



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INDÍGENA
COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE BUCAL

INQUÉRITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS, 2018

PROJETO TÉCNICO

VERSÃO CONSULTA PÚBLICA

Brasília
2017

INQUÉRITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS, 2018

Ricardo José Magalhães Barros
Ministro da Saúde

Marco Antônio Toccolini
Secretário Especial de Saúde Indígena

Francisco de Assis Figueiredo
Secretário de Atenção à Saúde

Ercio de Arruda Lins
Diretor do Departamento de Atenção à Saúde Indígena

João Salame Neto
Diretor do Departamento de Atenção Básica

Antônio da Silva Campos Junior
Coordenador Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena

Lívia Maria Almeida Coelho de Souza
Coordenador a Geral de Saúde Bucal

Assessoria técnica

Ana Cléia Soares Pinto - *Coordenação Geral de Saúde Bucal /DAB/SAS/MS*

André Luis Martins - *Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul /SESAI/MS*

Bernardo Lessa Horta - *Universidade Federal de Pelotas - UFPL*

Célia Regina do Amaral - *Distrito Sanitário Especial Indígena Maranhão /SESAI/MS*

Gabriel Côrtes - *Cordenação Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena /DASI/SESAI/MS*

Letícia Bignotto - *Departamento de Ciência e Tecnologia /SCTIE/MS*

Maria Augusta Bessa Rebelo - *Faculdade de Odontologia - FAO/UFAM*

Paulo Capel Narvai - *Faculdade de Saúde Pública - FSP/USP*

Rui Arantes - *Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ - Mato Grosso do Sul*

Sandro Magno Costa Pereira - *Coordenação Geral de Saúde Bucal /DAB/SAS/MS*

Soraya Leal - *Faculdade de Ciências da Saúde – FCS/UNB*

Thiago Araújo Coelho de Souza - *Faculdade de Ciências da Saúde – FCS/UNB*

Thiago Moraes Bute - *Distrito Sanitário Especial Indígena Bahia /SESAI/MS*

Zaira Taveira Zambelli - *Cordenação Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena /DASI/SESAI/MS*

Sumário

1. Introdução.....	4
2. Objetivo do estudo	6
2.1. Geral.....	6
2.2. Específicos	6
3. Método	7
3.1. Plano amostral.....	7
3.2. Avaliação de saúde bucal	10
3.3. Indicadores socioeconômicos	12
3.4. Indicadores sobre utilização de serviços odontológicos e autopercepção de saúde bucal	12
3.5. Caracterização dos serviços de saúde bucal prestados às comunidades indígenas.....	12
3.6. Calibração e treinamento das equipes.....	14
4. Coleta de dados	19
5. Apuração e análise	19
6. Implicações Éticas.....	19
7. Orçamento	20
8. Cronograma.....	21
9. Referências	22
10. Anexos.....	24
10.1. Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Coletivo	25
10.2. Anexo B. Ficha de exame clínico	27
10.3. Anexo C. Questionário sobre escolaridade, alimentação autopercepção, autocuidado e utilização de serviços de saúde.....	28
10.4. Anexo D. Questionário de caracterização domiciliar e da aldeia	31
10.5. Anexo E. Fluxograma de atividades para execução da pesquisa.....	34
10.6. Anexo F. Descrição orçamentária detalhada	35

1. Introdução

A Constituição brasileira de 1988 reconhece o Brasil como um estado pluriétnico. Dentre os diferentes grupos étnicos brasileiros os povos indígenas se destacam pela sua grande diversidade sociocultural. A Carta de 1988, em seu Título VIII, “Da Ordem Social”, capítulo VIII, “Dos Índios”, Artigo 231, garante direitos constitucionais aos Povos indígenas, assegurando-lhes o respeito à sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições ¹. Apesar de o Brasil apresentar um contingente populacional indígena pequeno em relação ao total da população brasileira (em torno de 0,5%), o país abriga mais da metade de todos os grupos indígenas da América Latina e do Caribe. Atualmente temos contabilizados 305 grupos indígenas diferentes, falantes de 274 línguas nativas ².

O Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) registra um total 738.624 indígenas distribuídos em 5.361 aldeias em todo o território nacional. Os dados do SIASI indicam uma grande dispersão da população indígena por todo o país, 2.271 aldeias (42,4%) possuem menos de 50 indivíduos, 2.251 aldeias (42%) têm contingente populacional entre 50 e 200 indivíduos; 593 aldeias (11,1%) possuem entre 200 e 500 indivíduos; 169 (3,2%) entre 500 e 1.000 pessoas e somente 77 aldeias (1,4%) com mais de 1.000 indivíduos ³.

Os primeiros estudos epidemiológicos sobre a condição de saúde bucal de povos indígenas no Brasil foram realizados na década de 1950⁴. O conhecimento científico produzido desde então mostrou que os riscos para desenvolvimento da cárie dentária aumentaram à medida que se intensificou a interação dessas populações com os não indígenas. Em geral, as transformações decorrentes do contato, sobretudo nas formas de subsistência, envolvendo mudanças na dieta, com a entrada de alimentos industrializados e do açúcar refinado, repercutiram negativamente na saúde bucal, com um aumento expressivo nos níveis de cárie ⁵⁻⁷.

Entretanto, o quadro epidemiológico de saúde bucal, assim como as práticas de autocuidado e os sistemas médicos tradicionais dos povos indígenas do Brasil são pouco conhecidos devido à escassez de investigações científicas, inquéritos e censos abrangentes ⁸. Apesar de dados oriundos da atenção primária, prestada pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) contidos no SIASI, estes referem-se apenas aos indígenas que são atendidos pelos serviços de saúde e restringem-se a informações sobre uso e cobertura dos serviços de

atenção básica. Os poucos dados epidemiológicos existentes não são coletados de forma padronizada, de acordo com os protocolos estabelecidos para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal ⁷.

As investigações e pesquisas realizadas até 2017 permitem afirmar que existe uma grande variabilidade nos níveis de cárie entre os Povos Indígenas brasileiros, reflexo da diversidade sociocultural e de diferenciais de acesso a serviços de saúde ^{9,10}. Entretanto, uma análise mais aprofundada sobre o tema não é possível pelo fato de esses estudos apresentarem metodologias diversas, terem sido realizados em momentos diferentes e em grupos específicos, bem como, pelos inquéritos de abrangência nacional realizados até o momento não incluírem a população indígena residente em terras indígenas ¹⁰¹¹. O conhecimento mais amplo sobre as condições de saúde bucal dos diferentes Povos indígenas do Brasil se faz necessário para a elaboração de estratégias de atuação e de organização dos serviços de saúde de acordo com as diferentes realidades de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

É fundamental que a realização de inquéritos periódicos faça parte de uma estratégia inserida na Política de Saúde Indígena, dentro do componente de vigilância à saúde com a perspectiva de construção de uma série histórica de dados de saúde bucal com o objetivo de verificar tendências, planejar e avaliar serviços. Assim como a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente)¹², que tem seu principal componente de vigilância em saúde as pesquisas nacionais, como o SB Brasil 2003 e o SB Brasil 2010, a Política Nacional de Saúde Indígena através do primeiro levantamento nacional sobre as condições de saúde bucal dos povos indígenas do Brasil consolida seu marco na vigilância em saúde bucal do Brasil Sorridente Indígena.

A diversidade sociocultural dos povos indígenas brasileiros, aliada às mais diversas condições de vida e de saúde reforçam a necessidade do conhecimento dos diferentes perfis epidemiológicos e de ações de vigilância em saúde que contemplem as especificidades dos diferentes povos indígenas brasileiros da forma mais abrangente possível. Neste sentido, este estudo tem por finalidade conhecer a situação de saúde bucal da população indígena do Brasil por meio de um inquérito epidemiológico de base populacional contemplando os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas brasileiros.

2. Objetivo do estudo

2.1. Geral

Conhecer a situação de saúde bucal da população indígena brasileira.

2.2. Específicos

- a. Estimar para a população de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44, 65 a 74 anos a prevalência de cárie dentária.
- b. Estimar para a população de 12, 15 a 19, 35 a 44, 65 a 74 anos a prevalência de gengivite, cálculo dental, bolsa periodontal e perda de inserção periodontal.
- c. Estimar para a população de 12, 15 a 19 anos a prevalência de oclusopatias.
- d. Estimar para a população de 12 anos a prevalência de fluorose dentária.
- e. Estimar para a população de 12 anos a prevalência de traumatismo dentário.
- f. Estimar para a população de 15 a 19, 35 a 44, 65 a 74 anos a prevalência de alterações dentárias culturalmente definidas.
- g. Estimar para a população de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44, 65 a 74 anos a necessidade de tratamento relacionado a cárie dentária.
- h. Estimar para a população de 15 a 19, 35 a 44, 65 a 74 anos a necessidade e uso de prótese dentária.
- i. Caracterizar o perfil socioeconômico, a utilização e o acesso aos serviços odontológicos e aos materiais de higiene bucal, a autopercepção, as práticas de autocuidado, uso de adornos bucodentários.
- j. Identificar o padrão de consumo de alimentos industrializados e do açúcar de adição (sacarose).
- k. Mensurar a exposição ao flúor nas fontes hídricas para consumo humano nas aldeias e domicílios indígenas.

3. Método

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, de base populacional envolvendo todos os povos indígenas assistidos pelo Subsistema de Saúde Indígena. A população de estudo será selecionada por um processo de amostragem com representatividade para todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), contemplando indivíduos residentes em 5.361 aldeias cadastradas no SIASI. Será excluída a população indígena residente em acampamentos, e em áreas urbanas de municípios não assistida pelos serviços dos DSEI.

3.1. Plano amostral

O plano amostral garantirá a representatividade da amostra por DSEI nas idades/ faixas etárias: 5, 12, 15-19, 35-44, 65-74 anos preconizadas pela OMS para avaliação das condições de saúde bucal.

Quadro 1. Estimativa do número amostral baseada em diferentes prevalências de desfecho e margem de erro.

MARGEM DE ERRO (PONTOS PERCENTUAIS)	PREVALÊNCIA DO DESFECHO (%)			
	20	30	40	50
5	271	355	406	424

Foram considerados para o cálculo da amostra um nível de confiança de 95% e 10% de perdas. Tendo em vista a inexistência de inquéritos de saúde bucal da população indígena, com amostras representativas, optamos por assumir a prevalência de 50% para o principal desfecho, a cárie, para realização do cálculo da amostra para os diferentes DSEI. Esta decisão evita que as estimativas sejam subestimadas, e garantindo a representatividade da amostra e segue as estimativas do SB Brasil 2010 que observou prevalência de carie próximas de 50% ¹¹.

O quadro abaixo indica o tamanho da amostra em cada idade/faixa etária índice para cada DSEI de acordo com os parâmetros definidos para o cálculo amostral. Para aquelas situações onde o número de indivíduos a serem avaliados em cada faixa etária apresentou-se inferior a 500, decidiu-se avaliar todos os indivíduos.

Quadro 2. Estimativa do tamanho da amostra por DSEI e idade ou grupo etário índice.

DSEI	Grupo etário					Sub-total
	5	12	15 a 19	35 a 44	65 a 74	
ALAGOAS E SERGIPE	315	308	450	450	441	1.964
ALTAMIRA	131	101	398	258	73	961
ALTO RIO JURUÁ	450	506	450	450	283	2.139
ALTO RIO NEGRO	450	450	450	450	450	2.250
ALTO RIO PURUS	458	313	450	450	219	1.890
ALTO RIO SOLIMÕES	450	450	450	450	450	2.250
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	365	285	450	450	224	1.774
ARAGUAIA	159	147	450	490	100	1.346
BAHIA	450	450	450	450	450	2.250
CEARÁ	484	434	450	450	450	2.268
CUIABÁ	226	158	450	450	144	1.428
GUAMÁ-TOCANTINS	247	247	450	450	187	1.581
INTERIOR SUL	450	450	450	450	450	2.250
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	162	207	450	450	116	1.385
KAIAPÓ DO PARÁ	191	176	450	410	99	1.326
LESTE DE RORAIMA	450	450	450	450	450	2.250
LITORAL SUL	450	450	450	450	450	2.250
MANAUS	450	450	450	450	450	2.250
MARANHÃO	450	450	450	450	450	2.250
MATO GROSSO DO SUL	450	450	450	450	450	2.250
MÉDIO RIO PURUS	229	225	450	450	239	1.593
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	450	450	450	450	402	2.202
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	432	388	450	450	403	2.123
PARINTINS	509	439	450	450	322	2.170
PERNAMBUCO	450	450	450	450	450	2.250
PORTO VELHO	300	269	450	450	211	1.680
POTIGUARA	326	289	450	450	456	1.971
RIO TAPAJÓS	376	299	450	450	238	1.813
TOCANTINS	398	319	450	450	193	1.810
VALE DO JAVARI	166	171	450	468	116	1.371
VILHENA	275	255	450	450	143	1.573
XAVANTE	450	450	450	450	149	1.949
XINGU	244	198	450	450	160	1.502
YANOMAMI	450	450	450	450	463	2.263
TOTAL	12.298	11.596	15.248	15.126	10.331	64.582

Tabela 1. Número de etnias e população indígena cadastrada no SIASI por grupo etário e por DSEI, 2016.

DSEI	Nº de etnias	População total geral		População por grupo etário (ano)											
				5		12		15-19		35-44		65-74		Subtotal	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
ALAGOAS E SERGIPE	20	12.436	100	315	7,9	308	7,7	1.454	36,3	1.486	37,1	441	11,0	4.004	32,2
ALTAMIRA	15	3.664	100	131	13,6	101	10,5	398	41,4	258	26,8	73	7,6	961	26,2
ALTO RIO JURUÁ	27	17.403	100	608	11,7	506	9,7	2.287	43,9	1.531	29,4	283	5,4	5.215	30,0
ALTO RIO NEGRO	64	39.971	100	849	6,9	1.047	8,5	4.708	38,3	4.136	33,7	1.542	12,6	12.282	30,7
ALTO RIO PURUS	17	11.516	100	458	14,5	313	9,9	1.276	40,3	902	28,5	219	6,9	3.168	27,5
ALTO RIO SOLIMÕES	23	67.705	100	2.102	11,2	1.768	9,4	7.754	41,2	5.810	30,9	1.366	7,3	18.800	27,8
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	12	11.920	100	365	10,6	285	8,3	1.444	42,0	1.120	32,6	224	6,5	3.438	28,8
ARAGUAIA	17	5.185	100	159	10,3	147	9,5	655	42,2	490	31,6	100	6,4	1.551	29,9
BAHIA	21	29.260	100	646	6,9	746	7,9	3.585	38,1	3.495	37,1	937	10,0	9.409	32,2
CEARÁ	16	25.704	100	484	6,2	434	5,6	2.804	36,2	3.136	40,5	892	11,5	7.750	30,2
CUIABÁ	19	6.878	100	226	11,4	158	8,0	753	38,1	694	35,1	144	7,3	1.975	28,7
GUAMÁ-TOCANTINS	35	8.809	100	247	9,6	247	9,6	1.060	41,1	840	32,5	187	7,2	2.581	29,3
INTERIOR SUL	33	63.968	100	1.559	7,7	1.708	8,4	8.954	44,1	6.771	33,4	1.307	6,4	20.299	31,7
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	22	6.164	100	162	8,4	207	10,8	843	43,9	594	30,9	116	6,0	1.922	31,2
KAIAPÓ DO PARÁ	7	5.471	100	191	12,8	176	11,8	612	41,1	410	27,6	99	6,7	1.488	27,2
LESTE DE RORAIMA	21	51.465	100	1.708	11,8	1.435	9,9	6.017	41,7	4.162	28,9	1.103	7,6	14.425	28,0
LITORAL SUL*	15	20.070	100	575	7,7	597	8,0	2.685	36,0	2.079	27,9	1.517	20,3	7.453	37,1
MANAUS	39	28.322	100	840	10,0	804	9,5	3.528	41,9	2.518	29,9	735	8,7	8.425	29,7
MARANHÃO	16	35.431	100	1.161	10,0	974	8,4	4.881	42,2	3.735	32,3	810	7,0	11.561	32,6
MATO GROSSO DO SUL	23	82.178	100	2.182	8,8	2.206	8,9	10.541	42,3	8.109	32,6	1.853	7,4	24.891	30,3
MÉDIO RIO PURUS	16	7.926	100	229	10,0	225	9,8	897	39,0	708	30,8	239	10,4	2.298	29,0
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	24	23.122	100	792	12,9	599	9,8	2.505	40,9	1.825	29,8	402	6,6	6.123	26,5
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	20	16.556	100	432	8,9	388	8,0	1.980	40,8	1.645	33,9	403	8,3	4.848	29,3
PARINTINS	13	15.734	100	509	11,3	439	9,7	1.864	41,3	1.378	30,5	322	7,1	4.512	28,7
PERNAMBUCO	16	38.341	100	826	6,9	783	6,5	4.216	35,2	4.592	38,4	1.547	12,9	11.964	31,2
PORTO VELHO	52	10.019	100	300	10,6	269	9,5	1.156	41,0	882	31,3	211	7,5	2.818	28,1
POTIGUARA	2	13.570	100	326	7,8	289	6,9	1.327	31,7	1.788	42,7	456	10,9	4.186	30,8
RIO TAPAJÓS	9	11.586	100	376	11,7	299	9,3	1.366	42,7	923	28,8	238	7,4	3.202	27,6
TOCANTINS	23	12.095	100	398	12,1	319	9,7	1.384	41,9	1.008	30,5	193	5,8	3.302	27,3
VALE DO JAVARI	10	6.109	100	166	10,2	171	10,5	703	43,3	468	28,8	116	7,1	1.624	26,6
VILHENA	51	8.576	100	275	11,5	255	10,6	1.005	41,9	719	30,0	143	6,0	2.397	28,0
XAVANTE	2	19.375	100	710	13,7	591	11,4	2.183	42,2	1.544	29,8	149	2,9	5.177	26,7
XINGU	26	7.210	100	244	12,0	198	9,8	865	42,7	559	27,6	160	7,9	2.026	28,1
YANOMAMI	7	23.986	100	714	11,1	743	11,5	2.557	39,6	1.975	30,6	463	7,2	6.452	26,9
Total Geral	304	747.725	100	21.265	9,6	19.735	8,9	90.247	40,6	72.290	32,5	18.990	8,5	222.527	29,8

Fonte: SIASI, 2016³ * dados de extração do SIASI dia 08/08/2017 território conforme Portaria MS de 23/05/2012

3.2. Avaliação de saúde bucal

A avaliação da saúde bucal será feita por meio de exame clínico, sob luz natural e mesmo com algumas adequações para a realidade indígena atendem as recomendações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na 4ª edição de seu Manual de Instruções para Levantamentos Básicos em Saúde Bucal¹³, tanto no que diz respeito aos critérios de diagnóstico, aos índices utilizados e às idades e faixas etárias de avaliação das condições bucais.

Indicadores epidemiológicos

Cárie dentária

A cárie será avaliada por meio dos índices CPO-D/*ceo-d* em todas as idades preconizadas pela OMS. O índice CPOD é representado pelo número médio de dentes permanentes CPO (cariado, perdido ou obturado) por indivíduo. O *ceo-d* é o índice análogo para a dentição decídua que contabiliza o número de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados.

Necessidade de tratamento

As necessidades de tratamento serão avaliadas para o dente como um todo, incluindo cárie de coroa e raiz. Códigos e critérios de avaliação serão definidos de acordo com os procedimentos preventivos, restauradores/reabilitadores executados nos serviços de atenção básica do Subsistema de Saúde Indígena. Esta adaptação dos códigos e critérios propostos pela OMS para as necessidades de tratamento trará uma melhor qualificação e maior especificidade do índice que irão impactar no planejamento e gestão dos serviços de saúde bucal.

Condição Periodontal

Será empregado o Índice CPI – (Índice Periodontal Comunitário) que registra em cada sextante a presença ou ausência de sangramento, cálculo, bolsa rasa ou profunda nas idades de 12, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 64 a 75 anos, complementado pela Perda de Inserção Periodontal (PIP) para população adulta e idosa (35 a 44 e 64 a 75 anos).

As condições relativas ao CPI deverão ser codificadas separadamente, possibilitando a observação da prevalência de cada condição especificamente (sangramento, cálculo e bolsa) em acordo com o SB Brasil 2010 ¹³.

Oclusão Dental

Os problemas oclusais serão avaliados por meio das anomalias dentofaciais, segundo os critérios do Índice de Estética Dental (DAI). Este índice, utilizado para as idades de 12 e 15 a 19 anos, permite uma avaliação mais detalhada da dentição permanente superior e inferior no que diz respeito à oclusão e a estética. Ele é composto por 11 medidas, entre elas o número de dentes ausentes, apinhamentos e espaçamentos do segmento anterior, presença de diastema, presença de sobressaliência anterior superior e inferior e avaliação da relação ântero-posterior de molares.

Índice de Má-Oclusão

Para a idade de 5 anos será adotado o índice preconizado pela OMS na 3ª edição do Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: Manual de Instruções ¹⁴, que classifica a oclusão dentária em três categorias, a saber: oclusão normal, má oclusão leve, má oclusão moderada/severa.

Traumatismo dentário

O traumatismo será avaliado em crianças e adolescentes 12 e 15 a 19 anos pelo indicador utilizado no SB Brasil 2010¹⁵, para que não haja perda de informações em relação às lesões dentárias provocadas por trauma. Para este exame, serão considerados os incisivos superiores e inferiores permanentes.

Fluorose dentária

A fluorose dentária será avaliada na faixa etária de 12 e de 15 a 19 anos por meio dos critérios propostos no Índice de Dean. O registro é feito com base nos dois dentes mais afetados. Se os dois dentes não estão igualmente afetados, o código para o menos afetado dos dois deve ser registrado.

Edentulismo

Na prática, a avaliação do uso e necessidade de prótese ajuda a entender o agravo “edentulismo”, servindo, ao mesmo tempo, para estimar a gravidade do problema pela análise conjunta dos dados de uso e necessidade e para subsidiar ações de planejamento a partir da análise das necessidades. Os dois índices não são excludentes, ou seja, é possível estar usando e também necessitar de uma prótese. Códigos e critérios de avaliação podem ser adaptados para a realidade dos serviços de atenção básica de saúde bucal do subsistema de atenção à saúde indígena.

Alterações buco dentárias – culturalmente definidas

Específico para avaliar o impacto sobre as condições de saúde bucal relacionadas as práticas culturais. O uso de adornos labiais, modificações morfológicas provocadas pelo desgaste dentário e outras alterações bucais culturalmente definidas serão registradas em campo.

3.3. Indicadores socioeconômicos

Os indicadores socioeconômicos irão captar informações referentes ao acesso à renda, nível de escolaridade, ocupação, condições de moradia, acesso a bens permanentes. Estes indicadores foram definidos a partir daqueles utilizados no I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas e no Projeto SB Brasil 2010 ^{11,16}.

3.4. Indicadores sobre utilização de serviços odontológicos e autopercepção de saúde bucal

As informações sobre a utilização dos serviços, autopercepção e autocuidado em saúde bucal serão obtidas por meio de questionário aplicado em entrevistas individuais. Este registro permitirá avaliar as condições subjetivas de saúde bucal, importantes para a compreensão do processo saúde-doença na perspectiva do usuário dos serviços. O questionário será adaptado para a realidade indígena tendo como referência o questionário utilizado no Levantamento Nacional de Saúde Bucal, do Ministério da Saúde, Projeto SB2010.

3.5. Caracterização dos serviços de saúde bucal prestados às comunidades indígenas

Acesso ao flúor na água de abastecimento

Serão coletadas amostras das fontes de abastecimento e de consumo humano de água de cada aldeia com indígenas selecionados para a dosagem do teor de flúor.

Acesso a programas de escovação

Serão coletadas nas aldeias selecionadas informações sobre a existência de programas de escovação nas escolas ou na comunidade.

Acesso ao dentista

Os dados coletados nos polos e aldeias selecionadas no estudo fornecerão informações para avaliação do acesso ao dentista. Estas informações permitirão calcular indicadores baseados na relação.

- a) Número de profissionais/ população do DSEI ou polo base
- b) Número de dias trabalhados /população do polo base
- c) Número de primeiras consultas programáticas *100/ total da população do polo base/DSEI

Indicadores de “Provimento da atenção básica”

Os dados secundários referentes a procedimentos clínicos individuais realizados pelas equipes do DSEI no ano anterior ao estudo serão coletados em cada aldeia sorteada. Essas informações permitirão analisar os serviços preventivos e curativos individuais realizados pelo DSEI. Os principais indicadores estão discriminados no quadro abaixo.

Quadro 3 Indicadores de provimento da atenção básica odontológica.

Nº	Indicador	Formula de cálculo
1	Procedimentos preventivos individuais	Número total de procedimentos individuais preventivos*/ total de procedimentos na faixa etária.
2	Razão de exodontia pelo total de procedimentos individuais	Número total de exodontia de dentes permanentes/ número total de procedimentos individuais no ano, na faixa etária.
3	Razão de tratamento mutilador/restaurador	Número total de exodontia de dentes permanentes/ número total de restaurações no período, por DSEI ou Polo Base
4	Média de procedimentos individuais por tratamento concluído	Total de procedimentos individuais/ número total de tratamentos concluídos

Nº	Indicador	Formula de cálculo
5	Razão de atendimento por demanda espontânea/ atendimento agendado	Número de pacientes atendidos na emergência/número de pacientes agendados no ano, na faixa etária
6	Percentual de pessoas atendidas que concluíram o tratamento odontológico básico.	Número de tratamento concluído * 100/ número de primeiras consultas programáticas no período
7	Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período x 100 / População total em determinado local e período.

Fonte: autoria própria

* Serão considerados procedimentos individuais preventivos: aplicação de flúor gel, aplicação de cariostático, aplicação de verniz com flúor, aplicação de selante, controle de placa bacteriana.

3.6. Calibração e treinamento das equipes

Calibração dos Examinadores

Com os objetivos de assegurar uma interpretação, entendimento e aplicação uniformes dos critérios de diagnóstico para as doenças e condições a serem observadas e registradas, bem como minimizar variações na avaliação entre os diferentes examinadores, será realizada uma calibração intra e interexaminador. Espera-se, desta forma, que além de adotar os mesmos critérios padronizados nas observações das condições examinadas, seja possível interpretar esses critérios e tomar decisões uniformemente, tanto entre si quanto consigo mesmo, em diferentes momentos. Para a calibração, serão capacitados 34 instrutores para atuarem como agentes multiplicadores nos diferentes distritos. Os instrutores terão sob sua responsabilidade, em média, 2 treinamentos. Os instrutores também serão responsáveis pelo monitoramento do trabalho de campo.

O Processo de Calibração de Examinadores

Serão realizados cerca de 63 treinamentos nos diferentes distritos de modo a capacitar os 473 cirurgiões-dentistas e respectivos anotadores ³. A equipe treinada receberá manuais impressos, a saber: Manual da Equipe de Campo e Manual do Instrutor e de Calibração. A calibração será realizada para alguns agravos e seus respectivos grupos etários, procurando reproduzir, ao máximo possível, as condições que serão encontradas em campo. Com relação às idades e grupos etários, por razões operacionais, será utilizada a idade de 3 a 6 anos e os

grupos etários de 12 a 19 anos e de 30 anos e mais. O quadro abaixo sumariza os agravos a serem calibrados e as respectivas idades.

Quadro 4 Agravos a serem calibrados e as respectivas idades.

Idade / Grupo Etário	Agravo	Técnica
3 a 6 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Cárie de coroa • Condição de Oclusão 	In vivo
12 a 19 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Cárie de Coroa • DAI • CPI Cálculo • Traumatismo Dentário • Fluorose 	In vivo In lux*
30 anos e mais	<ul style="list-style-type: none"> • Cárie de coroa • CPI Cálculo • CPI Bolsa 	In vivo

* Por analogia, adotaremos o termo “in lux” para designar a calibração que não é realizada pelo exame em indivíduos, mas com a utilização de imagens.

O processo de calibração será planejado considerando-se um número máximo de 10 (dez) examinadores. Todo o processo de calibração da equipe de examinadores terá 40 horas de trabalho (10 turnos de 4), abaixo descritas:

Preparação do processo

Inicialmente será feito um contato prévio com as instituições (escolas, centros de saúde etc.) nas quais se procederá os exames clínicos para efeito de treinamento e calibração. Nessas instituições, será verificada a existência de pessoas dentro das faixas etárias exigidas para o treinamento, devendo-se solicitar sua colaboração, explicando-lhes como se dará o processo, obtendo-se assim o consentimento.

- a) Fundamentação teórica: Antropologia e Saúde Indígena (4 horas)
- b) Discussão teórica das variáveis utilizadas, códigos e critérios de exame (4 horas)
- c) Discussão Prática *in vivo* e *in lux* (10 horas)
- d) *In vivo*
- e) Discussão Final (2 horas)

Cada participante da equipe deve examinar em torno de 10 pessoas nos seguintes grupos etários: 5 anos, 12 a 19 anos e 30 anos e mais.

O processo todo se dará a partir da seguinte sequência:

a) Serão formados blocos de 5 equipes no máximo (examinador/anotador). Caso tenhamos 10 equipes serão dois blocos de 5 equipes, 8 equipes conformarão dois blocos de 4 equipes e assim por diante.

b) Cada cadeira será identificada por um número (1, 2, 3 etc.)

c) Serão chamados cinco (se for o caso) voluntários para ocupar as cadeiras.

d) Cada examinador passará por cada um dos voluntários e realizará o exame.

e) Ao final da rodada, os voluntários não serão dispensados ainda. Os examinadores, orientados pelo instrutor, irão examinar suas fichas e observar as discordâncias em cada um dos exames que cada um realizou.

f) Ao serem observadas discordâncias, todas serão discutidas exaustivamente de modo a chegar a um consenso sobre o diagnóstico ao qual todos concordam.

g) Ainda mantendo o voluntário em sua cadeira, o instrutor de calibração realiza a aferição das discordâncias entre os exames.

h) Todas as discordâncias serão discutidas com as equipes e, se necessário, será realizado novo exame no voluntário a partir da releitura dos códigos e critérios do índice, expostos no manual.

i) O instrutor preencherá uma “Ficha de Consenso” do voluntário, resultado da discussão com as equipes, para cálculo da concordância simples.

In lux

Para esta etapa, serão projetadas 10 imagens de fluorose e traumatismo dentário.

O processo todo se dará a partir da seguinte sequência:

a) Serão projetadas 10 imagens de fluorose e traumatismo dentário.

b) Cada examinador preencherá uma ficha para cada imagem, indicando o diagnóstico da condição.

c) Ao final da rodada, os examinadores, orientados pelo instrutor, irão examinar suas fichas e observar as discordâncias em cada um dos diagnósticos indicados.

d) Ao serem observadas discordâncias, todas serão discutidas exaustivamente de modo a chegar a um consenso sobre o diagnóstico ao qual todos concordam.

e) O instrutor preencherá uma “Ficha de Consenso” da respectiva imagem, resultado da discussão com as equipes, para cálculo da concordância simples.

Calibração propriamente dita (16 horas), *in vivo e in lux*

In vivo

A calibração será feita da mesma maneira que o exercício anterior, exceto pelo número de pessoas examinadas, que deve ser maior (em torno de 15 a 20 de cada grupo etário). Os dados encontrados nesta fase é que servirão de base para os cálculos de concordância interexaminador.

O procedimento é semelhante ao item anterior:

a) Formam-se blocos de, no máximo, cinco equipes (examinador e anotador).

b) São chamados cinco voluntários para ocupar as cinco cadeiras (se for o caso).

c) Cada examinador deve passar por cada um dos cinco voluntários e realizar o exame.

d) Ao final da rodada, os voluntários não devem ser dispensados ainda. Os examinadores, orientados pelo instrutor, deverão examinar suas fichas e observar as discordâncias em cada um dos cinco exames que cada um realizou.

e) Ao serem observadas discordâncias, todas são discutidas exaustivamente de modo a chegar a um consenso sobre o diagnóstico ao qual todos concordam.

f) Após chegar ao consenso com relação a todas as discordâncias de um determinado voluntário, o instrutor de calibração preenche uma ficha, chamada de *Ficha Padrão*, a qual servirá como referência para os cálculos de concordância. Assim, para cada grupo de cinco fichas de um determinado voluntário (referente ao exame por parte dos cinco examinadores), uma sexta ficha, resultado do consenso, será preenchida.

g) Ao final de uma rodada, supondo uma equipe de cinco examinadores, haverá seis fichas para cada criança (sendo uma a Ficha Padrão), totalizando 30 fichas.

h) Novas rodadas são conduzidas, recomeçando o processo desde o item “a”, de modo a termos, no final, pelo menos 10 voluntários examinados para cada bloco de cinco examinadores.

i) Ao final, o instrutor deve preencher as planilhas para o cálculo das concordâncias.

In lux

A calibração será feita da mesma maneira que o exercício anterior, exceto pelo número de imagens projetadas, que deve ser maior (em torno de 20 a 25). Os dados encontrados nesta fase é que servirão de base para os cálculos de concordância interexaminador.

Discussão Final da Calibração (2 horas)

A última parte do exercício de calibração deve ser usada para se certificar de que a equipe de examinadores está completamente familiarizada com todos os procedimentos de exame e de registro, critérios de diagnóstico, formulários de registro e o manejo de instrumentos e materiais. Também são discutidos os resultados dos cálculos de concordância.

Discussão Final para operacionalização das atividades de campo (4 horas).

O último turno (4 horas) será dedicado à discussão com a equipe das estratégias a serem desenvolvidas em campo, tais como organização da coleta de dados, o uso do dispositivo eletrônico de inserção dos dados (*tablet*), o processo de supervisão, aspectos interculturais, dentre outras.

Quadro 1. Resumo das atividades do processo de treinamento e calibração de examinadores.

	Atividade	Nº horas	Local	Índices/Questionários	Idades	Nº voluntários
1º Turno	Discussão Teórica- Antropologia	4	Sala de Aula	Todos	-	-
2º Turno	Discussão Teórica-Variáveis	4	Sala de Aula	Todos	-	-
3º Turno	Discussão Prática	3	Escolas de Ensino Fundamental ou Área Indígena ou a critério do DSEI	Cárie, e Condição de oclusão	5 anos	10
		3	Escolas de Ensino Fundamental e Médio, Área Indígena ou a critério do DSEI	Cárie, CPI e Condição de Oclusão	12 a 19	10
4º Turno	Discussão Prática	4	Unidade de Saúde, Área Indígena ou a critério do DSEI	Cárie	30 anos e mais	10
			Unidade de Saúde, Área Indígena ou a critério do DSEI	CPI Cálculo, CPI Bolsa	30 anos e mais	10
5º Turno	Calibração	4	Escolas de Ensino Fundamental, Área Indígena ou a critério do DSEI	Cárie, e Condição de oclusão	5 anos	10 em cada idade / grupo etário
6º Turno	Calibração	4	Escolas de Ensino Fundamental, Área Indígena ou a critério do DSEI	Cárie, CPI e Condição de Oclusão	12 a 19	
7º Turno	Calibração	4	Unidade de Saúde, Área Indígena ou a critério do DSEI	Cárie	30 anos e mais	
8º Turno	Calibração	4	Unidade de Saúde, Área Indígena ou a critério do DSEI	CPI Cálculo, CPI Bolsa	30 anos e mais	
9º Turno	Calibração <i>in lux</i>	2	Sala de aula	Fluorose e Traumatismo	-	10 imagens de cada agravo
	Discussão Final	2	Sala de Aula			
10º Turno	Discussão das estratégias do campo	2	Sala de Aula			

Concordância Intra-examinador

A verificação da concordância intra-examinador buscará aferir o quanto o examinador concorda com ele mesmo em diferentes momentos. Ela será feita durante a coleta dos dados, no sentido de aferir se a consistência obtida no treinamento está sendo mantida em campo. Durante o levantamento, a concordância será feita utilizando os *exames em duplicata*, ou seja, cada examinador deve reexaminar 5% da amostra (repete um indivíduo a cada grupo de 20). Na medida do possível, o examinador não deve identificar o paciente que está sendo reexaminado.

4. Coleta de dados

As entrevistas e avaliações clínicas serão realizadas pelos cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal ou técnicos dos DSEI. Para o registro dos dados será utilizado um dispositivo eletrônico (*tablet*) equipado com um software específico, desenvolvido para a entrada das informações coletadas pelo exame clínico, por entrevista ou obtidos pelos registros dos serviços de saúde. As entrevistas e avaliação clínica serão realizadas na rotina de trabalho das equipes de saúde bucal dos DSEI. O uso de fichas em papel ocorrerá somente em situações excepcionais. Neste caso, cuidados serão tomados com relação à manutenção de uma adequada consistência na digitação a partir de rotinas de programação que corrigirão eventuais erros, além da posterior verificação de consistência a partir de dupla digitação.

5. Apuração e análise

O banco de dados gerado a partir da coleta das informações será analisado e os resultados principais apresentados em forma de um relatório descritivo com indicadores previstos no projeto, discriminados por idade/grupo etário índice, DSEI e um consolidado nacional, de forma a responder os objetivos da pesquisa.

6. Implicações Éticas

O presente projeto de pesquisa será apresentado para anuência ao Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI) o qual é composto por representantes indígenas dos 34 DSEI e organizações indígenas. O projeto será apresentado

ainda aos setores dos respectivos distritos e aos Conselhos Distritais de Saúde Indígena dos 34 DSEI (CONDISI), formado por representantes das comunidades indígenas, trabalhadores e gestores, para anuência. O projeto e o um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será apresentado de forma coletiva para as comunidades indígenas em cada aldeia antes da coleta dos dados. Assinatura ou impressão dactiloscópica do TCLE será coletada da liderança local após aprovação pela comunidade.

A execução do projeto atenderá a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 e Resolução nº 304 de 09 de agosto de 2000 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes não receberão qualquer benefício financeiro ou material pago pelo pesquisador. Os casos diagnosticados como necessidade de tratamento serão referenciados para atendimento. Será resguardada a confidencialidade e a identidade dos participantes.

O desenvolvimento do estudo será realizado a partir de exame clínico bucal individual e aplicação de questionário, não envolvendo a coleta de qualquer tipo de material biológico.

Os resultados da pesquisa serão publicitados na forma de relatório descritivo cujos principais resultados serão apresentados no FPCONDISI e Conselho Nacional de Saúde e demais instâncias da gestão em saúde e controle social. O banco de dados completo, sob guarda da SESAI-MS, e após um ano da divulgação do relatório final, poderá ser disponibilizado.

7. Orçamento

Quadro 5. Descrição orçamentária.

Nº	Elemento de despesa	Valor (R\$)
1	Diárias	1.636.992,00
2	Passagens	572.600,00
3	Serviços de terceiros - pessoa jurídica	257.000,00
4	Serviços de terceiros - pessoa física (estatístico, treinamento/calibração, coordenação, monitores, apoio administrativo)	496.400,00
5	Material de consumo (instrumental e insumos odontológicos)	607.740,00
6	Equipamentos (<i>tablet, power bank</i>)	379.900,00
	TOTAL	3.950.632,00

8. Cronograma

Etapas	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Mês 13	Mês 14	Mês 15	Mês 16	Mês 17	Mês 18
Elaboração do projeto e consulta pública	X																	
Apreciação e anuência do projeto no FPCONDISI	X																	
Submissão do projeto ao CONEP	X	X	X															
Apresentação e anuência do projeto nos CONDISI				X	X	X	X	X	X	X	X							
Definição do plano executivo por DSEI				X	X	X	X	X	X	X	X							
Pré-teste dos instrumentos						X												
Treinamento dos instrutores							X											
Treinamento dos examinadores								X	X	X	X							
Estudo Piloto								X										
Coleta de dados nos DSEI									X	X	X	X	X	X				
Análise de dados															X	X	X	
Relatório final															X	X	X	X
Devolutiva ao controle social e DSEI																		X

9. Referências

1. Brasil. Constituição Federal de 1988. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Published 1988.
2. IBGE. *Censo 2010: Censo Demográfico 2010: Características Gerais Dos Indígenas. Resultado Do Universo*. (Geografia IB de, Estatística, eds.). Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão.; 2010. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_gerais_indigenas/default_caracteristicas_gerais_indigenas.shtm. Accessed June 1, 2017.
3. SIASI. *Sistema de Informação Da Atenção À Saúde Indígena*. (Indígena S de I da A à S, ed.). Brasília: Secretaria Especial de Saúde Indígena, Ministério da Saúde; 2016.
4. NEEL J V, SALZANO FM, JUNQUEIRA PC, KEITER F, MAYBURY-LEWIS D. STUDIES ON THE XAVANTE INDIANS OF THE BRAZILIAN MATO GROSSO. *Am J Hum Genet*. 1964;16:52-140.
5. Rigonatto DDL, Antunes JLF, Frazao P. Dental caries experience in Indians of the upper Xingu, Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2001;43(2):93-98.
6. Arantes R, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil TT - Oral health among the Xavante Indians in Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2001;17(2):375-384. doi:10.1590/S0102-311X2001000200012.
7. Arantes R. Saúde bucal dos Povos Indígenas do Brasil: panorama atual e perspectivas. In: Coimbra Jr CEA SRE AL, ed. *Epidemiologia E Saúde Dos Povos Indígenas No Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO; 2003:49-72.
8. Filho PA, Santos RV, Vettore MV. Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Pública*. 2014;35(3):67-77. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n1/10.pdf>.
9. Arantes R, Santos RV, Frazão P. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):223-236. doi:10.1590/S1415-790X2010000200005.
10. Arantes R, Santos RV, Frazão P. Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil. *Int Dent J*. 2010;60(3 Suppl 2):235-240. doi:10.1922/IDJ.
11. Brasil. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde;

2012.

http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf.

12. Brasil. *Diretrizes Da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde; 2004. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf.
13. OMS. *Manual de Instruções Para Levantamentos Básicos Em Saúde Bucal*. 4ª. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1997.
14. OMS. *Manual de Instruções Para Levantamentos Básicos Em Saúde Bucal*. 3ª. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1987. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41905/1/9241544937.pdf>.
15. Brasil. *Manual de Calibração de Examinadores SB Brasil 2010*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde; 2009.
16. ABRASCO. *Inquérito Nacional de Saúde E Nutrição Dos Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Ministério da Saúde; 2009. ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1284.

10.Anexos

10.1. Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Coletivo

A avaliação da saúde bucal dos povos indígenas é muito importante para a orientação das políticas públicas, conhecimento das condições de saúde das populações e para avaliação dos serviços de saúde.

A população brasileira tem sido avaliada regularmente quanto à sua condição de saúde bucal, entretanto estes levantamentos não têm incluído os povos indígenas. Diante disso, o Ministério da Saúde (Secretaria Especial de Saúde Indígena -SESAI), decidiu realizar o “Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas”. Este Inquérito será realizado por meio das equipes que atuam nos DSEI em todo o país.

No estudo, crianças de 5 anos e 12 anos; adolescentes de 15-19 anos; homens e mulheres de 30 anos ou mais de sua aldeia, serão examinadas. O exame da boca será feito com espelho bucal e sonda obedecendo às normas de biossegurança. Os adultos responderão ainda um questionário abordando condições socioeconômicas e informações sobre uso de serviço odontológico e autopercepção da saúde bucal. As perguntas serão aplicadas verbalmente e as respostas obtidas serão anotadas pelo pesquisador. Quando necessário, intérpretes da própria aldeia participarão das entrevistas para facilitar a comunicação.

Os procedimentos para a coleta de dados não oferecem riscos à saúde, sendo o maior incômodo o exame para avaliar a condição da gengiva e o desconforto de ficar com a boca aberta o tempo necessário para o dentista examinar toda a boca.

Os benefícios que vocês terão em participar do Inquérito são relacionados a um melhor conhecimento a respeito das doenças bucais na população indígena assistida pelo DSEI, o que vai ajudar na organização dos serviços de saúde prestados à comunidade. Os problemas de saúde bucal encontrados serão informados à equipe multidisciplinar de saúde indígena, responsável pela atenção à saúde na sua aldeia. Os procedimentos a serem utilizados durante o levantamento de saúde bucal não oferecem nenhum risco ou perigo às pessoas examinadas. Os exames serão realizados na própria aldeia por profissionais treinados e capacitados para isso.

A participação não é obrigatória. Mesmo que você(s) autorize(m) a realização do estudo, pode(m) desistir e retirar o consentimento a qualquer momento. Caso isso aconteça, ninguém terá qualquer prejuízo. As informações do estudo serão confidenciais

e ficará sob responsabilidade do Ministério da Saúde. Os resultados do Inquérito serão divulgados por meio de relatórios da equipe de pesquisa, sem que as pessoas que participaram possam ser identificadas. Todas as aldeias que participaram do estudo também receberão um relatório com os resultados observados na sua comunidade.

A comunidade também receberá uma cópia deste documento, onde constam os endereços e os telefones do coordenador da pesquisa, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e do Ministério da Saúde (Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena, Secretaria Especial de Saúde Indígena).

As dúvidas sobre a pesquisa e a participação da comunidade e das pessoas podem ser esclarecidas a qualquer momento através dos seguintes contatos:

<CONTATOS>

<CONTATOS>...

Local: _____ DATA ___/___/_____

Assinatura ou impressão da(s) liderança(s) indígena:



10.2. Anexo B. Ficha de exame clínico

		INQUÉRITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL-2018					
FICHA DE EXAME CLÍNICO							
N° do DSEI	N° do Polo Base	N° da Aldeia	N° do domicílio	Data do Exame	ID Examinador	Orig/Dup.	
Nome do(a) examinado(a)			Sexo (1)-M (2)-F	Data de nascimento	Idade (anos)	Etnia	
Nome da mãe							
1. EDENTULISMO		2. FLUOROSE		3. TRAUMATISMO DENTÁRIO			
15 anos ou mais		12 anos		12 anos			
Uso de prótese				12 11 21 22			
Necessidade de prótese				42 41 31 32			
4. CONDIÇÃO DE OCLUSÃO DENTÁRIA-DAI				5. MÁ OCLUSÃO			
5 e 15 a 19 anos				5 anos			
4.1 Dentição Anterior		sup.	inf.	n° de incisivos, caninos e pré-molares perdidos			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>				
4.2 Espaço							
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4.2.1. Apinhamento na região de incisivos	4.2.2. Espaçamento na região de incisivos	4.2.3. Diastema em mm		4.2.4. Desalinhamento maxilar anterior em mm		4.2.5. Desalinhamento mandibular anterior em mm	
4.3. Oclusão							
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4.3.1. Overjet maxilar em mm	4.3.2. Overjet mandibular em mm	4.3.3. mordida aberta vertical anterior em mm		4.3.4. Relação molar ântero-posterior			
6. CÁRIE DENTÁRIA E NECESIDADE DE TRATAMENTO							
Todas as idades							
← 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 →							
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28							
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Trat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
85 84 83 82 81 71 72 73 74 75							
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38							
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Trat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
←							
7. CONDIÇÃO PERIODONTAL				8. ALTERAÇÕES BUCO DENTÁRIAS CULTURALMENTE DEFINIDAS			
7.1. CPI			7.2. PIP				
Acima de 12 anos			Acima de 35 anos				
17/16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	17/16	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	11	<input type="text"/>			
26/27	<input type="text"/>	<input type="text"/>	26/27	<input type="text"/>			
36/37	<input type="text"/>	<input type="text"/>	36/37	<input type="text"/>			
31	<input type="text"/>	<input type="text"/>	31	<input type="text"/>			
46/47	<input type="text"/>	<input type="text"/>	46/47	<input type="text"/>			
Sangramento	Cálculo	Bolsa periodontal	Código				
				Nome da alteração			

10.3. Anexo C. Questionário sobre escolaridade, alimentação autopercepção, autocuidado e utilização de serviços de saúde

FICHA INDIVIDUAL					Resposta
Identificação do exame clínico					<input type="text"/>
<u>Escolaridade</u>					
9	Está na escola? (5, 12 e 15 a 19 anos) (1) Sim (2) Não (9) IGN				<input type="text"/>
10	Qual a escolaridade do pai e da mãe? (5 e 12 anos) (1) Nenhum (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Ensino superior incompleto (7) Ensino superior completo (8) Pós-graduado (9) IGN				Pai <input type="text"/> Mãe <input type="text"/>
11	Qual a sua <examinado> escolaridade? (acima de 15 anos) (1) Nenhum (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (9) IGN				<input type="text"/>
12	Sobre domínio da língua portuguesa o examinado (todas as idades)				Sim Não IGN
12.1	Fala				(1) (2) (9) <input type="text"/>
12.2	Lê				(1) (2) (9) <input type="text"/>
12.3	Escreve				(1) (2) (9) <input type="text"/>
12.4	Entende				(1) (2) (9) <input type="text"/>
13	Sobre domínio da língua indígena o examinado (todas as idades)				Sim Não IGN
13.1	Fala				(1) (2) (9) <input type="text"/>
13.2	Lê				(1) (2) (9) <input type="text"/>
13.3	Escreve				(1) (2) (9) <input type="text"/>
13.4	Entende				(1) (2) (9) <input type="text"/>
<u>Alimentação</u>					
14	Com que frequência você <examinado> consome alimentos oriundos de:				
	Nunca	Semanalmente	Mensalmente	Diariamente	IGN
14.1	(1)	(2)	(4)	(5)	(9) <input type="text"/>
14.2	(1)	(2)	(4)	(5)	(9) <input type="text"/>
14.3	(1)	(2)	(4)	(5)	(9) <input type="text"/>
14.4	(1)	(2)	(4)	(5)	(9) <input type="text"/>
14.5	(1)	(2)	(4)	(5)	(9) <input type="text"/>
14.6	(1)	(2)	(4)	(5)	(9) <input type="text"/>
14.5	Se outro, qual?				<input type="text"/>
15	Com que frequência você <examinado> geralmente consome:				
	Nunca	Semanalmente	Mensalmente	Diariamente	IGN
15.1	(1)	(2)	(4)	(5)	(9) <input type="text"/>
15.2	(1)	(2)	(4)	(5)	(9) <input type="text"/>
15.3	(1)	(2)	(4)	(5)	(9) <input type="text"/>
15.4	(1)	(2)	(4)	(5)	(9) <input type="text"/>
15.5	(1)	(2)	(4)	(5)	(9) <input type="text"/>

FICHA INDIVIDUAL				Resposta	
16	Você <examinado> costuma colocar açúcar na bebida ou comida? (1) Sim (2) Não (9) IGN			<input type="text"/>	
19	A criança mama ou mamou (pega/pegou) no peito? (5 anos) (1) Sim, ainda mama (2) Sim, já mamou (desmamada ou parou de mamar) (3) Nunca mamou (9) IGN			<input type="text"/>	
17	A criança usa ou utilizou: (5 anos)	Sim	Não	IGN	
17.1	Mamadeira	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
17.2	Chupeta	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
18	Se a criança usa ou usava mamadeira, geralmente se:				<input type="text"/>
18.1	Acrescenta(va) açúcar no preparo				<input type="text"/>
18.2	Toma(va) mamadeira antes de dormir				<input type="text"/>
18.3	Toma(va) mamadeira durante a noite				<input type="text"/>
<u>Autopercepção da saúde bucal</u>					
19	De forma geral, como você <examinado> acha que está sua saúde? (1) Boa (2) Regular/mais ou menos (3) Ruim (9) IGN				<input type="text"/>
20	De forma geral, como você <examinado> acha que está a saúde da sua boca? (1) Boa (2) Regular/mais ou menos (3) Ruim (9) IGN				<input type="text"/>
21	Você <examinado> sentiu dor de dente nos últimos 6 meses? (1) Sim (2) Não (9) IGN				<input type="text"/>
22	Você <examinado> acha que está precisando de algum tratamento dentário? (1) Sim (2) Não (9) IGN				<input type="text"/>
23	Se sim, que tipo de tratamento você <examinado> acha que está precisando?				
23.1	Revisão, limpeza, prevenção	Sim	Não	IGN	
23.2	Obturação/restauração	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
23.3	Canal/endodontia	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
23.4	Extração	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
23.5	Prótese	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
23.6	Aparelho ortodôntico	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
23.7	Tratamento da gengiva/periodontia	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
23.8	Outros	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
Nos últimos 6 meses:					
24	Você <examinado> sentiu dificuldade para morder ou mastigar por causa de problemas nos dentes? (1) Sim (2) Não (9) IGN				<input type="text"/>
25	Você <examinado> teve dificuldade para falar por causa de problemas nos dentes? (1) Sim (2) Não (9) IGN				<input type="text"/>
26	Você <examinado> teve vergonha de sorrir por causa dos seus dentes? (1) Sim (2) Não (9) IGN				<input type="text"/>
27	Você <examinado> já teve dificuldade de fazer alguma coisa por causa de algum problema com os dentes (ex: dormir, caçar, pescar, trabalhar na roça ou na casa, fazer artesanatos, etc.)? (1) Sim (2) Não (9) IGN				<input type="text"/>

FICHA INDIVIDUAL

Resposta

Autocuidado

28	Você <examinado> costuma escovar os dentes? (1) Sim (2) Não (9) IGN				
28.1	Se sim, que horas ou períodos você <examinado> costuma escovar?	Sim	Não	IGN	
	(1) Manhã	(1)	(2)	(9)	
	(2) Meio dia	(1)	(2)	(9)	
	(3) À tarde	(1)	(2)	(9)	
	(4) À noite / antes de dormir	(1)	(2)	(9)	
29	Você costuma usar fio dental?				
	(1) Sim, regularmente (2) Sim, as vezes (3) Não (9) IGN				
30	Você costuma limpar os dentes de outras maneiras (indígena ou não)?				
	(1) Sim (2) Não (9) IGN				
30.1	Se sim, com o quê ?	Sim	Não	IGN	
	Bochecho com produto industrializado	(1)	(2)	(9)	
	Palito de dente	(1)	(2)	(9)	
	Sabão	(1)	(2)	(9)	
	Areia	(1)	(2)	(9)	
	Carvão	(1)	(2)	(9)	
	Planta/erva	(1)	(2)	(9)	
	Outro, qual?				
31	Você <examinado> costuma usar pasta de dente para limpar os dentes?				
	(1) Sim (2) Não (9) IGN				
31.1	Se sim, onde consegue pasta de dente?				
	(1) Doado pelo DSEI na maioria das vezes				
	(2) Comprado na maioria das vezes				
	(3) Trocado na maioria das vezes				
	(4) Outro				
	(9) IGN				
32	Teve período em que faltou pasta de dente nos últimos 12 meses?				
	(1) Sim (2) Não (9) IGN				
	Utilização dos serviços de saúde bucal				
33	Você <examinado> já foi atendido pelo dentista alguma vez na vida?				
	(1) Sim (2) Não (9) IGN				
33.1	Se sim, quando foi a última vez?				
	(1) Menos de um ano (2) Mais de um ano (9) IGN				
33.2	Você <examinado> lembra qual foi o motivo da última consulta?				
	(1) Revisão, limpeza, prevenção				
	(2) Dor				
	(3) Obturação/restauração				
	(4) Extração				
	(5) Tratamento da gengiva/periodontia				
	(6) Manutenção de prótese				
	(7) Retorno agendado para continuidade do tratamento				
	(8) Outro				
	(9) IGN				
33.3	Quem fez seu último atendimento odontológico?				
	(1) Dentista do DSEI				
	(2) Dentista particular				
	(3) Dentista de convênio ou plano de saúde				
	(4) Dentista de serviço público da prefeitura, estado, forças armadas, etc				
	(5) Outros				
	(9) IGN				



FICHA DO DOMICÍLIO E DA ALDEIA	Resposta
Geral	
1.1 N° do DSEI	<input type="text"/>
1.2 N° do Polo Base	<input type="text"/>
1.3 N° da Aldeia	<input type="text"/>
1.4 N° do domicílio	<input type="text"/>
1.5 Data da entrevista	<input type="text"/>
1.6 Entrevistador	<input type="text"/>
1.7 Nome do(a) entrevistado(a)	<input type="text"/>
1.8 Sexo do(a) entrevistado(a) (1) Masculino (2) Feminino	<input type="text"/>
1.9 Data de nascimento do entrevistado	<input type="text"/>
1.10 Idade do entrevistado em anos (apenas se não souber a data de nascimento)	<input type="text"/>
1.11 A entrevista foi feita com tradutor? (1) Sim (2) Não	<input type="text"/>
<u>Caracterização física do domicílio</u>	
Nos itens 1 a 3 marque os itens predominantes:	
2 Tipo de piso: (1) Chão de terra (2) Madeira (3) Cerâmica (4) Cimento (5) Outro (9) IGN	<input type="text"/>
3 Tipo de parede: (1) Palha (2) Madeira (3) Tijolo (4) Taipa/barro (5) Lona/plástico (6) Outro	<input type="text"/>
4 Tipo de cobertura/telhado: (1) Palha (2) Madeira (3) Laje (4) Lona/plástico (5) Telha de barro (6) Telha de zinco ou amianto (7) Outro (9) IGN	<input type="text"/>
5 Tem energia elétrica no domicílio? (1) Sim (2) Sim, algumas horas por dia (3) Não (9)IGN	<input type="text"/>
6 Em geral, onde você obtém predominantemente a água utilizada para beber? (1) Tomeira dentro de casa (2) Tomeira fora de casa de uso do domicílio (3) Tomeira fora de casa de uso coletivo (4) Poço (5) Rio, igarapé, lago, açude (6) Outro (9) IGN	<input type="text"/>
7 Se obtida de torneira , qual a origem da água? (1) Rede pública/municipal (2) Rede da FUNASA ou SESAI (3) Fonte protegida (4) Poço artesiano (5) Poço raso (6) Rio, igarapé, lago, açude (7) Água de chuva (8) Outro (9) IGN	<input type="text"/>
8 O local onde os moradores costumam defecar é: (1) Dentro de casa (latrina/sanitário) (2) Fora de casa (latrina/sanitário usado somente pelo domicílio) (3) Fora de casa (latrina/sanitário coletivo) (4) No mato (5) No rio, igarapé, brejo, mar (6) Outro (9) IGN	<input type="text"/>
9 O lixo deste domicílio é predominantemente: (1) Coletado por serviço de limpeza (2) Colocado em caçamba de serviço de limpeza (3) Enterrado, jogado ou queimado na aldeia (4) Enterrado, jogado ou queimado fora da aldeia (5) Jogado no rio, lago ou mar (6) Outro (9) IGN	<input type="text"/>

FICHA DO DOMICÍLIO E DA ALDEIA

Resposta

Caracterização socioeconômica do domicílio e aldeia

10	Quantas pessoas residem no domicílio independente de sexo e idade?				
11	Qual a renda mensal somada do domicílio?				
12	Identifique as fontes de renda no domicílio:				
12.1	<i>Trabalho:</i>	Sim	Não	IGN	
12.2	AIS - Agente Indígena de Saúde	(1)	(2)	(9)	
12.3	AISAN - Agente Indígena de Saneamento	(1)	(2)	(9)	
12.4	Técnico de enfermagem	(1)	(2)	(9)	
12.5	ASB/TSB - Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal	(1)	(2)	(9)	
12.6	Professor	(1)	(2)	(9)	
12.7	Trabalho provisório/sazonal	(1)	(2)	(9)	
12.8	Outro	(1)	(2)	(9)	
12.9	Se outro, qual?				
	<i>Benefício social</i>				
12.10	Bolsa família	(1)	(2)	(9)	
12.11	Aposentadoria	(1)	(2)	(9)	
12.12	Pensão	(1)	(2)	(9)	
12.13	Outro	(1)	(2)	(9)	
12.14	Se outro, qual				
	<i>Venda</i>				
12.15	Comércio/ venda de produtos industrializados	(1)	(2)	(9)	
12.16	Venda de produtos da agricultura/pecuária	(1)	(2)	(9)	
12.17	Venda de produtos de extrativismo	(1)	(2)	(9)	
12.18	Venda de artesanato/produção cultural	(1)	(2)	(9)	
12.19	Outro	(1)	(2)	(9)	
12.20	Se outro, qual?				
13	Neste domicílio, indique a quantidade existente de: { se NÃO existir, registrar 0 (zero); se existir 8 ou mais, registrar 8 (oito); se ignorado, registrar 9 (nove)}				
13.1	Animal de carga/trabalho (cavalo / burro / jumento / boi)				
13.2	Antena parabólica				
13.3	Aparelho de ar-condicionado				
13.4	Automóvel				
13.5	Barco, voadeira, canoa, bongo				
13.6	Bicicleta				
13.7	Computador				
13.8	Fogão				
13.9	Forno microondas				
13.10	Geladeira e/ ou freezer				
13.11	Linha de telefone fixo				
13.12	Máquina de lavar roupa				
13.13	Motocicleta				
13.14	Motor de popa				
13.15	Motosserra				
13.16	Aparelho de som, amplificador, rádio				
13.17	Ralador de mandioca com motor				
13.18	Telefone celular				
13.19	Televisão				
13.20	Videocassete e/ ou DVD				

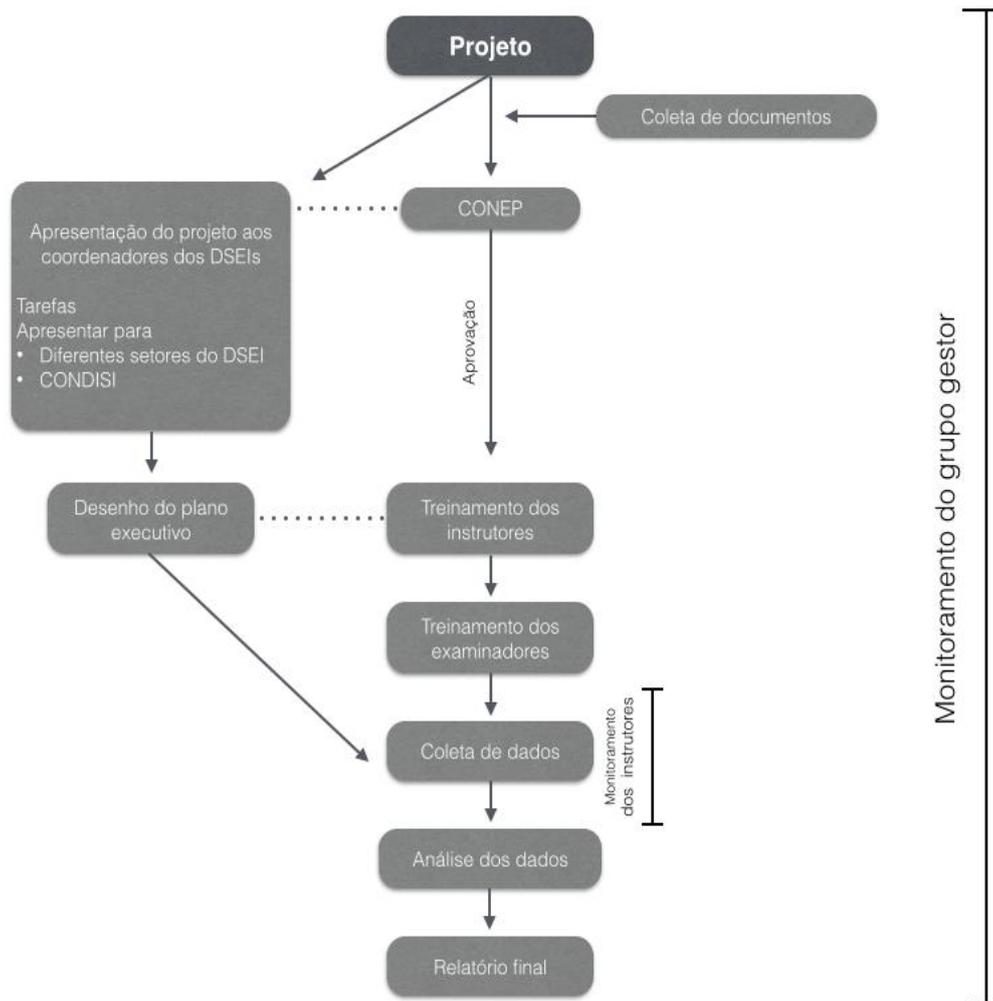
FICHA DO DOMICÍLIO E DA ALDEIA

Resposta

14	Existe comércio na aldeia? (1) Sim (2) Não (9) IGN				<input type="text"/>
15	Sim, quais produtos estão disponíveis no comércio?	Sim	Não	IGN	
15.1	Escova dental	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
15.2	Creme dental	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
15.3	Fio dental	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
15.4	Bochecho / enxaguatório bucal	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
15.5	Açúcar	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
15.6	Refrigerante ou suco	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
15.7	Bombom ou bala	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
15.8	Biscoito doce ou salgado	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
15.9	Salgadinhos	(1)	(2)	(9)	<input type="text"/>
16	Qual foi o desfecho da entrevista no domicílio?				<input type="text"/>
	(1) Domicílio entrevistado				
	(2) Domicílio não entrevistado (recusa)				
	(3) Domicílio não entrevistado (fechado - moradores ausentes)				

10.5. Anexo E. Fluxograma de atividades para execução da pesquisa

Figura 1. Fluxograma de atividades para execução da pesquisa



10.6. Anexo F. Descrição orçamentária detalhada

Quadro 6 Descrição orçamentária detalhada.

Atividade	Elemento de despesa	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor (R\$)	OBSERVAÇÃO
Recursos humanos	Bolsa para assessoria técnica estatística para delineamento amostral dos 34 DSEI (por mês)	8	2.200,00	17.600,00	Para elaboração das amostras nos DSEI durante os 8 meses de duração da elaboração do projeto executivo
	Desenvolvedor de aplicativo	1	5.000,00	5.000,00	Elaboração de aplicativo com os formulários eletrônicos
	Bolsa para 2 coordenadores do projeto (por mês)	36	2.200,00	79.200,00	
	Bolsa para apoio administrativo do projeto 2x18meses (por mês)	36	1.500,00	54.000,00	Auxiliar de pesquisa (bolsa) emissão de passagens, prestação de contas, etc.
	Bolsa para auxiliar de pesquisa-20x6 meses (por mês)	120	1.500,00	180.000,00	Para apoio e monitoramento da coleta de dados 20 monitores e elaboração dos projetos executivos dos 34 DSEI
	Instrutores de calibração (por treinamento)	63	1.000,00	63.000,00	Cerca de 34 instrutores - em média de 2 treinamentos para cada
	Bolsa de assessoria técnica para elaboração do relatório final -2 assessores x 4 meses (por mês)	8	2.200,00	17.600,00	
	Assessoria de comunicação do projeto	1	80.000,00	80.000,00	
	SUBTOTAL			496.400,00	Pagamento por calibração sendo previsto o total de
Material impresso	Elaboração do manual instrutor (50p.)			-	
	Diagramação e revisão do manual do instrutor (50p.)	1	2.000,00	2.000,00	
	Impressão do manual do instrutor (50p.)	50	50,00	2.500,00	1,50 por página *50 +75,00 por impressão
	Elaboração do manual da equipe de campo (50p.)			-	
	Diagramação e revisão do manual da equipe de campo (50p.)	1	2.000,00	2.000,00	
	Impressão do manual da equipe de campo (50p.)	1000	50,00	50.000,00	
	Elaboração do relatório final (100p.)			-	
	Diagramação e revisão do relatório final (100p.)	1	2.000,00	2.000,00	
	Impressão do relatório final (100p.)	500	100,00	50.000,00	
Cartaz/folder com resultados principais por DSEI	5000	3,50	17.500,00	Um cartaz/folder por aldeia. Material em linguagem adequada a população indígena	

Atividade	Elemento de despesa	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor (R\$)	OBSERVAÇÃO
	Material de expediente	1	3.000,00	3.000,00	Papel, tinta para impressora, caneta, etc.
	SUBTOTAL			129.000,00	
Instrumento de coleta de dados	Tablet com câmera acoplada	457	700,00	319.900,00	
	Dispositivo para recarregar o tablet (<i>power bank</i>)	200	300,00	60.000,00	
	Impressão de formulários de coleta de dados (página)	20000	0,10	2.000,00	5000 formulários com 4 páginas
	SUBTOTAL			381.900,00	
Visita de planejamento e elaboração do projeto de execução local nos 34 DSEI	Diárias para área técnica de saúde bucal (3 dias x 34)	102	224,00	22.848,00	
	Passagens	34	2.000,00	68.000,00	
	SUBTOTAL			90.848,00	7 pessoas para visitar e apoiar 34 DSE e realizar os projetos de execução
Treinamentos dos instrutores (3 dias)	Diárias dos colaboradores ministradores do treinamento (4 diárias/4 colaboradores)	16	224,00	3.584,00	
	Passagens dos colaboradores ministradores do treinamento (ida e volta)	4	2.000,00	8.000,00	
	Diárias dos instrutores por dia (4 diárias/34 instrutores)	136	224,00	30.464,00	
	Passagens dos instrutores (ida e volta)	34	2.000,00	68.000,00	
	SUBTOTAL			110.048,00	
Treinamentos dos examinadores (5 dias / 63 treinamentos)	Diárias dos instrutores (63 x 7 diarias)	441	224,00	98.784,00	
	Passagens dos instrutores	63	2.000,00	126.000,00	
	Diárias dos examinadores e anotadores 475 CD + 448ASB/TSB x 7 diarias	6461	224,00	1.447.264,00	
	Passagens terrestre dos examinadores e anotadores (475 CD + 448ASB/TSB x R\$200,00 por ida e volta)	923	200,00	184.600,00	
	Aluguel de sala (2 diária- parte teórica) com equipamento	126	250,00	31.500,00	

Atividade	Elemento de despesa	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor (R\$)	OBSERVAÇÃO
	Aluguel de transporte com motorista para ida a campo (diária) - 3 dias	189	500,00	94.500,00	
	SUBTOTAL			1.982.648,00	
Materiais para campo	Espelho clínico com cabo (15 por examinador)	7125	10,00	71.250,00	15 x 475 CDs =7125
	Sonda milimetrada OMS (15 por examinador)	7125	50,00	356.250,00	16 x 475 CDs =7125
	Pinça clínica (15 por examinador)	7125	10,00	71.250,00	17 x 475 CDs =7125
	Gral cirúrgico rolo 10cm x 100m	130	50,00	6.500,00	65000 exames usando 0,2m de grau por exame = 13000m = 130 rolos de 100m
	Avental descartável, embalagem 10 unidades	650	20,00	13.000,00	65000 exames / 20exames por dia=3250 dias. 2 aventais por dia (ASB e CD) = 6500 aventais /10 = 650 embalagens com 10 aventais
	Luva, caixa com 100 unidades	1300	20,00	26.000,00	2 luvas por exame x 65000 exames = 130000 luvas = 1300 caixas com 100 luvas
	Gorro/touca descartável, embalagem 100 unidades	65	10,00	650,00	65000 exames / 20exames por dia=3250 dias. 2 gorros por dia (ASB e CD) = 6500 gorros / 100 = 65 embalagens com 100 gorros
	Gaze, pacote 500 unidades	390	15,00	5.850,00	65000 x 3 unidades por exame =195000 / 500 = 390 pacotes com 500 unidades
	Álcool 705, 1 L	325	9,00	2.925,00	1 L de álcool a cada 200 exames = 65000/200=325 litros
	Água destilada, 5L	315	1,00	315,00	350 ml por ciclo de esterilização. 65000 /15 exames por ciclo = 4500 (4333 ciclos) x 0,35L ml por ciclo = 1575 / 5 = 315 galões de 5 litros
	Caixa organizadora, 56L	475	50,00	23.750,00	Uma por examinador
	Camiseta da pesquisa ou colete	1000	30,00	30.000,00	
	Autoclave não elétrica				Para esterilização do instrumental em aldeias remotas e de difícil acesso sem energia elétrica
	SUBTOTAL			607.740,00	
Visitas de supervisão de campo para os 34 DSEI (1x34)	Diárias (3 dias)	102	224,00	22.848,00	
	Passagens	34	2.000,00	68.000,00	
	SUBTOTAL			90.848,00	
	Diárias (2 dias por reunião)	50	224,00	11.200,00	

Atividade	Elemento de despesa	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor (R\$)	OBSERVAÇÃO
5 Reuniões do grupo gestor da pesquisa (5 pessoas)	Passagens	25	2.000,00	50.000,00	
	SUBTOTAL			61.200,00	
	TOTAL			3.950.632,00	



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INDÍGENA

**Relatório da Consulta Pública do Projeto Técnico
“Inquérito Epidemiológico Nacional da Saúde Bucal dos
Povos Indígenas no Brasil, 2020”**

Brasília
2019

Luiz Henrique Mandetta
Ministro da Saúde

Marco Antônio Toccolini
Secretário Especial de Saúde Indígena

Francisco de Assis Figueiredo
Secretário de Atenção à Saúde

Flávio Marcos Passos Gomes Júnior
Diretor do Departamento de Atenção à Saúde Indígena

Arnoldo de Oliveira Junior
Diretor do Departamento de Atenção Básica

Antônio da Silva Campos Junior
Coordenador Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena

Lívia Maria Almeida Coelho de Souza
Coordenadora Geral de Saúde Bucal

Equipe técnica:

Ana Paula Corrêa de Queiroz Herkrath

Gabriel Côrtes

Helder Henrique Costa Pinheiro

Lívia Maria Almeida Coelho de Souza

Maria Augusta Bessa Rebelo

Paulo Capel Narvai

Rui Arantes

Selma Aparecida Chaves Nunes

Soraya Leal

Introdução

O projeto técnico “Inquérito Epidemiológico Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas no Brasil” foi elaborado por um Grupo de Trabalho, coordenado pela Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPSI/DASI/SESAI/MS) e Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB/DAB/SAS/MS), o âmbito do Ministério da Saúde.

O Grupo de Trabalho contou com representantes da CGAPSI, da CGSB, do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), de instituições de ensino e pesquisa e de profissionais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Foram realizadas duas reuniões presenciais em Brasília (5-6/04 e 29-30/05/17) e três reuniões on-line (19/04, 15/05 e 14/06/17), além de trocas de informações por e-mail, até a elaboração da versão preliminar do projeto, que foi disponibilizado para consulta pública no período de 28 de agosto de 2017 a 30 de setembro de 2017, pelo link <http://portalms.saude.gov.br/aceso-a-informacao/participacao-social/29354-consulta-publica-projeto-tecnico-do-inquerito-nacional-da-saude-bucal-dos-povos-indigenas-insbpi>.

Foram recebidas 16 contribuições. Destas, 15 foram colaborações de cirurgiões-dentistas e uma foi de médico. Entre esses profissionais, três eram cirurgiões-dentistas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), quatro eram professores de Instituições de Ensino e Pesquisa e nove eram profissionais de saúde de outras instituições.

Cinco participações foram excluídas por não trazerem contribuições para o desenvolvimento do projeto, por serem manifestações de interesse em participar do projeto e de congratulações pelo projeto. Todas as contribuições, na íntegra, estão anexadas ao final deste documento (Anexos 1 a 16).

Todas as participações foram analisadas pela equipe técnica, sendo as respostas ou encaminhamentos elaborados em consenso. Os resultados estão apresentados em um quadro sinóptico (Quadro 1), que apresenta de forma resumida as contribuições e encaminhamentos referente a consulta pública do projeto do Inquérito Epidemiológico Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas no Brasil em 2020.

Resultado

Quadro 1. Sinopse das principais contribuições e suas respostas, referentes à consulta pública do projeto do Inquérito Epidemiológico Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas no Brasil em 2020.

Contribuições/ Sugestões	Número de manifestações	Argumentação
Inclusão da mensuração de malformação craniofacial – fissura labiopalatina	2	A sugestão foi contemplada, com a inserção de um campo no questionário conforme classificação proposta por Spina (1972). Fissura labiopalatina: () sem fissura labiopalatina () fissura pré-forame incisivo () fissura transforame incisivo () fissura pós-forame incisivo
Inclusão de diagnóstico de câncer de boca	2	Embora se reconheça o câncer de boca, como um agravo relevante de saúde pública, seu diagnóstico é complexo e envolve múltiplos aspectos. Isso acarretaria dificuldades à calibração dos examinadores, aumentando muito os erros intra e interexaminadores e comprometendo inexoravelmente a qualidade dos dados, enviesando-os.
Inclusão de alterações na ATM	1	As disfunções têmporo-mandibulares não constituem um problema de saúde pública em saúde bucal. Além disso, seu diagnóstico é complexo e envolve múltiplos aspectos. Isso acarretaria dificuldades à calibração dos examinadores, aumentando muito os erros intra e interexaminadores e comprometendo inexoravelmente a qualidade dos dados, enviesando-os.
Cálculo de CPO-D por etnia	1	O plano de amostragem elaborado para o Inquérito prevê inferência estatística e, portanto, representatividade amostral apenas por DSEI. A representatividade amostral por etnia implicaria custos considerados exorbitantes, inviabilizando economicamente a pesquisa. Cabe esclarecer, porém, a esse respeito, que será possível apurar dados relativos ao CPO-D segundo a etnia. Entretanto, nem sempre o CPO-D será representativo para cada uma delas, tendo apenas valor interno à amostra. Estes, ainda que tenham essa restrição metodológica relacionada com a inferência estatística, podem ser de grande

Contribuições/ Sugestões	Número de manifestações	Argumentação
		utilidade para estudos científicos que tenham como base o banco de dados a ser gerado pela pesquisa.
Medida de acesso à rede de redes de referência de serviço de saúde bucal	2	Trata-se de informações relacionadas ao serviço, as quais são de organização interna de cada DSEI. Tais informações não serão incluídas no questionário desta pesquisa. Esta sugestão está sendo encaminhada para os setores competentes da SESAI, com vistas ao aprimoramento dos processos de registros de dados e informações no âmbito da Saúde Indígena.
Levantamento sobre a formação em saúde bucal para AIS e AISAN	1	O levantamento da formação em saúde bucal foi realizado em 2013 pela SESAI, com o objetivo de subsidiar o planejamento da formação de AIS e AISAN, que já está em andamento.
Inconsistência de dados demográficos entre o projeto e as informações locais.	1	Os dados apresentados no projeto foram extraídos do Sistema de Informação da Atenção à saúde Indígena (SIASI), devendo o DSEI atualizar sua base local. Em consequência, a base de dados nacional será atualizada.
Crítérios de exclusão – correção do termo “populações assistidas”	1	A sugestão foi aceita e o texto foi alterado para: “Será excluída a população indígena em acampamentos e em áreas urbanas de municípios não registradas no SIASI, bem como aqueles registrados com endereço em logradouros”.
Inclusão de práticas integrativas e complementares	2	A avaliação de práticas integrativas e complementares não se constitui em um objetivo específico desta pesquisa, tendo em vista suas características metodológicas. No entanto, esclarece-se que a SESAI desenvolve atividades relacionadas a práticas tradicionais, bem como integrativas. Assim, a sugestão está sendo encaminhada para os setores competentes da SESAI, com vistas ao aprimoramento dos processos de gestão da Saúde Indígena.
Alteração de texto sobre treinamento e calibração	2	A sugestão foi aceita e o texto foi corrigido para: “Treinamento e calibração das equipes”

Contribuições/ Sugestões	Número de manifestações	Argumentação
Crítica ao custo financeiro do projeto e sugestão que os recursos sejam direcionados para ações de promoção de saúde e prevenção e tratamento de doenças bucais	1	<p>O Ministério da Saúde do Brasil reconhece, em termos institucionais, que a produção de dados e informações sobre as condições de saúde são parte integrante e, portanto, inseparável das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. São indispensáveis, ademais, para avaliar e planejar, considerando as dimensões do espaço e do tempo. Por esse razão, dados e informações sobre saúde-doença-cuidado têm importância para muito além do momento presente, projetando efeitos importantes para o futuro, no curto, médio e longo prazos. Logo, os dados e informações a que se referem este Inquérito são relevantes não apenas para esta, mas também para as próximas gerações dos povos indígenas que habitam o território brasileiro. Ainda a respeito dessa objeção, cuja motivação mais profunda, que diz respeito ao bom emprego de recursos públicos, os profissionais que integram a Equipe Técnica da pesquisa, compreendem e compartilham a preocupação. Tanto quanto o participante da Consulta Pública manifestamos nosso firme compromisso com a aplicação ética e adequada de cada centavo dedicado a esta investigação. Isto posto, consideramos ser a objeção uma oportunidade para reiterar o que vêm afirmando especialistas brasileiros sobre a vigilância à saúde, a qual deve ser entendida contemporaneamente no Brasil como um componente estrutural na organização e gestão das práticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Os inquéritos ou levantamentos epidemiológicos são importantes ferramentas no campo da vigilância em saúde. Fazem parte de um conjunto mais amplo das informações em saúde, elementos fundamentais nos processos de monitoramento das condições de saúde e do desempenho do sistema de saúde. A produção de informações epidemiológicas é capaz de descrever a situação de saúde, permitindo distinguir iniquidades entre distintas populações / regiões e suas</p>

Contribuições/ Sugestões	Número de manifestações	Argumentação
		<p>necessidades particulares. Recursos de informação são essenciais para subsidiar intervenções direcionadas dos problemas de saúde, baseadas em evidência, e para operacionalizar o conceito do processo saúde-doença, considerando o papel dos determinantes sociais da saúde na promoção da saúde (RONCALLI; CÔRTEZ; PERES, 2012; MOYSES et al., 2013).</p> <p>Os levantamentos epidemiológicos devem subsidiar o planejamento e programação de ações em saúde, incluindo ações preventivas e assistenciais, o que possibilita alocação de recursos humanos e financeiros de forma mais eficaz e eficiente, além de equânime (MOYSES et al., 2013). Além disso, constituem-se em instrumentos de monitoramento e avaliação de ações de saúde, que, nesse caso, avaliará as ações de saúde bucal do subsistema de saúde indígena. Inquéritos como a presente investigação científica requerem uma capacidade de compreensão dos gestores para o fato de que essas ações, por sua natureza, geram benefícios mais universais e abstratos quando comparados com os da assistência. Requerem também que os profissionais que atuam no nível local do sistema compreendam o seu objeto de trabalho em uma perspectiva substancialmente diferente da que predomina no modelo biomédico, com seu foco exclusivamente clínico-cirúrgico. Em geral, a prática diária dos serviços de saúde bucal é tecnicista, biologicista e, não raro, desconsidera o saber epidemiológico, desvalorizando-o. É necessário, portanto, estimular e apoiar o desenvolvimento de competências técnicas e operacionais diferentes daquelas necessárias à gerência dos cuidados relacionados às demandas individuais. Dentre essas competências estão o planejamento, organização, execução e avaliação de inquéritos populacionais de saúde, uma vez que esses são instrumentos indispensáveis para identificar e conhecer as necessidades em saúde, em sua expressão</p>

Contribuições/ Sugestões	Número de manifestações	Argumentação
		<p>coletiva. Por essa razão, proporcionam dados e informações de base científica aos tomadores de decisão, possibilitando-lhes fundamentar suas decisões em conhecimentos que levam em conta também as necessidades coletivas em saúde. (ANDRADE; NARVAI, 2013). Por essas razões, a Organização Mundial da saúde tem recomendado levantamentos em saúde bucal por considera-los extremamente úteis na avaliação da condição de saúde bucal de populações e para o desenvolvimento ou ajuste dos sistemas de saúde e avaliação dos programas em nível populacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Além desses aspectos, dada a extrema relevância dessa objeção, cabe assinalar que a realização do IENSBPIB-2019 atende à Recomendação nº 027, de 8/11/2012, aprovada na 239ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 7 e 8/11/2012. A referida Recomendação reitera as competências regimentais do CNS que lhe foram conferidas pelas Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11/7/2006, apresenta três considerados relacionados respectivamente com a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, as principais linhas de ação do Programa Brasil Sorridente e o objetivo do Programa Brasil Sorridente Indígena de ampliar o acesso da população indígena ao atendimento odontológico e recomenda ao Ministério da Saúde, nos seguintes termos, “a realização do primeiro levantamento epidemiológico da saúde bucal indígena”. Após aprovar essa Recomendação, em várias reuniões do CNS o assunto foi mencionado, tendo sido reiterada a necessidade de se realizar essa pesquisa epidemiológica ampla, de abrangência nacional, para conhecer em detalhes as condições da saúde bucal dos povos indígenas. A manifestação mais recente a esse respeito ocorreu em 10/10/2018, na 310ª Reunião Ordinária do CNS, no item</p>

Contribuições/ Sugestões	Número de manifestações	Argumentação
		'Os Desafios da Política Nacional de Saúde Bucal', que integrou a Ordem do Dia da referida reunião. O Ministério da Saúde, em sua recente publicação “Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde”, elenca, entre as linhas de pesquisa priorizadas para o eixo da saúde indígena, a análise do perfil epidemiológico de doenças crônicas na população indígena brasileira e a análise do perfil epidemiológico de povos indígenas isolados e de recente contato, onde contempla a saúde bucal (BRASIL, 2018).
Inclusão do grupo etário de 1 a 4 anos e 11 meses e 29 dias		A medida do ceo-d aos 5 anos de idade refletirá a experiência progressiva de cárie dessa população. A Organização Mundial de Saúde preconiza a idade de 5 anos como idade-índice para a experiência de cárie nas populações e o SBBrasil seguiu essa recomendação nas suas duas últimas edições, o que permitirá a comparação dos dados dos povos indígenas com as populações urbanas brasileiras.
Inclusão da variável “tempo de troca de escova”		Não há evidência científica robusta de que a troca trimestral de escovas de dentes seja eficaz na redução da prevalência de cárie. Além disso, já é política da SESAI a distribuição de kits de higiene bucal a cada trimestre.
Alterações textuais		
p. 10 Será usado o índice de cárie e necessidade de tratamento da OMS (1997), do qual pode-se extrair os índices CPO-D e ceo-d. Fonte: BRASIL. Manual do coordenador. Projeto SBBrasil 2010.		A sugestão de inclusão da referência foi acatada.
p. 11 O termo a ser usado para o DAI é <u>dentes</u>		A sugestão de alteração foi acatada e o termo foi substituído por “perdidos”, de acordo com o manual do examinador do

Contribuições/ Sugestões	Número de manifestações	Argumentação
perdidos, no manual do SBBrazil “o valor a ser registrado pra superiores e para inferiores corresponde ao número de <u>dentes perdidos</u> ”. Fonte: BRASIL. Manual do coordenador. Projeto SBBrazil 2010.		Projeto SBBrazil 2010.
p.15-16 Não fica claro ao leitor que a descrição se trata da etapa da letra “c” da página anterior; no tópico “o processo todo se dará a partir da seguinte sequência”.		A sugestão foi acatada e a sentença foi alterada para: “O processo da discussão prática se dará a partir da seguinte sequência”.
p.16 Após a explicação do “in vivo” que esse processo se repetirá por dez vezes, sendo esses dados usados para discussão entre os examinadores, não sendo considerados válidos para o cálculo da concordância interexaminador, denominados de “exercício de treinamento”		Ratifica-se que será feito conforme observação do contribuinte.
p.16 Acrescentar que se trata de fluorose dentária, pois existe a fluorose óssea.		A sugestão foi acatada e o termo “dentária” foi acrescentado após o termo fluorose
p.17-18 Inicia a sentença denominado de “exercício anterior”, sugerimos intitular a		As sugestões foram acatadas e o Quadro 1 foi ajustado conforme o texto.

Contribuições/ Sugestões	Número de manifestações	Argumentação
<p>etapa anterior de “exercício do treinamento”.</p> <p>Letra “h” na verdade, deve-se chegar ao total de 15 a 20 voluntários examinados e não 10 como consta.</p> <p>O Quadro 1 apresenta inconsistências [...].</p>		
<p>p.19</p> <p>Como saber que é exame repetido se ele não será identificado.</p>		<p>A sentença final do item “Concordância intraexaminador foi reescrita”: Na medida do possível, no primeiro exame, o examinador não deve identificar o paciente que será reexaminado. No segundo exame, será identificado que se trata de exame em duplicata, sem que haja acesso do examinador à ficha do primeiro exame.</p>
<p>p. 20</p> <p>Colocar as resoluções de ética em pesquisa por ordem cronológica.</p>		<p>A sugestão foi acatada.</p>
<p>p. 20</p> <p>Termo comumente usado em pesquisa é entrevista para o que se apresenta no trecho original a seguir [...].</p> <p>Fonte: Deslandes, S; Gomes, R; Minayo, MCS (org.). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 33^a ed. Petrópolis: Vozes, 2013.</p>		<p>A sugestão foi aceita e o termo “questionário” foi substituído por “entrevista”.</p>
<p>p. 27</p> <p>Incluir no programa do tablet todas as opções: idade índice (5; 12; 15-19; 35-44;</p>		<p>As sugestões serão consideradas no momento da construção do <i>software</i>.</p>

Contribuições/ Sugestões	Número de manifestações	Argumentação
65-74 anos); etnia (todas as etnias do estudo); e assim por diante em todas as variáveis do estudo.		
<p>p. 29</p> <p>Autopercepção de saúde bucal: para as perguntas 19, 20: sugerimos colocar “ótima”, “boa”, “regular”, “ruim”, “não sabe responder”.</p> <p>Não está claro de que trata a sigla “ign”</p>		<p>A construção do questionário foi embasada em uma discussão entre pesquisadores em saúde indígena. Ainda assim, a sugestão será apreciada no momento da consolidação da versão final do instrumento.</p>

Referências Bibliográficas

ANDRADE, F.R.; NARVAI, P.C. Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 47, supl. 3, p. 154-160, Dec. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 26 p.: il.

MOYSES, S. J. et al. Avanços e Desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 3, p. 161-167, Dec. 2013.

RONCALLI, A.G.; CÔRTEZ, M.I.; PERES, K.G. Oral health epidemiology and surveillance models in Brazil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.28, supl.s, p.58-68, 2012.

SPINA V, PSILLAKIS JM, LAPA FS, FERREIRA MC. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. **Rev Hosp Clin Fac Med**, São Paulo. 27(1):5-6, 1972.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 5th ed. Geneva, 2013.

ANEXO 1
CONTRIBUIÇÃO 1

De: Blendo Costa de Oliveira

Enviada em: terça-feira, 5 de setembro de 2017 11:02

Para: Gabriel Côrtes <gabriel.cortes@saude.gov.br>; INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDIGENAS <insbpi@saude.gov.br>

Assunto: RES: SESAI submete projeto técnico do Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas à consulta pública

Bom dia encaminho minhas contribuições para o INSBPI.

Att.

Blendo Costa de Oliveira

Responsável Técnico de Saúde Bucal Indígena

Divisão de Atenção a Saúde Indígena

Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e Norte do Pará

Secretaria Especial de Saúde Indígena

Ministério da Saúde

www.saude.gov.br/sesai

+55 96 8131 09 26

+55 96 3224 36 69



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e Norte do Pará

Colaborações para Inquérito Nacional de Saúde Bucal.

Objetivos específicos:

- Incidência e prevalência de câncer bucal
- Estimar Má Formação buco-maxilo-faciais
- Estimar o elemento dental mais acometido por carie dentária e perda dentária.
- Estimar o CPOD por etnia, verificando qual etnia possui as melhores condições bucais e qual possui as piores.
- Comparativo dos principais agravos orais com a população não indígena do Brasil

Indicadores incluir os seguintes:

Câncer bucal nos mais variados tipos definindo o que mais acomete a população indígena, juntamente com sua localização na cavidade bucal (língua, vestibulo, mento, ramo etc.)

Má formação buco-faciais de caráter genético-hereditário ou não como: fenda lábio-platina, agenesias, hipoplasias dentre outras má formações que acometem a população indígena.

Acesso à educação em saúde oral.

Acesso a rede de referência CEO articulações Inter federativas, Municípios, Estados, Universidades ou Ong's.

Realizar o ajuste nas fichas caso as opiniões sejam apreciadas positivamente.

Formação de AIS e AISAM quantos possuem módulos de formação em saúde bucal.

Blendo Costa de Oliveira
Responsável Técnico de saúde Bucal Indígena do DSEI Amapá e Norte do Pará

ANEXO 2
CONTRIBUIÇÃO 2

De: Flavio Honorio Ruzafa [mailto:flavio.ruzafa@hotmail.com]

Enviada em: segunda-feira, 11 de setembro de 2017 11:49

Para: INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS <insbpi@saude.gov.br>

Assunto: INSBPI - Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas.

Bom dia.

Lendo o documento supracitado notei uma inconsistência relacionada ao meu Dsei e também tenho uma sugestão.

1ª Inconsistência: Na página 9, na coluna Nº de etnias do Dsei Alto Rio Purus consta o nº 17, porém o correto é o nº 7. Temos 7 etnias, a saber: Kaxinauás, Jaminauás, Kulinas, Apurinãs, Jamamadis, Manchineris e Kaxararís.

2ª Sugestão: Na pagina 7, no item 3. MÉTODO sugere-se que "Será excluída a população indígena residente em acampamentos e em áreas urbanas de municípios não assistida pelos serviços dos Dseis", porém temos muitas aldeias assistidas pelo dsei que se localizam contíguas aos municípios, e portanto essa população tem grande contato com a população branca. Os dados a serem aferidos nesta população serão, com certeza, bem diferentes, por terem incorporado usos e costumes da população não indígena, dos dados da população indígena mais distantes dos centros populacionais.

Considero que, dependendo do número populacional dessas aldeias e que geralmente é grande, possa haver contaminação dos dados.

Att

Flavio Honorio Ruzafa

RT Saúde Bucal Dsei Alto Rio Purus

ANEXO 3
CONTRIBUIÇÃO 3

De: Marcio Moreira [mailto:woodluthier@yahoo.com.br]

Enviada em: quarta-feira, 13 de setembro de 2017 16:43

Para: saude@itauna.mg.gov.br

Assunto: vaga médico PSF e plantões

Olá, sou médico formado a 17 anos com muita experiência em plantões de emergência em hospitais e PSF.

Estou enviando meu currículo resumido para vossa apreciação. Caso haja interesse por sua parte fico a sua disposição para maiores esclarecimentos sobre o trabalho em sua cidade.

Dr. Marcio

ANEXO 4
CONTRIBUIÇÃO 4

De: jairolucasmatos [mailto:jairolucasmatos@gmail.com]

Enviada em: quarta-feira, 13 de setembro de 2017 22:04

Para: INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDIGENAS <insbpi@saude.gov.br>

Assunto: Sesai

ANEXO 5
CONTRIBUIÇÃO 5

De: Venceslau Filho [mailto:venceslau09@hotmail.com]

Enviada em: terça-feira, 19 de setembro de 2017 09:59

Para: INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDIGENAS <insbpi@saude.gov.br>

Assunto: Contribuição consulta pública INSBPI

Nome: Venceslau Ferreira de Aguiar Filho.

Profissão: Cirurgião-Dentista.

E-mail: venceslau09@hotmail.com

CPF 679.386.712-15

Atualmente sou dentista, servidor da prefeitura municipal de Santarém - Pará e lotado na primeira Unidade da Família Fluvial do Brasil, chamado ABARÉ I, atuando no atendimento de ribeirinhos e indígenas.

Após uma leitura criteriosa do Projeto técnico do Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas (INSBPI), fica evidente sua relevância e importância para o correto monitoramento dessa população específica, servindo, inclusive, como parâmetro para direcionar uma intervenção futura. Porém, na minha opinião e visando contribuir para uma abordagem mais abrangente, existem alguns pontos importantes que merecem a devida atenção, devendo, por isso, serem abordados no respectivo projeto e inclusos na ficha de exame clínico. São eles: alterações envolvendo a articulação temporomandibular, as malformações labiais e palatais (lábio leporino), assim como, após verificar a presença do uso de prótese dentária, verificar sua origem, ou seja, se ela teve, durante o seu processo de confecção, o devido acompanhamento por um profissional realmente capacitado, no caso, o cirurgião-dentista.

Sabemos que cada vez mais precocemente a população perde seus dentes, relacionado, quase que exclusivamente, a cárie dentária. Tal fato, contribui para distúrbios temporomandibular, associado a alterações oclusais, seja relacionado a perda dentária (edentulismo) em ambas arcadas ou em apenas uma delas, ou má oclusão congênita, assim como também, pelo uso de próteses dentárias desajustadas e ineficientes, confeccionadas, muitas das vezes, por profissionais protéticos, sem o devido acompanhamento por um profissional dentista, motivado, muitas das vezes, pela dificuldade de acesso a este profissional e/ou pelo alto custo do serviço, contribuindo, desta forma, para o surgimento de problemas algícos na ATM, relacionados a próteses altamente prejudiciais.

Sobre as malformações de lábio e palato é do conhecimento de todos que podem acarretar diversas condições que realmente dificultam a pessoa a levar uma vida

normal. Tal patologia leva a problemas como dificuldade para se alimentar, seja durante o ato de amamentação quando bebês, ou ate mesmo comidas solidas, durante a infância e no decorrer de sua vida, que devido a comunicação da boca com as via respiratória superior, pode levar a uma broncoaspiração, podendo, até mesmo, ser fatal, além de afetar a dicção e acarretar problemas futuros relacionados a autoestima, desestimulando, inclusive, o convívio e integração social, deste paciente.

Espero que tais argumentos, mesmo que abordados de forma bem breve e resumida, tenham sido suficientes para enfatizar a importância de serem abordados em tal estudo, diante de sua importância para trazer a tona a realidade destas populações indígenas, no quesito saúde bucal como um todo, para que em um futuro próximo, estes problemas sejam sanados através de ações em saúde específicas e realmente eficazes, baseados no respeito ao ser humano e principalmente a cultura de cada povo, valorizando sua origem e suas particularidades.

Att.

Dr. Venceslau Ferreira de Aguiar Filho.

(Cirurgião-dentista)

ANEXO 6
CONTRIBUIÇÃO 6

De: saúde bucal Sesab [mailto:sesab.sbucal@gmail.com]

Enviada em: quarta-feira, 20 de setembro de 2017 17:08

Para: INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS <insbpi@saude.gov.br>

Assunto: contribuições_consulta pública_Inquérito Nacional de Saúde Bucal dos Povos Indígenas

Prezados,

encaminho contribuições para Projeto Técnico que irá orientar a realização do Inquérito Nacional de Saúde Bucal dos Povos Indígenas que encontra-se em consulta pública.

nome: JULIE ELOY KRUSCHEWSKY

e-mail de contato: sesab.sbucal@gmail.com

CPF: 944.745.675-87

instituição: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

município: Salvador

unidade da federação: Bahia

Atenciosamente,
Julie Eloy

Área Técnica de Saúde Bucal - ATSB
Coordenação de Políticas Transversais - CPT
Diretoria de Gestão do Cuidado - DGC
Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

contatos: 71-3115-4284 / 3115-8421

e-mail: sesab.sbucal@gmail.com

End: Av. Luiz Viana Filho, Centro Administrativo da Bahia - CAB - 4ª Avenida, Bloco B, Sala 210A, Salvador -Bahia CEP: 41750-300

**CONTRIBUIÇÕES CONSULTA PÚBLICA
PROJETO TÉCNICO QUE IRÁ ORIENTAR A REALIZAÇÃO DO INQUÉRITO
NACIONAL DE SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS.**

Original:2. Objetivo do estudo - 2.1. Geral: Conhecer a situação de saúde bucal da população indígena brasileira.

Sugestão:

Conhecer as condições de saúde bucal da população indígena brasileira em 2018, subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao Sistema Único de Saúde e manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

Específicos

- **original:** Estimar para a população de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44, 65 a 74 anos a prevalência de cárie dentária;
- **sugestão:** Estimar, para a população de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, a prevalência e a gravidade da cárie dentária em coroa e raiz;
- **original:** Estimar para a população de 12 anos a prevalência de fluorose dentária
- **sugestão:** Estimar, para a população de 12 anos, a prevalência e a gravidade da fluorose dentária.

Sugestão de inserção: Conhecer as Práticas Integrativas e Complementares utilizadas para responder às necessidades de saúde bucal da população indígena brasileira.

Com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a homeopatia, as plantas medicinais e fitoterápicas, a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a medicina antroposófica e o termalismo social-crenoterapia foram institucionalizados no Sistema Único de Saúde (SUS).

Todas as ações decorrentes das políticas nacionais voltadas à integração das práticas integrativas e complementares ao SUS, principalmente quando se utilizam plantas medicinais e derivados como recurso terapêutico, perpassam pelo entendimento e valorização da multiculturalidade e interculturalidade, por gestores e profissionais de saúde, para maior equidade e integralidade da atenção.

Interculturalidade pode ser entendida como modo de coexistência no qual os indivíduos, grupos e instituições, com características culturais e posições diferentes, convivem e interagem de forma aberta, inclusiva, horizontal, respeitosa e se reforçam mutuamente, em um contexto compartilhado.

Deste modo, sugere-se considerar as legislações específicas do próprio Ministério da Saúde. Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006; PORTARIA Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017; PORTARIA Nº 145, DE 11 DE JANEIRO DE 2017; Portaria GM Nº 886, de 20 de abril de 2010, para subsidiar a elaboração de indicadores que respondam a este objetivo

específico.

Fonte: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php

ANEXO 7
CONTRIBUIÇÃO 7

De: Alice Sarcinelli [mailto:alicesarcinelli@hotmail.com]

Enviada em: terça-feira, 26 de setembro de 2017 14:41

Para: monica.macaulopes@gmail.com; abrasbuco@yahoogrupos.com.br; INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS <insbpi@saude.gov.br>

Cc: carolinaesposti@gmail.com

Assunto: Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas (INSBPI)

Prezados,

Sou Professora do departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Doutora em Odontologia (odontopediatria), Mestre em Saúde Coletiva e Especialista em Odontopediatria. Ministro aula em disciplinas que envolvem conteúdos de Sociologia da Saúde e Antropologia Cultural para os cursos de Odontologia e Medicina. CPF: 098.265.367-09. Resido em Vitória-ES, próximo ao Município de Aracruz-ES, que abriga aldeias do DSEI MG/ES.

Em resposta ao email encaminhado por minha colega de departamento Dra Carolina Esposti sobre o Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas (INSBPI), estou enviando algumas publicações das quais participei pesquisando saúde e saúde bucal no DSEI MG/ES nas aldeias do ES. Espero poder contribuir de alguma forma para o Inquérito em questão. Desde já me coloco à disposição.

São elas:

1) Minha Dissertação de Mestrado:

A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL NA DÉCADA DE 1990 E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO DAS ALDEIAS DO ESPÍRITO SANTO

Link:

http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_3588_.pdf

[A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL NA](#)

DÉCADA DE 1990 E ...

portais4.ufes.br

alice sarcinelli a política de saúde indígena no brasil na década de 1990 e o sistema Único de Saúde: o caso das aldeias do espírito santo

2) Dissertação de mestrado de Paula (saúde bucal nas Aldeias do ES) em anexo.

3) Artigo nosso sobre Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde Indígena em anexo.

atenciosamente,

Alice Pfister Sarcinelli Almilhatti

Doutora em Odontopediatria

Mestre em Saúde Coletiva

Profª Deptª de Medicina Social

Univ. Federal do Espírito Santo

(27) 3182-1070

www.cmsv.com.br

ANEXO 8
CONTRIBUIÇÃO 8

De: Eucléudo Pereira de Sousa [mailto:eucléudo@hotmail.com]

Enviada em: terça-feira, 26 de setembro de 2017 16:58

Para: INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS <insbpi@saude.gov.br>

Assunto: Enc: Projeto técnico do Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas (INSBPI)

dados para a contribuição do Projeto técnico do Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas (INSBPI)

De: Eucléudo Pereira de Sousa [mailto:eucléudo@hotmail.com]

Enviado: terça-feira, 26 de setembro de 2017 16:54

Para: insbpi@saude.gov.br

Assunto: Projeto técnico do Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas (INSBPI)

contribuição para o Projeto técnico do Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas (INSBPI)

NOME: EUCLEUDO PEREIRA DE SOUSA

EMAIL: eucléudo@hotmail.com

CPF: 789.166.404-82

**INSTITUIÇÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA NOVA -
SECRETARIA DE SAÚDE/ COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE BUCAL**

CIDADE: ALAGOA NOVA/ PARAÍBA- BRASIL

UNIDADE DE FEDERAÇÃO: BRASIL-BR

ANEXO 9
CONTRIBUIÇÃO 9

De: [arquisa sousa \[mailto:arquisasousa@hotmail.com\]](mailto:arquisasousa@hotmail.com)

Enviada em: quarta-feira, 27 de setembro de 2017 00:16

Para: INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDIGENAS

<insbpi@saude.gov.br>; INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDIGENAS
<insbpi@saude.gov.br>

Assunto: Experiência de Abaré Bahia com praticas Integrativas e Complementares

A inserção de práticas integrativas e complementares na Atenção Primária em Saúde do município de Abaré na Bahia deu-se em 2016, como meio de estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Hoje o município oferece cinco serviços de praticas integrativas e complementares incentivados pela secretária municipal de saúde a Senhora Raquel Ferraz da Costa: auriculoterapia, shantala, plantas medicinais, musicoterapia e as práticas corporais.

Os serviços são ofertados pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município, os atendimentos de auriculoterapia por exemplo: são utilizadas para o tratamento de diversas patologias, mas no nosso município ela vem se destacando no tratamento de pacientes tabagistas. A consulta acontece inicialmente de forma individual com duração de cerca de 30 minutos onde é realizada a anamnese e a identificação da(s) queixa(s) e características do indivíduo, como parte do processo diagnostico que orienta essa prática, o tratamento é semanal e dividido em sessões.

Na musicoterapia os profissionais utilizam seus elementos como som, ritmo, melodia e harmonia, em grupos terapêuticos com hipertensos e diabéticos, no sentido de alcançar uma melhor qualidade de vida dos pacientes.

Já a Shantala é uma pratica ofertada à mães de bebês. A shantala é realizada em grupos com os participantes em círculo.

E quanto às plantas medicinais, nosso município detém de diversas plantas medicinais, toda via, para segurança dos pacientes confeccionamos dentro do espaço da unidade de saúde hortas terapêuticas com plantas medicinais que já estavam inclusas na lista de plantas que poderiam ser indicadas nas unidades básicas de saúde.

Acreditamos que a adoção de praticas integrativa e complementar no nosso município favorece um cuidar mais humanizado ao usuário do serviço da atenção primária à saúde.



Auriculoterapia na ESF Santo Antônio.



No dia 12-09-17 a fonoaudióloga do [Nasf Abare Érica Rodrigues](#) realizou a atividade de shantala na USF Umbuzeiro para as mães de crianças a partir de 1 mês de idade. Essa atividade faz parte das práticas integrativas e complementares para melhorar o vínculo entre as mães e os bebês.



Práticas corporais no cuidando do cuidador, este projeto promover a saúde e o bem está dos profissionais de saúde do município.



Horta de plantas medicinais na ESF São José

ANEXO 10
CONTRIBUIÇÃO 10

De: Franklin Forte [mailto:franklinufpb@gmail.com]

Enviada em: quarta-feira, 27 de setembro de 2017 21:14

Para: INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDIGENAS
<insbpi@saude.gov.br>; Cláudia UFPB <chsmfreitas@hotmail.com>

Assunto: sugestões Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas

Prezada Lívia Maria Almeida Coelho de Souza

em anexo nossas sugestões para Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas.

Atenciosamente,

Dr. Franklin Delano Soares Forte

Prof. Associado II - Department of Community and Clinical Dentistry - Health Sciences Center
Paraíba Federal University - 55 83 3216-7251

www.ufpb.br/docente/franklinforte

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=K4770100J6>

Faimer 2011

Prezada Livia Maria Almeida Coelho de Souza

Parabenizamos ao grupo que propõe a pesquisa sobre as condições de saúde bucal dos povos indígenas no Brasil. Reforçamos a necessidade de todos conhecermos essas informações para pautarmos políticas de saúde bucal voltados para os povos indígenas na perspectiva da integralidade do cuidado e ao mesmo tempo que forneça dados para subsidiar as ações dos Distritos Sanitários Indígenas no Brasil, norteando assim o trabalho das várias equipes de saúde bucal na atenção básica do Subsistema de saúde indígena brasileiro.

No sentido de contribuir com o debate e com o construído pela equipe de apoio fazemos as seguintes sugestões:

- página 10 – será usado o Índice de cárie e necessidade de tratamento da OMS (1997), do qual pode-se extrair os índices CPO-D e ceo-d. Fonte: Brasil. Manual do coordenador. Projeto SBBrazil, 2010.
- página 14 – Denominou-se de calibração esse processo, mas trata-se de um treinamento com vista a reprodutibilidade dos índices utilizados nos exames por diferentes examinadores.
- página 11 – o termo a ser usado para o DAI é dentes perdidos, no Manual do SB Brasil "O valor a ser registrado, para superiores e para inferiores, corresponde ao número de dentes perdidos." Fonte: Brasil. Manual do coordenador. Projeto SBBrazil, 2010.

Trecho original do texto para consulta pública: Ele é composto por 11 medidas, entre elas o número de dentes ausentes, apinhamentos e espaçamentos do segmento anterior, presença de diastema, presença de sobressaliência anterior superior e inferior e avaliação da relação ântero-posterior de molares.

Final da Página 15 e início da página 16 – não fica claro ao leitor que a descrição se trata da etapa da letra "c" da página anterior; no tópico "O processo todo se dará a partir da seguinte sequência"

Sugerimos também fazer distinção entre as etapas do treinamento explicitadas na página 15 em letras a,b,c,d,e e na explicação das páginas que se seguem referindo-se ao tópicos em letras a,b,c...

Página 16 – Sugerimos acrescentar que se deve observar concordâncias e discordâncias entre os exames dos examinadores;

Página 16 – acrescentar que se trata de fluorose dentária, pois existe a fluorose óssea;

Página 16 – após a explicação "do *in vivo*" que esse processo se repetirá por 10 vezes, sendo esses dados usados para discussão entre os examinadores, não sendo considerados válidos para o cálculo da concordância interexaminador, denominados de "exercício de treinamento"

Página 17 – inicia a sentença denominando de “exercício anterior”, sugerimos intitular a etapa anterior de “Exercício do treinamento”

Página 17 – letra “f” na etapa anterior do exercício o termo usado foi *ficha consenso*, o que de fato a define, seja na etapa do exercício seja na etapa para cálculo de reprodutibilidade.

Página 17 – letra “h” na verdade deve-se chegar ao total de 15 a 20 voluntários examinados e não 10 como consta

Trecho original do texto para consulta pública: h) Novas rodadas são conduzidas, recomeçando o processo desde o item “a”, de modo a termos, no final, pelo menos 10 voluntários examinados para cada bloco de cinco examinadores.

Página 18 – o quadro 1 apresenta inconsistência.

Número de imagens na página 17 é de 20 a 25, e no quadro está 10 para cada agravo.

Trecho original do texto para consulta pública: A calibração será feita da mesma maneira que o exercício anterior, exceto pelo número de imagens projetadas, que deve ser maior (em torno de 20 a 25). Os dados encontrados nesta fase é que servirão de base para os cálculos de concordância interexaminador.

Número de voluntários está diferente da página 17

Trecho original do texto para consulta pública: A calibração será feita da mesma maneira que o exercício anterior, exceto pelo número de pessoas examinadas, que deve ser maior (em torno de 15 a 20 de cada grupo etário). Os dados encontrados nesta fase é que servirão de base para os cálculos de concordância interexaminador.

Página 19 – como saber que é exame repetido se ele não será identificado. No SBBrazil, a sugestão foi que o anotador escolhesse um voluntário e que o examinador repetisse o exame sem acesso ao primeiro exame feito, sendo registrado na ficha que se tratava de reexame “exame em duplicata”, inclusive na página 26 do manual para consulta pública aparece no topo da ficha essa informação “duplicada ou original”. Fonte: Brasil. Manual do coordenador. Projeto SBBrazil, 2010.

Trecho original do texto para consulta pública: Na medida do possível, o examinador não deve identificar o paciente que está sendo reexaminado.

Página 20 – colocar as Resoluções de ética em pesquisa por ordem cronológica

Página 20 – termo comumente usado em pesquisa é entrevista para o que se apresenta no trecho original a seguir. Fonte: Deslandes S, Gomes R, Minayo MCS (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 33ª ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

Trecho original do texto para consulta pública: O desenvolvimento do estudo será realizado a partir de exame clínico bucal individual e aplicação de questionário, não envolvendo a coleta de qualquer tipo de material biológico.

Página 27 – incluir no programa do tablet todas as opções: idade (Índice (5; 12; 15-19; 35-44; 75-74 anos); etnia (todas as etnias do estudo); e assim por diante em todas as variáveis do estudo.

Página 29 – autopercepção de saúde bucal: para as perguntas 19, 20: sugerimos colocar "ótima"; "boa"; "regular"; "ruim", "não sabe responder"

Não está claro de que trata a sigla "IGN"

Parabenizamos a equipe a frente da proposta.

Atenciosamente,

Dr. Franklin Delano Soares Forte

Professor Associado II
Departamento de Clínica e Odontologia Social
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal da Paraíba
55 83 3216-7251
www.ufpb.br/docente/franklinforte
<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=K4770100J6>

Dra. Claudia Helena Soares de Moraes Freitas

Professor Associado IV
Departamento de Clínica e Odontologia Social
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal da Paraíba
55833216-7251

ANEXO 11
CONTRIBUIÇÃO 11

De: Raquel joema Gomes [mailto:raqueljoelma@gmail.com]

Enviada em: quinta-feira, 28 de setembro de 2017 10:25

Para: INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDIGENAS <insbpi@saude.gov.br>

Assunto: bom dia que dados são necessarios para participar desse inquerito mesmo,

ANEXO 12
CONTRIBUIÇÃO 12

De: Marcos Miranda [mailto:mmiranda_odonto@hotmail.com.br]

Enviada em: quinta-feira, 28 de setembro de 2017 21:56

Para: INQUÉRITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS <insbpi@saude.gov.br>

Cc: ouvinterj@band.com.br

Assunto: INQUÉRITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS, 2018 - PROJETO TÉCNICO

Boa noite.

Segue em anexo minha opinião sobre INQUÉRITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS, 2018 - PROJETO TÉCNICO .

Marcos dos Reis Miranda

CPF: 03665184703

São João de meriti - Rio de Janeiro.

Como cidadão, deixo minha participação opinativa:

Concordo que o INQUÉRITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS/2018 possa até ser interessante, mas não necessário, pois o valor exagerado do gasto para esse objetivo foge da realidade de todo o povo brasileiro, não só dos povos indígenas. **R\$ 3.950.632,00** para um **estudo epidemiológico** de uma população. Seria muito mais benéfico se esse valor fosse gasto com promoção de saúde, prevenção e tratamentos das doenças bucais mais prevalentes na população citada. E certamente, os povos indígenas, na atual realidade, estão sendo acometidos por essas doenças.

“O conhecimento mais amplo sobre as condições de saúde bucal dos diferentes Povos indígenas do Brasil se faz necessário para a elaboração de estratégias de atuação e de organização dos serviços de saúde de acordo com as diferentes realidades de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).”

Página 5 do inquérito ...Realmente é necessário? E se fosse? Mais gráficos, planilhas, estudos, etc.

Elemento de despesa – ver página 20 do inquérito

Valor (R\$)

1 Diárias 1.636.992,00

2 Passagens 572.600,00

3 Serviços de terceiros - pessoa jurídica 257.000,00

4 Serviços de terceiros - pessoa física (estatístico, treinamento/calibração, coordenação, monitores, apoio administrativo) 496.400,00

5 Material de consumo (instrumental e insumos odontológicos) 607.740,00

6 Equipamentos

(tablet, power bank) 379.900,00

TOTAL: 3.950.632,00.

Segundo o que diz neste inquérito é que o objetivo geral do estudo é: *“Conhecer a situação de saúde bucal da população indígena brasileira”*. Pode não ter sido quantificada, mas conhecer o que já se sabe: as doenças bucais, como citado no tal documento:

“Em geral, as transformações decorrentes do contato, sobretudo nas formas de subsistência, envolvendo mudanças na dieta, com a entrada de alimentos industrializados e do açúcar refinado, repercutiram negativamente na saúde bucal, com um aumento expressivo nos níveis de cárie”.

No método do estudo, é dito que:

“Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, de base populacional envolvendo todos os povos indígenas assistidos pelo Subsistema de Saúde Indígena”. Ora, se a população é assistida por esse subsistema, é porque existem profissionais da odontologia ou deveriam existir. Então porque o gasto exagerado com tantas despesas desnecessárias, como é mostrado no anexo F deste inquérito? Se todos esses custos fossem aplicados em promoção de saúde, prevenção das doenças, tratamentos dos povos indígenas, valorização dos profissionais, entre outros, o resultado seria surpreendente. Pois com o valor previsto R\$ 3.950.632,00, fazem-se muitos tratamentos odontológicos, compram-se muitos instrumentais e materiais, pagam-se muitos salários.

Pesquisando o valor de uma Unidade Móvel Odontológica, que o Ministério da Saúde repassa a uma cidade qualquer, com valor médio de R\$ 155.000,00 daria para

comprar aproximadamente 25 Unidades Móveis Odontológicas. É muito grana para um estudo epidemiológico. E os valores das diárias? **R\$1.636.992,00.**

Todo esse dinheiro para conhecimento das condições de saúde da população indígena e avaliação dos serviços de saúde.? Se o inquérito será realizado por equipes que atuam no DSEI em todo país, por que não promover saúde, prevenir doenças e realizar tratamentos através dessas equipes. Se resolverem fazer este inquérito em todo o Brasil, em vez de tratar as pessoas? Quanta grana! Daria para solucionar diversos problemas de saúde deste país.

A população indígena, assim como toda população brasileira, necessita principalmente de cuidados de saúde e não de **dados epidemiológicos.**

Hospitais sem médicos, sem materiais, profissionais sem salários, tudo um caos...

O que falar dos questionários: perguntas sem pé e sem cabeça.... Só olhando mesmo o documento.

Anexo C. Questionário sobre escolaridade, alimentação autopercepção, autocuidado e utilização de serviços de saúde;

Anexo D. Questionário de caracterização domiciliar e da aldeia;

Com todo respeito aos que estão idealizando este inquérito; mas isso é mais uma falta de respeito, uma afronta a atual realidade do povo brasileiro, não só dos indígenas, que também devem estar desassistidos em muitas aldeias, lugares, etc..

Será que o projeto será terminado em 18 meses ou não será terminado??

Deixo, assim, minha indignação com este projeto do Ministério da Saúde. Entristeço-me, pois talvez seja mais um projeto para colocar no papel, na planilha do Ministério da Saúde.

E o povo sofrendo, esperando um estudo epidemiológico.

Tenham mais respeito, mais amor, mais consideração pelo povo brasileiro, não só pelos povos indígenas. É muito dinheiro para ser gasto num inquérito...

ANEXO 13
CONTRIBUIÇÃO 13

De: heyeliseu . [<mailto:eliseu.mrl@gmail.com>]

Enviada em: sexta-feira, 29 de setembro de 2017 11:41

Para: INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDIGENAS <insbpi@saude.gov.br>

Assunto: Inquérito Nacional de Saúde Bucal dos Povos Indígenas - consulta pública

Em resposta a proposta apresentada em epígrafe somos favoráveis ao projeto com se apresenta.

Eliseu Sousa do Amaral CPF: 42985978300 - DSEI/CE;

Benedito Elias Waquim CPF: 04396340320 - DSEI/C

ANEXO 14
CONTRIBUIÇÃO 14

De: [Mayla Prass Mathias](#)

Enviada em: sexta-feira, 29 de setembro de 2017 20:51

Para: INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS <insbpi@saude.gov.br>

Cc: Raphael Baratella de Oliveira <raphael.oliveira@saude.gov.br>; Gabriel Côrtes <gabriel.cortes@saude.gov.br>

Assunto: Inquérito Nacional Saúde Bucal Indígena- DSEI-ISUL

Boa noite!

Em anexo as sugestões ao Inquérito Nacional de Saúde Bucal, realizadas pelo DSEI-Interior Sul, contemplando a abrangência de seus dois estados, Rio Grande do Sul-RS e Santa Catarina- SC.

Qualquer dúvida estamos a disposição.

Inquérito de Saúde Bucal referente ao DSEI-ISUL

Precisamos muito conhecer a Epidemiologia das doenças bucais dos povos com os quais trabalhamos, pois a Epidemiologia referente aos dados da Cárie, Doenças Periodontais, Edentualismo em Indígenas são escassos também na bibliografia.

***Quanto a População Avaliada**

Se faz de suma importância a participação dos 34 Distritos no Inquérito, pois as realidades são muito distintas em todo o país. Dentro de um mesmo Distrito já encontramos realidades muito diferentes, como aqui no nosso DSEI Interior Sul. Então, que sejam contempladas também as diferentes realidades dentro de um mesmo Distrito.

***Quanto as Faixas e Grupos Etários**

Sugestão de ser acrescentado um grupo etário de 1-4 anos, 11 meses e 29 dias. No acompanhamento das crianças, nesta faixa etária percebe-se as lesões graves de cárie entre 1 e 2 anos de idade. É realizado um trabalho intenso de prevenção mensal com os pais e responsáveis, no entanto a precoce introdução de açúcar na alimentação e a necessidade do comprometimento dos pais e responsáveis como autores da higiene bucal de seus filhos para esta faixa etária ainda são um problema que agrava esta situação.

Com a inclusão deste grupo etário, teríamos um dado a mais, importante, além de ser relativamente fácil de ser coletado já que pode ser manejado em conjunto com o grupo do SISVAN.

*Quanto as Alterações Bucais

Sugestão, que possa ser incluído ao inquérito sobre alterações bucais de uma maneira um pouco mais ampla que contemplasse “alterações bucais pré-malignas” para termos um dado a mais na prevenção do câncer bucal.

*Quanto ao Acesso a Saúde Bucal Integral

Precisamos oferecer uma saúde bucal integral, como as especialidades odontológicas não são prioridades para os municípios, a única referência que temos são as próteses bucais removíveis, e esta situação querendo ou não influencia o paciente a querer realizar exodontias dentárias e indiretamente também, corrobora com a displicência do paciente nos cuidados com sua saúde bucal. Já ouvimos muito a expressão: “ se estragar tiro tudo e boto ponte ou chapa”.

Essa realidade ainda existe apesar de todas as intensas atividades de prevenção as doenças bucais que são realizadas a muitos anos, desde a gestante, passando pelo grupo do SISVAN, escolares até a fase adulta. Somamos a elas ainda, o acesso aos insumos de higiene bucal e a atenção básica odontológica realizada na aldeia que são de qualidade e contínuas.

Faz-se de suma importância a presença de um dado dos quais são as referências odontológicas que a população a que atendemos tem acesso. Este dado irá refletir na nossa realidade e poderá ser de utilidade para se pensar em uma oferta de uma saúde bucal integral e regionalizada.

1- Estimativa do Tamanho da amostra do DSEI-ISUL e idade ou grupo etário índice

Estimativa do Tamanho da amostra do DSEI-ISUL e idade ou grupo etário índice									
Estados	DSEI- ISUL	Grupo Etário						Sub-Total	Total por Polo Base
		5 anos	12 anos	15-19 anos	35-44 anos	60*			
SC	Araquari	23	16	61	22	16	138	402	
	Chapecó	28	24	193	136	39	420	1422	
	Florianópolis	31	25	117	60	31	264	750	
	Ipuauçu	76	129	777	667	266	1915	5402	
	José Boiteux	56	51	240	155	87	589	1928	

RS	Barra do Ribeiro	18	22	76	56	37	209	632
	Guarita	212	233	1072	755	200	2472	7157
	Osório	17	10	32	21	17	97	275
	Passo Fundo	274	323	1863	1318	476	4254	13219
	Porto Alegre	23	20	151	124	17	335	961
	Viamão	10	24	70	41	40	185	659
	Total por grupo etário	768	877	4652	3355	1226	10878	32807

*Não há no DSEI-ISUL informações na faixa etária 65-74 anos, somente mais de 60 anos.

Fonte: Senso vacinal, DSEI-ISUL 2016.

2- Número de etnias e população indígena por grupo etário/ População geral DSEI-ISUL/ 2016

5 Etnias	Número de etnias e população indígena por grupo etário DSEI-ISUL/ 2016											
	População Geral		5 anos		12 anos		15-19 anos		35-44		60 anos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	32.708	100	768	2%	877	2,68	4652	14,22	3355	10,25	1226	3,74

Fonte: Senso vacinal, DSEI-ISUL 2016.

3- Número de etnias e população indígena por grupo etário DSEI-ISUL/ 2016

5 Etnias	Número de etnias e população indígena por grupo etário DSEI-ISUL/ 2016											
	População Por Grupo Etário		5 anos		12 anos		15-19 anos		35-44		60 anos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	10.878	100	768	7%	877	8,06	4652	42,76	3355	30,84	1226	11,27

ANEXO 15
CONTRIBUIÇÃO 15

De: Rafael Aiello Bomfim [mailto:aiello.rafael@gmail.com]

Enviada em: sábado, 30 de setembro de 2017 15:40

Para: INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDIGENAS <insbpi@saude.gov.br>

Assunto: Consulta pública Inquérito Nacional Saúde bucal indígena

nome:Rafael Aiello Bomfim

email: aiello.rafael@gmail.com

CPF:29033800829

Instituição:Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- Faculdade de Odontologia.

Unidade da Federação: MS

Prezado Coordenador da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Indígena Dr Rui Arantes,

A pesquisa Nacional de Saúde do IBGE/2013 utilizou a questão em relação à troca de escovas por novas a menos de 3 meses. Acredito que seria uma boa variável para comparação com futuros desfechos clínicos de saúde bucal. Como existe a questão referente a quantas escovações diárias, imagino que esta complementação com a frequência de troca de escovas seja interessante.

Apenas uma sugestão

Att

Rafael Aiello Bomfim

<http://lattes.cnpq.br/8423268176039658>

ANEXO 16
CONTRIBUIÇÃO 16

De: Herika Mauricio [mailto:herika.mauricio@upe.br]

Enviada em: sábado, 30 de setembro de 2017 21:52

Para: INQUERITO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDIGENAS
<insbpi@saude.gov.br>

Assunto: CONSULTA PÚBLICA INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE BCUAL
DOS POVOS INDÍGENAS

Boa Noite,

Sou Herika, cirurgiã-dentista, docente do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade de Pernambuco, CPF 079340827-03.

Gostaria de parabenizar a equipe por aceitar o desafio de realizar um inquérito nacional a respeito da saúde bucal dos povos indígenas.

Ao ler o projeto, fiquei interessada em conhecer como será a constituição das amostras não só por DSEI, mas também pelas etnias que integram cada DSEI. É possível o compartilhamento desta informação?

Divido com vocês o resultado do inquérito realizado com a etnia Xukuru do Ororubá, em Pernambuco. Acredito que este material possa apoiá-los na compreensão da configuração da saúde bucal indígena no Nordeste.

Atenciosamente,

Herika Mauricio

Professora Assistente

Campus Arcoverde - Universidade de Pernambuco – UPE.

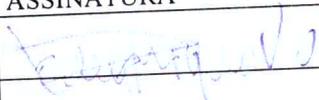
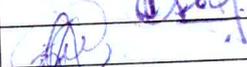
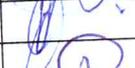
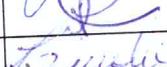
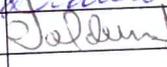
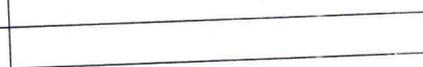
TERMO DE ANUÊNCIA

Após a apresentação das características do projeto técnico do “Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas no Brasil, 2018” realizado na 21ª Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena - FPCONDISI, em Brasília, no dia 6 de julho de 2017, declaro ciente das características do projeto, incluindo o fato de envolver comunidades e indivíduos indígenas e profissionais de saúde dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Manifesto concordância para a continuidade do processo para a realização referido inquérito.

Nº	DSEI	REPRESENTANTE DO CONDISI	ASSINATURA
1	ALAGOAS E SERGIPE	Maria das Graças Soares Araújo	Maria das Graças Soares Araújo
2	ALTAMIRA	William César Lopes Domingues	William César Lopes Domingues
3	ALTO RIO JURUÁ	Paulo César Oliviera Silva	Paulo César Oliviera Silva
4	ALTO RIO NEGRO	Frederico Rodrigues	Frederico Rodrigues
5	ALTO RIO PURUS	Ari Ferreira Simão	Ari Ferreira Simão
6	ALTO RIO SOLIMÕES	Elivaldo da Silva Souza	Elivaldo da Silva Souza
7	AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	Sergio dos Santos	Sergio dos Santos
8	ARAGUAIA	Rael Xakoiapari Tapirapé	Rael Xakoiapari Tapirapé
9	BAHIA	Sebastião Freire Valério Filho	Sebastião Freire Valério Filho
10	CEARÁ	Maria Lucilene Martins Santos	Maria Lucilene Martins Santos
11	CUIABÁ	Nedino Cintra Nascimento Maizokie	Nedino Cintra Nascimento Maizokie
12	GUAMÁ-TOCANTINS	Paulo Manoel dos Santos	Paulo Manoel dos Santos
13	INTERIOR SUL	José Levino Daniel	José Levino Daniel
14	KAIAPÓ DO MATO GROSSO	Txuakre Metuktire	Txuakre Metuktire
15	KAIAPÓ DO PARÁ	Takwry Kayapó	Takwry Kayapó
16	LESTE DE RORAIMA	Adelinaldo Rodrigues da Silva	Adelinaldo Rodrigues da Silva
17	LITORAL SUL	Zico da Silva	Zico da Silva
18	MANAUS	Ronaldo Seixas Barros	Ronaldo Seixas Barros
19	MARANHÃO	Edilson Crychryh Krikati	Edilson Crychryh Krikati
20	MATO GROSSO DO SUL	Pedro Luiz Gomes Lulu	Pedro Luiz Gomes Lulu
21	MÉDIO RIO PURUS	Erivelto F. Nascimento	Erivelto F. Nascimento
22	MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	Otinelson Camarão Ribeiro	Otinelson Camarão Ribeiro
23	MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	Roberto Carlos Felipe Marques	Roberto Carlos Felipe Marques
24	PARINTINS	Miquel Mayawakna	Miquel Mayawakna
25	PERNAMBUCO	Valdemir Amaro Lisboa	Valdemir Amaro Lisboa
26	PORTO VELHO	Orlando Garcia Karitiana	Orlando Garcia Karitiana
27	POTIGUARA	José Ciriaco Sobrinho	José Ciriaco Sobrinho
28	RIO TAPAJÓS	Sandro Paigo Munduruku	Sandro Paigo Munduruku
29	TOCANTINS	Antônio Marcos Sena Leal Karajá	Antônio Marcos Sena Leal Karajá
30	VALE DO JAVARI	Aldair José Pereira Reis	Aldair José Pereira Reis
31	VILHENA	Nelson Mutzie	Nelson Mutzie
32	XAVANTE	Daniel Maratedewa Dzaywa	Daniel Maratedewa Dzaywa
33	XINGU	Macaréa Trumai	Macaréa Trumai
34	YANOMAMI	Alberto Brazão Góes	Alberto Brazão Góes

TERMO DE ANUÊNCIA

Após a apresentação das características do projeto técnico do “**Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas no Brasil, 2018**” realizado na 21ª Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena - FPCONDISI, em Brasília, no dia 6 de julho de 2017, declaro ciente das características do projeto, incluindo o fato de envolver comunidades e indivíduos indígenas e profissionais de saúde dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Manifesto concordância para a continuidade do processo para a realização referido inquérito.

Nº	INSTITUIÇÃO	REPRESENTANTE	ASSINATURA
35	APIB-Associação dos Povos Indígenas do Brasil	Marcos Alviqes Campos	
36	ARPINSUDESTE-Articulação dos Povos Indígenas do Sudeste	Antonisio Lulu	
37	APOINME-Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e espírito Santo	Paulo Henrique Vicente Oliveira Tupiniquim	
38	Conselho Terena	Edison Floriano Tiago	
39	CNS-Conselho Nacional de Saúde	Rildo Mendes	
40	CNS-Conselho Nacional de Saúde	Edmundo Dzuaiwi Omore	
41	SINDCOPSI-Sindicado dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena	Maria do Carmo Andrade Silva	
42	Assessor Indígena da Região Nordeste	Lindomar Santos Rodrigues	
43	Assessor Indígena da Região Norte	Valdenir Andrade França	
44			
45			