

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA  
REGIÃO MATA ATLÂNTICA – TURMA II

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NAS COMUNIDADES INDÍGENAS DA BAHIA:  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A QUALIFICAÇÃO DOS  
INDICADORES DE SAÚDE BUCAL ENTRE OS ESCOLARES.

THIAGO MORAES BUTE

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Saúde Indígena, da Universidade  
Federal de São Paulo. Orientadora: Profa.  
Luana Pinho de Mesquita.

SÃO PAULO

2017

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NAS COMUNIDADES INDÍGENAS DA BAHIA:  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE  
SAÚDE BUCAL ENTRE OS ESCOLARES

THIAGO MORAES BUTE

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Saúde Indígena, da Universidade  
Federal de São Paulo. Orientadora: Profa.  
Luana Pinho de Mesquita.

SÃO PAULO

2017

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por tudo que tem nos proporcionado na minha vida.

Em especial a Professora Luana Pinho de Mesquita, pela orientação valorosa, preciosa e rica em conhecimento, sendo, sem dúvida, fundamental para a realização deste trabalho.

A todos que contribuíram de alguma forma neste processo: professores, colegas de trabalho e colegas do curso.

## RESUMO

Este projeto de intervenção foi construído a partir da análise do Relatório Anual de Gestão (RAG) dos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016. Dessa forma, pretendem-se obter informações que evidenciem os avanços do programa de saúde bucal do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia dos anos supracitados para nortear o desenvolvimento de um projeto de intervenção em saúde bucal, almejando novos rumos as ações de promoção e prevenção em saúde dos escolares e de seus familiares. O material selecionado (RAG) foi organizado de modo a identificar os indicadores de saúde bucal com foco na atenção à saúde bucal dos escolares. Analisaram-se os avanços estruturais que estão diretamente relacionados com a qualificação desses indicadores. Propõe-se ações nas escolas indígenas como uma estratégia para mudar os indicadores de saúde bucal, mas sobretudo, melhorar a atenção à saúde bucal dessas crianças indígenas da Bahia.

**Palavras – chave:** Planejamento em Saúde, Indicadores Básicos de Saúde, Promoção da Saúde.

## **LISTA DE SIGLAS**

ART: Tratamento Restaurador Atraumático

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

ATF: Aplicação Tópica de Flúor

BSI: Programa Brasil Sorridente Indígena

CASAI: Casa de Saúde do Índio

CD: Cirurgião Dentista

CEO: Centro de Especialidade Odontológica

DASI: Departamento de Atenção à Saúde Indígena

DIASI: Divisão de Atenção a Saúde Indígena

DSEI: Distrito Sanitário Especial Indígena

EDS: Escovação Dental Supervisionada

EMSI: Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

FUNASA: Fundação Nacional de Saúde

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

RAG: Relatório Anual de Gestão

SESAI: Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI: Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Caracterização do território.....	12
Quadro 02. Comparação do desempenho alcançado entre as médias de escovação supervisionada, cobertura de primeira consulta odontológica programática e percentual de pessoas atendidas que concluíram o tratamento odontológico básico no DSEI-Ba, 2013, 2014, 2015 e 2016.....	19

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Mapa de Polo Base, CASAI e Sede do DSEI.....12

Figura 02. Comparativo anual do número absoluto de procedimentos clínicos odontológicos realizados no DSEI, 2013, 2014, 2015 e 2016.....15

Figura 03. Comparativo anual do número absoluto restaurações e exodontias realizadas no DSEI, 2013, 2014, 2015 e 2016.....16

Figura 04. Comparativo anual do número absoluto de atendimentos clínicos odontológicos realizados no DSEI, 2013, 2014, 2015 e 2016.....16

Figura 05. Comparativo anual do número absoluto de Tratamento Restaurador Atraumático, ART realizadas no DSEI, 2013, 2014, 2015 e 2016.....20

Figura 06. Comparação entre as médias de escovação supervisionada alcançadas em 2015, 2016 e META no DSEI-BA.....20

Figura 07. Cobertura de primeira consulta odontológica programática no DSEI-BA. Comparação entre os valores de 2015, 2016 e META pactuada.....21

Figura 08. Cobertura de percentual de pessoas atendidas que concluíram o tratamento odontológico básico no DSEI-BA. Comparação entre os valores de 2015, 2016 E meta pactuada.....21

## **SUMÁRIO**

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>1.1. Caracterização do território.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2. Justificativa.....</b>	<b>15</b>
<b>2. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS.....</b>	<b>22</b>
<b>3. MÉTODO .....</b>	<b>23</b>
<b>4. RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>30</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>32</b>



## 1. INTRODUÇÃO

Os povos indígenas no Brasil apresentam uma enorme diversidade étnica, cultural, linguística, social e econômica e possuem diferentes formas de interação com a sociedade não indígena. Essa dinâmica estabelece uma variedade dos determinantes de saúde para cada grupo indígena. (COIMBRA, SANTOS et al., 2003; GARNELO e WELCH, 2009; ARANTES, SANTOS et al., 2010; GARNELO, 2012). Desta, forma é difícil fazer generalizações quanto às condições de saúde bucal da população indígena como um todo (ARANTES, BASTA et al., 2012).

Cada grupo étnico apresenta peculiaridades próprias, que influenciam nas diferentes condições de saúde bucal. No entanto, segundo Arantes (2005), é possível notar uma trajetória comum na saúde bucal dos povos indígenas uma vez em contato permanente com sociedades não indígenas. As mudanças socioeconômicas e culturais decorrentes deste processo interferem nas formas de subsistência e introduzem novos tipos de alimentos, o que geralmente influencia para a piora nas condições de saúde bucal destes povos. (HIRATA, BERGAMANSCHIO et al., 1977; PARIZOTTO, 2004; ARANTES, 2005; DETOGNI, 2007; CARNEIRO, SANTOS et al., 2008; ARANTES, SANTOS et al., 2010; SAMPAIO, FREITAS et al., 2010; MAURÍCIO, 2012)

Em 1999 foi instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Brasil como parte do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei nº 9.836 de 23/09/1999. O subsistema foi organizado por meio da criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em todo território nacional ficando a cargo da Funasa a responsabilidade de gestão e execução do modelo

(FUNASA, 2007). Com a implantação dos DSEIs, equipes multidisciplinares passaram a oferecer serviços de saúde, incluindo assistência odontológica.

A rede de serviços de atenção básica à saúde indígena está organizada por meio de 34 Distritos Sanitários Especiais que desenvolvem suas atividades através dos 354 Polos-Base e 66 Casas de Saúde Indígena (CASAI), que servem de apoio às equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) que prestam assistência à saúde a 368 etnias, distribuídas em 3.600 aldeias no país (SIASI, 2013).

Em 2007 a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), responsável pela saúde indígena na época, publicou as Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. As indicações deste documento contemplam a realização de ações coletivas e individuais em saúde bucal que deveriam levar em consideração os aspectos epidemiológicos, culturais, sociais, políticos e econômicos das populações indígenas.

No ano de 2010, a responsabilidade da saúde indígena, a cargo da FUNASA, foi transferida para a recém-criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), por meio do Decreto nº 7.336.

Frente aos desafios de melhorar as condições da saúde bucal da população indígena, o Ministério da Saúde (MS), sob a coordenação da SESAI, em parceria com o Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), lançou em 2011 o programa Brasil Sorridente Indígena (BSI), como uma extensão do programa Brasil Sorridente lançado em 2004, adaptado às especificidades e complexidades da saúde indígena (BRASIL, 2011). O Programa BSI está em implantação em 16 dos 34 DSEIs, a saber: Alagoas e Sergipe, Alto Rio Purus, Alto Rio Solimões, Bahia, Ceará, Cuiabá, Guamá-Tocantins, Interior Sul, Litoral

Sul, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Espírito Santo, Pernambuco, Potiguara, Tocantins e Xavante.

O programa pretende ampliar e qualificar as ações de atenção em saúde bucal realizadas em aldeias indígenas com o foco no controle de infecção intrabucal, na ação integrada com as outras áreas da saúde, na utilização de outros espaços sociais para a realização de ações de promoção e prevenção da saúde, na utilização da epidemiologia como instrumento organizador da assistência, e na mudança do enfoque assistencialista para o preventivo e coletivo (BRASIL, 2011).

Para Coelho (2011), a saúde bucal indígena alcançou significativos avanços a partir da criação do subsistema. No entanto, mesmo com as melhorias na saúde, os povos indígenas concentram os piores indicadores de saúde do país. No Distrito especial indígena da Bahia os avanços são significativos conforme observamos nos gráficos 1, 2, e 4, no entanto, ainda é necessário intensificar a melhoria dos indicadores de Saúde Bucal.

Dessa forma, esse projeto de intervenção abordará os avanços e desafios do Programa de Saúde Bucal Indígena da Bahia, e também irá propor ações que visem à qualificação dos indicadores de Saúde Bucal, tendo como público alvo os escolares.



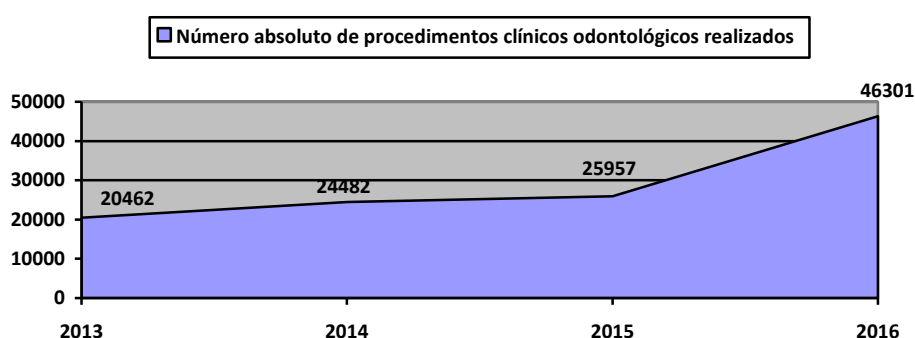
	<p>Paulo Afonso)</p> <p>Fulni-Ô (PB de Ibotirama)</p> <p>Kaimbé (PB de Euclides da Cunha)</p> <p>Kiriri (PB de Ibotirama e Ribeira do Pombal)</p> <p>Pataxó Hã-Hã-Hãe (PB de Ibotirama, Ilhéus, Itamaraju e Pau Brasil)</p> <p>Pataxó (PB de Itamaraju e Porto Seguro)</p> <p>Tupinambá (PB de Ilhéus e Porto Seguro)</p> <p>Pankarú (PB de Ibotirama)</p> <p>Truká (PB de Juazeiro e Paulo Afonso)</p> <p>Tuxá (PB de Ibotirama, Paulo Afonso e Ribeira do Pombal)</p> <p>Tumbalalá (PB de Juazeiro)</p> <p>Capinawa (PB de Ibotirama)</p> <p>Xakriabá (PB de Ibotirama - ainda não incluso no demográfico 2017)</p> <p>Payaya (PB de Ibotirama)</p> <p>Pankararé (PB de Paulo Afonso)</p> <p>Kantaruré (PB de Paulo Afonso)</p> <p>Xukuru-Kariri (PB de Paulo Afonso)</p>
Nº de Polos Base:	10, sendo um administrativo - Feira de Santana (administrativo), Euclides da Cunha, Ibotirama, Ilhéus, Itamaraju, Juazeiro, Pau Brasil, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal.
Nº de Postos de Saúde:	Nº = 25

Nº de CASAI:	Não há estrutura física disponível, para funcionamento de CASAI. As ações são realizadas por Serviços de Referência do DSEI/BA e os pacientes e acompanhantes acomodados em hotel-pousada.
Nº de Aldeias:	122 segundo lideranças e conselheiros indígenas, embora no SIASI encontrem-se cadastradas 135 aldeias e dessas, 55 estão georreferenciadas (20/02/2017).
Nº de Famílias:	8.276 (SESAI/Brasília)
Acesso aos Polos Base e aldeias	Terrestre e fluvial (acesso à aldeia Mata Medonha em Porto Seguro é fluvial – mais próximo – e terrestre).
Nº de EMSI atuando nos Polos Base	32 EMSI; 20 odontólogos
Nº AIS e Nº de AISAN	156 AIS's contratados e Há 66 AISAN's contratados
Tipo de escala de trabalho/ Tempo de permanência em área	De segunda a sexta-feira (40h semanais)
Nº de aldeias com SAA	66 aldeias
Principais referências de saúde para a população indígena	Hospitais dos municípios sede dos Polos Base e Salvador.

## 1.2 Justificativa

Ao se analisar o programa de saúde bucal da população indígena da Bahia, é possível perceber os avanços nos últimos anos. A reestruturação dos consultórios odontológicos refletirá no aumento dos indicadores de saúde, conforme notaremos nesse projeto de intervenção, no entanto, ainda há uma série de desafios a serem superados.

**Figura 02. Comparativo anual do número absoluto de procedimentos clínicos odontológicos realizados no DSEI, 2013, 2014, 2015 e 2016.**

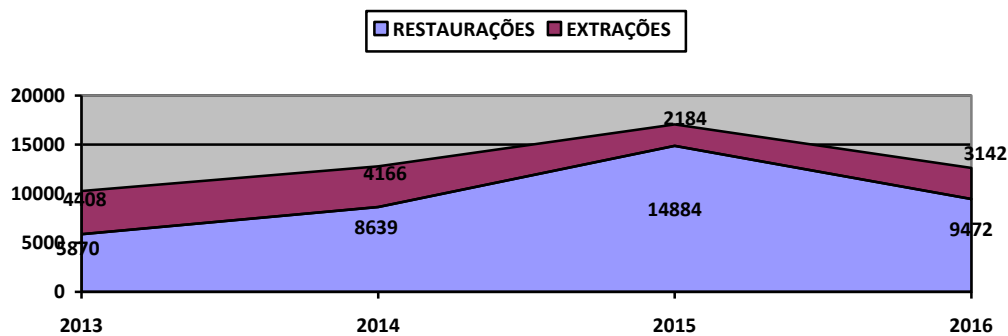


Do total de procedimentos clínicos odontológicos básicos realizados em 2015, 57% foram de restaurações, ratificando a mudança do modelo de atenção em saúde bucal, mais voltado agora para as ações preventivas e tratamento precoce. É importante frisar que em meados de 2014, cerca de 60% dos consultórios estavam com problemas técnicos e muitos deles sem funcionamento. Neste momento, estava em curso uma odontologia essencialmente mutiladora, em que a exodontia era na maioria das vezes a única alternativa de tratamento. Por isso, é importante destacar o gráfico 04, que nos coloca em reflexão e faz pensar que de fato avançamos nesses anos, e que, sobretudo, se estabelece uma Odontologia passa a realizar o seu papel social de promoção da saúde. Em 2016 houve um acréscimo de 78% de

procedimentos clínicos realizados em relação ao ano de 2015, refletindo um avanço do programa de saúde bucal do Distrito Sanitário Indígena da Bahia.

A contratação de uma empresa para a realização das manutenções preventivas e corretivas dos consultórios fixos, equipamentos portáteis e das unidades móveis foi muito importante para a organização da estrutura dos consultórios. É importante frisar a aquisição de novos equipamentos como consultórios fixos, consultórios portáteis, equipamentos periféricos e a aquisição regular de insumos odontológicos.

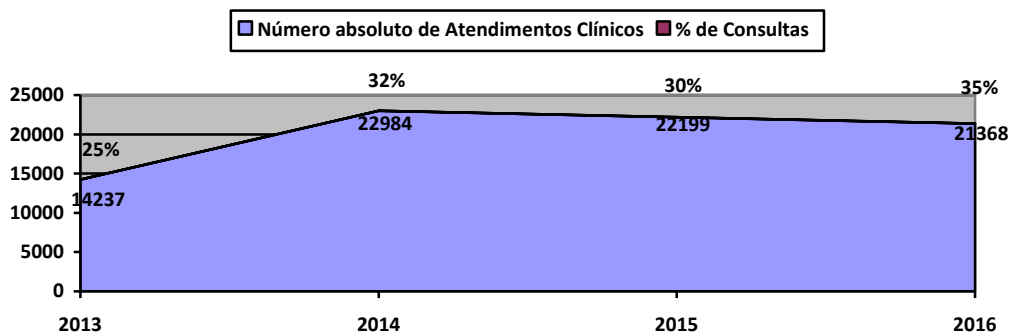
**Figura 02. Comparativo anual do número absoluto restaurações e exodontias realizadas no DSEI, 2013, 2014, 2015 e 2016.**



No que se refere ao número de restaurações realizadas, nota-se um aumento considerável no ano de 2015, quando comparamos com 2014. Ainda, destaca-se a diminuição do número de exodontias em 2015, também comparado com os anos anteriores. Esses dois fatos sugerem uma melhoria na qualidade do tratamento ofertado pela Odontologia aos indígenas, demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.

**Figura 03. Comparativo anual do número absoluto de atendimentos clínicos odontológicos realizados no DSEI, 2013, 2014, 2015 e 2016.**

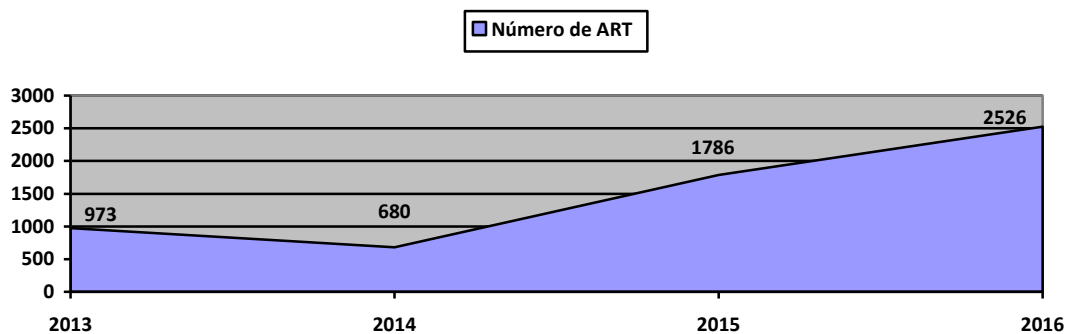




A partir da análise do gráfico 02, nota-se uma melhora no acesso à atenção em saúde bucal desenvolvida pelo DSEI, sendo observado o aumento aos cuidados odontológicos, fato comprovado com o aumento do número de atendimentos, em relação a 2013.

Ainda de acordo as Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal Indígena (FUNASA, 2007), uns dos principais desafios é a adequação do atendimento odontológico em locais onde não há consultórios, este documento aponta como estratégia a realização do Tratamento Restaurador Atraumático, ART, em função também do baixo custo operacional, da simplicidade da técnica e da possibilidade da execução do tratamento sem uso de energia elétrica (BRASIL, 2007). Conforme Bertanha et al (2012), a Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas deve-se promover ações integradas com as outras áreas da saúde, ASB's, AIS e professores indígenas devem ser inseridos nas ações educativas e o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena seja alimentado de maneira adequada com dados referentes à saúde bucal, já que esta é de suma importância para o planejamento e execução das atividades de atenção à saúde. Ainda, segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) a necessidade de capacitação dos profissionais para atuarem no contexto da saúde indígena.

**Figura 04. Comparativo anual do número absoluto de Tratamento Restaurador Atraumático, ART realizadas no DSEI, 2013, 2014, 2015 e 2016.**



Destaca-se ainda o Tratamento Restaurador Atraumático (ART), que se baseia na prevenção e tratamento precoce da cárie dentária, preservando o elemento dental (MONICO; TOSTES, 1998).

Além disso, após análise dos Relatórios anuais de Gestão dos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016 é possível perceber um baixo alcance dos indicadores de saúde bucal. Na tabela 01, estão dispostos os três indicadores de Saúde Bucal pactuados na Atenção Básica e preconizados pelo Ministério da Saúde no período de interesse da investigação como os indicadores monitorados são: média de escovação dental supervisionada, cobertura de primeira consulta odontológica programática e percentual de pessoas atendidas que concluíram o tratamento odontológico básico. Esses são indicadores estratégicos para as ações de promoção e prevenção em Saúde Bucal do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia.

Desse contexto surge a necessidade de intervenção rigorosa nas ações em saúde realizadas pelas EMSI em área indígena para que possibilite

consequências positivas tanto biológicas quanto socioculturais para a qualidade de vida desses indígenas.

### **Indicadores e Identificação do problema da intervenção**

As ações de atenção à saúde bucal indígena, são orientadas pelo monitoramento de indicadores como: média de escovação dental supervisionada, cobertura de primeira consulta odontológica programática e percentual de pessoas atendidas que concluíram o tratamento odontológico básico. Nota-se, pelos valores observados no quadro 02 abaixo, que o desempenho apresentado em 2016 é superior ao observado aos anos anteriores. Esse fato é devido a reestruturação dos consultórios odontológicos, aquisição continuada de insumos odontológicos, reuniões técnicas realizadas com a participação de Cirurgiões – dentistas e ASB's aquisição de 10 consultórios odontológicos portáteis e melhor envolvimento da EMSI com as ações em Saúde Bucal.

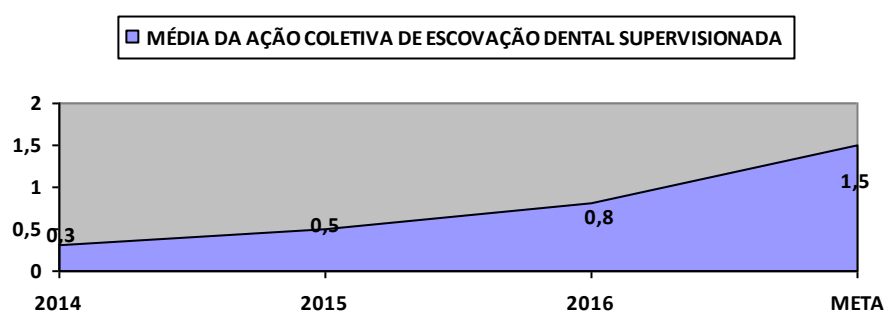
**Quadro 02 - Comparação do desempenho alcançado entre as médias de escovação supervisionada, cobertura de primeira consulta odontológica programática e percentual de pessoas atendidas que concluíram o tratamento odontológico básico no DSEI-Ba, 2013, 2014, 2015 e 2016.**

<b>PERÍODO</b>	<b>MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA</b>	<b>COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA</b>	<b>% DE PESSOAS ATENDIDAS QUE CONCLUÍRAM O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO BÁSICO</b>
----------------	--	---	---

<b>2014</b>	<b>0,3</b>	<b>32%</b>	<b>7%</b>
<b>2015</b>	<b>0,5</b>	<b>30%</b>	<b>20%</b>
<b>2016</b>	<b>0,8</b>	<b>35%</b>	<b>30,3%</b>

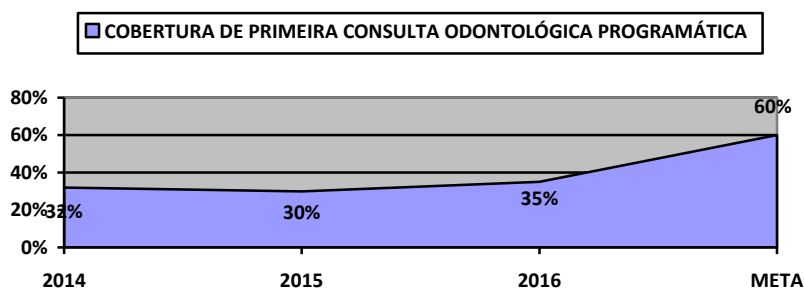
Apesar de ainda apresentar valor aquém do esperado, a média de escovação dental supervisionada em 2016 é 39% maior em relação àquela observada em 2015. O gráfico 01 exposto abaixo ilustra esse progresso. A meta pactuada é de 1,5.

**Figura 05 – Comparação entre as médias de escovação supervisionada alcançadas em 2015, 2016 e META no DSEI-BA.**

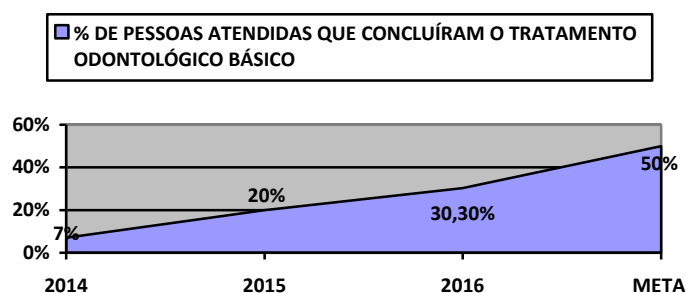


Concernente à cobertura de primeira consulta odontológica programática e ao percentual de pessoas atendidas que concluíram o tratamento odontológico básico, o aumento observado também foi significativo. Relativo ao primeiro, verifica-se um incremento de 27% em relação ao valor alcançado no ano passado. Já para o segundo, esse acréscimo é mais expressivo, de 53%.

**Figura 06 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática no DSEI-BA. Comparação entre os valores de 2014, 2015, 2016 e META pactuada.**



**Figura 07– Cobertura de percentual de pessoas atendidas que concluíram o tratamento odontológico básico no DSEI-BA. Comparação entre os valores de 2015, 2016 E meta pactuada.**



O processo de monitoramento e avaliação da assistência em saúde bucal, por meio da utilização dos indicadores da atenção básica definidos pelo Ministério da Saúde permite aos envolvidos na Atenção à Saúde Bucal a oportunidade de obterem uma reflexão crítica sobre o modelo assistencial, das ações desenvolvidas e do processo de trabalho. A partir da análise dos gráficos 03, 04 e 05 notamos que os indicadores de Saúde Bucal prioritários do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia têm seus alcances aquém das Metas pactuadas com a SESAI/MS.

## **2. OBJETIVOS**

### **GERAL**

Elaborar um plano de ação para melhoria dos indicadores de saúde bucal, e conseqüentemente realizar ações de prevenção e promoção da saúde bucal, tendo como público alvo os escolares, contribuindo dessa forma para melhor qualidade de vida dessas crianças e indiretamente de seus familiares.

### **ESPECÍFICOS**

- Ampliar e qualificar as ações de atenção em saúde bucal realizadas em aldeias indígenas com o foco no controle de infecção intrabucal;
- Realizar ação integrada com as outras áreas da saúde, com a utilização de espaços sociais para a realização de ações de promoção e prevenção da saúde;
- Utilizar dados epidemiológicos no planejamento em saúde e apoio às equipes na organização de seus processos de trabalho;
- Incentivar a mudança do enfoque assistencialista para o preventivo e coletivo

### 3. MÉTODO

O monitoramento e a avaliação nos serviços de saúde são etapas imprescindíveis na implantação das políticas de saúde.

No presente projeto de intervenção foi dado ênfase na dimensão técnica e organizacional, utilizando-se alguns indicadores apresentados nos Relatórios Anuais de Gestão dos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016 do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (RAG, 2013, 2014, 2015 e 2016). Com base neste documento, foi elaborada uma planilha de EXCEL com as variáveis selecionadas e enviadas, para preenchimento, por e-mail para os Coordenadores Técnicos dos 09 Polos Bases. Este Levantamento foi baseado nas fichas do Programa de Saúde Bucal Indígena preconizada nas Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Os seguintes indicadores de saúde bucal serão abordados nesta ação de promoção de saúde com escolares e com participação das equipes de saúde, por meio dos coordenadores técnicos em saúde:

**COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA** deve-se durante as visitas domiciliares realizar a anamnese com preenchimento da ficha 04 e agendamento do início do tratamento. Nessa visita ocorre o estreitamento de laços entre a equipe e a comunidade, a melhor aceitação do tratamento quando o indígena é instruído diretamente pelo CD ou ASB.

Esta primeira etapa terá como objetivo a realização de um diagnóstico, ou, mapeamento por toda a equipe multidisciplinar. Essa é a oportunidade para o

preenchimento das fichas 04 de todos os indígenas em idade escolar da comunidade. Outra forma é realizar a visita domiciliar de acordo com a sinalização dos AIS, desvinculada da ação de mapeamento. Com isso atendemos a necessidade do mapeamento e selecionamos as crianças em idade escolar para as etapas seguintes.

### **PERCENTAGEM DE PESSOAS ATENDIDAS QUE CONCLUÍRAM O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO BÁSICO**

Com os consultórios bem estruturados, o DSEI - BA tem potencialidade para tratamento básico de excelência. Com o mapeamento a uma perspectiva de dar início ao tratamento de todos os indígenas em idade escolar, essa meta passa de uma expectativa para um número real.

Durante o mapeamento e o preenchimento da ficha 04 encontraremos os escolares sem necessidade de tratamento, onde se pode realizar profilaxia, aplicação tópica de flúor gel e preservar, registrando-o como tratamento concluído. Os escolares com poucos procedimentos para realizar, cabe a nós de maneira ágil providenciar o tratamento para que essas pessoas passem a fazer parte dos três indicadores, com a educação preventiva, com o cadastramento com a ficha 04 e com a conclusão do tratamento.

De acordo com RAG de 2016, 2849 indígenas tiveram seus tratamentos concluídos. Esses indígenas devem ser rastreados e feita a consulta de acompanhamento, se não houver novas cáries ele já entra novamente como tratamento concluído. Se houverem novas cáries, recomenda-se reforçar a educação em saúde e realizar o tratamento das novas afecções.



Como DSEI - BA já possui consultórios odontológicos ativos e uma excelente estrutura resultado dos avanços nos últimos 03 anos e com profissionais em área, desta forma já evoluiu da primeira fase do programa de saúde bucal, onde se atende por demanda espontânea até a remissão da demanda reprimida e avançando para uma lógica de atendimento programado.

Nessa lógica o programa de saúde bucal pode trabalhar em consonância com o desenvolvimento dos demais programas, com agendamento e priorização de grupos de risco.

### **MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA**

Para esta etapa, a escola indígena é o espaço social de escolha. A escola por ser um espaço privilegiado de concentração de massas por faixa etária e de discussão da educação também podemos utilizá-lo como espaço de saúde. O primeiro passo é a inclusão da saúde bucal no Projeto Político Pedagógico da escola, ou seja, incluir projetos de saúde no planejamento anual escolar. Esse compromisso de rotina, continuidade e acima de tudo organização atenta para não modificar o plano de aula do professor. Dessa forma podemos incluir o momento da escovação após o lanche, com um impacto muito maior na saúde escolar do que ações pontuais sem pactuação com a coordenação pedagógica.

Realização do odontograma no lado externo da sala de aula, com o uso de espátula de madeira e os equipamentos de proteção individual (EPI's) um aluno por vez, sem interromper a rotina de aula. Os alunos com maior ceo-d e CPO-d são selecionados para levar um comunicado aos pais, convidando

para consulta e realização do tratamento no contra turno escolar. A criança não pode comparecer sozinha.

Deve-se elaborar um cronograma de atividades, de acordo com a realidade de cada aldeia. Com um cronograma de atividades educativas na escola em dois turnos por semana.

### Cronograma do projeto de intervenção

Atividades	Período											
	2017											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X							
Elaboração do Projeto de Intervenção	X	X	X	X	X							
Apresentação do Projeto de Intervenção						X						
Primeira Etapa - visitas domiciliares para realizar a anamnese com preenchimento da ficha 04 e agendamento do início do tratamento.							X	X	X			



#### 4. RESULTADOS ESPERADOS

Os parâmetros postos nesse projeto de intervenção foram retirados da literatura científica, bases de dados nacionais (MS, SVS) e internacionais (OMS) e/ou pactuações concretizadas entre a SESAI central e DSEI. Os parâmetros servem apenas para indicar a atual condição dos DSEI com relação aos indicadores e permitir comparações com os dados nacionais (DASI/SESAI/MS).

Com esse projeto espera-se que nas escolas seja alcançada **A MÉDIA DE 1,5 DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA** realizada na população indígena em idade escolar da Bahia, até Dezembro de 2017.

Nessa lógica o programa de saúde bucal pode trabalhar em consonância com o desenvolvimento dos demais programas, com agendamento e priorização de grupos de risco.

Espera-se alcançar 50% de tratamentos básicos nos escolares concluídos para o Indicador **PERCENTAGEM DE PESSOAS ATENDIDAS QUE CONCLUÍRAM O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO BÁSICO**, ou seja, do total de indígenas em idade escolar que iniciem o tratamento odontológico, 50% destes devem ter o tratamento básico concluído.

Assim, espera-se que haja o envolvimento da odontologia no desenvolvimento dos outros programas na saúde indígena como: Crescimento e Desenvolvimento da Criança, Saúde Mental, Pré- Natal, Hiperdia, Imunização e outros e maior integração entre as diferentes áreas da saúde.

Espera-se ampliar e qualificar as ações de atenção em saúde bucal realizadas em aldeias indígenas com o foco no controle de infecção intrabucal; e que estas ações ocorram de forma integrada com as outras áreas da saúde, e de outros setores como a educação, com a utilização de espaços sociais como a escola para a realização de ações de promoção e prevenção da saúde bucal dos escolares. Neste espaço espera-se que a comunicação permita o planejamento conjunto de ações e a inclusão de atividades que envolvam a saúde bucal no cotidiano da vida escolar.

Espera-se que os dados epidemiológicos possam contribuir de forma positiva com o planejamento em saúde e apoio às equipes na organização de seus processos de trabalho e que este projeto de intervenção possa incentivar a mudança do enfoque assistencialista, para o preventivo e coletivo no ambiente escolar.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da criação da SESAI, em 2010, observou-se melhora na atenção em saúde bucal desenvolvida pelos DSEI, sendo observado o aumento da resolutividade e do acesso da população indígena aos cuidados odontológicos.

De acordo com os relatos dos odontólogos e dos Relatórios de Gestão do DSEI BA foi possível identificar que os principais avanços em 2016 foram: garantia de suprimento de insumo odontológicos, realização de capacitações e reuniões técnicas, redução da rotatividade profissional, sensibilização da população quanto a importância da saúde bucal, desenvolvimento de estratégias multidisciplinares de atenção a saúde bucal, valorização do trabalho do Agente Indígena de Saúde (AIS) na equipe, melhoria da infraestrutura.

Em contraponto, as principais dificuldades encontradas foram: problemas logísticos para transporte de equipe e pacientes, dificuldade e morosidade nos processos licitatórios. Vale ressaltar que as informações não foram extraídas do sistema de informação oficial da SESAI. Uma vez que o SIASI não se encontra em funcionamento pleno no DSEI BA que desenvolveu sistema de informação próprio, permitindo a consolidação e análise dos indicadores de saúde bucal. A análise dos dados identificou a inconsistência de algumas informações. Desta forma, faz-se necessário a realização de estratégias que busquem qualificar a produção da informação, bem como a consolidação da implantação e funcionamento do SIASI. Os achados desta avaliação apontam para a necessidade de que sejam criadas estratégias que garantam as quatro

distribuições anuais de escova dental e de dentifrício fluoretado, bem como, que sejam intensificadas as ações de educação, prevenção e promoção em saúde. Observou-se substancial aumento das ações educativas e preventivas realizadas pela equipe auxiliar (AIS, ASB e TSB) do que quando comparado ao realizado pelos odontológicos, o que permite concluir que houve aprimoramento do trabalho em equipe. Também identifica-se a necessidade de ampliar a integralidade, o acesso e a resolutividade das ações assistenciais em saúde bucal.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARANTES, R. Saúde Bucal dos Povos Indígenas do Brasil e o Caso dos Xavante de Mato Grosso. (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. 139 p.
2. ARANTES, R.; BASTA, P. C. et al. Saúde bucal dos grupos indígenas do Brasil. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Ed.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECAD, 2012. p.60-106.
3. ARANTES, R., SANTOS, R. V. et al. Oral health in transition: the case of Indigenous people from Brazil. *Int Dent J*, v.60, n.3 Suppl 2, Jun, p.235-40, 2010.
4. BERTANHA, W. F. F. Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios. 2012. v.16, n.01. p.105-112.
5. BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. SAÚDE BUCAL. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 92 p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal. SESAI. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
7. BRASIL. Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.
8. COELHO, V.; SHANKLAND A. Making the right to health a reality for Brazil's indigenous peoples: innovation, decentralization and equity. *MEDICC Review*, v.13, p.50-53, 2011.



9. GARNELO, L.; WELCH, J. R. Transição alimentar e diversidade cultural: desafios à política de saúde indígena no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.9, p.1872-1873, 2009.
10. GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Ed.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECAD, 2012. p.18-58.
11. HARTZ, Z. M. A.(org). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676- 36-1. Available from SciELO Books .
12. HIRATA, J. M.; BERGAMANSCHIO, O. et al. Estudo de prevalência de cárie em crianças indígenas do Parque Nacional do Xingu. *Revista da Faculdade de Odontologia da USP*, v.15, p.189-198, 1977.
13. REBELO, M. A. B.; VIEIRA, J. M. R. et al. *Epidemiologia da Saúde bucal em Populações Indígenas*. In: (Ed.). *Pro-Odonto - Prevenção*. Porto Alegre: Artmed Panamericana Editora Ltda, v.7, 2013.