

# Ebiino, forma de mutilação oral infantil em África; rituais, consequências e impactos.

Méda Claudette Mbiyavanga

Dissertação conducente ao Grau de Mestre em Medicina Dentária  
(Ciclo Integrado)

Gandra, 27 de maio de 2022

Méda Claudette Mbiyavanga

Dissertação conducente ao Grau de Mestre em Medicina Dentária  
(Ciclo Integrado)

**Ebiino, forma de mutilação oral infantil em  
África; rituais, consequências e impactos.**

Uma revisão sistemática integrativa

Trabalho realizado sob a Orientação da Professora Doutora Ana  
Paula Lobo

## Declaração de Integridade

Eu, acima identificada, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.



## Comunicações Científicas em Congressos na Forma de Poster ou Oraís

### EBIINO, RITUAIS MÁGICOS OU PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO ?

1 Mbiyavanga M., 2 Sofia Batista S., 3 Lobo A.  
1 Aluno do 5º ano do MIMD do IUCS-CESPU  
2 Monitor clínico do I.U.C.S  
3 Professor Auxiliar do I.U.C.S



#### INTRODUÇÃO :

O continente africano é uma região rica em cultura, rituais e história. Ebiino é um termo que significa "falsos dentes", mas é também uma forma de mutilação oral infantil que afeta mais de 25 milhões de crianças na África Oriental. Esta mutilação é considerada, em algumas tribos, como um ritual de passagem à vida adulta, um sinal de beleza e força. Noutras, acredita-se que é curativo, e pode aliviar as crianças de dores, febre ou diarreia. Ainda hoje existe uma linha muito tênue entre os rituais tradicionais e a mutilação em ambos os casos o Ebiino tem consequências terríveis para a saúde física e psicológica das crianças.

**OBJECTIVOS:** Compreender de que forma a Ebiino afeta a qualidade de vida das crianças.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudos ; artigos científicos, busca nas bases de dados Pubmed, PMC, Google Scholar  
**PALAVRAS – CHAVES:** "mutilation, self", "African medicine, traditional", "Doctor, African Witch", "children, dentistry for" "traditional dental practice" "infant oral mutilation"

Ebiino implica a extração de botões caninos ou incisivos laterais ou centrais para fins terapêuticos ou por causa de rituais tradicionais (passagem a idade adulta). Os dentes são removidos com facas, lâminas de barbear, ou mesmo unhas. Este procedimento é realizado sem anestesia e os instrumentos não são estéreis.  
Os países mais afetados pelo Ebiino encontram-se na África Oriental, África Central, África Ocidental.

#### MAGIA



Para algumas tribos representa a passagem à vida adulta, uma prova de coragem, força ou beleza, ou para outras práticas sexuais. Os dentes normalmente são extraídos ou limados são os incisivos laterais inferiores ou caninos inferiores. Estas mutilações são feitas por volta dos 7-8 anos.

#### TERAPIA

Esta mutilação é realizada por curandeiros sempre que um bebé tem febre, diarreia, ou dores. Os curandeiros extraem os botões dos caninos deciduos para aliviar os sintomas de febre e diarreia. A mutilação começa por volta das 4 meses.



Imagem 1 Identificação de caninos deciduos em falta num jovem em idade escolar. V.Wordley e R. Bedi



Imagem 2 Prego enferrujado não estéril aplicado para OIM (Infant Oral mutilation) (Fotos: R. Garve).



Imagem 3 Extração ritual dos dois incisivos deciduos centrais inferiores de uma rapariga tanzaniana Massai de 2 anos. Fotografia K. Link

### CONSEQUÊNCIAS , TRATAMENTOS E IMPATOS



Imagem 4 Uma rapariga queniana com uma complicação ortodôntica após a OIM em criança. Girgis et al.

As consequências : sangramento, perda óssea, transmissão de doenças infecciosas como o VIH, hepatite, tétano, desidratação, incapacidade de engolir ou succionar, dentes mal posicionados ou até fatalidade.

Existem poucos tratamentos disponíveis, : restaurações compostas, aparelho ortodôntico.



Imagem 5 Trabalhadores dos cuidados primários em formação para educar as mães contra a OIM na República Democrática do Congo. Wordley e Bedi

Hoje em dia, é difícil diferenciar entre o ritual e a mutilação terapêutica.

É importante avisar os pais e educar estas populações sobre os perigos desta prática,

**CONCLUSÃO:** Várias campanhas e petições foram assinadas para acabar com esta prática, mas ainda há um longo caminho a percorrer, uma vez que a mutilação oral infantil ainda é praticada hoje em dia. Os dentistas que vivem na Europa ou nouro lugar devem também ser conhecedores desta prática, a fim de tratar estas crianças da melhor forma possível.

#### Bibliografia

Infant oral mutilation in East Africa: eradication within ten years V. Wordley1 and R. Bedi\*2  
Infant oral mutilation in East Africa – therapeutic and ritual grounds Jolanda Garve1, Miriam Garve2, Katharina Link1, Jens C. Tulp3,3 and Christian G. Meyer4,5  
Canine Gingivitis: A Tobacco Resurfacing in Migrant Urban Population  
Dental mutilation and associated abnormalities in Uganda1, J. Druzbica  
Missing canines: a novel aetiology 101 Roberts 20 Curran 3 Abadia  
The dental complications of canine tooth bud removal in 2–12 years old children in Northwest Ethiopia Amare Teshome1\* and Berhun Assel2





EVENTOS  
CIENTÍFICOS  
IUCS

JORNADAS  
CIENTÍFICAS  
AEIUCS

XXX  
JORNADAS CIENTÍFICAS  
DE CIÊNCIAS DENTÁRIAS

DIPLOMA

## Menção Honrosa

### Poster

O Presidente das XXX Jornadas Científicas de Ciências Dentárias certifica que:

Mbiyavanga M., Batista S., Lobo A.

apresentaram um trabalho científico sob a forma de **Poster** intitulado, “Ebino, rituais mágicos ou procedimento terapêutico?” no âmbito das XXX Jornadas subordinadas ao tema “Workflow digital nas distintas frentes de ação da Medicina Dentária”, que decorreram no dia 08 de abril de 2022, o qual foi distinguido com o prémio de “**Menção Honrosa**”, pela Comissão Científica das Jornadas.

PROF. DOUTOR JOAQUIM MOREIRA  
PRESIDENTE DAS XXX JORNADAS CIENTÍFICAS DE CIÊNCIAS DENTÁRIAS







## Agradecimentos

Ao Senhor Jesus, por me ter acompanhado desde o meu nascimento até hoje e por me ter ajudado em todas as fases da minha vida.

Aos meus pais, pelo seu apoio incondicional. Ajudaram-me, apoiaram-me, e aconselharam-me ao longo da minha vida. Estou muito grato por ter pais como vocês. Eu amo-vos.

Às minhas pequenas estrelinhas, Nina, Tatsha, Pauline e Emilie. Encontrámo-nos em Portugal e desde o início que nos apoiamos mutuamente. Espero que a nossa amizade dure para sempre. Está gravado no meu coração e vou levar-vos no meu coração e para toda a vida.

Obrigado a Papa Robert, Ana, Rachel e Sephora e Salem por todo o apoio desde o início.

A toda a minha família e amigos, de perto e de longe, que acreditaram em mim e disseram palavras encorajadoras, um enorme obrigado.

À minha orientadora Prof. Doutora Ana Paula Lobo e à Mestre Sofia Baptista, pela disponibilidade, simpatia, amabilidade, e enorme apoio nesta dissertação.



## Resumo

**Introdução:** *Ebiino* é um termo que significa “falsos dentes”, mas é também uma forma de mutilação oral infantil que afeta mais de 25 milhões de crianças na África Oriental. Esta mutilação é considerada em algumas tribos com um ritual de passagem à vida adulta, um sinal de beleza e força, contudo, noutras tribos diz-se que é curativo, pois alivia crianças de dore, febre ou diarreia.

**Objetivos:** Compreender de que forma a *Ebiino* afeta a qualidade de vida das crianças.

**Materiais e métodos:** Formulou-se uma questão de investigação, segundo a estratégia *PICOS* e orientação *PRISMA*. A pesquisa nas bases de dados: *PubMed*, *PMC (US National Library of Medicine National Institutes of health)* utilizou combinações de palavras-chave, e incluiu artigos entre 2012 e 2022 em inglês.

**Resultados:** As crianças sofrem de muitos traumas, tanto físicos como psicológicos. As consequências são terríveis: VIH, hepatite, tétanos, sangramento, desidratação, dentes mal posicionados.

**Discussão:** Muitos filhos de imigrantes acabam nos países desenvolvidos, o que significa que cada vez mais dentistas são confrontados com isto. É importante saber como lidar com este tipo de paciente como um todo.

**Conclusão:** As crianças sofrem de muitos traumas, tanto físicas como psicológicos. Os dentes, mais comuns, extraídos são os caninos em circunstâncias horríveis. Hoje em dia, muitas campanhas de informação informam sobre a mutilação oral infantil, a fim de mudar as mentalidades.

Palavras-chave: “criança”, “africa”, “lesões dentárias”, “médico, bruxa africana”, “medicina africana” e “cuidados dentários para crianças”



## Abstract

**Introduction:** *Ebiino* is a term that means "false teeth", but it is also a form of child oral mutilation that affects more than 25 million children in East Africa. This mutilation is considered in some tribes as a rite of passage into adulthood, a sign of beauty and strength; in other tribes it is said to be curative, as it relieves children of pain, fever, or diarrhea.

**Objectives:** To understand how the *Ebiino* affects the quality of life of children.

**Materials and methods:** An investigation question was formulated, according to the PICOS strategy and PRISMA guidance. The search in the databases: *Pubmed, PMC (US National Library of Medicine National Institutes of Health)*., used combinations of keywords, and included articles between 2012 and 2022 in English.

**Results:** Children suffer from many traumas, both physical and psychological. The consequences are terrible: HIV, hepatitis, tetanus, bleeding, dehydration, badly positioned teeth.

**Discussion:** Many children of immigrants end up in developed countries, which means that more and more dentists are confronted with this. It is important to know how to deal with this type of patient.

**Conclusion:** Children suffer from many traumas, both physical and psychological. The most common teeth extracted are the canines in horrific circumstances. Nowadays, many information campaigns inform about child oral mutilation to change mentalities.

**Keywords:** *"infant", "Africa", "tooth injuries", "doctor, African witch", "African medicine" and "tooth injuries/complications"*



## Índice geral

Introdução.....	1
Objetivos.....	2
Materiais e métodos.....	3
Protocolo e registo.....	3
Critérios de elegibilidade.....	3
Critérios de inclusão e exclusão.....	4
Fontes de informação e estratégia de pesquisa.....	4
Estratégia de pesquisa/de busca.....	4
Seleção dos estudos.....	6
Resultados.....	6
Princípios e relações nos resultados.....	15
DISCUSSÃO.....	17
I- Fatores epidemiológicos associados à IOM.....	18
A. Idade.....	18
B. Género.....	18
C. Demografia.....	19
D. Fatores de riscos.....	19
E. Situação de migração.....	21
II- As crenças e rituais dentro da IOM.....	21
A. Diferentes tipos de IOM.....	21
B. Dentes mais afetados pela IOM.....	25
C. Crenças.....	26
III- Consequências e tratamentos.....	28
A. Consequências.....	28
B. Tratamentos.....	29
IV- Implicações futuras da IOM.....	30
V- Limitações e perspetivas futuras.....	32
Conclusão.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	36





## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma PRISMA .....	7
Figura 2 - Mutilação oral infantil. "Terapêutica" e "ritual" IOM em África, segundo a ONG Dentaid. As primeiras observações da IOM 'terapêutica' foram feitas na década de 1960. Uma distribuição mais ampla da IOM parece resultar da migração interna africana, possivelmente no contexto de deslocações forçadas durante atos de guerra sob o regime Idi Amin no Uganda. Adaptado de R.Garve et al. (4) .....	25



## ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 - Mutilação dos incisivos centrais superiores numa rapariga de 15 anos de idade da tribo bakiga. . Adaptado de J. J. Pindborg (1969). Dental mutilation and associated abnormalities in Uganda. , 31(3), 383–389. (28).....	22
Imagem 2- Extracção ritual dos dois incisivos decíduos inferiores médios numa rapariga tanzaniana Massai de 2 anos.. .....	24
Imagem 3- Remoção de dentes decíduos superiores e inferiores de um menino Nuer (Etiópia). .....	24
Imagem 4 - Trabalhadores dos cuidados primários em formação para educar as mães contra a IOM na República Democrática do Congo.Adaptado de “The Addis Ababa Declaration to end infant oral mutilation” Wordley et al., 2019.....	30



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estratégia PICOS .....	3
Tabela 2 - Critérios de inclusão e de exclusão.....	4
Tabela 3 - Estratégia de busca e bases de dados utilizados.....	5
Tabela 4 - Tabela de resultados .....	8



## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Autorização dos autores.....	41
--	----





## Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos:

IOM: Mutilação oral infantil

OMS: Organização mundial da Saúde

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância



## Introdução

O continente africano é rico em cultura, história e tradição. Muitos rituais são realizados e normalmente marcam a passagem para um novo capítulo. Ao longo da humanidade, dentes saudáveis representam força, coragem e beleza. Durante muitos anos, as mutilações e decorações dentárias têm sido praticadas entre vários grupos étnicos do continente africano.<sup>(1)</sup> Contudo, existe uma linha entre a tradição para promover a cultura e a tradição que é prejudicial para a saúde de uma população.

A mutilação oral na infância é conhecida por vários nomes, em inglês como: *"tooth bud gouging"*, *"germectomy"*, *"nylon teeth mutilation"*; ou em outros dialetos africanos como: *"Ebinyo"/"Ebiino"/"Ebino"/"Nylon teeth"*, *"Two lak"/"telak"/"Gidog"*, *"Lugbara tooth"* e *"Haifat"*.<sup>(2)</sup>

A palavra mutilação vem do latim *mutilus*, a mutilação é tradicionalmente associada a práticas culturais ou religiosas, e marca a pertença a um estatuto particular, ou tribo.<sup>(3)</sup>

A mutilação oral infantil (IOM) afeta mais de 25 milhões crianças e ainda é praticada na África Oriental (Quênia, Uganda, Tanzânia, Sul do Sudão, Etiópia, Somália, Burundi, Ruanda), África Central (República Democrática do Congo, Chade) e África Ocidental (Burkina Faso).<sup>(4)</sup>

*Ebiino* é uma palavra que vem do dialeto *Runyakole-Rukiga* que significa "dentes falsos". *Ebiino* consiste na extração dos botões dos caninos e incisivos laterais por curandeiros ou membros da família a partir dos 6 meses de idade. Estas extrações são feitas em condições sanitárias deploráveis. <sup>(5)</sup> Esta prática tradicional alarmante pode ser feita por duas razões: terapêutica ou ritual. Geralmente é feito por razões terapêuticas em crianças que sofrem de diarreia ou febre, com o objetivo de interromper a doença. <sup>(6)</sup>

Na maioria dos casos, o operador faz uma incisão na margem gengival com uma ferramenta, tal como raios afiados da roda de uma bicicleta ou com as unhas, e extraem os botões dos dentes da mucosa oral.<sup>(4)</sup>

A extração é feita sem materiais médicos esterilizados e sem anestesia. <sup>(7)</sup> Esta mutilação tem consequências físicas (dificuldade de amamentar, mal posição dos dentes, agenesia...) e psicológicas terríveis (as crianças não se lembram do ato...). A população local acredita fortemente nos curandeiros e que a extração destes dentes é benéfica para a saúde dos seus filhos. Ainda hoje, muitos pais nas zonas rurais e urbanas

de África recorrem a curandeiros em vez de profissionais de saúde. <sup>(4)</sup> A população local não tem muita confiança no corpo médico, preferem consultar aos curandeiros tradicionais que exercem uma grande variedade de competências e partilham os mesmos valores e crenças. <sup>(8)</sup>

Hoje em dia, devido à emigração destas populações para países desenvolvidos, cada vez mais, médicos dentistas são confrontados com pacientes que foram submetidos a estas mutilações. <sup>(9)</sup>

A mutilação oral na infância atravessou as fronteiras de África e tornou-se um problema de saúde pública mundial.

Juntamente com um grupo de importantes influenciadores e decisores políticos da África Oriental, liderado pela Associação Odontológica Pediátrica do Quênia e da África Oriental, o Fundo Global de Odontologia Infantil tem como objetivo criar uma estratégia eficaz para erradicar esta prática num prazo de dez anos. <sup>(10)</sup>

Compreender as consequências e o impacto destes rituais na saúde oral é essencial para pôr fim a esta prática. Assim, o objetivo deste estudo é determinar como *Ebiino* afeta a qualidade de vida destas crianças.

## Objetivos

O objetivo geral desta revisão sistemática integrativa é compreender e avaliar o impacto das Mutilações Oraís Infantis (IOM) no continente africano na saúde oral dos pacientes de 0 a 18 anos. Desta forma, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Examinar a prevalência e impacto da IOM.
2. Definir o papel do médico dentista no acompanhamento e prevenção das pessoas mutiladas.
3. Conhecer as consequências da extração dentária prematura na saúde oral das pacientes vítimas de IOM.
4. Diferenciar as mutilações oraís de “natureza terapêutica” das mutilações oraís de “natureza ritual”.

## Materiais e métodos

### Protocolo e registo

O protocolo de revisão utilizado foi descrito nas recomendações *PRISMA (PRISMA statement)* recorrendo à *checklist* e fluxograma <sup>(11)</sup> consultados em 12-1-2022.

### Critérios de elegibilidade

Estruturou-se a questão de investigação de acordo com a estratégia PICOS <sup>(12)</sup> (Tabela 1), estabelecendo-se, assim, os critérios primários de inclusão dos estudos. Foi definido um período de 10 anos de inclusão dos estudos (2012-2022) e limitado ao idioma inglês ou francês.

Tabela 1 - Estratégia PICOS

<b>P</b>	População ( <i>Population</i> )	Crianças e adolescentes com IOM (mutilação oral infantil) em fase de dentição mista inicial e/ou permanente, com idade de 0 a 18 anos.
<b>I</b>	Intervenção ( <i>Intervention</i> )	Intervenções e mutilações orais durante rituais tradicionais.
<b>C</b>	Comparação ( <i>Comparison</i> )	Diferenciar as mutilações de natureza ritual /tribais das mutilações de natureza curativa. Compreender as consequências das extrações dentárias prematuras. Comparação entre a mucosa mutilada e uma mucosa oral saudável.
<b>O</b>	Resultados ( <i>Outcome</i> )	Qualidade de vida afetada, Problemas ortodônticos, Programa educativo sobre esta mutilação infantil.
<b>S</b>	Desenho dos estudos ( <i>Study design</i> )	Estudo de tipo qualitativo

Diante disso, definiu-se a seguinte questão de investigação:

“De que forma a Ebiino afeta a qualidade de vida das crianças?”

## Critérios de inclusão e exclusão

Tabela 2 - Critérios de inclusão e de exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
Artigos publicados em inglês ou em francês.	Artigos de outro idioma que não é inglês ou francês.
Estudos realizados em humanos.	Artigos realizados em animais.
Artigos publicados entre 2012 e 2022	Artigos antes de 2012 não revelantes. Artigos cujos resumos não se enquadram na temática desta dissertação.
Crianças do continente africano	Crianças do resto do mundo
Mutilações orais ou dentárias	Self mutilações, genitais mutilações

### Fontes de informação e estratégia de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *PubMed*, *PMC (US National Library of Medicine National Institutes of health)*. Foram analisados artigos publicados em idioma inglês entre 2012 e 2022. A pesquisa utilizou palavras-chave e termos *MeSH* relacionados com o tema em questão. As estratégias de pesquisa estão descritas na Tabela 3.

### Estratégia de pesquisa/de busca

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *PubMed*, *PMC (US National Library of Medicine National Institutes of health)*, ambos no modo de pesquisa avançada com as seguintes palavras-chave:

- Mesh Terms: "*infant*", "*Africa*", "*tooth injuries*", "*doctor, African witch*", "*African medicine*" and "*tooth injuries/complications*"

Utilizando a pesquisa avançada, as estratégias de pesquisa detalhadas foram as seguintes:

#1- (Dental mutilation Africa)

#2- (Infant oral mutilation) OR (ebiino)

#3- (Child oral mutilation Africa) OR (mutilation oral Africa)

#4- (Dental mutilation Africa) OR (Infant oral mutilation) OR (ebiino) OR (Child oral mutilation Africa) OR (mutilation oral Africa)

Tabela 3 - Estratégia de busca e bases de dados utilizados

Base de dados	Palavras-chave	Artigos encontrados sem aplicação de filtro	Artigos encontrados após aplicação de filtros	Artigos selecionados
PUBMED	(Dental mutilation Africa) OR (Infant oral mutilation) OR (ebiino) OR (Child oral mutilation Africa) OR (mutilation oral Africa)	163	22	5
PMC	(Dental mutilation Africa) OR (Infant oral mutilation) OR (ebiino) OR (Child oral mutilation Africa) OR (mutilation oral Africa)	582	20	6

**Etapa I** - Foi realizada uma pesquisa avançada utilizando diferentes combinações das palavras-chave nas bases de dados *PubMed*, *PMC (US National Library of Medicine National Institutes of health)*, nas quais se procuraram artigos do ano 2012 a 2022. Os artigos duplicados (que se encontravam em mais do que uma base de dados e repetidos dentro da mesma base de dados) foram eliminados. Foi realizada uma avaliação preliminar dos títulos e resumos de forma a determinar os artigos que não se enquadravam no objetivo do estudo. Desta forma os artigos que não cumpriam critérios de inclusão, foram automaticamente excluídos.

**Etapa II** - Os estudos potencialmente elegíveis, que respeitam os critérios de inclusão, foram lidos na íntegra e avaliados quanto à sua elegibilidade.

**Etapa III** - A avaliação completa dos artigos foi concluída. De seguida, foi elaborada uma tabela com os dados extraídos.

## Resultados

### Seleção de estudos

Etapa I- Resultados da base de dados

A pesquisa bibliográfica identificou um total de 636 artigos. Após a remoção dos duplicados, ficaram 619 artigos que após leitura dos títulos e resumos foram reduzidos a 33 artigos, dos quais 604 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão.

Etapa II – Artigos Revistos

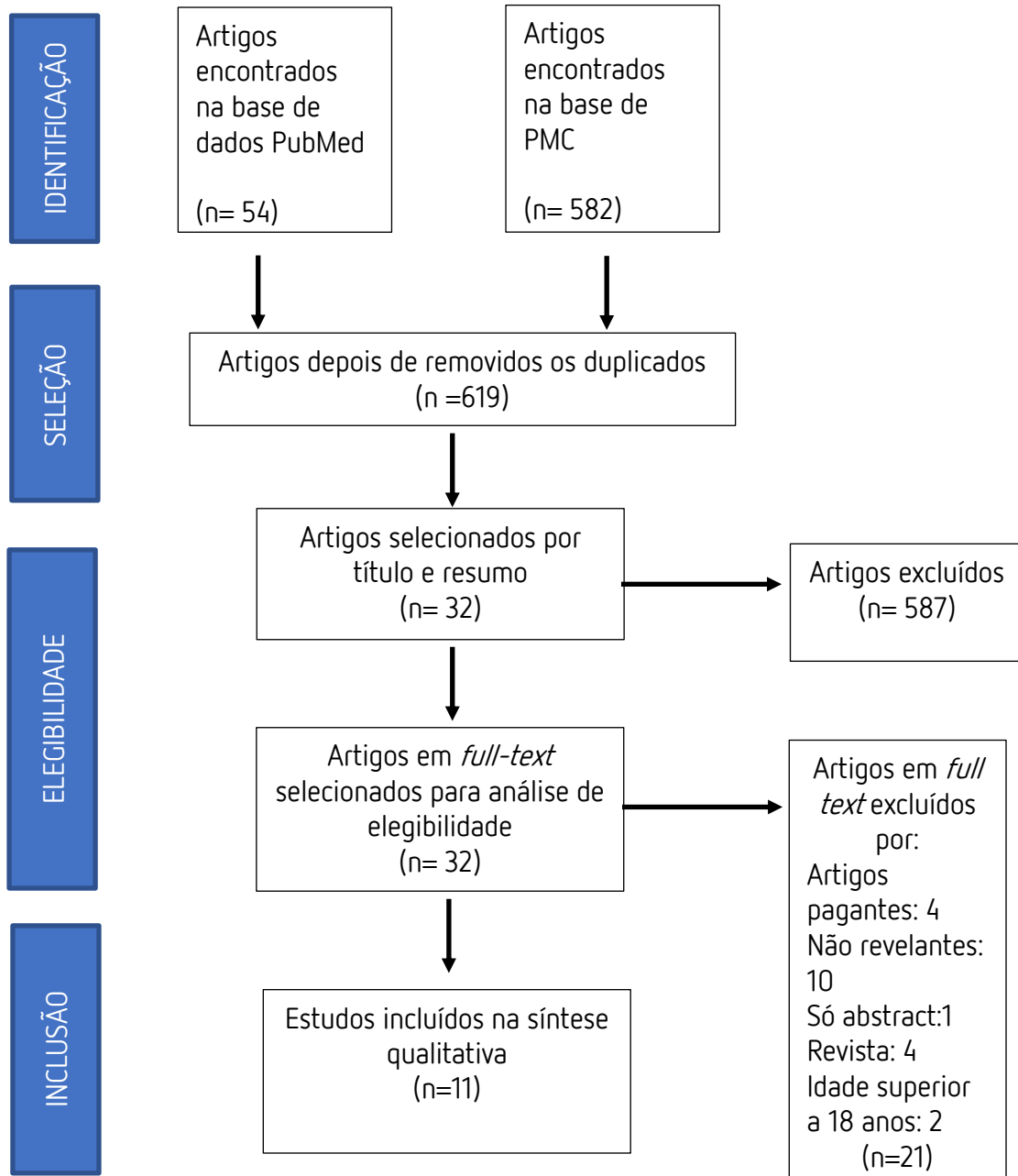
Os 32 artigos foram lidos na íntegra e avaliados individualmente quanto à elegibilidade, dos quais 21 foram excluídos por não proporcionarem informação relevante, tendo em conta o objetivo deste trabalho.

Etapa III- Artigos para inclusão



Finalmente, 11 artigos foram incluídos na presente revisão sistemática. O processo de seleção de artigos está ilustrado na Figura 1.

Figura 1- Fluxograma PRISMA





**CESPU**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Para esta revisão, foram também incluídos mais 37 artigos, fruto de pesquisa manual, para apoio e fundamentação teórica na redação da introdução e discussão.

Autores/ ano/ país de publicação	Desenho de estudo	Objetivo	Número de participantes	Idade (anos)	Nome da mutilação de acordo com o país	Dentes removidos	Resultados	Conclusões
<i>Kemoli et al. BMC Oral Health Quênia (9)</i>	Estudo transversal	Examinar a prevalência da IOM. Saber a impacto sobre a qualidade de vida e oclusão dentária entre adolescentes de Massai Mara.	284 153 rapazes 122 raparigas	14-18 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Infant oral mutilation</i></li> </ul>	-Incisivos inferiores centrais permanentes -Caninos inferiores permanentes	61% dos adolescentes faz parte do grupo de IOM com ausência dos incisivos centrais mandibulares. 87% dos casos, a remoção dos dentes foi praticada também nos irmãos. O controlo da dor não foi utilizado em 60% dos casos.	Há necessidade de educação sanitária oral para as comunidades quenianas e uma compreensão dos possíveis efeitos ao longo prazo da prática da IOM.
<i>Pope et al., 2018 (13)</i>	Relatório de caso	Descreve um caso de mutilação oral infantil (IOM) e sequelas associadas de uma criança adotada de uma tribo africana.	1 rapaz	4 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ebinyo</i></li> <li>• <i>Ebino</i></li> <li>• <i>Lugbara</i></li> <li>• <i>Nylon</i></li> </ul>	-Caninos inferiores superiores deciduais e	As radiografias confirmam a ausência completa dos caninos direitas e esquerdas (63 e 83).  Parece que o líder tribal falhou em extirpar completamente o canino primário (53), e provavelmente o canino inferior esquerdo primário (73).	Apesar da educação programas, <i>Ebino</i> ainda é praticado em partes de África. A maioria das crianças sobrevivem a este ato, o que reforça a crença das tribos nos benefícios associados a esta prática.
<i>Roberts et al., 2019 Africa subsaariana (14)</i>	Relatório de caso	Apresentar o caso de uma criança, que se acredita foram submetidos à IOM antes migrar para a Austrália.	1 rapaz	14 anos	/	-Incisivos laterais inferiores deciduais  -Caninos inferiores deciduais	Acredita-se que neste caso os desenvolvimentos de caninos decíduos foram prematuramente removido, o que resultou na agenesia de caninos permanentes inferiores e o incisivo lateral inferior direito permanente.	Este caso demonstra que a IOM é uma nova etiologia de caninos mandibulares bilateralmente ausentes. É importante que os dentistas gerais estejam

								cientes desta prática e da complicação no tratamento de famílias da África Subsariana.
<i>Kemoli et al.,2021</i>  África Centrale Oriental (15)	Relatório de caso	Descrever o impacto e consequências da IOM	1 bebé	1 mês	/	- Botões dos caninos	<p>O bebé e isto causou vários vômitos de sangue, hemorragiadas gengivas, e coágulos de sangue.</p> <p>A criança foi imediatamente admitida e colocada em oxigénio e antibióticos. Foi feita, a transfusão desangue.</p>	Há necessidade de educação comunitária e boas políticas para ajudar a erradicar OIM. As consequências desta prática são terríveis.
<i>Teshome et al.2019</i>  Nordeste da Etiópia (16)	Estudo transversal	Destinado a avaliar o impacto das remoções dos botões dos caninos.	355	2-12 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Killer canine</i></li> <li>• Remoção dos botões decanines</li> </ul>	- Botões dos caninos	<p>A prevalência da remoção dos botões dos caninos foi de 86,8% com uma elevada prevalênciadentro 6-9 anos (54,87%).</p> <p>Apenas 12,9% das crianças com uma história de IOM têm canino normal. De 308 crianças com a remoção dos botões dos caninos, 57,7% das crianças tiveram complicações pós-extração. As complicações comuns eram hemorragia e</p>	A prática da IOM afeta o desenvolvimento do dente. A malformação da canina decidual e a agenesia do canino decidual são as duas maiores complicações. Deve ser uma abordagem multidisciplinar para combater este pratica.

							infeção.	
<i>Husain et al. 2017</i>  Uganda (17)	Estudo de coorte retrospectivo	Descrever as crianças com o diagnóstico de diarreia, ou desidratação, ou febre, ou septicemia, ou falsa extração de dentes e compará-los a bebês semelhantes sem provas recente de falsa extração de dentes. O objetivo secundário é descrever a prevalência da mortalidade de bebês que foram submetidos à falsa extração de dentes.	813 crianças	0-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falso extração de dentes</li> <li><i>Ebinyo</i></li> </ul>	Não é preciso	11% das crianças tinham um diagnóstico final de diarreia, desidratação, febre, ou extração de falsos dentes. A idade média para a extração de falsos dentes era de 4,2 meses, com um intervalo de 4 dias a 10 meses. Número igual de bebês de sexo feminino ou masculino que tinham uma extração de falsos dentes. Taxa de mortalidade global dos bebês de 12 meses foi de 5,7%	Os bebês que tinham uma extração dos falsos dentes tinham um aumento modesto na taxa de mortalidade. Mas a mostra era pequena então seria possível que a mortalidade seja maior.
<i>Musinguzi et al. 2019</i>  Uganda (18)	Estudo transversal	Determinar a ocorrência do <i>Ebiino</i> e os seus efeitos na dentição numa população infantil rural no Uganda.	432 crianças 230 rapazes 202 raparigas	3-5 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Ebinyo (Baganda)</i></li> <li><i>Bino (Basoga)</i></li> <li><i>Ikela/Ic ela (Itesots of the Eastern Region of Uganda)</i></li> <li>Gidog (Langi from</li> </ul>	Caninos deciduais -Incisivos laterais primeiros -Primeiros molares	11,1% das crianças tinham uma agenesia de um dente.  Notou-se a falta de dentes para outros razões não relacionadas com cárie dentária, traumas ou qualquer outra patologia. 8,1% crianças encontradas com falta dentes atribuídos à prática tradicional, 16 (3,7%) e 19 (4,4%) eram participantes masculinos e femininos,	Prevalência de <i>Ebiino</i> era de 8,1%, isto indica que o <i>Ebiino</i> ainda é praticado, em Nyakagyeme no distrito de Rukungiri, Uganda.  Prática tem efeitos negativos associados ao desenvolvimento da dentição em a criança; sob a forma de perda precoce dos

					<p>Northern Uganda)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lake jo marak (Japadhola)</li> <li>• Two lak (Acholi)</li> </ul>		<p>respetivamente. A diferença não é significativa.</p>	<p>dentos adjacentes, trauma dentária, hipoplasia, deslocamento da linha média e deslocamento dentário. Seria suficiente afirmar ainda que a IOM deveria ser considerado como uma forma de abuso de crianças que requer ser erradicadas das comunidades envolvidas.</p>
<p><i>Elgamri et al. 2018</i></p> <p>Sudan (19)</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Para determinar a prevalência e fatores de risco sociodemográficos e dentários para a IOM entre as pré-escolas do interior da cidade de crianças em Khartoum.</p>	<p>212 crianças</p>	<p>4,7 anos (+/- 0.88)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>"Meno ya plastiki", "Lugbara tooth"</i></li> <li>• <i>"canine killer"</i></li> <li>• <i>Ibino/Ebino Germectomy</i></li> </ul>	<p>- Caninos deciduais inferiores e superiores</p>	<p>Localização geográfica (p value=0,0006), nível de educação da mãe (p- value=0,0192), problemas de dentição (p- value=0,0445), diarreia (p- value=&lt;0,0001) e vômitos (p value=0,0005) foram os fatores de risco estatisticamente significativos para IOM. As mães menos</p>	<p>A mutilação oral é uma prática muito comum em Khartoum. Existem fatores predisponentes a esta mutilação, tais como a educação materna, ou se a criança teve vários episódios de diarreia.</p>

							instruídas (analfabetas ou comeducação escolar primária) eram mais do dobro da probabilidade de terfilhos com sinais clínicos da IOM. As crianças que tinham diarreia tinham 7 vezes mais probabilidades de serem expostas a <i>Ebiino</i> .	
<i>Davidoch et al, 2013</i>  Etiópia, Israel (20)	Estudo transversal	Determinar a prevalência de defeitos dos caninos nos imigrantes etíopes em comparação com os israelitas de classe económica semelhante.	477 Etiópia 317 Israeliano	2 grupos: Mais novos (idades 18-48 meses) e mais velhos (idades 49-82 meses)	/	- Caninos deciduais	Caninos estavam mais presentes em filhos de israelitas nativos do que em filhos de etíopes (que imigram para a Israel), tanto no grupo mais jovem, 87,5% vs. 42,3%, e no grupo mais velho, 92,6% vs. 40,4% Defeitos dentários: 14,4% Etiópes vs. 0,015 israelitas no grupo jovens. 0,17% etiópia vs. 0,03% israelita no grupomais jovem.	A prevalência de caninos primário e defeitos dentários era maior entre os descendentes de pais que tinham emigraram da Etiópia para Israel do que nativos israelitas.
<i>Noman et al, 2015</i> Reino Unido (21)	Relatório de caso	Apresentar complicações da prática da extração da canina primária em crianças pequenas e saber quais são os tratamentos possíveis	1 rapaz	15 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ebinya, or Ebino</i></li> <li>• <i>nylon or vinyl teeth</i></li> <li>• <i>killer teeth</i></li> <li>• <i>Lugbara</i></li> </ul>	-Caninos permanentes	Complicações: Dano no sulco bucal. O dente tem mobilidade de grau. Todos os dentes permanentes mostraram fluorose. Abertura do ápex	As consequenciais podem ser múltiplas: hemorragia excessiva, infeções, osteomielite dos maxilares, noma,

							Tratamento: Endodontia, Restauração indireto com compósito, branqueamento.	tétano, meningite, broncopneumoniapor aspiração, infecções por VIH, hepatite, e até a fatalidade. .
<b>Tungotyo, 2017</b>  <b>Uganda</b>  (22)	Relatório de caso	Descrever um caso de um doente com noma como uma complicação de <i>Ebiino</i>	1 bebe	16 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• False teeth</li> <li>• <i>Ebiino</i></li> </ul>	- Botões dos caninos	<p>As complicações desta prática é devido à utilização de instrumentos não esterilizados.</p> <p>Noma(<i>cancrum oris</i>) é umgangrenoso devastador doença que leva à destruição grave do tecido no face é está associado a um elevada morbidade e mortalidade.</p>	Noma tem sido mencionado como possível complicação da mutilação intraoral, mas os relatórios sobre onoma como complicação do <i>Ebiino</i> são escassos



## Princípios e relações nos resultados

A maioria dos artigos verificou que as crianças mais suscetíveis de serem expostas a *Ebiino* são aquelas que têm episódios repetidos de diarreia ou que vivem em famílias onde a mãe é analfabeta. <sup>(13,15,19,21)</sup>

*Kemoli et al.*, descreveram que se uma criança da família foi submetida a *Ebiino*, há 87% de probabilidade que os seus irmãos também sejam expostos a esta mutilação. <sup>(5)</sup>

Durante a extração não há controlo da dore os instrumentos utilizados não são estéreis, o que pode levar a infeções como o VIH. <sup>(5,21)</sup>

*Teshome et al. (2019)*, reportaram que os dentes mais extraídos são os caninos com uma prevalência de 86,8%, e com uma prevalência muito elevada em crianças entre os 6 e os 9 anos de idade <sup>(16)</sup>. No entanto, *Hussain et al.(2017)* mostraram que a mutilação oral infantil pode ocorrer por volta dos 4 meses de idade. <sup>(17)</sup>

Não há diferença estatística entre os géneros, geralmente os bebés do género feminino são tão afetados como os bebés do género masculino. <sup>(17)</sup>

A maioria dos estudos mencionaram que, IOM têm muitas consequências tais como: vômitos de sangue, sangramento de gengivas e coagulação do sangue, malformação, agenesia dos caninos, diarreia, desidratação, febre, perda precoce dos dentes adjacentes, trauma dentário, hipoplasia, desvio da linha média e desvio dentário, fluorose, etc. <sup>(13,16,18,21-23)</sup>

*Teshome et al. (2019)*, relataram que das 355 crianças incluídas no seu estudo apenas 12,9% das crianças que apresentavam uma história de IOM tinham o canino normal. De 308 crianças com a remoção dos botões dos caninos, 178 (57,7%) tiveram complicações pós-extração. <sup>(16)</sup>

*Musinguzi et al. (2019)*, observaram que a falta de dentes nas crianças é raramente devido a cárie dentária. <sup>(18)</sup> Efetivamente, *Roberts et al. (2019)*, acreditam que a extração prematura dos caninos temporários inferiores é a causa da ausência dos caninos permanentes. <sup>(14)</sup> No estudo de *Davidoch et al. (2013)*, os caninos estão mais presentes em crianças nativas

(87,5%) do que em filhos de emigrantes do continente africano (42,3%) que vivem nesse país. <sup>(20)</sup>

No estudo de *Noman et al. (2015)*, verificamos a existência vários tratamentos para esta mutilação, relacionados com a dentição permanente, tais como a restauração indireta com compósito e o branqueamento. <sup>(21)</sup>

A origem da IOM é desconhecida e alguns acreditam que foi introduzida por médicos dentistas coloniais e promovida na Europa por Joseph Hurlock em 1742. <sup>(5)</sup>

A *Ebiino* tem a finalidade de afiar ou extrair completamente ou não os dentes temporários em particular os caninos ou incisivos superiores ou inferiores. <sup>(1,3,13)</sup>

Existem vários termos e palavras em diferentes partes de África que significam mutilação oral infantil (Tabela 5 e Tabela 6).

Tabela 5 - Termos alternativos para a mutilação oral infantil. Adaptado de Gollings e Longhurst, *Dentaid*, 2013 (24)

Mutilação dentária
Extração de dentes de leite
Enucleação dos botões dos caninos
Enucleação da canina primária
Extirpação do folículo canino
Ablação dentária
Extração de botões de dente
Enucleação de botões de dente

Tabela 6 - Termos tradicionais para mutilação oral infantil. Adaptado de Gollings e Longhurst, *Dentaid*, 2013 (24)

Etiópia	Extração assassina dos caninos
Quênia	Extração de dentes de vermes
Somália	<i>Ilko dacowo</i>
Sudão	<i>Lugbara</i> extração dos dentes <i>Haifat</i>
Tanzânia	Nylon / plástico, remoção de dentes
Uganda	<i>Ebinyo</i>

## A. Idade

Nas mutilações orais infantis não há uma idade de iniciação ou idade fixa, tudo o que se sabe é que é feito muito cedo, geralmente durante o primeiro ano de vida, ou antes dos 2 anos de idade. <sup>(25)</sup> De acordo, com *Welbury et al. (1993)*, a idade media é de 6,5 meses <sup>(26)</sup>, Para *Iriso et al. (2000)*, e *Acorsi et al. (2003)*, é de 5 meses. <sup>(8)</sup> A idade média é de 6 meses <sup>(27)</sup>.

*Dewhurst et al. (2008)*, mostraram que à medida que a criança cresce, 18-24 meses, é mais difícil retê-la para extrair os seus dentes. <sup>(25)</sup>

Johnston et al., observaram que o pico de idade de pico é entre os 4 meses e 18 meses. <sup>(2,5)</sup>

No estudo de *Pindborg (1969)*, no Uganda, com uma amostra de 1169 crianças que foram acometidas de *Ebiino*, mais de 70% tinham entre os 5 e 19 anos de idade. <sup>(28)</sup>

Na revista "*British Dental Journal*", o autor *Amailuk, (2008)* verificou que as idades em que se pratica a mutilação é de 1 mês até três anos, mas os casos mais frequentes de *Ebiino* são entre 4 e os 18 meses. <sup>(29)</sup>

*Edwards et al. (2008)*, no seu estudo no Uganda, revelaram que nas crianças de 4 anos ou menos, houve cerca de 50% de extrações dos caninos temporários. <sup>(30)</sup> Já, *Hassanali et al. (1993)*, no seu estudo relatou que as extrações dos dentes temporários em as crianças do Massai Mara, no Quênia, foram executadas pelos de 6 meses de vida. <sup>(31)</sup>

## B. Género

*Musinguzi et al. (2019)*, verificaram que não havia diferença significativa entre raparigas e rapazes, porque das 35 crianças com um dente desaparecido, 16 (3,7%) eram rapazes e 19 (4,4%) eram raparigas. <sup>(18)</sup> Também, no estudo de *Iriso et al. (2000)*, verificou-se que existem percentagens semelhantes de rapazes (48,8%) e raparigas (51,2%) que foram submetidos a *Ebiino*. <sup>(8)</sup>

*Kemoli et al.*, relatou que não foram encontradas diferenças de género na Etiópia ou na Tanzânia, assim como *A/Wahab (1987)* confirmou que não havia diferença entre os sexos em Tanzânia. <sup>(32,33)</sup>

### C. Demografia

A prevalência pode diferir entre países Etiópia (38%-70%), Tanzânia (0,5%-37%), Uganda (2%-30%), Sul do Sudão (70%-100%) e Quênia (37%-87%) ,no entanto, podem diferir entre autores por exemplo no estudo de *J.F.R HIZA (2009)* , na Tanzânia ,a prevalência era de 37,4% o que é mais elevado do que no Sudão 31% e do que no Uganda nos tribais de Acholi (16,1%).<sup>(2,34)</sup>

Contudo no estudo de *Musinguzi et al. (2019)*, no Uganda, a prevalência de Ebiino (8,1%) é inferior à de outras regiões, mas muito provavelmente é devido ao tamanho da amostra que foi de 432 crianças.<sup>(18)</sup>

A prevalência pode diferir entre diferentes grupos étnicos, dependendo da tribo a que pertencem Por exemplo, no estudo de *R. Garve et al. (2016)*, no Uganda, de 1121 crianças com mais de 36 meses de idade, a extração dos caninos eram mais comuns na tribo *Nilotic* (45%) do que na tribo *Bantu* (22%).<sup>(4)</sup> Noutras comunidades esta diferença pode atingir os 22% e os 90%.<sup>(25)</sup>

As diferenças entre etnias e comunidades podem ser explicadas pela localização geográfica. As crianças que vivem em zonas rurais (33,8%) são mais afetadas do que as que vivem em zonas urbanas (23,9%).<sup>(35)</sup> A mutilação oral é mais elevada entre as crianças que vivem com um tutor, em comparação às que vivem com os seus pais.<sup>(35)</sup>

A prática do *Ebiino* tem aumentado nos países subdesenvolvidos. Na Tanzânia, no ano 1980, 0,5% das crianças foram afetadas e em 1990, essa percentagem aumentou para 60%.<sup>(4)</sup> Este facto parece dever-se a razões monetárias, pois na Tanzânia os curandeiros locais e os pais das crianças vendem os dentes extraídos como medicamento para outras crianças.<sup>(4)</sup>

### D. Fatores de riscos

Os locais mais afetados são aqueles onde o acesso ao médico é difícil e onde o nível de vida é baixo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) relatou que na Etiópia, 93 médicos dentistas servem mais de 77 milhões de pacientes, e 80% da população africana prefere os curandeiros locais.<sup>(13,32,36)</sup>



No seu estudo, *R.Kale (1995)*, mencionou que existem mais de 200.000 curandeiros na África do Sul, enquanto que existem apenas 25.000 médicos. <sup>(37)</sup> Os curandeiros tradicionais são proibidos na África do Sul, desde a Lei de Saúde de 1974, mas, mesmo assim, ainda praticam nas zonas onde o acesso aos serviços de saúde é difícil ou inexistente. <sup>(32,37)</sup>

No estudo realizado por *E.N KIKWILU & JFR HIZA (2009)*, na Tanzânia, verificou-se que os pais das crianças foram ao hospital mais de três vezes antes de decidirem ir a um curandeiro local, indicando que poderá existir problemas com os tratamentos hospitalares e que a gestão destes pacientes não é correta. <sup>(8)</sup>

No plano nacional de saúde efetuado na Somália, os autores *Rodd H et al. (2008)*, observaram que quando os participantes foram questionados sobre *Ebiino*, mais de 50% da população africana afirmou que o curandeiro tradicional é mais eficaz no tratamento que o médico. <sup>(32,38)</sup>

*Wandera et al. (2017)*, verificaram que as zonas rurais são mais afetadas do que as zonas urbanas. <sup>(36)</sup> Um estudo realizado no Sudão mostrou que para muitas pessoas que vivem em zonas rurais a medicina tradicional (curandeiros) é uma alternativa à medicina hospitalar. <sup>(32)</sup> No entanto, o estudo realizado na Clínica Infantil de Kampala mostra que o número também é elevado (24%) nas zonas urbanas. <sup>(36)</sup>

Os casos de *Ebiino* são frequentemente observados nas famílias onde a mãe é analfabeta, e muitas mulheres sofreram a pressão dos seus pares para removerem os dentes falsos dos seus filhos. <sup>(34)</sup> No entanto, segundo o estudo de *HIZA et al. (2009)*, o nível de educação da mãe não afeta a sua atitude em relação aos "dentes falsos" porque as mães analfabetas levam os filhos para a extração tal como as que têm um nível de educação superior. <sup>(34)</sup>

Contudo, fatores como a instabilidade política, o conflito, a falta de segurança, e o isolamento das comunidades rurais, agravam a IOM. <sup>(8)</sup>

Idi Amin Dada, foi o líder do Uganda na década de 1970, o seu mandato foi causa de várias guerras e conflitos no norte do Uganda, e muitos dos combatentes que praticavam *Ebiino* eram provenientes destas áreas do Norte. <sup>(30)</sup> Está provado que a guerra contribuiu para a propagação de *Ebiino*. <sup>(30)</sup>

## E. Situação de migração

A migração não é apenas o movimento de muitas pessoas, mas também da sua história, cultura e crenças. <sup>(5)</sup>

Devido à migração da população nos últimos 20 anos, há muitos casos de *Ebiino* que se verificam em países desenvolvidos. Vários países tais como França, Reino Unido, EUA, Austrália, Israel, Irlanda e Noruega têm filhos de emigrantes que foram submetidos a IOM. <sup>(2)</sup> Quando chegam a estes novos países onde a IOM é proibida, as pessoas não hesitam em regressar ao seu país de origem para realizar esta prática tão enraizada. <sup>(2)</sup>

## II- As crenças e rituais dentro da IOM

### A. Diferentes tipos de IOM

*Pinchi et al. (2015)*, descrevem que existe diferença entre o tipo ritual e tipo terapêutico de mutilação. <sup>(1)</sup>

A mutilação ritual é feita por diferentes razões tais como casamento, puberdade, para atrair desejo sexual, para dizer que uma rapariga está a tornar-se mulher, para melhorar a aparência pessoal, para se juntar aos guerreiros, também permite a identificação com uma classe social, ou ornamentos. <sup>(1,3,39)</sup>

Nos Camarões, Congo, Guiné, RDC (República Democrática do Congo) e Uganda há uma cerimónia chamada "*akuha*" onde são feitas mutilações não terapêuticas com a finalidade de que os dentes humanos se pareçam com os dos dentes dos crocodilos. <sup>(1)</sup>

Em comunidades onde a mutilação não terapêutica é muito variada, esta consiste em partir, recobrir, afiar, colocar incrustações, remover coroas, avulsionar, manchar, mudar de posição, e perfurar os dentes. <sup>(3,39)</sup> Os dentes envolvidos são os seis dentes ântero-superiores (os dois caninos, os dois incisivos laterais, e os dois incisivos centrais). <sup>(3)</sup>

A mutilação dentária foi observada não só em África, mas também na América Norte, América do Sul, Índia, Ásia do Sul, Arquipélago da Malásia, Austrália, Japão. <sup>(3)</sup>



Imagem 1 - Mutilação dos incisivos centrais superiores numa rapariga de 15 anos de idade da tribo bakiga. . Adaptado de J. J. Pindborg (1969). *Dental mutilation and associated abnormalities in Uganda.*, 31(3), 383–389. (28)

*Pindborg et al. (1969)*, no estudo realizado no distrito de Kigezi, afirma que nenhuma criança jovem foi submetida a esta mutilação. Ele conclui que esta mutilação está relacionada com a puberdade. (28) No Uganda, no distrito de Kigezi, a mutilação do ângulo mesial dos incisivos superiores não é praticada em bebés ou crianças pequenas. Esta mutilação só é encontrada em adolescentes jovens, o que prova que esta mutilação está ligada à passagem para a puberdade. (28)

As características destas mutilações são facilmente identificáveis pelos médicos dentistas sejam elas terapêuticas (com o objetivo de cuidar da criança) ou rituais (em grandes grupos) na. (1)

Pinchi et al., relataram que *"As mutilações de "natureza estritamente ritual" diferem das mutilações orais infantis, uma vez que estas últimas, mesmo que "ritual" na prática, têm, no entanto, uma intenção essencialmente curativa."*(1)



A IOM terapêutica é praticada principalmente em crianças pequenas com sintomas de febre e diarreia. <sup>(1)</sup> 45% a 85% das mães africanas que vivem em zonas rurais afirmaram que remover os botões dos dentes de uma criança é um tratamento eficaz para a diarreia forte.

<sup>(30)</sup>

No Uganda e nos países vizinhos, as crises recorrentes de diarreia, vômitos, recusa em comer, morder o peito da mãe, perda de peso ou não ganhar peso são devidas aos “dentes falsos”, muitos autores concordam com este facto, durante muitos anos os curandeiros tradicionais adotaram a prática de extrair os botões dos dentes caninos. <sup>(5,23,24,31,40)</sup>

Em 1956, num estudo realizado no Sudão, com 80 crianças, 70% das crianças que apresentavam sintomas de diarreia e vômitos foram internadas no hospital de urgência para crianças em Sabbah. Os nativos afirmaram que os sintomas são devido aos caninos temporários. <sup>(32)</sup>

Alguns nativos sugerem que os caninos são “larvas” ou falsos dentes de *nylon*/plástico, enquanto outros dizem que todas as crianças nascem com dentes falsos. <sup>(28)</sup> Na Tanzânia, 60% dos pais que recorreram aos hospitais antes de procurar um curandeiro tradicional, destes apenas 6% relataram uma melhoria na saúde dos filhos. <sup>(7)</sup> Para a maioria dos pais, a IOM é um tratamento terapêutico bem-sucedido para os seus filhos. <sup>(7,25)</sup>

Independentemente do tipo de mutilação, terapêutica ou ritual, as mutilações são feitas por curandeiros “bruxas”, pais, pessoas de igreja, ou por um membro idoso da família como um avô. <sup>(2,5,31)</sup>

O tipo de instrumentos utilizados pode ser uma faca quente, um raio de bicicleta, um prego, agrafos, filamentos de ferro, entre outros. <sup>(36)</sup> Este procedimento, quer seja realizado para fins terapêuticos ou rituais, é realizado sem anestesia ou analgesia e maioritariamente sem condições de higiene. <sup>(2,5,7,31)</sup>



Imagem 2- Extração ritual dos dois incisivos decíduos inferiores médios numa rapariga tanzaniana Massai de 2 anos.

Adaptado de R. Garve (2016) *Infant oral mutilation in East Africa – therapeutic and ritual grounds* 4/(4)



Imagem 3- Remoção de dentes decíduos superiores e inferiores de um menino Nuer (Etiópia).

Adaptado de R. Garve (2016) *Infant oral mutilation in East Africa – therapeutic and ritual grounds* (4)

No Sudão, o preço da extração de um dente é de 2 a 5 libras sudanesas (o que representa 0,0042 a 0,010 euros). O rendimento mensal medio por mês é de 30323,10 livre sudanês ou seja 63,36 euros. <sup>(32)</sup>

25% das mulheres não têm coragem de assistir à extração de dentes feita pelo curandeiro <sup>(32)</sup>. No entanto, a mãe está presente durante a extração e com um assistente força a criança a abrir a boca. <sup>(33)</sup>

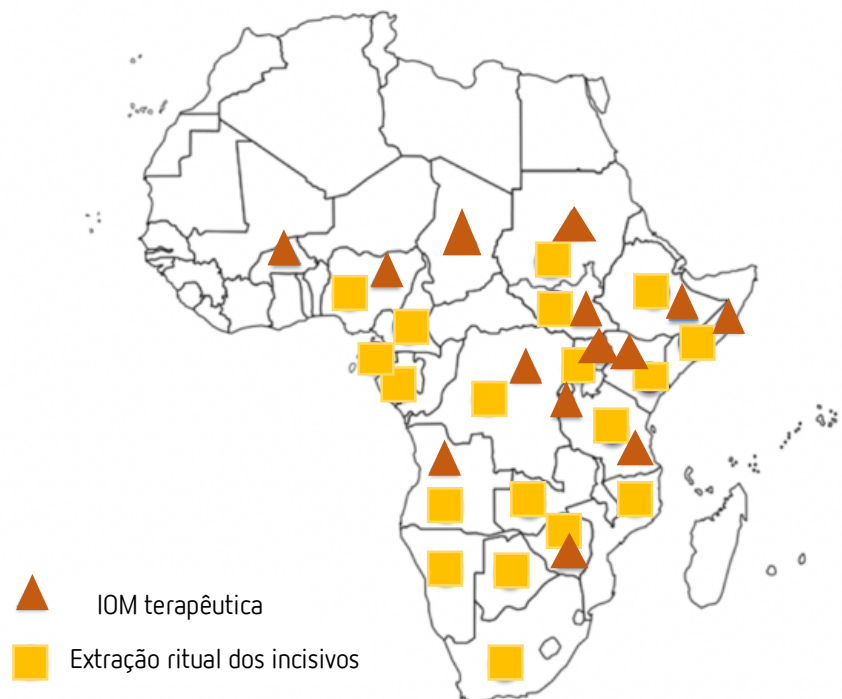


Figura 2 - Mutilação oral infantil. "Terapêutica" e "ritual" IOM em África, segundo a ONG Dentaid. As primeiras observações da IOM 'terapêutica' foram feitas na década de 1960. Uma distribuição mais ampla da IOM parece resultar da migração interna africana, possivelmente no contexto de deslocamentos forçados durante atos de guerra sob o regime Idi Amin no Uganda. Adaptado de R.Garve et al. (4)

## B. Dentes mais afetados pela IOM

*J.J Pindborg*, no seu estudo feito em 1969, descreveu 3 tipos de mutilação que são independentes: limar os incisivos centrais superiores, extrair os caninos temporários ou permanentes (geralmente os inferiores), e extrair os incisivos permanentes inferiores. <sup>(28)</sup>

Desde 1966, há uma diferença dos dentes mutilados entre os grupos étnicos. No estudo conduzido por *J.J Pindborg* no Uganda, o autor confirmou que as extrações dos incisivos permanentes inferiores eram mais frequentes entre as etnias *Acholi, Batoros e Bugisus*.<sup>(28)</sup> Enquanto no *Acholi*, os caninos eram os dentes que apresentavam maior frequência de extração. No distrito de Kigezi a mutilação consiste em afiar/limar o ângulo mesial dos incisivos centrais superiores.<sup>(28)</sup>

*R.Garve et al.*, em 2016, indicaram que não só os incisivos inferiores permanentes, mas também os dois incisivos centrais inferiores temporários podem ser extraídos por razões rituais.<sup>(4)</sup> Em 95-100% dos casos de *Ebiino*, os caninos são geralmente os mais extraídos.<sup>(41)</sup> O estudo de *J.F.R HIZA et al. (2009)*, relatou, que das 262 crianças com 5 anos de idade, a maioria das extrações foi em caninos temporários (99,4%).<sup>(34)</sup>

Há uma preferência pela mandíbula, no estudo *J.F.R Hiza (2009)* na Tanzânia, a maioria das extrações (60,5%) foi feita na arcada inferior.<sup>(24,34)</sup>

O estudo realizado por *J.J Pindborg (1969)*, confirma também que as extrações são mais frequentes na mandíbula.<sup>(28)</sup>

A agenesia dos caninos temporários congênita é extremamente rara nas crianças africanas, pelo que a ausência de caninos é automaticamente atribuída à extração de botões de caninos.<sup>(25)</sup> A ausência congênita de caninos permanentes é rara, sendo a prevalência descrita em 0,01-0,03% na mandíbula e 0,07-0,13% na maxila.<sup>(14)</sup>

A razão pela qual é o canino o dente mais extraído não está muito claro. Muitas teorias dizem que se deve à sua localização na boca e à forma do seu folículo. O canino seria mais fácil de se observar, especialmente na mandíbula de uma criança desidratada.<sup>(24,33,34)</sup> Edwards et al. (2008), relataram que a desidratação causada pela diarreia pode dessecar a mucosa oral, potencialmente fazer com que a protuberância alveolar associada aos folículos dentários caninos em desenvolvimento seja mais proeminente.<sup>(30)</sup>

A extração do botão do canino é muito frequente e tem uma prevalência de 22-90%.<sup>(25)</sup>

### C. Crenças

A crença de que os botões dos caninos originam doenças pode resultar da elevada incidência de malária e das condições sanitárias ou nutricionais em que as crianças são

criadas. <sup>(8)</sup> Segundo a OMS, a Região Africana representa 94% (215 Milhões) dos casos globais estimados em 2019 e nesta região a incidência do paludismo diminuiu de 363 para 225 durante o período 2000-2019. Durante o mesmo período, o número de mortes diminuiu 44% (680.000 em 2000, 384.000 em 2019) e a mortalidade diminuiu 67%, de 121 para 40. Uma criança africana tem 25% de probabilidades de sofrer de problemas respiratórios e 10% de sofrer de diarreia devido às más condições em que vive. <sup>(27)</sup>

No contexto africano, a doença tem sempre uma explicação possível. <sup>(42)</sup> Na cultura africana, em vez de responder à pergunta “porque estou doente? Os africanos preferem responder à pergunta “Qual é a natureza da minha doença? “. <sup>(42)</sup> As práticas de saúde e as crenças de saúde mudam entre culturas. <sup>(5)</sup>

A saúde é definida pela OMS como um estado de completo bem-estar físico e mental, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. <sup>(42)</sup>

No leste do Uganda, uma em cada seis crianças morre antes do seu quinto aniversário, e com uma taxa de natalidade de quase oito crianças por mulher, a maioria das mulheres perdeu pelo menos um filho. <sup>(40)</sup>

No artigo *Nuwaha et al. (2007)*, foi elaborado um inquérito a 215 chefes de família e observou que mais de 80% dos inquiridos usam a medicina tradicional sozinha ou em combinação com a medicina moderna para tratar *Ebiino*. <sup>(43)</sup> As comunidades locais estão convencidas de que estes curandeiros têm poderes medicinais. <sup>(43)</sup> A incisão da gengiva num dente que não está totalmente erupcionado, para aliviar a dor, foi promovida na Europa por Josef Hurlock em 1742 e foi adotada por muitos curandeiros. <sup>(5)</sup>

As extrações entre diferentes grupos étnicos não são todas pelas mesmas razões, no entanto, a origem deve-se frequentemente a falta de tratamento ou de alternativas, ou acontece em comunidades com baixo nível socioeconómico. <sup>(15,19)</sup>

### III- Consequências e tratamentos

#### A. Consequências

Os artigos obtidos na nossa pesquisa demonstraram existir muitas consequências ligadas a esta mutilação oral. <sup>(2,5,10,23,24,29,41)</sup>

No período imediatamente após o procedimento, os riscos mais comuns são: dore, sangramento excessivo, noma, tétano, osteomielite dos maxilares, septicemia, infeção por VIH, aumento dos tecidos moles, inflamação, trismo, laceração dos tecidos, infeções do trato respiratório superior, faringite, amigdalite, meningite otite media, convulsões febris, bronquite sibilante, irritabilidade e abscesso mandibular, podem do mesmo ocorrer fatalidade. <sup>(5,6,10,23,24,29,41)</sup>

Uma das consequências é a noma e a OMS estima que mais de 100.000 crianças africanas desenvolvem noma todos os anos. <sup>(30)</sup>

Noma destrói a mucosa oral devido a bactérias extensas como *Borellia vincenti*, *prevotella intermedia*, *estreptococos alfa hemolíticos*. Noma é muito comum em crianças de 1 a 4 anos de idade com febre, por exemplo. <sup>(44)</sup>

A UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) estima que dos 30 países com maior mortalidade infantil, 27 são subsaarianos. <sup>(45)</sup> No Uganda, um estudo mostrou que as taxas de mortalidade de *Ebiino* são de 21% e 22%. <sup>(2)</sup> (Paradoxalmente, o facto de muitas crianças morrerem ou ficarem doentes reforça a crença de que a extração de dentes é boa para a saúde. <sup>(30)</sup> )

Os efeitos adversos físicos a longo prazo incluem um ganho de peso reduzido durante o primeiro ano de vida e sequelas dento-alveolares que vão desde a hipoplasia da coroa até à agenesia completa do dente devido a danos na lâmina dentária do dente subjacente, danos ou ablação de dentes vizinhos, má oclusão dento facial, e mesialização do molar devido à falta de dentes no sector anterior. <sup>(14,25,30)</sup>

No Uganda, vários internamentos hospitalares devido a IOM mostram que as crianças sofriam de malária, pneumonia, gastroenterite e malnutrição, isto é, devido ao fato de que

a criança tem dificuldade em se alimentar, e como tal já não recebem leite materno, e este é muito eficaz porque protege contra infeções graves. <sup>(28,43)</sup>

Num caso estudado no Sudão demonstrou que um bebé de 8 meses de idade morreu de tétano. Os seus caninos tinham sido extraídos com as unhas porque a criança apresentava e diarreia. Como não foram utilizados instrumentos esterilizados, esta morreu 7 dias após a admissão no hospital. <sup>(32)</sup>

Quando os caninos são removidos, as consequências ao nível da estabilidade oclusal são geralmente mais graves, do que quando o mesmo é realizado nos incisivos. <sup>(7)</sup>

A extração precoce do canino tem consequências no crescimento craniofacial e na oclusão. <sup>(7)</sup>

*J. Rinchuse et al (2007),* relataram que os caninos são importantes porque servem de guia para os movimentos mandibulares, em movimentos de lateralidade apenas os contactos entre os caninos protegem os outros dentes das forças de torção oclusal. <sup>(46)</sup>

## B. Tratamentos

Para calmar a dore, as mães aplicam uma mistura de ervas e mel nas gengivas uma semana antes e depois da mutilação. <sup>(33)</sup> O autor *Anderson WH (1999)*, observou que os pais colocam nas gengivas das crianças excremento de lagarto, bicarbonato de sódio, sal e açúcar. <sup>(47)</sup> Os pais podem ser aconselhados a recolher medicamentos nas unidades hospitalares após a extração. <sup>(47)</sup>

Algumas mães sudanesas dão aos seus filhos antibióticos e misturas antidiarreicas após a extração dos dentes. <sup>(32)</sup>

Num estudo realizado no Sudão, um bebé de 6 meses foi salvo ao fazer tratamento com soluções intravenosas e transfusões de sangue. O bebé de 6 meses tinha sido submetido a *Ebiino* por uma mulher embriagada e chegou ao hospital coberto de sangue. <sup>(32)</sup>



#### IV- Implicações futuras da IOM

A IOM viola os artigos 2, 3 e 24 da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989).<sup>(2)</sup>

As extrações realizadas pelo IOM de forma geral foram destacadas pela Organização Mundial de Saúde.<sup>(13)</sup>

A Associação Médica Mundial apelou ao fim da prática tradicional da mutilação oral de bebês e apelou à melhoria dos serviços de cuidados dentários em África.<sup>(48)</sup>

O procedimento é ilegal no Sudão e em algumas partes do Uganda.<sup>(13)</sup> Várias campanhas e apelos já foram feitos, mas ainda não é suficiente porque a IOM está enraizada nas tradições das comunidades.<sup>(2)</sup> São várias as publicações que registam a origem das crenças e mitos da IOM entre os migrantes.<sup>(7)</sup>

Em Junho de 2019, os chefes dos serviços dentários da África Oriental e central (Etiópia, Somália, Quênia, Tanzânia, Ruanda, República Democrática do Congo e Sudão) reuniram-se em Adis Abeba para desenvolver uma estratégia para pôr fim à prática bárbara da mutilação oral infantil (IOM) no prazo de 10 anos.<sup>(6)</sup>



Imagem 4 - Trabalhadores dos cuidados primários em formação para educar as mães contra a IOM na República Democrática do Congo. Adaptado de "The Addis Ababa Declaration to end infant oral mutilation" Wordley et al., 2019



Alguns países concordam em erradicar a IOM porque a consideram um abuso infantil, mas outros discordam porque é uma prática cultural e só a consideram ilegal se houver mortes.

(5)

Só o apoio dos líderes locais pode mudar a percepção desta prática pelas comunidades <sup>(2)</sup>, uma vez que estas comunidades têm crenças profundas e é muito difícil erradicá-las. <sup>(11)</sup>.

Uma solução, seria envolver curandeiros locais e líderes religiosos nestas campanhas de forma a alcançar um maior número de pessoas. <sup>(8)</sup>

No Hospital Lacor, no Uganda, apenas são admitidas crianças com doenças graves, pelo que a incidência de *Ebiino* e as suas complicações podem ser subestimadas. <sup>(8)</sup> *Khonsari et al. (2009)*, mencionaram que é difícil mudar a opinião das pessoas sobre a IOM, no entanto, à medida que o turismo chega a algumas destas áreas pode ocorrer uma mudança na mentalidade dos nativos. <sup>(9)</sup>

A associação "*Global Child Dental Fund*" começou a trabalhar em conjunto com a Comunidade Dentária da África Oriental para mobilizar apoio, e para criar e financiar uma estratégia para erradicar a IOM.

. As missões de *Global Child Dental*:

- Construir um movimento global para acabar com a mutilação oral infantil através do financiamento e do trabalho em conjunto com a comunidade dentária da África Oriental, com a colaboração da sociedade civil.
- Construção de um quadro de líderes dentários seniores capazes de efetuar melhorias profundas na prestação de cuidados de saúde dentária a nível local, nacional e global.
- Melhoria da saúde oral das crianças mais desfavorecidas do mundo através dos nossos projetos Sorrisos & Esperanças.
- Aumentar a responsabilidade social na profissão de dentista, particularmente na geração emergente de dentistas e líderes dentários

*"Acreditamos que cada criança pode e deve ter um sorriso saudável porque a saúde oral é crucial para a saúde geral e o bem-estar"* Professor Raman Bedi, Presidente do *Global Child Dental Fund*

#### V- Limitações e perspectivas futuras

- A pesquisa realizada não encontrou muitos artigos recentes sobre a IOM (mutilação oral infantil);
- Alguns relatórios de casos analisados apresentam moderado nível de evidência científica;
- A inexistência de grupos controlo em alguns estudos pode restringir os resultados da intervenção realizada;
- São necessários mais estudos detalhados sobre as consequências a longo termo da mutilação oral infantil;
- É necessária a combinação de mais testes que avaliem a ausência dos dentes permanentes devido a extração precoce dos dentes temporários;
- Existência de apenas um número limitado de estudos sobre os resultados a longo prazo da mutilação oral infantil;
- Revelam-se necessários mais estudos, de coorte longitudinal, que permitam acompanhar as informações recolhidos nos registos dos hospitais sobre os efeitos da mutilação oral infantil e erupção dos dentes permanentes após extração porque os médicos utilizam procedimentos diferentes, e potencialmente não comparáveis, de diagnóstico e de notificação.

- Existem obstáculos, referidos pelos autores, na obtenção de resultados porque algumas crianças vivem em áreas remotas da África e falar com os líderes destes diferentes grupos étnicos para a recolha dados é uma tarefa, senão impossível, bastante difícil.

## Conclusão

Os diferentes artigos utilizados nesta revisão sistemática integrativa salientaram a elevada prevalência da IOM no continente africano e que continua a existir até os dias de hoje. Esta prevalência pode depender de vários fatores tais como a distância entre a cidade e o campo, os recursos médicos disponíveis na área, o nível educação dos pais, ou mesmo a guerra.

As consequências desta extração prematura são múltiplas e podem levar a alterações na arcada dentária, levar a infeções como o VIH, e podem também levar à morte. Os remédios tradicionais, motivados pelo desejo de curar e aliviar os sintomas, podem ter consequências prejudiciais e irreversíveis na saúde da criança

As mutilações dentárias terapêuticas são feitas para tratar sintomas como a diarreia ou o aumento da temperatura corporal, enquanto as mutilações rituais são feitas para marcar a passagem para um novo capítulo da vida.

O impacto da IOM é muito importante porque está fortemente ancorada nas populações devido ao domínio dos líderes locais. O impacto psicológico e físico na criança é terrível, a longo prazo pode causar dificuldades na sua vida adulta.

É importante que os médicos dentistas dos países desenvolvidos tenham conhecimento destas práticas e rituais e que reconheçam as consequências da IOM nos pacientes oriundos do continente africano para que os possam tratar convenientemente.



## BIBLIOGRAFIA

1. Pinchi V, Barbieri P, Pradella F, Focardi M, Bartolini V, Norelli GA. Dental Ritual Mutilations and Forensic Odontologist Practice: a Review of the Literature. *Acta Stomatol Croat.* março de 2015;49(1):3–13.
2. Kemoli AM, Sidhu SK, Cheng L. The need for global safeguards for fundamental rights of children at risk of infant oral mutilation (IOM). *BMJ Glob Health.* :4.
3. González EL, Pérez BP, Sánchez JAS, Acinas MMR. Dental aesthetics as an expression of culture and ritual. *Br Dent J.* janeiro de 2010;208(2):77–80.
4. Roland G, Garve M, Link K, Türp J, Meyer C. Infant oral mutilation in East Africa - therapeutic and ritual grounds. *Trop Med Int Health.* 1 de junho de 2016;21.
5. Johnston NL, Riordan PJ. Tooth follicle extirpation and uvulectomy. *Aust Dent J.* dezembro de 2005;50(4):267–72.
6. Wordley V, Bedi R. The Addis Ababa Declaration to end infant oral mutilation. *Br Dent J.* novembro de 2019;227(10):863–4.
7. Khonsari RH, Corre P, Perrin JP, Piot B. Orthodontic Consequences of Ritual Dental Mutilations in Northern Tchad. *J Oral Maxillofac Surg.* abril de 2009;67(4):902–5.
8. Iriso R, Accorsi S, Akena S, Amone J, Fabiani M, Ferrarese N, et al. «Killer» canines: the morbidity and mortality of ebino in northern Uganda. *Trop Med Int Health.* 2000;5(10):706–10.
9. Kemoli A, Gjørup H, Nørregaard MLM, Lindholm M, Mulli T, Johansson A, et al. Prevalence and impact of infant oral mutilation on dental occlusion and oral health-related quality of life among Kenyan adolescents from Maasai Mara. *BMC Oral Health.* 24 de outubro de 2018;18(1):173.
10. Wordley V, Bedi R. Infant oral mutilation in East Africa: eradication within ten years. *Br Dent J.* janeiro de 2019;226(1):14–5.
11. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement.
12. Stone PW. Popping the (PICO) question in research and evidence-based practice. *Appl Nurs Res.* 1 de agosto de 2002;15(3):197–8.
13. Pope EA, Roberts MW, LaRee Johnson E, Morris CL. Infant Oral Mutilation. *Case Rep Dent.* 21 de fevereiro de 2018;2018:7586468.

14. Roberts SM, Currell SD, Abdalla Y. Missing canines: a novel aetiology. *Aust Dent J*. março de 2019;64(1):103–5.
15. Kemoli AM, Opondo IA. A fatal case of infant oral mutilation practice. *Contemp Clin Dent*. 1 de janeiro de 2021;12(1):76.
16. Teshome A, Assefa B. The dental complications of canine tooth bud removal in 2-12 years old children in Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes*. 28 de outubro de 2019;12(1):701.
17. Husain A, Baker MD, Bisanzo MC, Stevens MW. The mortality of ill infants with false tooth extraction in a rural Ugandan emergency department. *J Public Health Afr* [Internet]. 24 de agosto de 2017 [citado 29 de novembro de 2021];8(1). Disponível em: <http://www.publichealthinfrica.org/index.php/jphia/article/view/582>
18. Musinguzi N, Kemoli A, Okullo I. Prevalence and dental effects of infant oral mutilation or Ebiino among 3-5 year-old children from a rural district in Uganda. *BMC Oral Health*. 2 de setembro de 2019;19(1):204.
19. Elgamri AI, Ahmed AT, Haj-Siddig OE, Chin JR. Infant oral mutilation (IOM) related to traditional practices among inner city pre-school children in Sudan. *Afr Health Sci* [Internet]. 22 de junho de 2018 [citado 29 de novembro de 2021];18(2). Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/173637>
20. Davidovich E, Kooby E, Shapira J, Ram D. The traditional practice of canine bud removal in the offspring of Ethiopian immigrants. *BMC Oral Health*. 19 de julho de 2013;13:34.
21. Noman AV, Wong F, Pawar RR. Canine Gouging: A Taboo Resurfacing in Migrant Urban Population. *Case Rep Dent*. 2015;2015:727286.
22. Tungotyo M. Noma as a complication of false teeth (Ebiino) extraction: a case report. *J Med Case Reports*. 17 de abril de 2017;11(1):112.
23. Iriso R, Accorsi S, Akena S, Amone J, Fabiani M, Ferrarese N, et al. «Killer» canines: the morbidity and mortality of ebino in northern Uganda. *Trop Med Int Health TM IH*. outubro de 2000;5(10):706–10.
24. Girgis S, Gollings J, Longhurst R, Cheng L. Infant oral mutilation - a child protection issue? *Br Dent J*. abril de 2016;220(7):357–60.
25. Dewhurst SN, Mason C. Traditional tooth bud gouging in a Ugandan family: a report involving three sisters. *Int J Paediatr Dent*. 7 de julho de 2008;11(4):292–7.


26. Welbury RR, Nunn JH, Gordon PH, Green-Abate C. «Killer» canine removal and its sequelae in Addis Ababa. *Quintessence Int Berl Ger* 1985. maio de 1993;24(5):323–7.
27. Accorsi S, Fabiani M, Ferrarese N, Iriso R, Lukwiya M, Declich S. The burden of traditional practices, ebino and tea-tea, on child health in Northern Uganda. *Soc Sci Med* 1982. dezembro de 2003;57(11):2183–91.
28. Pindborg JJ. Dental mutilation and associated abnormalities in Uganda. *Am J Phys Anthropol*. novembro de 1969;31(3):383–9.
29. Amailuk P, Grubor D. Erupted compound odontoma: case report of a 15-year-old Sudanese boy with a history of traditional dental mutilation. *Br Dent J*. 12 de janeiro de 2008;204(1):11–4.
30. Edwards PC, Levering N, Wetzel E, Saini T. Extirpation of the primary canine tooth follicles: a form of infant oral mutilation. *J Am Dent Assoc* 1939. abril de 2008;139(4):442–50.
31. Hassanali J, Amwayi P. Biometric analysis of the dental casts of Maasai following traditional extraction of mandibular permanent central incisors and of Kikuyu children. *Eur J Orthod*. dezembro de 1993;15(6):513–8.
32. A/Wahab MM. Traditional practice as a cause of infant morbidity and mortality in Juba area (Sudan). *Ann Trop Paediatr*. março de 1987;7(1):18–21.
33. Kemoli AM. Raising the awareness of infant oral mutilation - myths and facts. *Contemp Clin Dent*. setembro de 2015;6(Suppl 1):S137–8.
34. Hiza JFR, Kikwilu EN. Missing primary teeth due to tooth bud extraction in a remote village in Tanzania. *Int J Paediatr Dent*. 24 de abril de 2009;2(1):31–4.
35. Tirwomwe JF, Agwu E, Ssamula M. The magnitude of tooth bud extraction in Uganda. 2013;
36. Wandera MN, Kasumba B. “Ebinyo” — The Practice of Infant Oral Mutilation in Uganda. *Front Public Health*. 2017;5:167.
37. Kale R. South Africa’s Health: Traditional healers in South Africa: a parallel health care system. *BMJ*. 6 de maio de 1995;310(6988):1182–5.
38. Rodd HD, Davidson LE. ‘Ilko dacowo.’ canine enucleation and dental sequelae in Somali children. *Int J Paediatr Dent*. 7 de julho de 2008;10(4):290–7.
39. Barbieri P, Focardi M, Pradella F, Garatti S. Infant oral mutilation (IOM). *J Forensic Odontostomatol*. 1 de outubro de 2013;31 Suppl 1:156.



40. Mogensen HO. False teeth and real suffering: the social course of «germectomy» in eastern Uganda. *Cult Med Psychiatry*. setembro de 2000;24(3):331–51.
41. Barzangi J, Unell L, Söderfeldt B, Arnrup K. Infant dental enucleation: A literature review on a traditional remedial practice in East Africa. *Acta Odontol Scand*. 1 de abril de 2014;72(3):168–78.
42. Kubukeli PS. Traditional healing practice using medicinal herbs. *Lancet Lond Engl*. dezembro de 1999;354 Suppl:SIV24.
43. Nuwaha F, Okware J, Hanningtone T, Charles M. False teeth «Ebiino» and Millet disease «Oburo» in Bushenyi district of Uganda. *Afr Health Sci*. março de 2007;7(1):25–32.
44. Miller LE, Shaye DA. Noma and Necrotizing Fasciitis of the Face and Neck. *Facial Plast Surg*. agosto de 2021;37(04):439–45.
45. Brockerhoff M, Derose LF. Child survival in East Africa: The impact of preventive health care. *World Dev*. 1 de dezembro de 1996;24(12):1841–57.
46. Rinchuse DJ, Kandasamy S, Sciote J. A contemporary and evidence-based view of canine protected occlusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. julho de 2007;132(1):90–102.
47. Anderson WH. Perception of disease and its meanings. *Lancet Lond Engl*. dezembro de 1999;354 Suppl:SIV49.
48. Odigwe C. World Medical Association «appalled» at oral mutilation in parts of Africa. *BMJ*. 24 de abril de 2004;328(7446):976.



## Anexo 1 - Autorização dos autores

 **Meda MB** mar. 24 mai 20:32 (il y a 2 jours) ☆  
Hello, My name is Meda, I am a 5th year student at the University of Cespu in Portugal and I am preparing my thesis in dental surgery on the subject of ebiino a

 **Christian G. Meyer** mar. 24 mai 21:33 (il y a 2 jours) ☆ ↶ ⋮  
À Roland, moi ▾  
🌐 allemand ▾ > portugais ▾ [Afficher le message original](#) [Toujours traduire : anglais](#)

Caro Rolando,

vous reponde a ela (veja abaixo)? Acho que está tudo bem para uma tese de doutorado.

Atenciosamente

crístão

 **Meda MB** mar. 24 mai 11:34 (il y a 2 jours) ☆  
Hello, My name is Meda, I am a 5th year student at the University of Cespu in Portugal and I am preparing my thesis in dental surgery on the subject of ebiino a

 **Bedi, Raman** mar. 24 mai 11:36 (il y a 2 jours) ☆ ↶ ⋮  
À aneta, moi ▾  
🌐 Détecter la langue ▾ > français ▾ [Traduire le message](#) [Désactiver pour : anglais](#) ✕

Meda thank you for asking

Yes our course you can use the photos - my PA will send you some high-quality photos, especially of the Addis Ababa declaration

Raman

Professor Raman Bedi  
BDS, MSc, DDS, hon DSc, DHL, FDSRCS (Edin), FDRCS (Eng), FFGDP, honFDSRCS (Glas), hon FFPH

Emeritus Professor - King's College London  
Global Child Dental Fund  
Surrey Street  
Norfolk Building, Rooms G03 & G03A  
London WC2R 2ND



