



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

KELY BARBOZA RIBEIRO

**AUTOPERCEÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL
ENTRE INDÍGENAS KAINGANG DO PARANÁ**

KELY BARBOZA RIBEIRO

**AUTOPERCEPÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL
ENTRE INDÍGENAS KAINGANG DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Edmarlon Giroto

Londrina – PR

2026

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

R484 Ribeiro, Kely Barboza.
Autopercepção das condições de saúde bucal de indígenas Kaingang do Paraná / Kely Barboza Ribeiro. - Londrina, 2026.
109 f. : il.

Orientador: Edmarlon Giroto.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2026.
Inclui bibliografia.

1. Autopercepção - Tese. 2. Saúde bucal - Tese. 3. Saúde indígena - Tese. I. Giroto, Edmarlon. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

AUTOPERCEPÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL ENTRE INDÍGENAS KAINGANG DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientador Dr. Edmarlon Giroto
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Pablo Guilherme Caldarelli
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dra. Marilisa Carneiro Leão Gabardo
Universidade Positivo – UP

Londrina, 07 de maio de 2026.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela força e perseverança ao longo desta caminhada. Agradeço também aos anjos e santos, que sempre estão olhando por mim e intercedendo ao meu favor. Sem essa força divina, nenhuma conquista seria possível.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Edmarlon Giroto, expresso minha profunda gratidão pela orientação, dedicação e confiança depositada em meu trabalho, pelas valiosas contribuições acadêmicas e pela paciência ao longo de todo o desenvolvimento desta pesquisa. Seus ensinamentos foram fundamentais para minha formação profissional e pessoal.

Aos colegas do grupo de pesquisa, quero agradecer de coração por cada conversa, troca de ideias e momento de aprendizado. Trabalhar com pessoas tão dedicadas, generosas e colaborativas fez toda a diferença no desenvolvimento deste trabalho.

Um agradecimento especial ao Doutorando André Luiz Martins pelo suporte imprescindível no planejamento e na organização da execução da pesquisa no território indígena.

Expresso minha profunda gratidão à Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) pelo apoio institucional e pela dedicação contínua à promoção da saúde dos povos indígenas no Brasil.

Aos profissionais do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul/Polo Base de Londrina/Aldeia Apucarantina, que contribuíram com conhecimento, acolhimento e disponibilidade, compartilhando experiências fundamentais para a construção deste trabalho.

Às lideranças e às comunidades indígenas participantes, minha sincera gratidão pela confiança, generosidade e pelos saberes compartilhados. Este estudo só foi possível graças à abertura ao diálogo e ao compromisso coletivo com o fortalecimento da atenção à saúde indígena.

Reitero meu respeito e admiração pelo trabalho desenvolvido em prol da valorização cultural e da promoção de uma atenção diferenciada e humanizada à saúde dos povos indígenas.

À minha família, meu agradecimento pelo amor incondicional e incentivo constante.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, meu sincero muito obrigada.

RIBEIRO, Kely Barboza. **Autopercepção das condições de saúde bucal entre indígenas Kaingang do Paraná**. 2026. 108 pg. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2026.

RESUMO GERAL

Introdução: A autopercepção da saúde bucal é um indicador que reflete o entendimento dos indivíduos sobre sua própria saúde. Ela pode influenciar significativamente os comportamentos de saúde, a busca por cuidados odontológicos e a adesão a práticas preventivas. Entre os povos indígenas, compreender como eles percebem sua saúde bucal pode fornecer informações valiosas para a elaboração de políticas públicas e programas de saúde específicos que atendam às suas necessidades reais. **Objetivo:** Avaliar a autopercepção da saúde bucal de indígenas Kaingang do Paraná e analisar os fatores individuais, clínicos e sociodemográficos potencialmente relacionados. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, envolvendo indígenas da aldeia Apucarantina, localizada no município de Tamarana-PR, das seguintes faixas etárias: 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos. Os dados foram coletados, utilizando-se *smartphones*, por meio de entrevista e exame bucal, a partir de um formulário eletrônico elaborado no aplicativo *JOTFORM*, com questões sobre aspectos socioeconômicos, práticas de autocuidado, necessidade de tratamento autopercebido, sintomas subjetivos de saúde bucal e autopercepção da saúde bucal. No exame clínico foi verificada a experiência de cárie dentária, por meio do índice CPO-D. O desfecho primário do presente estudo foi a autopercepção da saúde bucal. As variáveis independentes investigadas foram divididas em três categorias: individuais, contextuais e de saúde bucal. Foram conduzidas análises descritivas e de associação, utilizando-se o *software* IBM® SPSS. **Resultados:** O número de indígenas avaliados foi 205. A amostra, com predominância feminina (64,2%) e média de idade de 29 anos, apresentou distribuição educacional desigual - 35,2% com ensino fundamental incompleto e 26,9% com ensino médio completo - e grande vulnerabilidade socioeconômica - 56,6% com renda mensal familiar de meio salário-mínimo. A autopercepção da saúde bucal indicou que 47,8% dos participantes a consideraram “boa”, 34,6% como “regular” e 17,6% como “ruim”. Identificou-se um padrão geral positivo de autocuidado bucal, demonstrado pela alta prevalência de escovação dentária autorreferida (96,1%), uso do creme dental quase universal (96,6%), porém com adesão reduzida ao uso do fio dental, onde 48,5% afirmaram não utilizá-lo. A necessidade de tratamento odontológico autorreferida foi alta, atingindo, em média, 75,1% dos participantes, assim como a experiência de cárie dentária (96,6%). A presença de sintomas bucais também foi frequente, principalmente nas faixas etárias mais avançadas. Nos últimos seis meses, 41,8% das pessoas relataram dor dentária, 32,2% relataram problemas para morder ou mastigar, e 18,0% relataram dificuldades para falar. Ademais, 20,5% relataram dificuldades em realizar atividades cotidianas, e 30,2% sentiram vergonha ao sorrir. A autopercepção negativa da saúde bucal apresentou associação significativa com maiores valores do índice CPO-D (RPaj = 1,48; IC95%: 1,03–2,15). Além disso, mostrou-se associada à necessidade de tratamento odontológico (RPaj = 2,69; IC95%: 1,54–4,69), presença de dor nos últimos seis meses (RPaj = 1,48; IC95%: 1,13–1,95), dificuldade para morder ou mastigar (RPaj = 1,58; IC95%: 1,22–2,05), dificuldade para falar (RPaj = 1,46; IC95%: 1,11–1,91), vergonha de sorrir (RPaj = 1,81; IC95%: 1,41–2,31) e limitação para realizar atividades cotidianas em decorrência dos dentes (RPaj = 1,78; IC95%: 1,41–2,25). **Conclusões:** Estratégias clínicas e de promoção da saúde que integrem

tratamento adequado, prevenção focada em riscos e educação em saúde que considere as dimensões culturais, subjetivas e psicossociais da saúde, são fundamentais para melhorar a saúde bucal da população indígena Kaingang.

Palavras-chave: Autopercepção, saúde bucal, saúde indígena.

RIBEIRO, Kely Barboza. **Self-Perception of Oral Health Conditions Among Kaingang Indigenous People from Paraná**. 2026. 200 p. Dissertation (Master's in Public Health) – State University of Londrina, Londrina, 2026.

GENERAL ABSTRACT

Self-perception of oral health is an indicator that reflects individuals' understanding of their own health. It can significantly influence health behaviors, the search for dental care, and adherence to preventive practices. Among Indigenous peoples, understanding how they perceive their oral health can provide valuable information for the development of public policies and health programs tailored to their actual needs. This study aims to assess the oral health self-perception of Kaingang Indigenous people from the state of Paraná and analyze the individual, clinical, and sociodemographic factors potentially associated with it. This is a cross-sectional study involving Indigenous residents of the Apucarantina village, located in the municipality of Tamarana, Paraná, including the following age groups: 12 years, 15–19 years, 35–44 years, and 65–74 years. Data were collected using smartphones through interviews and oral examinations, based on an electronic form created in the JOTFORM application. The form included questions on socioeconomic characteristics, self-care practices, self-perceived treatment needs, subjective oral health symptoms, and oral health self-perception. The clinical examination assessed dental caries experience using the DMFT index. The primary outcome of the present study was oral health self-perception. The independent variables investigated were grouped into three categories: individual, contextual, and oral health-related. Descriptive and association analyses were conducted using IBM® SPSS software. A total of 205 Indigenous individuals were evaluated. The sample, predominantly female (64.2%) with a mean age of 29 years, showed an uneven educational distribution—35.2% with incomplete elementary education and 26.9% with completed high school—and marked socioeconomic vulnerability, with 56.6% reporting a monthly family income of half the minimum wage. Oral health self-perception revealed that 47.8% of participants rated their oral health as “good,” 34.6% as “fair,” and 17.6% as “poor.” A generally positive pattern of oral self-care was identified, demonstrated by the high prevalence of self-reported toothbrushing (96.1%) and near-universal use of toothpaste (96.6%). However, adherence to dental floss use was low, with 48.5% reporting not using it. Self-reported need for dental treatment was high, averaging 75.1% of participants, as was dental caries experience (96.6%). Oral symptoms were also frequent, especially among older age groups. In the past six months, 41.8% reported toothache, 32.2% reported difficulty biting or chewing, and 18.0% reported difficulty speaking. Additionally, 20.5% reported limitations in daily activities, and 30.2% felt embarrassed to smile. Negative self-perceived oral health was significantly associated with higher DMFT index scores (adjPR = 1.48; 95%CI: 1.03–2.15). It was also associated with self-reported need for dental treatment (adjPR = 2.69; 95%CI: 1.54–4.69), toothache in the past six months (adjPR = 1.48; 95%CI: 1.13–1.95), difficulty biting or chewing (adjPR = 1.58; 95%CI: 1.22–2.05), difficulty speaking (adjPR = 1.46; 95%CI: 1.11–1.91), embarrassment when smiling (adjPR = 1.81; 95%CI: 1.41–2.31), and limitations in performing daily activities due to dental problems (adjPR = 1.78; 95%CI: 1.41–2.25). Clinical and health-promotion strategies that integrate adequate treatment, risk-focused prevention, and culturally sensitive health education—considering cultural, subjective, and psychosocial dimensions—are essential to improving the oral health of

the Kaingang Indigenous population.

Keywords: Self-perception, oral health, Indigenous health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de indígenas Kaingang, por idade-índice e faixa etária, residentes na aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.....	25
Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa das variáveis individuais e contextuais, por idade/faixa etária, entre indígenas Kaingang da aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.....	32
Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa das variáveis de autocuidado, necessidade de tratamento odontológico autopercebida e sintomas bucais subjetivos, por idade ou faixa etária, entre indígenas Kaingang da aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.....	35
Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa da morbidade em saúde bucal, por idade ou faixa etária, entre indígenas Kaingang da aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.....	36
Tabela 5 – Frequência absoluta e relativa da autopercepção da saúde bucal, por idade ou faixa etária, entre indígenas Kaingang da aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.....	36
Tabela 6 – Frequência absoluta e relativa e análise bruta das variáveis individuais e contextuais, por autopercepção da saúde bucal, entre indígenas Kaingang da aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.....	37
Tabela 7 – Frequência absoluta e relativa e análise bruta das variáveis de autocuidado, morbidade, necessidade de tratamento autopercebida e sintomas bucais subjetivos, por autopercepção da saúde bucal, entre indígenas Kaingang da aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.....	39
Tabela 8 – Análise ajustada das variáveis de morbidade, necessidade de tratamento autopercebida, e sintomas bucais subjetivos, por autopercepção da saúde bucal, entre indígenas Kaingang da aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- CPO-D – Dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
- Ceo-d – Dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- CF - Constituição Federal
- CLSI - Conselho Local de Saúde Indígena
- CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- DAI - Dental Aesthetic Index
- DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena
- DSS – Determinantes Sociais da Saúde
- EPI – Equipamentos de proteção individual
- FUNAI – Fundação Nacional dos Povos Indígenas
- FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PIP – Perda de Inserção Periodontal
- PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
- SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
- SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde
- SASI-SUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde
- SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TI – Terra Indígena

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	REFERENCIAL TEÓRICO	13
3	JUSTIFICATIVA	21
4	OBJETIVOS.....	23
4.1	OBJETIVO GERAL.....	23
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
5	MÉTODOS	24
5.1	TIPO DO ESTUDO	24
5.2	LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO	24
5.3	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	25
5.4	COLETA DE DADOS	25
5.5	CONDIÇÕES AVALIADAS NOS EXAMES BUCAIS	26
5.6	FATORES AVALIADOS NAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS	27
5.7	VARIÁVEIS DO ESTUDO	27
5.8	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	30
5.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	30
6	RESULTADOS.....	32
7	DISCUSSÃO.....	41
8	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICES	56
	ANEXOS	71

1. INTRODUÇÃO

A população indígena do Brasil, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), perfaz um total de 1.693.535 pessoas e representa um verdadeiro mosaico étnico-cultural, com mais de 300 etnias diferentes, distribuídas em 86,7% dos municípios do país (Brasil, 2022). A Constituição Federal (CF) de 1988 reconhece sua identidade cultural própria e diferenciada (organização social, costumes, línguas, crenças e tradições), cabendo ao Estado zelar e garantir seus direitos (Brasil, 1988).

Entre estes direitos, está o direito à saúde, assegurado por legislação específica e estabelecido na Lei 8.080/90 (Brasil, 1990), que dedica um capítulo especial a essa questão. A materialização desse direito é realizada por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), uma parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990). A responsabilidade institucional pela gestão desse subsistema recai sobre o Ministério da Saúde (MS), sendo operacionalizada pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) (Brasil, 2024).

O SASI-SUS representa uma importante estratégia de enfrentamento das desigualdades em saúde que afetam as populações indígenas no Brasil. Criado com o intuito de garantir o acesso universal e igualitário a serviços de saúde de qualidade, o SASI tem o desafio de conciliar as necessidades específicas das comunidades indígenas com a estruturação e oferta de serviços de saúde que atendam a essas demandas de forma eficaz (Brasil, 2019).

No entanto, é importante destacar que o Subsistema apresenta limitações na sua abrangência. Ele concentra sua assistência na população indígena residente em aldeias (territórios) indígenas, não abrangendo a população indígena que vive em contexto urbano. De acordo com registros do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), o Subsistema atende uma população de aproximadamente 788.750 indígenas, residentes em 6.431 aldeias, pertencentes a 305 etnias distintas, que falam um total de 274 línguas (Brasil, 2022).

A saúde bucal, por sua vez, é um componente essencial do bem-estar e qualidade de vida de qualquer comunidade. Entretanto, quando se trata das populações indígenas, a atenção à saúde bucal assume uma relevância ainda maior, devido a fatores específicos que podem afetá-la, como problemas de acesso a serviços de saúde, aspectos geográficos das aldeias – em geral localizadas em áreas

de difícil acesso, o que torna o atendimento odontológico irregular e distante -, e o contexto sociocultural e econômico em que vivem.

As iniciativas relacionadas à saúde bucal dentro do SASI-SUS, desde sua criação em 1999, tiveram início nos territórios indígenas. No entanto, é importante observar que essas ações não eram adequadamente organizadas, sistematizadas e consistentes em sua implementação. A regulamentação dos cuidados de saúde bucal para populações indígenas teve início com a criação das "Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal dos Povos Indígenas". Este documento, publicado em 2006, ainda no período em que a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) era responsável pela saúde dos povos indígenas, serviu como guia para a prestação de cuidados odontológicos nos Distritos Sanitários (Brasil, 2007).

Com a criação da SESAI, o MS, a partir de 2011, iniciou a implantação do Programa Brasil Sorridente Indígena - uma expansão do Programa Brasil Sorridente -, o qual visava melhorar o acesso aos serviços de saúde bucal em todo o país, adaptando-o às necessidades específicas das comunidades indígenas. Nessa ocasião, o MS publicou o documento intitulado "Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal", com o objetivo de reorganizar o "modelo de atenção em saúde bucal direcionado aos povos indígenas, por meio da execução de ações de controle das doenças bucais, incorporação progressiva de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como o desenvolvimento de ações intersetoriais" (Brasil, 2011).

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Litoral Sul, unidade descentralizada da SESAI, responsável pela atenção primária à saúde das populações indígenas dos estados do Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro, assim como todos os Distritos Sanitários do país, conta com um programa de saúde bucal, orientado pelas diretrizes do MS. Por meio das equipes de saúde bucal, realiza ações de promoção e proteção da saúde bucal – incluindo a educação em saúde, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor, ações de recuperação, diagnóstico e tratamento de doenças, bem como ações de reabilitação e recuperação total ou parcial das capacidades perdidas (Brasil, 2007; Brasil, 2025).

A situação da saúde bucal na população indígena brasileira, ainda pouco conhecida, revela desafios significativos que merecem atenção especial, considerando os fatores que impactam a saúde bucal dessas comunidades, como a alimentação, questões ambientais e a oferta de serviços essencialmente preventivos

(Coimbra Jr. *et al.*, 2002). Diversos autores apontam para a necessidade de se fomentar pesquisas em saúde bucal dos povos indígenas (Coimbra Jr. *et al.*, 2002; Arantes, 2005; Alves Filho; Santos; Vettore, 2009; Nath *et al.*, 2021).

No contexto da saúde bucal, destaca-se a cárie dentária, considerada o maior problema de saúde global, especialmente nos países em desenvolvimento, onde a população é distribuída de forma desigual, principalmente devido às disparidades sociais entre diferentes grupos populacionais (Frias *et al.*, 2006). A cárie dentária também é um sério problema de saúde pública entre os povos indígenas da América do Sul. Segundo Soares *et al.* (2019), as populações indígenas do Brasil, Chile, Uruguai e Venezuela apresentaram médias do índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) mais altas em todas as faixas etárias analisadas, quando comparadas à população geral destes países.

De acordo com Pinto (2015), embora os aspectos sociais e psicológicos na determinação da doença sejam amplamente reconhecidos e discutidos, a odontologia ainda utiliza predominantemente índices biológicos para avaliar e determinar as necessidades de tratamento, e para avaliar programas de saúde bucal, como o índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) e o índice periodontal comunitário (CPI). Uma das limitações desses índices é que eles não levam em conta a percepção subjetiva do indivíduo sobre sua saúde bucal e não avaliam o impacto da saúde bucal na vida cotidiana.

Grande parte dos estudos em saúde bucal tem sido fundamentado em fatores clínicos da doença, como cárie dentária e doença periodontal (Locker; Jokovic, 1997; Steele *et al.*, 1997). No entanto, alguns estudos sobre autopercepção da saúde bucal indicam que ela está associada, não apenas a fatores clínicos, mas também a fatores subjetivos, como os sintomas das doenças e a capacidade da pessoa de sorrir, falar ou mastigar sem dificuldades (Slade; Spencer, 1994; Silva; Castellanos Fernandes, 2001). Além disso, a autopercepção pode ser influenciada por fatores socioeconômicos, como classe social, idade, renda e sexo (Reisine; Bailit, 1980; Gabardo; Moysés; Moysés, 2013; Kaplan; Baron-Epel, 2003).

Sendo assim, a autoavaliação da saúde tem se tornado um indicador cada vez mais utilizado em estudos epidemiológicos. É considerada uma medida legítima do estado geral de saúde, bem como uma ferramenta válida e confiável para a avaliação da saúde em diversos grupos populacionais (Kaplan; Baron-Epel, 2003). Todavia, poucos estudos sobre autoavaliação em saúde bucal têm sido conduzidos entre

populações vulneráveis, notadamente os povos indígenas (Bombak; Bruce, 2012). Nesse sentido, Arantes e Frazão (2018) enfatizam a importância da realização de pesquisas sobre a autopercepção da saúde bucal entre os povos indígenas, dada a importância dessa ferramenta para melhor compreensão sobre o processo saúde-doença e para facilitar a interação dos sistemas de cuidado indígenas e não-indígenas.

Dessa forma, as questões norteadoras do presente estudo são: qual é a autopercepção da saúde bucal entre indígenas Kaingang do Paraná? Como essa autopercepção varia conforme as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, renda e escolaridade)? Existe alguma relação entre as práticas de autocuidado, necessidade de tratamento autopercebida, sintomas bucais subjetivos, cárie dentária, e a autopercepção da saúde bucal?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde Bucal da População Indígena

A saúde bucal refere-se ao estado da boca, dos dentes e das estruturas orofaciais, essencial para a realização de funções vitais como comer, respirar e falar. Além disso, engloba aspectos psicossociais que impactam diretamente a qualidade de vida, como autoconfiança, bem-estar e a capacidade de socializar e trabalhar sem dor, desconforto ou constrangimento. Essa dimensão da saúde é dinâmica, variando ao longo do ciclo de vida, desde a infância até a velhice, sendo fundamental para a saúde geral e para a plena integração e realização dos indivíduos na sociedade (World Health Organization, 2025).

A prevalência das principais doenças bucais, como cárie dentária e doença periodontal, está aumentando globalmente. Essas condições são principalmente causadas pela falta de exposição ao flúor, fácil disponibilidade e baixo custo de alimentos ricos em açúcar, e as limitações no acesso aos serviços de saúde bucal (World Health Organization, 2022).

A cárie dentária resulta da dissolução química das estruturas dentárias devido a processos metabólicos no biofilme que recobre a superfície dos dentes, provocando um desequilíbrio entre os minerais presentes no dente e aqueles no biofilme. Esse fenômeno pode afetar esmalte, dentina e cemento, manifestando-se clinicamente de diferentes formas. Trata-se de um processo dinâmico, regulado por variações no pH, influenciadas sobretudo pela ingestão de carboidratos fermentáveis da dieta. Como consequência, essas oscilações de pH modificam a composição química do fluido do biofilme e o grau de saturação de minerais essenciais à integridade estrutural dos dentes (Fejerskov; Kidd, 2011).

Contudo, não se pode deixar de destacar que a cárie dentária é uma doença multifatorial, resultante da interação entre fatores determinantes e predisponentes. Entre os fatores determinantes, destacam-se a presença de bactérias cariogênicas, a capacidade tampão da saliva, a dieta cariogênica e a exposição ao flúor. Já os fatores predisponentes incluem aspectos sociais, como renda e escolaridade, além de relações intrafamiliares, ambiente familiar e hábitos pessoais e comportamentais. Além disso, o desenvolvimento do agravo está intimamente ligado a fatores do

hospedeiro, como dieta e higiene bucal, bem como à presença e atividade bioquímica de microrganismos na superfície dentária, que desempenham um papel fundamental no processo da doença (Fejerskov, 1997; Selwitz; Ismail; Pitts, 2007).

A análise da saúde bucal em comunidades é geralmente realizada por meio de estudos sobre a ocorrência de cárie dentária e doenças periodontais. Devido à sua alta incidência em populações indígenas e não indígenas, a doença tem sido mais extensivamente pesquisada do ponto de vista epidemiológico, abrangendo a compreensão dos fatores determinantes, sua distribuição e prevalência (Arantes; Santos; Coimbra Júnior, 2001; Pinto, 2000).

Entre os povos indígenas, a cárie dentária permanece como um grave problema de saúde pública, especialmente na América do Sul. Estudo de Soares e colaboradores (2019) revelou que as populações indígenas do Brasil, Chile, Uruguai e Venezuela apresentaram, em todas as faixas etárias investigadas, médias do índice CPO-D mais altas do que a população geral de cada país. Entre os indígenas de 15 a 19 anos, os resultados mostraram uma considerável variabilidade nos valores do índice CPO-D, com uma média de 5,53 (variando de 2,97 a 8,09).

Entre os povos indígenas brasileiros, embora haja limitações nas informações sobre as condições de saúde bucal, a cárie dentária é reconhecida, sob a ótica epidemiológica, como a doença de maior relevância (Arantes, 2005). Segundo Arantes *et al.* (2010), os estudos sobre saúde bucal apontam uma tendência de aumento da prevalência do agravo entre as populações indígenas. Contudo, as comparações entre as condições de saúde bucal das diferentes etnias são desafiadoras e complexas devido à heterogeneidade das faixas etárias investigadas e às abordagens metodológicas variadas adotadas nos estudos (Alves Filho; Santos; Vettore, 2014).

Entre indígenas do estado do Mato Grosso do Sul, a prevalência de cárie dentária entre os Guarani na faixa etária de 35 a 44 anos foi de 97,2%. Entre outras etnias avaliadas no estado, os Kaiowá apresentaram uma prevalência de 98,7%, os Terena, 98,7%, e os Kadiwéu, 100% (Arantes et al., 2021).

Entre os Baniwa do estado do Amazonas, a prevalência foi de aproximadamente 78% entre os maiores de 50 anos, sendo mais elevada entre as mulheres. Alta prevalência de cárie e perda dentária, com uma média de mais de 14 dentes perdidos em adultos acima de 30 anos, chegando a 20,1 em indivíduos com mais de 50 anos, foi identificada. O alto índice da doença nessa etnia pode estar

associado à organização da assistência odontológica, com impacto mais evidente entre adolescentes. Além disso, a irregularidade das visitas da equipe odontológica pode estar comprometendo a distribuição contínua de materiais de higiene, como cremes e escovas dentais, contribuindo para a persistência do problema (Carneiro *et al.*, 2008).

No Sul do Brasil, a prevalência de cárie dentária entre indígenas Kaingang de 35 a 44 anos, residentes na Terra Indígena Guarita, no Rio Grande do Sul, foi de 91,6%. O índice CPO-D médio registrado foi de 14,4 (\pm 5,8), sendo que dois terços desse valor correspondiam ao componente “perdidos”. A alta frequência de cárie não tratada e a significativa perda dentária entre os adultos Kaingang refletem a insuficiência da assistência odontológica disponível (Soares *et al.*, 2019).

Apesar dos estudos disponíveis sobre a prevalência e severidade da cárie dentária entre indígenas, Alves, Alves e Almeida (2022), em uma revisão sobre a incidência da doença em crianças indígenas brasileiras, ressaltam que a saúde bucal dessas populações continua amplamente sub-representada na literatura acadêmica. Os autores destacam que o número de estudos publicados é ainda insuficiente quando comparado à vastidão da população indígena brasileira. Considerando as 305 etnias existentes no país, a publicação de apenas 24 estudos ao longo de 20 anos reflete a indiferença e a invisibilidade enfrentadas por esses povos, evidenciando a falta de atenção e de investigação sistemática sobre suas condições de saúde, especialmente no que tange à saúde bucal (Alves; Alves; Almeida, 2022).

Durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde no Brasil, com acesso difícil e limitado, resultando principalmente em extrações dentárias na rede pública. Em 2004, o MS lançou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), Brasil Sorridente, que objetiva promover, prevenir e recuperar a saúde bucal, reconhecendo sua importância para a saúde geral e qualidade de vida (Brasil, 2004). A partir de então, a PNSB inaugurou um novo modelo de organização da atenção à saúde bucal em todos os níveis de cuidado, utilizando o conceito de cuidado como eixo central para reorientar esse modelo. Este enfoque não se limita apenas à assistência aos doentes, mas prioriza a promoção da qualidade de vida, a integralidade e a intervenção nos fatores de risco. Para isso, propõe a incorporação de ações programáticas de maneira mais ampla e o desenvolvimento de iniciativas intersetoriais (Brasil, 2004). No entanto, somente em 2023, a Saúde Bucal foi incluída na Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/90), transformando a PNSB em uma política

de Estado, por meio da Lei n.º 14.572/2023 (Brasil, 2024).

No caso da saúde indígena, a PNSB foi incorporada ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena apenas a partir de 2011, ano de lançamento do Brasil Sorridente Indígena, implantado como parte da PNSB, visando ampliar o acesso das populações indígenas aos serviços odontológicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Adaptado às especificidades socioculturais e geográficas desses povos, o programa fortalece a atenção primária em saúde bucal nas aldeias, por meio das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Além da oferta de atendimentos preventivos e curativos, inclui ações educativas, distribuição de insumos e investimentos na infraestrutura de Unidades Odontológicas Móveis e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (Brasil, 2011).

2.2 Autopercepção da Saúde Bucal

A dimensão da saúde bucal foi ampliada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ao incluir o conceito de bem-estar social em sua definição de saúde. Desde então, a saúde bucal passou a ser vista não apenas como a ausência de doenças, mas também como um componente essencial do bem-estar geral. Atividades cotidianas como comer, conversar, sorrir e realizar contribuições criativas para a sociedade são determinantes do bem-estar individual. Dessa forma, entende-se hoje que a saúde bucal é uma parte integral da saúde geral e do bem-estar (Baiju *et al.*, 2017).

Locker (1997) enfatiza a importância da interrelação entre saúde geral, saúde bucal e qualidade de vida, destacando o papel das experiências subjetivas das pessoas em relação ao seu próprio bem-estar funcional, social e psicológico. Alguns autores, inclusive, destacam a relação de dependência entre medidas preventivas e autopercepção dos indivíduos sobre a saúde bucal, determinando a adesão das pessoas às ações de promoção e prevenção da saúde (Sheiham; Cushing; Maizels, 1986). A autopercepção individual de saúde tem se consolidado como um indicador relevante na avaliação do estado de saúde das populações. Trata-se de uma medida reconhecida por sua robusta capacidade preditiva, uma vez que apresenta estreita associação com condições clínicas e diversos desfechos em saúde (Mendonça; Szwarcwald; Damacena, 2012).

Cohen e Jago (1976) foram os primeiros a relatar o desenvolvimento de

medidas baseadas no paciente para avaliar o impacto psicossocial da saúde bucal. Baiju *et al.* (2017), salientam que o desenvolvimento e a aplicação da autoavaliação dos pacientes sobre os resultados das doenças bucais cresceram notavelmente nas últimas duas décadas e que esse avanço reflete uma crescente valorização das percepções dos pacientes, reconhecendo a importância de entender não apenas os aspectos clínicos, mas também os impactos psicossociais e de qualidade de vida associados às condições bucais.

A influência da saúde bucal na qualidade de vida tem sido amplamente estudada por meio de índices que avaliam as percepções funcionais e sociais dos indivíduos. Esses índices possibilitam a análise dos sentimentos, da autopercepção da saúde bucal e das expectativas em relação ao tratamento, contribuindo para uma compreensão mais abrangente do impacto da saúde bucal no bem-estar da população (Jesus *et al.*, 2020).

As medidas de autopercepção da saúde bucal, que consideram aspectos como capacidade de mastigar, dor, desconforto, aparência e relacionamentos interpessoais, têm sido utilizados em estudos científicos com o objetivo de estabelecer a confiabilidade e validade dos instrumentos, além de descrever a autopercepção da saúde bucal em diversos subgrupos populacionais. Esses estudos são fundamentais para entender as diferenças nas experiências de saúde bucal entre diferentes grupos, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes e personalizadas (Locker, 1997).

Alguns estudos exploraram as relações entre indicadores clínicos e a autopercepção da saúde bucal. Em Campinas- SP, pesquisa com idosos, realizada por Silva e colaboradores (2009), revelou que aqueles com uma visão mais positiva da saúde bucal eram os mesmos que tinham dentes funcionais, usavam próteses totais em ambas as arcadas, não necessitavam de próteses totais, não apresentavam mudanças na mucosa bucal e não eram vistos como frágeis.

Outro estudo realizado com participantes idosos, demonstrou uma autopercepção mais positiva da saúde bucal entre pessoas do sexo feminino, de idade mais avançada, com menor nível de escolaridade, acesso irregular aos serviços odontológicos e menor frequência de queixas odontológicas ou de situações que impactassem sua rotina (Nogueira *et al.*, 2017).

Em um estudo conduzido no Sul do Brasil, Gabardo *et al.* (2015) concluíram que a pior autopercepção da saúde bucal esteve associada a determinados fatores

sociodemográficos e comportamentais. Mulheres, idosos, indivíduos com menor qualidade de vida e apoio social, aqueles com hábitos alimentares inadequados, fumantes e moradores de setores censitários de baixa renda apresentaram maior probabilidade de relatar uma autopercepção negativa da saúde bucal.

Silva e Oliveira (2018), em estudo realizado a partir de dados do inquérito nacional de saúde bucal de 2013, analisaram como as características individuais e contextuais, em conjunto, se associam à autopercepção da saúde bucal. Os autores concluíram que fatores biológicos, determinantes individuais e contextuais foram associados à percepção de saúde bucal da população. Uma maior prevalência de saúde bucal ruim foi associada à menor expectativa de escolaridade, menor renda per capita, maior concentração de renda e pior desenvolvimento humano.

No entanto, estudo realizado em idosos de um município brasileiro revelou que a autoavaliação da saúde bucal contrastou com a condição clínica dos pacientes, já que muitos avaliaram positivamente sua condição dentária, mesmo diante de dados insatisfatórios, sugerindo que critérios de avaliação dos pacientes diferem dos utilizados pelos profissionais. Assim, mesmo com um alto índice CPO- D, 60,4% das pessoas declararam não ter problemas dentários, possivelmente porque a proporção de dentes que necessitavam de tratamento era reduzida (Silva; Fernandes, 2021).

Na mesma linha, outro trabalho mostrou que com um índice CPO-D de 29,9% e 57,7% de desdentados, 60% das pessoas acreditavam não precisar de tratamento, e 67% tinham uma percepção positiva da própria saúde bucal, embora 75% relatassem impacto na qualidade de vida. Na análise qualitativa, notou-se uma subestimação de sintomas e uma aceitação resignada das limitações, vistas mais como efeito do envelhecimento do que como problema a ser tratado. O maior incômodo para muitos era a dependência e a proximidade da morte, o que relativizava outros problemas (Haikal *et al.*, 2011).

Importante destacar que estudos anteriores sobre autopercepção já indicavam que a maioria das pessoas avalia positivamente sua saúde bucal, mesmo quando suas condições clínicas não são ideais. Isso ocorre, em parte, porque as medidas clínicas usadas pelos profissionais tendem a ser preditores relativamente fracos da percepção de saúde bucal dos indivíduos (Jokovic, Locker, 1997; Matthias, *et al.*, 1995).

Especificamente em relação à população indígena, estudo realizado na Austrália, com adultos indígenas residentes na região norte do país, demonstrou que a autoavaliação ruim da saúde bucal e os elevados níveis de sofrimento psicológico

foram altamente frequentes nessa população. O sofrimento psicológico foi associado, de forma significativa, à autoavaliação ruim da saúde bucal (Amarasena *et al.*, 2015).

Mejia, Armfield e Jamieson (2014), em estudo realizado entre adultos na Austrália, concluíram que a maioria dos indivíduos que relataram ter uma saúde bucal precária era composta por indígenas, idosos, não-australianos, com baixo nível de escolaridade e renda, desempregados, aptos para receber atendimento odontológico público, fumantes, que evitavam certos alimentos nos últimos 12 meses e que apresentavam desconforto estético, dor ou necessidade de cuidados odontológicos.

Um estudo do Canadá revelou disparidade significativa na autopercepção da saúde bucal entre adultos indígenas e a população geral canadense. Quase um quinto da amostra indígena (18,5%) autoavaliou sua saúde bucal como ruim, em comparação com 11,5% na população geral. Adultos indígenas também reportaram ter significativamente pior saúde geral, piores práticas de higiene bucal e comportamentos de estilo de vida em comparação com a população geral. Especificamente, eles eram mais propensos a relatar desconforto ao comer (22% vs. 15,5%), evitar certos alimentos (17,5% vs. 10,9%), ter dor persistente na boca (17,8% vs. 11,6%), sangramento nas gengivas (29,5% vs. 21,7%) e mau hálito (20% vs. 14%) (Hussain; Jaimes; Crizzle, 2021).

Arantes e Frazão (2018), em estudo realizado com povos indígenas de quatro etnias (Kaiwoá, Kadiwéu, Terena e Guarani) do Centro-Oeste do Brasil, demonstraram que a autopercepção ruim da saúde bucal foi mais frequente nos indivíduos com menor número dentes funcionais e nos indivíduos com dentes cariados não tratados e com sextantes com bolsa periodontal. Em contrapartida, indivíduos sem necessidade de tratamento avaliaram melhor sua saúde bucal do que aqueles com necessidades de tratamento odontológico. Os indivíduos que não relataram sintomas bucais subjetivos avaliaram sua saúde bucal melhor do que aqueles que relataram sintomas.

Com o objetivo de conhecer a autopercepção da saúde bucal por indígenas da etnia Xukuru do Ororubá, Maurício e Moreira (2020) desenvolveram um estudo transversal entre indígenas de 10 a 14 anos e concluíram que aldeias com uma maior média de domicílios e indígenas com histórico de cárie tiveram uma pior autopercepção, aumentando o "impacto da saúde bucal" na vida diária. No entanto, 74,56% dos participantes do estudo foram classificados na categoria "sem impacto da saúde bucal". Para os autores, esse resultado foi inesperado, sugerindo que a

percepção cultural da população indígena sobre o que constitui uma boa saúde bucal é reduzida em relação à população não indígena. Essa percepção parece não estar relacionada a aspectos estéticos ou à adoção de métodos preventivos, mas sim à ausência de dor e sofrimento.

Pesquisa sobre cárie dentária e fatores associados avaliou adolescentes de Minas Gerais e verificou que aqueles que autoperceberam sua saúde bucal como péssima/ruim e regular, e que sentiram dor nos dentes ou gengivas nos últimos seis meses, tiveram maiores chances de cárie e que a chance foi maior entre aqueles que se autodeclararam de cor parda/preta/indígena (Silveira, *et al.*, 2015).

Na mesma linha, uma revisão de literatura, realizada por Ramos (2023), demonstrou associação entre a dor dentária e uma pior autopercepção da saúde bucal entre indígenas, tanto adultos quanto adolescentes.

No entanto, em São Gabriel da Cachoeira-AM, município com maior percentual de indígenas do Brasil e com maior diversidade étnica, um estudo avaliou 509 estudantes indígenas da rede municipal e estadual de ensino e concluiu que, em relação à experiência de cárie dentária, a maior contribuição para formação do índice CPO-D foi de dentes com lesões de cárie ativa. No entanto, essa condição não impactou a percepção das crianças sobre sua saúde bucal (Rodrigues, Rebouças, Flório, 2017).

Embora ainda haja um número limitado de estudos na literatura sobre o tema, especialmente entre a população indígena, os dados disponíveis sugerem que os preditores da autopercepção da saúde bucal entre indígenas podem diferir dos identificados na população não indígena, ressaltando a necessidade de investigações mais aprofundadas. Entre os principais fatores associados a uma autopercepção negativa da saúde bucal nessa população, destacam-se a presença de dor, sofrimento psicológico, experiência de cárie dentária, relato de sintomas bucais subjetivos, dentes cariados não tratados e um menor número de dentes funcionais. Esses achados reforçam a importância de abordagens específicas e culturalmente sensíveis na avaliação da saúde bucal indígena.

3. JUSTIFICATIVA

A escolha deste tema se justifica pela necessidade de se conhecer e compreender a autopercepção das condições de saúde bucal de indígenas Kaingang, uma vez que se trata de um indicador que reflete a conscientização e o entendimento que os indivíduos têm sobre sua própria saúde. Essa autopercepção pode influenciar significativamente os comportamentos de saúde, a busca por cuidados odontológicos e a adesão a práticas preventivas. Portanto, compreender como os indígenas Kaingang percebem suas condições de saúde bucal pode fornecer informações valiosas para a elaboração de políticas públicas e programas de saúde específicos que atendam às suas necessidades reais.

Analisar a relação entre a prevalência de cárie dentária e a autopercepção das condições de saúde bucal pode revelar discrepâncias entre a saúde bucal objetiva e subjetiva, destacando áreas críticas que necessitam de intervenção. Fatores como idade, sexo, renda e escolaridade desempenham um papel significativo na forma como os indivíduos percebem e gerenciam sua saúde bucal. Explorar a relação entre esses fatores sociodemográficos e a autopercepção da saúde bucal em indígenas Kaingang pode ajudar a identificar grupos mais vulneráveis e desenvolver estratégias educativas e preventivas direcionadas.

Outrossim, esta pesquisa é relevante por outros motivos, dentre os quais o fato de que as populações indígenas no Brasil enfrentam inúmeras dificuldades no acesso a serviços de saúde de qualidade, e a saúde bucal é uma parte crucial desse cuidado. Em adição, verificar a relação da autopercepção da saúde bucal com as condições de saúde bucal, idade, sexo e escolaridade é fundamental para avaliar a eficácia das políticas públicas voltadas para essa população, o que está em estrita consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e do Componente Indígena da PNSB.

Nesse sentido, estudos sobre a autopercepção da saúde bucal por indivíduos e fatores associados são fundamentais para a promoção de uma saúde bucal mais eficaz e equitativa, permitindo intervenções mais direcionadas e uma melhor compreensão das necessidades e comportamentos da população. A pesquisa científica em populações vulneráveis, tanto epidemiológica quanto socialmente, especialmente entre as populações indígenas, é essencial para o avanço do conhecimento científico, a promoção da equidade em saúde e a formulação de

políticas públicas específicas para esses grupos. Ela tem o potencial de aprofundar a compreensão das complexas dinâmicas que afetam essas comunidades, identificar intervenções eficazes para melhorar suas condições de vida e, ao mesmo tempo, respeitar e valorizar suas culturas e conhecimentos tradicionais. Isso contribui não apenas para a justiça social, mas também enriquece o conjunto de soluções globais para os desafios de saúde e bem-estar.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Analisar a autopercepção das condições de saúde bucal entre indígenas Kaingang do Paraná e os fatores associados.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a autopercepção das condições de saúde bucal em indígenas Kaingang;
- Verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e renda familiar) e a autopercepção da saúde bucal em indígenas Kaingang;
- Determinar a relação entre o autocuidado, necessidade de tratamento autopercebida, sintomas bucais subjetivos, cárie dentária e a autopercepção da saúde bucal em indígenas Kaingang.

5. MÉTODOS

5.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, envolvendo a população indígena da aldeia Apucarantina, localizada no município de Tamarana-PR.

5.2 Local e População de Estudo

A aldeia estudada é a mais populosa da Terra Indígena (TI) Apucarantina, com 1.927 indígenas, sendo 98% (n=1.888) da etnia Kaingang, situada na abrangência territorial do município de Tamarana (Brasil, 2022).

No âmbito do SASI-SUS, a aldeia Apucarantina integra, juntamente com outras 11 aldeias indígenas, o Polo Base de Londrina, que por sua vez faz parte do DSEI Litoral Sul. É considerada sede da TI, possui uma Unidade Básica de Saúde Indígena com uma equipe de saúde formada por enfermeiro, médico, técnicos em enfermagem, agentes indígenas de saúde e saneamento, cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal.

Para estudos epidemiológicos em saúde bucal, a OMS recomenda a estratificação da população a ser estudada em idades-índice e faixas etárias (World Health Organization, 2013), assim como ocorre nos inquéritos epidemiológicos nacionais e internacionais, com o objetivo de se verificar a ocorrência de doenças bucais ao longo da vida: 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos. No entanto, como se trata de um estudo de autopercepção da saúde bucal, este estudo não considerou os indivíduos aos 5 anos (Brasil, 2020).

De acordo com dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) (outubro de 2022), a população local, cadastrada no sistema, na idade-índice e nas faixas etárias utilizadas nesse estudo era de 345 indígenas. No ano de 2025 foi realizada uma atualização censitária pelos agente de saúde, a qual resultou numa população residente, excluindo-se os moradores ausentes temporariamente, de 293 indígenas, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Número de indígenas Kaingang, por idade-índice e faixa etária, residentes na aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.

Faixa Etária (anos)	12	15 a 19	35 a 44	65 a 74	Total
População	16	129	124	24	293

Fonte: UBSI – Apucarantina/DSEI LSUL/SESAI/MS

5.3 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados quatro instrumentos distintos para a coleta de dados, todos devidamente estruturados e padronizados para garantir a consistência das informações obtidas. O primeiro instrumento correspondeu ao exame das condições bucais, especificamente relacionado à cárie dentária (Apêndice I).

O segundo instrumento consistiu em um questionário relacionado à autopercepção da saúde bucal e ao autocuidado (Apêndice II). O terceiro instrumento consistiu em um questionário sobre escolaridade (Apêndice III) e o quarto instrumento consistiu em um questionário sobre as condições socioeconômicas (Apêndice IV).

5.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista e exame bucal, utilizando-se *smartphones* para registro dos dados. Nos dispositivos foi instalado o aplicativo JOTFORM, uma ferramenta para criação de formulários eletrônicos, que possibilita a coleta de dados tanto em locais com e sem acesso à internet.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho a dezembro de 2025, totalizando 15 incursões no território indígena. Em cada uma das entradas em área indígena uma ou mais equipes de coleta de dados atuaram simultaneamente. As equipes foram compostas por cirurgiões-dentistas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, cirurgiões-dentistas residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e alunos de graduação em Odontologia, todos vinculados à Universidade Estadual de Londrina (UEL). Cada equipe de coleta foi composta por um examinador (cirurgião-dentista), um auxiliar (graduando em odontologia), um digitador (graduando em odontologia) e um entrevistador (cirurgião-dentista). Além disso, um intérprete indígena, auxiliou nas traduções, quando necessário.

As informações sobre as condições sociodemográficas foram obtidas por

entrevista individual estruturada. O exame intrabucal foi realizado conforme recomendações da OMS por equipe treinada e calibrada.

Para a realização dos exames bucais foi realizada uma atividade prévia de calibração dos examinadores com o propósito de garantir uma interpretação, compreensão e aplicação consistentes dos critérios de diagnóstico para as doenças e condições a serem observadas e registradas. A concordância dos resultados obtidos foi avaliada a partir do coeficiente Kappa (k). No processo de calibração inter-examinador, obteve-se média de 0,92 (0,94 – 0,87), o que possibilitou uma classificação de concordância excelente entre os examinadores. No processo de calibração intra-examinador, obteve-se média de 0,95 (0,93 – 0,97), o que possibilitou uma classificação de concordância excelente (Landis; Koch, 1997).

Previamente à coleta de dados, foi realizado um teste piloto com seis indígenas Kaingang, com idade igual ou superior a 45 anos, com a finalidade de determinar se os instrumentos atendiam aos objetivos propostos na pesquisa e ainda se seriam capazes de reproduzir as informações esperadas. Esse pré-teste foi fundamental para “calibrar” o método, e o pesquisador, para o momento da pesquisa definitiva.

Os examinadores empregaram Equipamentos de Proteção Individual (EPI) durante os exames, e todos os instrumentos, incluindo espelhos bucais e sondas, passaram por esterilização prévia em autoclave. A equipe utilizou materiais apropriados para o acondicionamento dos instrumentos utilizados no exame clínico e para o descarte do lixo.

5.5 Condições avaliadas nos exames bucais

A avaliação da saúde bucal, em relação à experiência de cárie dentária, (Apêndice I) foi realizada por meio de exame clínico, sob luz natural, em estrita consonância com as recomendações preconizadas pela OMS na 5ª edição do *Oral Health Surveys: basic methods*, especialmente no que se refere aos critérios de diagnóstico, aos índices utilizados, bem como em relação às idades e faixas etárias (World Health Organization, 2013).

A experiência da cárie dentária tem sido sistematicamente examinada por meio do índice CPO-D/ceo-d (número de dentes cariados, perdidos e obturados) em pesquisas de abrangência populacional, seguindo as diretrizes da OMS. Nessa pesquisa, foi utilizado o índice CPO-D aos 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65

a 74 anos (Brasil, 2020).

5.6 Fatores a serem avaliados nas entrevistas individuais

Além dos aspectos epidemiológicos para aferição dos agravos bucais, foi aplicado um formulário individual sobre a autopercepção da saúde bucal e autocuidado (Apêndice II) e um formulário individual sobre escolaridade (Apêndice III), os quais foram respondidos pelos participantes, exceto aos 12 anos, os quais foram respondidos por um dos pais ou responsável.

No que se refere à autoavaliação da saúde bucal, foram investigados o grau e autopercepção, a necessidade percebida de tratamento odontológico, a ocorrência, nos últimos seis meses, de dor de dente e de dificuldades funcionais, como morder ou mastigar, falar, fazer alguma atividade e vergonha para sorrir. No âmbito do autocuidado, o instrumento examinou o hábito de escovação, a frequência da escovação dentária, bem como o uso de fio dental e creme dental. Essas questões correspondem às mesmas utilizadas no Projeto Técnico do I Inquérito Nacional de Saúde Bucal dos Povos Indígenas (Brasil, 2017).

Além da autopercepção e do autocuidado, também foi aplicado um formulário sobre condições sociodemográficas (Apêndice IV), o qual foi respondido pelo responsável pela família/residência.

5.7 Variáveis do estudo

5.7.1 Variável dependente

O desfecho primário do presente estudo foi a autopercepção da saúde bucal. A pergunta realizada foi: “De forma geral, como você acha que está a saúde da sua boca?”. As respostas possíveis foram: boa, regular/mais ou menos e ruim. Para os testes de associação, a autopercepção foi recategorizada em duas categorias: “boa” – considerada como categoria de referência - e “regular/ruim” – considerada como desfecho.

5.7.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes investigadas foram divididas em três categorias:

individuais, contextuais e de saúde bucal. No âmbito da categoria individual, as variáveis investigadas foram sexo e idade. Na categoria contextual, as variáveis investigadas formam renda familiar e escolaridade da mãe, para indivíduos com 12 anos, escolaridade própria para indivíduos acima dessa idade. Em relação à categoria saúde bucal, foram investigadas as variáveis de autocuidado (hábito de escovação dental, frequência de escovação, uso de fio dental, uso do creme dental), necessidade tratamento autopercebida, sintomas bucais subjetivos (dor, dificuldade para morder ou mastigar e para falar e vergonha ao sorrir) e morbidade (CPO-D).

5.7.2.1 Categoria individual

5.7.2.1.1 Sexo e idade

A variável sexo admitia duas respostas: masculino e feminino. A idade foi registrada em anos completos e, em seguida, organizada de acordo com as faixas etárias estabelecidas pelo estudo: 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos. Para as análises de associação, as faixas etárias foram recategorizadas em grupos etários: 12, 15 a 19 anos (crianças e adolescentes), 35 a 44 (adultos) e 65 a 74 anos (idosos).

5.7.2.2 Categoria contextual

5.7.2.2.1 Renda e Escolaridade

Sobre a renda mensal foi realizada a seguinte pergunta: “Qual a renda mensal somada do domicílio?”. Tal valor foi informado em reais (R\$) e, posteriormente, categorizado em dois grupos: até meio salário-mínimo (SM) e acima de meio SM. Sobre a escolaridade foi realizada seguinte pergunta: “Qual a escolaridade da mãe?” – para os participantes de 12 anos – e “Qual a sua escolaridade?” – para os participantes acima de 15 anos. A escolaridade admitia as seguintes respostas possíveis: nenhuma, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, pós-graduação. Para as análises de associação, essas respostas foram categorizadas em: até o ensino fundamental e maior que o ensino fundamental.

5.7.2.3 Categoria de saúde bucal

5.7.2.3.1 Autocuidado

Em relação ao autocuidado, as variáveis foram: prática regular de escovação, frequência de escovação, uso de fio dental e uso de creme dental.

Sobre a prática de escovação, a pergunta realizada foi: “Você costuma escovar os dentes?”. As respostas possíveis para a prática regular de escovação foram: sim, não. Sobre a frequência de escovação, a pergunta realizada foi: “Se sim, você costuma escovar os dentes com que frequência?”. As respostas possíveis foram: 1 vez, 2 vezes, 3 ou mais vezes. Sobre o uso do fio dental, a pergunta realizada foi: “Você costuma usar o fio dental?”. As respostas possíveis: sim, regularmente; sim, às vezes e não. Para os testes de associação, as respostas sobre o uso do fio dental foram recategorizadas em duas categorias: “sim” – considerando as repostas “sim, regularmente” e “sim, às vezes” – e “não”. Sobre o uso do creme dental, a pergunta realizada foi: “Você costuma usar pasta de dente para limpar os dentes?”. As respostas foram: sim ou não.

5.7.2.3.2 Necessidade de tratamento autorreferida e cárie dentária

Sobre a necessidade de tratamento autorreferida a pergunta realizada foi: “Você acha que está precisando de algum tratamento dentário?”. As respostas possíveis para a necessidade de tratamento autopercebida foram: sim ou não. Em relação à cárie dentária, os valores de CPO-D iguais a 0 foram categorizados como “sem experiência de cárie dentária”, enquanto os valores de CPO-D ≥ 1 foram categorizados como “com experiência de cárie dentária”. Além disso, o CPO-D foi dicotomizado com base na distribuição em quartis. O primeiro quartil (valores de 0 a 6) foi definido como o grupo de menor severidade, enquanto o segundo, terceiro e quarto quartis foram agrupados em categoria única (valores de 7 a 32), representando o grupo de maior severidade.

5.7.2.3.3 Sintomas bucais subjetivos

Sobre os sintomas bucais subjetivos, as perguntas foram as seguintes: “Nos últimos 6 meses, você sentiu dor de dente?”; “Nos últimos 6 meses, você sentiu dificuldade para morder ou mastigar por causa de problemas nos dentes?”; “Nos últimos 6 meses, você teve dificuldade para falar por causa de problemas nos dentes?”; “Nos últimos 6 meses, você teve vergonha de sorrir por causa dos seus

dentes”? e “Nos últimos 6 meses, você já teve dificuldade de fazer alguma coisa por causa de algum problema com os dentes?”. As respostas para todas as questões foram: sim ou não.

5.8 Processamento e Análise dos Dados

As informações coletadas nos exames bucais e nas entrevistas estruturadas, registradas eletronicamente, foram exportadas, primeiramente, para planilhas de Excel®. O banco de dados, por conseguinte, foi analisado utilizando-se o software IBM SPSS® Statistics para Windows, versão 20.0. Foram conduzidas análises descritivas, bivariadas e multivariadas com os dados quantitativos coletados.

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas, com cálculo das frequências absolutas e relativas, com o objetivo de caracterizar a amostra do estudo. As análises entre as variáveis independentes e o desfecho principal — autopercepção da saúde bucal — foram conduzidas por meio de regressão de Poisson com variância robusta, a fim de estimar as razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), expressando o efeito ajustado das variáveis explanatórias sobre o desfecho. Adicionalmente, análises ajustadas, com a inclusão das variáveis independentes testadas na análise bruta com $p < 0,20$, foram realizadas. Sexo e faixa etária foram incluídas na análise ajustada independente do valor de p . Todas as análises consideraram um nível de significância estatística de 5%.

5.9 Aspectos Éticos

A realização do projeto atendeu a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012), a Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 (Brasil, 2016) e Resolução nº 304 de 09 de agosto de 2000 do CNS (Brasil, 2020).

O projeto foi submetido, primeiramente, ao Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) e ao cacique da aldeia para obtenção de autorização para realização da pesquisa (Anexo I).

Posteriormente, o projeto foi encaminhado ao DSEI Litoral Sul, conforme estabelecido na Nota Técnica nº 16/2020 DASI/SESAI/MS, que trata de investigação, pesquisa científica e acadêmica no âmbito da área temática especial estudos com populações indígenas, obtendo-se anuência do Coordenador Distrital de Saúde

Indígena (Anexos II e III).

O TCLE Individual foi obtido, no momento da avaliação/entrevista, dos adultos que concordaram em participar da pesquisa (Apêndice V) e dos responsáveis que autorizaram os menores de idade participarem da pesquisa (Apêndice VI). Adicionalmente, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice VII) foi obtido dos adolescentes/jovens (12, e 15 a 17 anos) que concordaram em participar da pesquisa.

Em consonância com a Portaria nº 941, de 11 de julho de 2022, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o projeto foi encaminhado à Coordenação dos Programas de Pesquisa em Ciências da Saúde, que emitiu parecer técnico de mérito científico favorável (Anexo IV).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da UEL, bem como à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) para a análise ética envolvendo pesquisas de áreas temáticas especiais, como é o caso das populações indígenas, o qual obteve parecer de aprovação nas duas instâncias éticas, sob os números 7.082.459 (CEP/UEL) e 7.268.935 (Conep) (Anexos V e VI).

Da mesma forma, atendendo a Instrução Normativa nº01/PRES/1995 da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI), o projeto foi encaminhado à fundação para fins de autorização de ingresso em terras indígenas (Anexo VII).

6. RESULTADOS

Dos 293 indivíduos residentes na aldeia Apucarantina, 223 foram encontrados e abordados individualmente, com 18 indígenas se recusando a participar. Assim, compuseram esta pesquisa, 205 indígenas, o que corresponde a 70% do total de moradores da aldeia.

A tabela 2 apresenta as características sociodemográficas dos participantes, demonstrando que a maioria (n=138; 64,2%) são mulheres. A faixa etária com maior percentual de participantes foi de 35-44 anos (38,5%). Em relação à escolaridade, a maioria dos entrevistados (35,2%) declarou ter ensino fundamental incompleto, enquanto 26,9% declaram ter ensino médio completo. Quanto à renda familiar, a maioria (56,6%) dos entrevistados reportou ter renda mensal familiar de meio salário-mínimo (SM), enquanto 43,4% reportaram renda superior a meio SM.

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa das variáveis individuais e contextuais, por idade/faixa etária, de indígenas Kaingang da aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.

Variáveis	Idade ou faixa etária									
	12		15 a 19		35 a 44		65 a 74		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo										
Masculino	14	43,7	27	35,5	25	31,7	6	33,3	72	35,1
Feminino	18	56,3	49	64,5	54	68,3	12	66,7	138	64,2
Total	32	100,0	76	100,0	79	100,0	18	100,0	205	100,0
Escolaridade										
Nunca estudou	4	13,8	0	0,0	7	9,0	4	22,2	15	7,7
Ensino fundamental incompleto	11	37,9	17	25,0	28	35,9	12	66,7	68	35,2
Ensino fundamental completo	2	6,9	9	13,2	8	9,0	1	5,6	19	9,8
Ensino médio incompleto	1	3,5	28	41,2	2	2,6	0	0,0	31	16,1
Ensino médio completo	10	34,5	13	19,1	28	35,9	1	5,6	52	26,9
Ensino superior incompleto	1	3,5	1	1,5	2	2,6	0	0,0	4	2,1
Ensino superior completo	0	0,0	0	0,0	4	5,1	0	0,0	4	2,1
Renda familiar										
Até ½ SM	17	53,1	41	54,0	42	53,2	16	88,9	116	56,6
> ½ SM	15	46,9	35	46,0	37	46,8	2	11,1	89	43,4

SM – salário mínimo.

As medidas de autocuidado estão apresentadas na tabela 3. A prevalência de escovação dentária autorreferida, no conjunto das faixas etárias, foi de 96,1%. Em todas as faixas etárias a maioria dos participantes reportou praticar escovação regular, com percentual que variou de 87,5% (65 a 74 anos) a 98,7% (15 a 19 anos). Em

relação à frequência de escovação, a maior parte dos participantes (49,2%) reportou realizar escovação dentária três ou mais vezes por dia: 63,3% aos 12 anos, 46,7% de 15-19 anos e 51,3% de 35-44 anos. Já entre os idosos (65 a 74 anos), a maioria (57,1%) reportou realizar escovação dentária duas vezes ao dia (Tabela 3).

Em relação ao uso do fio dental, a maioria dos indivíduos (48,5%) referiu não utilizar fio dental, enquanto 34,7% referiram utilizar “às vezes” e 16,8% “regularmente”. Quanto ao uso de creme dental durante a escovação, 96,6% relataram utilizá-lo, sendo que o menor percentual foi observado entre os idosos (88,3%) (Tabela 3).

Em relação à necessidade de tratamento autopercebida, a maior parte (75,1%) dos participantes em todos os grupos etários afirmou precisar de atendimento odontológico. Entre os mais jovens, de 15 a 19 anos, 77,6% sentiam essa necessidade, um número bem próximo dos adultos de 35 a 44 anos (81%) e dos mais velhos, entre 65 e 74 anos (72,2%). Já entre as crianças de 12 anos, apenas 56,3% expressaram essa percepção, sendo o menor percentual entre todos os grupos. Achar que não precisava de tratamento foi mais comum entre as crianças de 12 anos (43,7%), seguido dos idosos (27,8%), adolescentes de 15 a 19 anos (22,4%) e adultos de 35 a 44 anos (19%) (Tabela 3).

Em relação à presença de dor dentária nos últimos 6 meses, 41,8% dos participantes referiram ter sentido dor nesse período, enquanto que 58,2% negaram esse sintoma. Entre os mais jovens, 28,1% das crianças e adolescentes de 12 anos relataram dor, assim como 38,2% dos jovens de 15 a 19 anos. Na faixa etária de 35 a 44 anos, mais da metade (51,3%) relatou dor, e entre os idosos, de 65 a 74 anos, 41,2% reportaram dor (Tabela 3).

Sobre a dificuldade para morder/mastigar, 32,2% dos participantes relataram dificuldade para morder ou mastigar, enquanto 67,8% não relataram essa limitação. A prevalência desse problema aumentou com o avanço da idade: 18,8% dos participantes de 12 anos, 21,1% dos participantes de 15 a 19 anos, 44,3% dos participantes adultos de 35 a 44 anos e 50% dos idosos de 65 a 74 anos (Tabela 3).

Sobre a dificuldade de falar por conta das condições dentárias, 82% dos participantes não relataram essa condição, enquanto 18,0% indicaram ter enfrentado dificuldade para falar. Observou-se maior prevalência dessa condição nas faixas etárias mais avançadas: 3,1% aos 12 anos, 15,8% entre 15 e 19 anos, 21,5% entre 35 e 44 anos e 38,9% entre 65 e 74 anos (Tabela 3).

Em relação a dificuldade para realizar alguma atividade em razão de problemas

buciais, 20,5% dos participantes da pesquisa relataram dificuldades, ao passo que 79,5% não enfrentaram essa limitação, condição essa que também aumentou com a idade: 9,4% aos 12 anos, 18,4% entre 15 e 19 anos, 24% entre 35 e 44 anos e 33% entre os mais velhos (Tabela 3).

Quanto a sentir vergonha para sorrir em função de problemas bucais, 30,2% dos participantes reportaram essa sensação, ao passo que 69,8% negaram. A vergonha ao sorrir também se tornou mais comum com o passar dos anos: 25,0% dos participantes de 12 anos, 27,6% dos de 15 a 19 anos e 30,4% dos adultos de 35 a 44 anos e 50% entre os idosos de 65 a 74 anos (Tabela 3).

A respeito da ocorrência de cárie dentária nas diferentes idades, observou-se que a grande maioria dos indivíduos (96,6%) já enfrentou esse problema. Em todos os adultos entre 35 e 44 anos e nos idosos de 65 a 74 anos, a experiência do agravo foi uma constante. Entre os adolescentes de 12 anos, 90,6% já tiveram experiência de cárie dentária, enquanto que entre os jovens de 15 a 19 anos, 94,7 tiveram o mesmo. As únicas faixas etárias que apresentaram indivíduos sem experiência de cárie dentária foram: 9,4% aos 12 anos e 5,3% de 15 a 19 anos. Em relação à severidade da cárie dentária, quase dois terços da população apresentou CPO-D entre 7 e 32 (Tabela 4).

Em relação à autopercepção da saúde bucal, 47,8% reportaram como “boa”, 34,6% como “regular”, 17,6% como “ruim”. Em todos os grupos etários, a maioria dos participantes considerou sua saúde bucal como boa, com percentuais de 59,4%, 46,1%, 43% e 55,5%, respectivamente (Tabela 5).

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa das variáveis de autocuidado, necessidade de tratamento odontológico autopercebida e sintomas bucais subjetivos, por idade ou faixa etária, de indígenas Kaingang da aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.

Variáveis	Idade ou faixa etária									
	12		15 a 19		35 a 44		65 a 74		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prática regular de escovação dentária										
Sim	31	96,9	75	98,7	75	94,9	14	87,5	195	96,1
Não	1	3,1	1	1,3	4	5,1	2	12,5	8	3,9
Frequência de escovação										
1 vez	5	16,7	7	9,3	8	10,5	3	21,4	23	11,8
2 vezes	6	20,0	33	44,0	29	38,2	8	57,1	76	39,0
3 ou mais vezes	19	63,3	35	46,7	39	51,3	3	21,4	96	49,2
Uso do fio dental										
Sim, regularmente	3	9,7	12	15,8	19	24,4	0	0,0	34	16,8
Sim, às vezes	9	29,0	28	36,8	31	39,7	2	11,8	70	34,7
Não	19	61,3	36	47,4	28	35,9	15	88,2	98	48,5
Uso de creme dental na escovação										
Sim	31	96,9	75	98,7	77	97,5	15	83,3	198	96,6
Não	1	3,1	1	1,3	2	2,5	3	16,7	7	3,4
Necessidade de tratamento dentário										
Sim	18	56,3	59	77,6	64	81,0	13	72,2	154	75,1
Não	14	43,7	17	22,4	15	19,0	5	27,8	51	24,9
Dor										
Sim	9	28,1	29	38,2	39	51,3	7	41,2	84	41,8
Não	23	71,9	47	61,8	37	48,7	10	58,8	117	58,2
Dificuldade para morder ou mastigar										
Sim	6	18,8	16	21,1	35	44,3	9	50,0	66	32,2
Não	26	81,2	60	78,9	44	55,7	9	50,0	139	67,8
Dificuldade para falar										
Sim	1	3,1	12	15,8	17	21,5	7	38,9	37	18,0
Não	31	96,9	64	84,2	62	78,5	11	61,1	168	82,0
Dificuldade para fazer algo										
Sim	3	9,4	14	18,4	19	24,0	6	33,3	42	20,5
Não	29	90,6	62	81,6	60	76,0	12	66,7	163	79,5
Vergonha para sorrir										
Sim	8	25,0	21	27,6	24	30,4	9	50,0	62	30,2
Não	24	75,0	55	72,4	55	69,6	9	50,0	143	69,8

Tabela 4. Frequência absoluta e relativa da morbidade em saúde bucal, por idade ou faixa etária, de indígenas Kaingang da aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.

Variáveis	Idade ou faixa etária								Total	
	12		15 a 19		35 a 44		65 a 74			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Experiência de cárie										
Sem	3	9,4	4	5,3	0	0,0	0	0,0	7	3,4
Com	29	90,6	72	94,7	79	100,0	18	100,0	198	96,6
CPO-D										
0 a 6	15	46,9	30	39,5	12	15,2	0	0,0	57	27,8
7 a 32	17	53,1	46	60,5	67	84,8	18	100,0	148	72,2

CPO-D – Dentes permanentes cariados, perdidos e obturados.

Tabela 5. Frequência absoluta e relativa da autopercepção da saúde bucal, por idade ou faixa etária, de indígenas Kaingang da aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.

Autopercepção da saúde bucal	Boa		Regular/mais ou menos		Ruim		Total
	n	%	n	%	n	%	n
12	19	59,4	9	28,1	4	12,5	32
15 a 19	35	46,1	27	35,5	14	18,4	76
35 a 44	34	43	29	36,7	16	20,3	79
65 a 74	10	55,5	6	33,3	2	11,1	18
Total	98	47,8	71	34,6	36	17,6	205

A tabela 6 apresenta a distribuição absoluta e percentual das variáveis individuais e contextuais de acordo com a autopercepção da saúde bucal, assim como as razões de prevalência (RP) estimadas e os intervalos de confiança de 95%. Em relação ao sexo, observou-se que as mulheres apresentaram uma prevalência 27,0% maior de autopercepção negativa (RP = 1,27; IC95%: 0,94–1,71), embora não tenha atingido significância estatística ($p = 0,161$). Em relação aos grupos etários, os adultos têm 14,0% maior prevalência de autopercepção negativa (RP = 1,14; IC95%: 0,87-1,49; $p = 0,343$) e os idosos tem 11,0% menor prevalência de autopercepção negativa (RP = 0,89; IC95%: 0,51-1,54; $p = 0,675$), em comparação com o grupo crianças/adolescentes, porém essas diferenças não foram significativa.

Sobre a escolaridade, observou-se que entre os indivíduos com maior escolaridade, a prevalência de autopercepção negativa da saúde bucal foi 5% maior em comparação com os indivíduos de menor escolaridade, ainda que sem significância estatística ($p = 0,703$) (Tabela 6).

Em relação à renda, indivíduos com renda mais alta demonstraram 2% menor

prevalência de autopercepção negativa em relação aos grupos com renda menor, porém sem significância estatística ($p = 0,899$) (Tabela 6).

A tabela 7 apresenta as medidas de autocuidado, experiência e severidade da cárie dentária, necessidade de tratamento autopercebida, e queixas odontológicas, por autopercepção da saúde bucal, assim como as RP brutas estimadas e os IC95%. Quanto às medidas de autocuidado, as RP permaneceram próximas de 1,0 e os testes demonstraram ausência de associação estatisticamente significativa com a autopercepção: práticas de escovação ($p = 0,879$), uso do fio dental ($p = 0,905$) e uso do creme dental ($p = 0,646$).

Tabela 6. Análise bruta e distribuição da autopercepção da saúde bucal segundo variáveis individuais e contextuais, por autopercepção da saúde bucal, de indígenas Kaingang da aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.

Variáveis	Autopercepção da saúde bucal			Valor de p*
	Boa n (%)	Regular/Ruim n (%)	RP (IC 95%)	
Sexo				
Masculino	40 (55,6)	32 (44,4)	1,0	0,161
Feminino	58 (43,6)	75 (56,4)	1,27 (0,94 – 1,71)	
Grupo etário				
Crianças e adolescentes	54 (50,0)	54 (50,0)	1,0	0,343
Adultos	34 (43,0)	45 (57,0)	1,14 (0,87 – 1,49)	
Idosos	10 (55,6)	8 (44,4)	0,89 (0,51 – 1,54)	
Escolaridade				
Até o fundamental	51 (50,0)	51 (50,0)	1,0	0,703
Maior que o fundamental	43 (47,3)	48 (52,7)	1,05 (0,80 – 1,39)	
Renda (salário-mínimo)				
Até ½ SM	55 (47,4)	61 (52,6)	1,0	0,899
> ½ SM	43 (48,3)	46 (51,7)	0,98 (0,75 – 1,28)	

* Regressão Logística de Poisson com variância robusta ($p < 0,05$). RP – Razão de prevalência. IC 95% - Intervalo de confiança 95%.

Em relação à variável experiência de cárie, observou-se que, embora a RP tenha indicado um aumento na prevalência de autopercepção regular/ruim entre indivíduos com experiência de cárie (RP = 1,85; IC95%: 0,56–6,05), não foi encontrada significância estatística ($p = 0,305$). Já em relação ao CPO-D categorizado, observou-se que indivíduos com valores mais altos de CPO-D apresentam 48% maior prevalência de autopercepção regular/ruim (RP = 1,48; IC95%: 1,04–2,12), com significância estatística ($p = 0,029$), indicando como a experiência de cárie acumulada afeta autopercepção de forma consistente (Tabela 7).

Em relação à necessidade de tratamento autopercebida, houve prevalência

quase 3 vezes maior de autopercepção regular/ruim entre os indivíduos que perceberam ter necessidade de tratamento (RP = 2,89; IC95%: 1,68–4,95), com associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 7).

A ausência de queixas odontológicas mostrou associação estatisticamente significativa com menor autopercepção negativa da saúde bucal. Especificamente, a presença de dor (RP = 1,59; IC95%: 1,22–2,07; $p = 0,001$), dificuldade para morder ou mastigar (RP = 1,65; IC95%: 1,29–2,11; $p < 0,001$), dificuldade para falar (RP = 1,46; IC95%: 1,12–1,89; $p = 0,005$), vergonha ao sorrir (RP = 1,88; IC95%: 1,48–2,38; $p < 0,001$) e dificuldade para realizar alguma atividade (RP = 1,81; IC95%: 1,44–2,26; $p < 0,001$) estiveram relacionadas a uma maior chance de os indivíduos avaliarem sua saúde bucal como regular ou ruim (Tabela 7).

Na análise ajustada (por sexo, faixa etária e índice CPO-D), as associações observadas na análise bruta foram mantidas. Os indivíduos que apresentaram maior CPO-D apresentaram 1,48 vezes maior prevalência de autopercepção regular/ruim quando comparados àqueles que apresentaram menores índices CPO-D (RPaj = 1,48; IC95%: 1,03–2,15; $p = 0,036$). Da mesma forma, os que referiram necessidade de tratamento odontológico (RPaj = 2,69; IC95%: 1,54–4,69; $p < 0,001$), dor (RPaj = 1,48; IC95%: 1,13–1,95; $p = 0,004$), dificuldade para morder ou mastigar (RPaj = 1,58; IC95%: 1,22–2,05; $p < 0,001$), dificuldade para falar (RPaj = 1,56; IC95%: 1,11–1,91; $p = 0,007$), vergonha de sorrir (RPaj = 1,81; IC95%: 1,41–2,31; $p < 0,001$) e dificuldade para fazer alguma coisa em função dos dentes (RPaj = 1,78; IC95%: 1,41–2,25; $p < 0,001$), apresentaram maior prevalência de autopercepção regular/ruim em relação aos que não referiram essa condição (Tabela 8).

Tabela 7. Análise bruta e distribuição da autopercepção da saúde bucal segundo variáveis de autocuidado, morbidade, necessidade de tratamento autopercebida, e sintomas bucais subjetivos de indígenas Kaingang da aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.

Variáveis	Autopercepção de saúde bucal			Valor de p*
	Boa n (%)	Regular/Ruim n (%)	RP bruta (IC 95%)	
Prática de escovação				
Sim	92 (47,2)	103 (52,8)	1,0	0,879
Não	4 (50,0)	4 (50,0)	0,94 (0,46 – 1,92)	
Uso do fio dental				
Sim	49 (47,1)	55 (52,9)	1,0	0,905
Não	47 (48,0)	51 (52,0)	1,00 (0,75 – 1,28)	
Uso de creme dental				
Sim	94 (47,5)	104 (52,5)	1,0	0,646
Não	4 (57,1)	3 (42,9)	0,81 (0,34 – 1,94)	
Experiência de cárie				
Sem experiência cárie	5 (71,4)	2 (28,6)	1,0	0,305
Com experiência de cárie	93 (47,0)	105 (53,0)	1,85 (0,56 – 6,05)	
CPO-D				
0 a 6	35 (61,4)	22 (38,6)	1,0	0,029
7 a 32	63 (42,6)	85 (57,4)	1,48 (1,04 – 2,12)	
Necessidade de tratamento dentário				
Não	40 (78,4)	11 (21,6)	1,0	< 0,001
Sim	58 (37,7)	96 (62,3)	2,89 (1,68 – 4,95)	
Dor				
Não	68 (58,1)	49 (41,9)	1,0	0,001
Sim	28 (33,3)	56 (66,7)	1,59 (1,22 – 2,07)	
Dificuldade para morder ou mastigar				
Não	79 (56,8)	60 (43,2)	1,0	< 0,001
Sim	19 (28,8)	47 (71,2)	1,65 (1,29 – 2,11)	
Dificuldade para falar				
Não	87 (51,8)	81 (48,2)	1,0	0,005
Sim	11 (29,7)	26 (70,3)	1,46 (1,12 – 1,89)	
Vergonha de sorrir				
Não	84 (58,7)	59 (41,3)	1,0	< 0,001
Sim	14 (22,6)	48 (77,4)	1,88 (1,48 – 2,38)	
Dificuldade de fazer alguma coisa				
Não	90 (55,2)	73 (44,8)	1,0	< 0,001
Sim	8 (19,0)	34 (81,0)	1,81 (1,44 – 2,26)	

* Regressão Logística de Poisson com variância robusta. CPO-D – Dentes permanentes cariados, perdidos e obturados. RP – Razão de prevalência. IC 95% - Intervalo de confiança 95%.

Tabela 8. Análise ajustada das variáveis de morbidade, necessidade de tratamento autopercebida, e sintomas bucais subjetivos, por autopercepção da saúde bucal, de indígenas Kaingang da aldeia Apucarantina, Tamarana/PR, 2025.

Variáveis	RP ajustada (IC 95%)	Valor de p*
CPO-D		
0 a 6	1,0	0,036
7 a 32	1,48 (1,03 – 2,14)	
Necessidade de tratamento dentário		
Não	1,0	< 0,001
Sim	2,69 (1,54 – 4,69)	
Dor		
Não	1,0	0,004
Sim	1,48 (1,13 – 1,95)	
Dificuldade para morder ou mastigar		
Não	1,0	< 0,001
Sim	1,58 (1,22 – 2,05)	
Dificuldade para falar		
Não	1,0	0,007
Sim	1,46 (1,11 – 1,91)	
Vergonha de sorrir		
Não	1,0	< 0,001
Sim	1,81 (1,41 – 2,31)	
Dificuldade de fazer alguma coisa		
Não	1,0	< 0,001
Sim	1,78 (1,41 – 2,25)	

* Regressão Logística de Poisson com variância robusta. Modelo ajustado por sexo e faixa etária e índice CPO-D. CPO-D – Dentes permanentes cariados, perdidos e obturados. RP – Razão de prevalência. IC 95% - Intervalo de confiança 95%.

7. DISCUSSÃO

Os achados deste estudo mostraram que a autopercepção negativa da saúde bucal mostrou-se influenciada por maior severidade de cárie, necessidade autopercebida de tratamento, presença de queixas como dor, dificuldades funcionais (como mastigar, falar e fazer alguma coisa) e constrangimento ao sorrir. O perfil sociodemográfico predominantemente feminino e adulto, associado à elevada frequência de impactos orais no cotidiano, reforça que a autopercepção é fortemente modulada por agravos acumulados e pelas limitações funcionais percebidas, mais do que por variáveis sociodemográficas ou hábitos de autocuidado.

Esse estudo avaliou 70% dos residentes da aldeia Apucarantina, nas faixas etárias selecionadas, registrando apenas 8% de recusas. Embora o desenho fosse censitário - que permite uma caracterização mais precisa e abrangente da população indígena local, reduzindo vieses de seleção e possibilitando uma descrição fidedigna das condições de saúde bucal, os resultados demonstram um grande envolvimento da comunidade. A amostra, predominantemente feminina e com idade média de 29 anos, apresentou variações em relação à escolaridade e à renda, as quais refletem, em grande parte, as desigualdades estruturais que historicamente afetam os povos indígenas no Brasil (Santos; Coimbra Jr., 2005).

A distribuição educacional desigual, caracterizada por percentuais significativos de pessoas com baixa escolaridade e aquelas com ensino médio completo, indica um processo de escolarização desigual, provavelmente afetado por obstáculos como a desconexão curricular em relação à cultura indígena, a evasão escolar e falta de infraestrutura escolar (Freitas; Romeu; Silva Barroso, 2025). Do ponto de vista econômico, a alta porcentagem de participantes que relataram ter renda familiar de até meio SM (56,6%) é um indicativo de vulnerabilidade socioeconômica, padrão também descrito para populações indígenas em diversos países (Organização Pan Americana da Saúde, 2023).

A autoavaliação do estado de saúde de uma população reflete a interação complexa de múltiplos determinantes, dos quais destacam-se aspectos individuais, vivências pessoais ao longo do curso da vida e as condições contextuais e ambientais que cercam os indivíduos (Mansyur et al., 2008; Luchi et al., 2013). No presente estudo, a autopercepção da saúde bucal indicou que 47,8% dos participantes a consideraram “boa”, 34,6% a classificaram como “regular” e 17,6% como “ruim”. Em

todos os grupos etários, a maioria das pessoas relatou uma percepção positiva de sua saúde bucal. Esse padrão de autopercepção positiva está em concordância com os resultados de pesquisas realizadas com a população em geral em diversos países do mundo, incluindo o Brasil, nas quais a maioria dos participantes também relata uma avaliação positiva de sua saúde bucal (Silva; Fernandes, 2001; Mathias et al., 1995; Locker; Clarke; Payne, 2000; Nunes; Abegg, 2008; Lang et al., 1997).

Especificamente, o grupo de idosos (65–74 anos) deste estudo, em que 55,5% relataram autopercepção “boa”, também espelha uma tendência registrada na literatura para a população geral. Estudos mostram que os idosos costumam avaliar sua saúde bucal de forma majoritariamente positiva (Martins, Barreto; Pordeus, 2009; Silva; Fernandes, 2021; Nogueira et al., 2017), ainda que essa percepção, por vezes, contraste com condições clínicas objetivamente desfavoráveis. Tal achado pode ser explicado pela discrepância entre os critérios de avaliação utilizados pelos pacientes e pelos profissionais, além de um menor número de dentes presentes na velhice, o que reduz a necessidade de tratamento ativo (Silva; Fernandes, 2021).

Nenhuma das variáveis socioeconômicas analisadas apresentou associação com a autopercepção da saúde bucal, o que corrobora os resultados de Arantes e Frazão (2018), que, ao avaliarem indígenas das etnias Kaiowá, Kadiwéu, Terena e Guarani do Centro-Oeste brasileiro, também não identificaram diferenças significativas na autopercepção negativa da saúde bucal em relação ao sexo, escolaridade ou renda. No entanto, algumas tendências relacionadas ao sexo foram observadas neste estudo. Em comparação aos homens, as mulheres apresentaram uma maior proporção de autopercepção classificada como regular/ruim, 56,4% vs 44,4% dos homens.

A análise da renda não revelou associação entre o nível de rendimento e a autopercepção negativa da saúde bucal. Esses resultados contrastam, de certa forma, com o observado, no contexto brasileiro, para a população geral, na qual diversos estudos demonstraram que a autopercepção negativa da saúde bucal tem sido consistentemente associada a fatores socioeconômicos, tais como baixa renda e nível educacional, e elevados índices de desigualdade na distribuição de renda, entre outros determinantes sociais (Luchi et al., 2013; Gabardo; Moysés; Moysés, 2013; Tassinari et al., 2007). Essa diferença pode estar relacionada às particularidades socioculturais e às condições de vida das comunidades indígenas, onde os determinantes sociais da saúde bucal seguem dinâmicas próprias.

Identificou-se um padrão geral positivo de autocuidado bucal, demonstrado pela alta prevalência de escovação dentária autorreferida (96,1%), mantida de forma consistente em todas as faixas etárias. Entre crianças, adolescentes e adultos, a prática de escovar os dentes três ou mais vezes ao dia foi predominante. No entanto, entre os idosos, identificou-se uma menor frequência, sendo que a maioria realiza a escovação apenas duas vezes ao dia (57,1%). O uso de creme dental foi quase universal (96,6%), embora tenha sido menor entre os idosos (88,3%). Por outro lado, a utilização do fio dental mostrou uma adesão reduzida: 48,5% dos participantes afirmaram não usá-lo, enquanto apenas 16,8% o faziam de maneira regular, evidenciando uma lacuna importante nos hábitos de higiene bucal. Nenhuma das variáveis de autocuidado se associou com a autopercepção da saúde bucal.

Entre indígenas brasileiros, Santos et al. (2021) observaram que as práticas de higiene bucal não dependem apenas do cumprimento das rotinas de escovação, mas também de questões socioculturais, de instrução sobre a importância de uma higiene bucal eficiente, bem como da disponibilidade de materiais de higiene.

Embora este estudo tenha revelado um padrão positivo de escovação autorreferida, estudo realizado entre indígenas Tremembé, do estado do Ceará, indica que as práticas de cuidado em saúde bucal devem ser compreendidas considerando os significados culturais do cuidado, as experiências de adoecimento - particularmente a dor - e as condições de acesso a insumos e serviços (Maciel et al., 2022). Isso contribui para entender por que os indicadores comportamentais (como escovação, uso de creme dental ou fio) podem não resultar diretamente em uma melhor autopercepção de saúde bucal, que geralmente é mais sensível à dor, ao desconforto e à funcionalidade do que ao cumprimento "ideal" das rotinas de higiene (Maciel et al., 2022). Hussain, Jaimes e Crizzel (2021) avaliaram os preditores da pior autopercepção da saúde bucal entre indígenas e não-indígenas canadenses e concluíram que a autopercepção de saúde bucal entre indígenas é mais afetada por dor, impactos funcionais e experiências de adoecimento. Esse padrão é consistente com os resultados deste estudo com a população indígena Kaingang, em que práticas como escovação e uso de creme dental foram frequentemente mencionadas, porém sem correlação estatística com a autopercepção de saúde bucal.

A necessidade de tratamento odontológico autorreferida foi alta entre os participantes, atingindo, em média, 75,1% dos participantes. Essa percepção foi mais acentuada entre os adultos de 35 a 44 anos, faixa etária na qual 81,0% afirmaram

precisar de tratamento odontológico. Por outro lado, as crianças de 12 anos demonstraram a menor percepção de necessidade (56,3%) e formaram o grupo que mais afirmou não necessitar de atendimento (43,7%). A necessidade tratamento odontológico autopercebida se mostrou associada ($p < 0,001$) a uma maior prevalência de autopercepção regular/ruim. Esses resultados corroboram os achados de Almeida et al. (2013), que estudando adultos brasileiros, observaram que quanto maior a necessidade de tratamento odontológico autorreportado, pior a autopercepção da saúde bucal. Importante destacar que a necessidade autopercebida corresponde a uma avaliação subjetiva que o indivíduo faz de sua própria necessidade de tratamento, variando conforme seu contexto sociocultural e histórico e refletindo, e derivando diretamente da condição de saúde bucal do indivíduo (Martins; Barreto; Podeus, 2008).

Martins, Barreto, Pordeus (2009) demonstraram que, entre os idosos, a autoavaliação negativa foi mais frequente entre pessoas autodeclaradas pardas, negras e indígenas com necessidade percebida de tratamento, o que se assemelha os resultados da presente investigação. Da mesma forma, adultos australianos socialmente desfavorecidos, incluindo indígenas, que classificaram sua saúde bucal como "regular ou ruim", também apresentaram uma maior necessidade percebida de atendimento odontológico (Mejia; Armfield; Jamieson, 2014). Essa relação pode ser explicada pelo acúmulo de condições bucais não tratadas, impacto funcional mais significativo e maior incidência de dor bucal entre pessoas em situação de vulnerabilidade social, elementos que influem diretamente a uma percepção negativa da saúde bucal (Mejia; Armfield; Jamieson, 2014). Dessa forma, a autopercepção negativa atua como um indicador sensível das demandas reais de cuidado em grupos vulneráveis (Mejia; Armfield; Jamieson, 2014).

A função dos sintomas na construção da percepção é fundamental. Neste estudo, os sintomas bucais subjetivos – dor, dificuldade para morder ou mastigar, falar, fazer algo ou vergonha ao sorrir – se associaram fortemente com a autopercepção negativa da saúde bucal, o que reforça o entendimento de que os sintomas subjetivos exercem influência sobre a autopercepção da saúde bucal (Arantes; Frazão, 2018; Nogueira et al., 2017). Uma revisão de literatura realizada por Ramos (2023) evidenciou que a presença de dor dental se relaciona a uma pior autopercepção da saúde bucal entre populações indígenas, abrangendo tanto adultos quanto adolescentes.

O aumento consistente desses sintomas foi observado nas faixas etárias mais avançadas, especialmente entre adultos de 35 a 44 anos e idosos de 65 a 74 anos. Esses grupos apresentaram as maiores proporções de dor, dificuldades para mastigar, falar e realizar atividades cotidianas, além de uma maior frequência de vergonha ao sorrir. Esse padrão indica que, à medida que as pessoas envelhecem, a vivência de problemas bucais tende a intensificar a percepção subjetiva das limitações funcionais e psicossociais.

Estudo de Arantes e Frazão (2018), entre indígenas Guarani, Kadiwéu, Terena e Kaiwoá, apresentou resultados semelhantes aos encontrados neste estudo. Os autores concluíram que os sintomas bucais subjetivos como dor de dente e dificuldade para falar devido a problemas dentários permaneceram positivamente associados à autopercepção de saúde bucal ruim, ressaltando o papel significativo desses sintomas na autoavaliação da saúde bucal. Embora inicialmente associada, a dificuldade para mastigar não permaneceu relevante no modelo final ajustado.

Em relação às condições clínicas objetivas, embora neste estudo a experiência de cárie dentária (presença ou ausência) não tenha demonstrado associação com a autopercepção da saúde bucal, a severidade da cárie dentária, medida pelo índice CPO-D, mostrou associação significativa com a autopercepção. Os indivíduos com maiores valores de CPO-D avaliaram pior sua saúde bucal. Esse resultado sugere que, na população estudada, não é simplesmente ter ou não experimentado alguma experiência de cárie dentária, mas sim a magnitude ou o grau dessa experiência que influencia a percepção da saúde bucal.

Maurício e Moreira (2020), ao avaliarem indígenas entre 10 e 14 anos, da etnia Xukuru do Ororuba, em Pernambuco, encontraram associação entre experiência de cárie e pior autopercepção da saúde bucal, evidenciando que, em determinados contextos socioculturais e faixas etárias, as condições clínicas objetivas podem interferir de forma mais direta na avaliação subjetiva. Por outro lado, Rodrigues, Rebouças e Flório (2017) observaram, entre crianças e adolescentes indígenas, que a elevada presença de cárie dentária ativa na composição do índice CPO-D não alterou a percepção deles em relação à sua saúde bucal. Tais achados contribuem para explicar a aparente resiliência da autopercepção positiva em certos grupos etários, mesmo quando em situações de elevada experiência de cárie dentária.

Estudos anteriores já destacavam a possibilidade de desconexão entre indicadores clínicos e percepção subjetiva: as condições subjetivas (queixas

odontológicas) revelaram-se mais intensamente ligadas à autoavaliação negativa do que as condições clínicas objetivas (Martins; Barreto; Pordeus, 2009). Essas evidências reforçam a tese de que a autopercepção se baseia fortemente em vivências sensoriais e psicossociais, como dor, desconforto e limitações funcionais, em vez de depender da gravidade das lesões clínicas identificadas.

Este estudo possui limitações relacionadas ao delineamento observacional (Wang; Cheng, 2020) e ao uso de autorrelato para práticas de higiene e sintomas, o que pode resultar em viés de informação e superestimação de comportamentos considerados desejáveis, como a escovação. Ademais, como se trata de uma população específica (Kaingang do Paraná), os resultados são específicos da amostra estudada e a generalização para outras etnias e contextos deve ser feita com cuidado. No entanto, a padronização dos exames bucais foi um ponto forte deste estudo. A calibração prévia dos examinadores levou a coeficientes Kappa inter e intraexaminadores considerados excelentes, garantindo consistência na utilização dos critérios de diagnóstico da cárie dentária. Além disso, o teste piloto possibilitou o aperfeiçoamento da coleta de dados, garantindo conformidade com o contexto da pesquisa. A utilização de tradutores durante a coleta de campo, também foi fundamental para reduzir a possibilidade de viés de informação.

Do ponto de vista clínico, os resultados ressaltam a importância de estratégias que combinem abordagens restauradoras e preventivas com o gerenciamento da dor e da função. Ações que enfatizem o tratamento adequado das lesões cavitadas e reabilitação funcional tendem a melhorar tanto a condição objetiva quanto a percepção do paciente (Arantes; Frazão, 2018). A baixa adesão ao uso do fio dental ressalta a necessidade de uma educação em higiene adaptada à realidade local, que inclua demonstrações práticas, materiais culturalmente sensíveis e distribuição de kits de higiene. As limitações funcionais relatadas por parte dos indivíduos, particularmente entre os mais velhos, indicam a necessidade de viabilizar acesso a procedimentos de reabilitação oral, o que pode melhorar a qualidade de vida.

Muitos dos fatores associados à autopercepção negativa da saúde bucal são preveníveis, o que reforça a importância de intervenções direcionadas para promover o acesso regular aos serviços odontológicos entre indígenas, como a implementação de cuidados em saúde bucal culturalmente sensíveis e adaptados às especificidades socioculturais, uma vez que estratégias que considerem a diversidade cultural podem favorecer a adesão a práticas preventivas, aumentar a procura por atendimentos

regulares e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria dos desfechos em saúde bucal (Hussain et al., 2021).

No contexto da saúde pública, a alta demanda por tratamento autopercebido entre adolescentes, adultos e idosos, aliada à elevada prevalência de dor e experiência de cárie dentária, indica a necessidade de ações estruturadas e contínuas na região. Essas estratégias devem priorizar a resolução dos problemas que de fato são apontados como necessidade pela população, garantindo, assim, um maior alinhamento entre as demandas reais da população indígena e a oferta de cuidados.

8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Kaingang avaliados apresentaram um alto nível de adoção de práticas básicas de higiene, mas com baixa utilização do fio dental e uma carga de cárie dentária muito alta, o que resulta em dor, limitações funcionais, necessidade de tratamento e efeitos psicossociais, especialmente entre os adultos e idosos.

A pior autopercepção da saúde bucal esteve associada à severidade da cárie dentária, medida pelo índice CPO-D, e aos sintomas subjetivos, como dor, dificuldade para mastigar, falar e fazer algo, além de vergonha ao sorrir. Esses achados mostram que, embora a autopercepção seja fortemente influenciada pela experiência subjetiva — especialmente pela dor e pelas limitações funcionais — ela não se distancia totalmente dos indicadores clínicos objetivos, uma vez que índices mais elevados de CPO-D se refletem em percepções mais negativas. Esse padrão sugere que intervenções fundamentadas apenas em critérios clínicos podem não ser suficientes às demandas identificadas pela comunidade, destacando a relevância de estratégias de cuidado que considerem as dimensões culturais, subjetivas e psicossociais da saúde.

Ademais, os resultados destacam a importância de intensificar as medidas de prevenção, promoção e acesso a cuidados odontológicos contínuos e sensíveis às diferenças culturais. A alta incidência de cárie dentária e a prevalência de sintomas que impactam o bem-estar diário indicam lacunas significativas na atenção primária à saúde, como a educação em saúde bucal, o uso regular de fio dental, o acompanhamento preventivo e o manejo adequado da dor. Estratégias clínicas e de promoção da saúde que integrem tratamento adequado, reabilitação funcional, prevenção focada em riscos e educação em saúde culturalmente contextualizada são fundamentais para melhorar as condições de saúde bucal da população indígena Kaingang.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J.R.S. et al. Autopercepção de pessoas acometidas pela hanseníase sobre sua saúde bucal e necessidade de tratamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.18, n.3, p.817-826, 2013.
- ALVES, B. M.; ALVES, M. O.; ALMEIDA, S. A. de. Odontopediatria: saúde bucal e a incidência da cárie em crianças indígenas-uma revisão integrativa. **Facit Business and Technology Journal**, v. 2, n. 36, 2022.
- ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, p. 67-77, 2014.
- ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Saúde bucal dos índios Guarani no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 37-46, 2009.
- ARANTES, R. **Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil e o caso dos Xavante de Mato Grosso**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- ARANTES, R. et al. Dental caries, periodontal disease and restorative dental care among Indigenous and non-Indigenous groups in Brazil: A descriptive study. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 49, n. 1, p. 63-69, 2021.
- ARANTES, R.; FRAZÃO, P. Subjective oral symptoms associated with self-rated oral health among Indigenous groups in Central-West Brazil. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 46, n. 4, p. 352-359, ago. 2018. Disponível em: <https://api.saudeindigena.iciict.fiocruz.br/api/core/bitstreams/b075e648-4820-4081-85a2-b8087ad687e0/content>. Acesso em: 19 jun. 2024.
- ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 375-384, mar.-abr. 2001.
- ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; FRAZÃO, P. Diferenciais de cárie dental entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 223–236, 2010.
- BAIJU, R. M. et al. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 11, n. 6, p. ZE21-ZE26, jun. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5535498/>. Acesso em: 19 jun. 2024.
- BOMBAK, A. E.; BRUCE, S. G. Self-rated health and ethnicity: focus on indigenous populations. **International Journal of Circumpolar Health**, v. 71, p. 1-10, 2012.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 16 jun. 2024.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2022: Indígenas – primeiros resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 6 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, 2004. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em 21/03/2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb>. Acesso em: 19 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb/arquivos/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf. Acesso em: 16 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. **[Página principal da Secretaria de Saúde Indígena]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em: 28 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul. **Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Secretaria de Atenção à Saúde. **Inquérito Nacional de Saúde Bucal dos Povos Indígenas, 2018** – projeto técnico. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2017/arquivos/ProjetoTecnicoInqueritoNacionaldaSaudeBucalIndigenaconsultapublica28082017.pdf> Acesso em 05 janeiro 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 304, de 09 de agosto de 2000**. Institui diretrizes para a proteção de povos indígenas em pesquisas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 04 set. 2000.

CARNEIRO, M. C. G. et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1985-1992, 2008.

COHEN, L. K.; JAGO, J. D. Toward the formulation of sociodental indicators. **International Journal of Health Services**, v. 6, n. 4, p. 681-698, 1976. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/971976/>. Acesso em: 19 jun. 2024.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; FLOWERS, N.; SALZANO, F. M.; SANTOS, R. V. **The Xavante in Transition: Health, Ecology, and Bioanthropology in Central Brazil**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.

FEJERSKOV, O. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 25, n. 1, p. 5-12, 1997.

FEJERSKOV, O.; KIDD, E. **Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2011.

FREITAS, Nairys Costa de; ROMEU, Mairton Cavalcante; SILVA BARROSO, Maria Cleide. Educação científica antirracista e políticas públicas: o caso dos indígenas do Brasil profundo. **Revista Semiárido De Visu**, p. 71-88, 2025.

FRIAS, A. C. et al. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 22, n. 4, p. 279-285, 2007.

GABARDO, M. C. L. et al. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 49-59, 2015.

GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, n. 6, p. 439–445, 2013.

HAIKAL, D. S. A. et al. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3317-3329, 2011.

HUSSAIN, A.; JAIMES, S. B.; CRIZZLE, A. M. Predictors of self-rated oral health in Canadian Indigenous adults. **BMC Oral Health**, v. 21, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12903-021-01796-6.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2025.

JESUS, J. T. A. et al. Autopercepção em saúde bucal de acordo com risco familiar. **Archives of Health Investigation**, v. 9, n. 1, p. 23-27, 2020.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 57, p. 40-47, 1997.

KAPLAN, G.; BARON-EPEL, O. What lies behind the subjective evaluation of health status? **Social Science & Medicine**, v. 56, p. 1669-1676, 2003.

LANG, W. P. et al. Evaluation and use of an index of oral health status. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 57, p. 233-242, 1997.

LANDIS JR, KOCH GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977 Mar;33(1):159-74. PMID: 843571.

LIMA, A. M. C. et al. Relação entre cárie dentária, edentulismo e autopercepção de saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos de um município do nordeste brasileiro. **Journal of Health Sciences**, v. 15, n. 2, 2013.

LOCKER, D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 25, n. 3, p. 199-203, jun. 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9192147/>. Acesso em: [Indicar data de acesso].

LOCKER, D.; CLARKE, M.; PAYNE, B. Self perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older population. **Journal of Dental Research**, v. 79, p. 970-975, 2000.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A. Three-year changes in self-perceived oral health status in an older Canadian population. **Journal of Dental Research**, v. 76, p. 1292-1297, 1997.

LUCHI, C. A. et al. Inequalities in self-rated oral health in adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 740-751, 2013.

MACIEL, Jacques Antonio Cavalcante, et al. "Com dor de dente, tudo é ruim nesta vida!": saúde bucal na comunidade indígena de Tremembé, Ceará, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2022, vol. 26, p. e220239.

MANSYUR, C. et al. Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. **Social Science & Medicine**, v. 66, n. 1, p. 43-56, 2008.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Autoavaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cadernos de Saúde**

Pública, v. 25, n. 2, p. 421-435, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v25n2/21.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2025.

MATTHIAS, R. E. et al. Factors affecting self-ratings of oral health. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 55, n. 4, p. 197-204, 1995.

MAURICIO, H. D. A.; MOREIRA, R. D. S. Autopercepção da saúde bucal por indígenas: uma análise de classes latentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3765-3772, 2020.

MEJIA, G.; ARMFIELD, J. M.; JAMIESON, L. M. Self-rated oral health and oral health-related factors: the role of social inequality. **Australian Dental Journal**, v. 59, n. 2, p. 226-233, 2014.

MENDONÇA, H. L. C.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Self-rated oral health: results of the World Health Survey - Primary Care in four municipalities in Rio de Janeiro State, Brazil, 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1927-1938, 2012.

NATH, SONIA et al. Dental health inequalities among indigenous populations: a systematic review and meta-analysis. **Caries research**, v. 55, n. 4, p. 268-287, 2021.

NOGUEIRA, C. M. R. et al. Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, p. 07-19, 2017.

NUNES, C. I. P.; ABEGG, C. Factors associated with oral health perception in older Brazilians. **Gerodontology**, v. 25, p. 42-48, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). A situação sociodemográfica das pessoas indígenas na América Latina e Caribe: análise no contexto do envelhecimento e da COVID-19. Washington, D.C.: OPAS, 2023. (Relatório técnico). Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57302>. Acesso em: 12 fev. 2026.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 6. ed. São Paulo: Santos, 2015.

RAMOS, D. B. V. **Avaliação de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida da população indígena do Espírito Santo**. 2023. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2023.

REISINE, S. T.; BAILIT, H. L. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. **Social Science & Medicine**, v. 14A, p. 597-605, 1980.

RODRIGUES, F.; REBOUÇAS, A. G.; FLÓRIO, F. M. Self-perception of oral health among schoolchildren in a city of Amazonas, Brazil: related factors. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 65, p. 44-51, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgo/a/jXzqSnY5t6VCWxgbTC87tyx/?lang=en&format=html>. Acesso em: 19 jun. 2024.

SANTOS, Jean Nunes dos, et al. The effect of dental plaque level and self-performed oral hygiene on periodontal status: a cross-sectional study in Brazilian Indigenous. **Journal of Health & Biological Sciences**, 2021, vol. 9, no 1, p. 1-6.

SELWITZ, R. H.; ISMAIL, A. I.; PITTS, N. B. Dental caries. **The Lancet**, v. 369, p. 51–59, 2007.

SHEIMAM, A.; CUSHING, A.; MAIZELS, L. J. Developing sociodental indicators: the social impact of dental disease. **Community Dental Health**, v. 3, p. 3-17, 1986.

SILVA, D. D. D. et al. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 1145-1153, 2011.

SILVA, J. V.; OLIVEIRA, A. G. R. da C. Individual and contextual factors associated to the self-perception of oral health in Brazilian adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 29, 2018. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v52/0034-8910-rsp-52-29.pdf. Acesso em: 29 jun. 2025.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, p. 349-355, 2001.

SILVEIRA, M. F. et al. Cárie dentária e fatores associados entre adolescentes no norte do estado de Minas Gerais, Brasil: uma análise hierarquizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3351-3364, 2015.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Social impact of oral conditions among older adults. **Australian Dental Journal**, v. 39, p. 358-364, 1994.

SOARES, G. H. et al. Dental caries in South American Indigenous peoples: A systematic review. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 47, p. 142-152, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12436>. Acesso em: [Indicar data de acesso].

SOARES, G. H. et al. Epidemiological profile of caries and need for dental extraction in a Kaingang adult indigenous population. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. 1, p. 113, 2019.

STEELE, J. G. et al. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 25, p. 143-149, 1997.

TASSINARI, W. S. et al. Socioeconomic context and perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro, Brazil: a multilevel analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 127-136, 2007.

WANG, X.; CHENG, Z. Cross-sectional studies: strengths, weaknesses, and recommendations. **Chest**, v. 158, n. 1, p. S65-S71, 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030**. [S. l.], 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy and action plan on oral health 2023–2030**. Genebra, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090538>. Acesso em: 19 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral Health**. [S. l.]: World Health Organization, [s.d.]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1. Acesso em: 28 jan. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. World Health Organization, 2013.

APÊNDICES

Apêndice I – Ficha clínica individual

Pesquisa: Determinantes Sociais e Ambientais das condições de saúde bucal da população indígena Kaingang do Norte do Paraná	
Ficha Clínica Individual	
Identificação	
Data da entrevista	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Entrevistador	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nome do entrevistado	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Sexo do entrevistado: (1) M (2) F	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Data de nascimento:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Idade do entrevistado:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nome da mãe	<input style="width: 100%;" type="text"/>
1. Cárie dentária e necessidade de tratamento	
	55 54 53 52 51
	18 17 16 15 14 13 12 11
Coroa	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	61 62 63 64 65
	21 22 23 24 25 26 27 28
Coroa	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	85 84 83 82 81
	48 47 46 45 44 43 42 41
Coroa	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	71 72 73 74 75
	31 32 33 34 35 36 37 38
Coroa	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Apêndice II - Formulário sobre autopercepção da saúde bucal e autocuidado

<u>Autopercepção da saúde bucal</u>	
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"/>
Você <examinado> sentiu dor de dente nos últimos 6 meses? (1) Sim (2) Não (9) IGN	<input type="text"/>
Você <examinado> acha que está precisando de algum tratamento dentário? (1) Sim (2) Não (9) IGN	<input type="text"/>
Nos últimos 6 meses:	
Você <examinado> sentiu dificuldade para morder ou mastigar por causa de problemas nos dentes? (1) Sim (2) Não (9) IGN	<input type="text"/>
Você <examinado> teve dificuldade para falar por causa de problemas nos dentes? (1) Sim (2) Não (9) IGN	<input type="text"/>
Você <examinado> teve vergonha de sorrir por causa dos seus dentes? (1) Sim (2) Não (9) IGN	<input type="text"/>
Você <examinado> já teve dificuldade de fazer alguma coisa por causa de algum problema com os dentes? (1) Sim (2) Não (9) IGN	<input type="text"/>
<u>Autocuidado</u>	
Você costuma escovar os dentes? (1) Sim (2) Não (9) IGN	
Se sim, você costuma escovar os dentes com que frequência? (1) Uma vez ao dia (2) Duas vezes ao dia (3) Três vezes ou mais	
Você costuma usar fio dental? (1) Sim, regularmente (2) Sim, as vezes (3) Não (4) IGN	
Você constuma usar pasta de dente para limpar os dentes? (1) Sim (2) Não (9) IGN	

Apêndice III - Formulário sobre escolaridade

Pesquisa: Determinantes Socioambientais das condições de vida e saúde da população indígena Kaingang do Norte do Paraná
Formulário individual

Escolaridade

Está na escola? (5, 12 e 14 a 19 anos)

(1) Sim (2) Não (9) IGN

Qual a escolaridade do pai e da mãe? (5 e 12 anos)

Pai

Mãe

- (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-graduação
- (9) IGN

Qual a sua escolaridade? (acima de 15 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-graduação
- (9) IGN

Apêndice IV - Formulário sobre as condições socioeconômicas

Pesquisa: Determinantes Socioambientais das condições de vida e saúde da população indígena Kaingang do Norte do Paraná	
Formulário – Caracterização domiciliar	
Identificação	
Número do domicílio	<input type="text"/>
Data da entrevista	<input type="text"/>
Entrevistador	<input type="text"/>
Nome do entrevistado	<input type="text"/>
Sexo do entrevistado: (1) M (2) F	<input type="text"/>
Idade do entrevistado:	<input type="text"/>
Entrevista realizado com tradutor? (1) Sim (2) Não	<input type="text"/>
Caracterização socioeconômica do domicílio e aldeia	
1. Qual a renda mensal somada do domicílio?	<input type="text"/>
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)	

Apêndice V - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Individual (Adulto)

Esse é um convite para você participar da pesquisa “Determinantes Sociais e Ambientais das Condições de Saúde Bucal da População Indígena Kaingang do Norte do Estado do Paraná”, realizada pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), por meio do Centro de Ciências da Saúde – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

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

O objetivo do estudo é conhecer as condições de saúde bucal da população indígena Kaingang da Terra Indígena Apucarantina do norte do Paraná e os fatores sociais e ambientais potencialmente associados com o processo de saúde-doença.

Nessa pesquisa faremos um exame em sua boca e, depois, vamos precisar que responda algumas perguntas. É garantido aos participantes da pesquisa o acesso aos resultados dos exames, assim como o pesquisador se compromete a divulgar os resultados da pesquisa em formato plenamente acessível e compreensível. O exame da boca será feito com espelho bucal e sonda, com todo o cuidado, higiene e segurança, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. É um exame simples.

Os procedimentos para a coleta de dados 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. No caso das entrevistas, o maior incômodo é o tempo para responder todas as questões, que é estimado em 15 minutos.

Os exames e entrevistas serão realizados na própria aldeia por profissionais treinados e capacitados para isso. 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.

No entanto, na hora do exame, você pode se sentir desconfortável, caso precise ficar com a boca aberta por mais tempo, por exemplo, ou se achar alguma pergunta estranha, difícil, quando estiver respondendo o questionário. Se esses incômodos acontecerem, fale com seu examinador. Ele saberá dar uma solução para isso.

A sua participação não é obrigatória, ou seja, você está livre para aceitar participar ou não. Você terá tempo suficiente para refletir sobre a decisão de participação, podendo consultar familiares ou outras pessoas de sua confiança antes de assinar o presente documento. Mesmo que você autorize a realização do estudo, pode 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 da UEL. Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de relatórios da equipe de pesquisa, sem que as pessoas que participaram possam ser identificadas.

Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será devidamente orientado e encaminhado ao serviço de saúde de referência da aldeia para avaliação do problema.

Com esta pesquisa, vamos saber como está a saúde bucal, gerando um melhor conhecimento a respeito das condições de saúde bucal da população indígena desse território, que é assistida pelo DSEI Litoral Sul/SESAI/MS, o que vai ajudar na organização, no planejamento e na execução dos serviços de saúde prestados à comunidade, trazendo benefícios para toda a população.

Todas as despesas tidas com a pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador responsável, isto é, você não arcará com nenhum custo referente a procedimentos e/ou exames do estudo.

Você tem o direito de buscar reparação por quaisquer danos, sejam eles físicos, morais ou materiais, que possam vir a ser causados pela participação na pesquisa. Caso ocorra algum prejuízo decorrente direta ou indiretamente da execução deste estudo, você poderá requerer indenização por meio das vias legais cabíveis. A equipe responsável pela pesquisa compromete-se a prestar o devido suporte e a fornecer todas as informações necessárias para o exercício desse direito.

Todas as páginas desse Termo deverão ser rubricadas pelo pesquisador responsável/pessoa por ele delegada e pelo participante/responsável legal. Você ficará com uma via deste Termo onde constam os endereços e os telefones da equipe da pesquisa. Toda dúvida que tiver a respeito desta pesquisa poderá ser resolvida perguntando diretamente aos pesquisadores responsáveis a qualquer momento.

Podem surgir dúvidas sobre os pesquisadores desta pesquisa, se eles estão respeitando os participantes de pesquisa, os que colaboram como você. Para isso, existem os Comitês de Ética em Pesquisa com seres humanos, o CEP. Eles autorizam as pesquisas quando elas não desrespeitam a dignidade dos participantes de pesquisa. Uma pesquisa que respeita participante como ser humano é uma pesquisa ética.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser consultadas no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP/UEL. LABESC - Laboratório Escola de Pós-Graduação - sala 14, Campus Universitário - Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), Londrina- Pr - CEP: 86057-970. (43) 3371-5455, E-mail: cep268@uel.br, bem como na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) - Endereço: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70750 -521, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 09h às 18h.

Pesquisadores correspondentes	Telefone	E-mail
Edmarlon Giroto	43-991441625	edmarlon@uel.br
André Luiz Martins	41-999174000	andre.martins80@uel.br

Pesquisador responsável:

Nome _____

Assinatura _____

Local: _____ Data ___/___/___

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, “Determinantes Sociais e Ambientais das Condições de Saúde Bucal da População Indígena Kaingang do Norte do Estado do Paraná”, como ele será realizado, os riscos e os benefícios envolvidos, e autorizo a realização do exame e a aplicação do formulário.

Data: ___/___/___

Nome: _____

Assinatura: _____

Apêndice VI - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Responsável pelo menor de idade

Este é um convite para que você autorize a participação da criança/adolescente que vive sob sua responsabilidade na presente pesquisa. A participação da criança/adolescente é voluntária. Não receberá nem pagará nada, mas dará uma grande contribuição.

A avaliação da saúde 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, a Universidade Estadual de Londrina (UEL), por meio do Centro de Ciências da Saúde – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, decidiu realizar a pesquisa “Determinantes Sociais e Ambientais das Condições de Saúde Bucal da População Indígena Kaingang do Norte do Estado do Paraná”.

O objetivo do estudo é conhecer as condições de saúde bucal da população indígena Kaingang da Terra Indígena Apucarantina do norte do Paraná e os fatores sociais e ambientais potencialmente associados com o processo de saúde-doença.

Nessa pesquisa faremos um exame bucal na criança/adolescente, depois, vamos precisar que a criança/adolescente responda algumas perguntas e que você responda outras perguntas por ele/ela. Você terá tempo suficiente para refletir sobre a decisão de participação, podendo consultar familiares ou outras pessoas de sua confiança antes de assinar o presente documento.

É garantido aos participantes/responsáveis da pesquisa o acesso aos resultados dos exames, assim como o pesquisador se compromete a divulgar os resultados da pesquisa em formato plenamente acessível e compreensível. O exame da boca será feito com espelho bucal e sonda, com todo o cuidado, higiene e segurança, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. É um exame simples.

Os procedimentos para a coleta de dados 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. No caso das entrevistas, o maior incômodo é o tempo para responder todas as questões, que é estimado em 15 minutos.

Os exames e entrevistas serão realizados na própria aldeia por profissionais treinados e capacitados para isso. 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.

No entanto, na hora do exame, a criança/adolescente pode se sentir desconfortável ou sentir algum incômodo, caso precise ficar com a boca aberta por mais tempo, por exemplo,

ou se achar alguma pergunta estranha, difícil, quando estiver respondendo o questionário. Se esses incômodos acontecerem, fale com seu examinador. Ele saberá dar uma solução para isso.

Como a participação da criança/adolescente é voluntária, ela/ele pode aceitar participar ou não. E, mesmo depois de ter aceitado, ela/ele pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Os dados da criança/adolescente interessam somente a ela/ele, a você e a este estudo. Por isso, o nome dela/dele não aparecerá em nenhum relatório, quer dizer, ela/ele não será identificada(o) em nenhum momento.

As informações do estudo serão confidenciais e ficará sob responsabilidade da UEL. Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de relatórios da equipe de pesquisa, sem que as pessoas que participaram possam ser identificadas.

Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será devidamente orientado a buscar o serviço de saúde da aldeia para avaliação do problema dele/dela.

Em caso de necessidade, será garantido o direito à assistência imediata, integral e gratuita ao participante, devido a danos decorrentes da participação na pesquisa e pelo tempo que for necessário.

Com esta pesquisa, vamos saber como está a saúde bucal gerando um melhor conhecimento a respeito das condições de saúde bucal da população indígena desse território, que é assistida pelo DSEI Litoral Sul/SESAI/MS, o que vai ajudar na organização, no planejamento e na execução dos serviços de saúde prestados à comunidade, trazendo benefícios para toda a população.

Todas as despesas tidas com a pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador responsável, isto é, o participante/responsável/acompanhante não arcarão com nenhum custo referente a procedimentos e/ou exames do estudo.

O(a) participante/responsável legal desta pesquisa tem o direito de buscar reparação por quaisquer danos, sejam eles físicos, morais ou materiais, que possam vir a ser causados pela participação na pesquisa. Caso ocorra algum prejuízo decorrente direta ou indiretamente da execução deste estudo, o(a) participante ou seu representante legal poderá requerer indenização por meio das vias legais cabíveis. A equipe responsável pela pesquisa compromete-se a prestar o devido suporte e a fornecer todas as informações necessárias para o exercício desse direito.

Todas as páginas desse Termo deverão ser rubricadas pelo pesquisador responsável/pessoa por ele delegada e pelo responsável legal do participante da pesquisa. Você ficará com uma via deste Termo onde constam os endereços e os telefones da equipe

da pesquisa. Toda dúvida que tiver a respeito desta pesquisa poderá ser resolvida perguntando diretamente aos pesquisadores responsáveis a qualquer momento.

Podem surgir dúvidas sobre os pesquisadores desta pesquisa, se eles estão respeitando os participantes de pesquisa, os que colaboram como você. Para isso, existem os Comitês de Ética em Pesquisa com seres humanos, o CEP. Eles autorizam as pesquisas quando elas não desrespeitam a dignidade dos participantes de pesquisa. Uma pesquisa que respeita participantes como ser humano é uma pesquisa ética.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser consultadas no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP/UEL. LABESC - Laboratório Escola de Pós-Graduação - sala 14, Campus Universitário - Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), Londrina- Pr - CEP: 86057-970. (43) 3371-5455, E-mail: cep268@uel.br, bem como à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) - Endereço: SRTVN - Via W 5 Norte – Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70750 -521, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 09h às 18h.

Pesquisadores correspondentes	Telefone	E-mail
Edmarlon Giroto	43-991441625	edmarlon@uel.br
André Luiz Martins	41-999174000	andre.martins80@uel.br

Pesquisador responsável:

Nome _____

Assinatura _____

Local: _____ Data ___/___/___

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, “Determinantes Sociais e Ambientais das Condições de Saúde Bucal da População Indígena Kaingang do Norte do Estado do Paraná”, como ele será realizado, os riscos e os benefícios envolvidos, e autorizo a realização do exame e a aplicação do formulário em _____ (nome da criança).

Data: ___/___/___

Nome do responsável: _____

Assinatura do responsável: _____

Apêndice VII - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – Adolescentes - 12 anos e 15 a 17 anos

Olá! Precisamos da sua ajuda. Vamos explicar em que você pode ajudar. Estamos aqui para ver como estão os dentes dos adolescentes indígenas da aldeia. Precisamos saber como estão para depois resolver o que será necessário fazer para que os adolescentes como você tenham os dentes fortes e saudáveis. Isto é uma pesquisa que se chama “Determinantes Sociais e Ambientais das Condições de Saúde Bucal da População Indígena Kaingang do Norte do Estado do Paraná”.

Antes vamos explicar o que é esta pesquisa e o que você tem de fazer para colaborar. Primeiro, vamos conversar um pouco e fazer algumas perguntinhas, bem fáceis de responder. Nesta conversa, você pode perguntar o que quiser, por exemplo, se achou a pergunta difícil ou se não entendeu.

Fale com a gente, que vamos ajudar. Se você não quiser falar sobre alguma pergunta, não tem problema. Depois, vamos olhar seus dentes com o espelho de boca. Se você não conhece ainda, hoje vai saber como é esse espelho. Ele ajuda ver os dentes.

Os exames e entrevistas serão realizados na própria aldeia por profissionais treinados e capacitados para isso para garantir que você se sinta seguro(a) e confortável. O exame é simples e normalmente não causa incômodo, mas pode haver momentos em que você precise manter a boca aberta por alguns minutos, o que pode gerar um leve desconforto. Caso sinta cansaço, qualquer desconforto físico ou emocional, ou precise fazer uma pausa, avise-nos imediatamente, pois interromperemos o exame e ajustaremos o procedimento para atender às suas necessidades. A participação neste exame não deverá causar dor, doenças ou restrições às suas atividades diárias. Nossa equipe estará sempre disponível para responder a qualquer dúvida ou preocupação, oferecendo o apoio necessário para garantir o seu bem-estar durante todo o processo.

Você não é obrigado a participar, você pode falar se quer ou não quer. E, mesmo depois de ter dito que quer, você pode desistir. Você não vai ficar prejudicado porque desistiu. Nada vai lhe acontecer. Seu nome não vai aparecer em nenhum lugar. Isso fica em segredo. Se você estiver precisando de algum tratamento, vamos lhe falar e orientar você a buscar o serviço de saúde da aldeia para avaliação do problema.

Com esta pesquisa, vamos saber como está a saúde bucal do adolescente indígena da aldeia e, com isso, poder gerar um melhor conhecimento para que o sistema de saúde possa oferecer serviços de saúde bucal mais adequados e eficazes, trazendo benefícios para todos.

Todos os gastos da pesquisa serão pagos pelo responsável pela pesquisa. Isso quer dizer que você e seus pais ou responsáveis não terão que pagar nada pelos exames ou procedimentos feitos no estudo.

Quando a pesquisa terminar, nós vamos contar para você o que descobrimos. Os resultados também poderão ser mostrados para outras pessoas, como em revistas, livros ou em conferências, para que outras pessoas conheçam o que aprendemos. Mas fique tranquilo(a): suas informações pessoais não serão divulgadas.

Você vai ficar com uma via desta carta, e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa poderá ser resolvida falando com os pesquisadores responsáveis. Toda pesquisa como esta tem de respeitar quem está colaborando, como você. Caso tenha dúvidas sobre se estamos respeitando você, fale com sua mãe ou com quem cuida de você. Eles vão ajudar.

Podem surgir dúvidas sobre os pesquisadores desta pesquisa, se eles estão respeitando os participantes de pesquisa, os que colaboram como você. Para isso, existem os Comitês de Ética em Pesquisa com seres humanos, o CEP. Eles autorizam as pesquisas quando elas não desrespeitam a dignidade dos participantes de pesquisa. Uma pesquisa que respeita participante como ser humano é uma pesquisa ética.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser consultadas no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP/UEL. LABESC - Laboratório Escola de Pós-Graduação - sala 14, Campus Universitário - Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), Londrina- Pr - CEP: 86057-970. (43) 3371-5455, E-mail: cep268@uel.br, bem como na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) - Endereço: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70750 -521, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 09h às 18h.

Pesquisadores correspondentes	Telefone	E-mail
Edmarlon Giroto	43-991441625	edmarlon@uel.br
André Luiz Martins	41-999174000	andre.martins80@uel.br

Pesquisador responsável:

Nome _____

Assinatura _____

Local: _____ Data ____ / ____ / ____

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, "Determinantes Sociais e Ambientais das

Condições de Saúde Bucal da População Indígena Kaingang do Norte do Estado do Paraná”, como ele será realizado e o que eu terei que fazer. Concordo em participar.

Data: ___/___/___

Nome: _____

Assinatura: _____

Apêndice VIII - Termos de Sigilo e Confidencialidade

Termo de Sigilo e Confidencialidade

Eu, **EDMARLON GIROTTO**, CPF 024.619.749-85, docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de Londrina (UEL), *id lattes* <http://lattes.cnpq.br/1488840768789790>, coordenador e responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “**Determinantes Sociais e Ambientais das Condições de Saúde Bucal da População Indígena Kaingang do Norte do Estado do Paraná**”, declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro:

- a) Garantir que o desenvolvimento da pesquisa, seus resultados ou informações produzidas não gerem conflitos e/ou qualquer mal-estar dentro das comunidades;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Assegurar a salvaguarda e a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

EDMARLON GIROTTO
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Londrina
Telefone: 43-991441625
e-mail: edmarlon@uel.br

Londrina, 18 de setembro de 2024

 Documento assinado digitalmente
EDMARLON GIROTTO
Data: 18/09/2024 07:22:14-0300
Verifique em <https://validar.sig.gov.br>

Assinatura do Responsável

ANEXOS

Anexo I – Termo de Anuência do cacique da aldeia para realização do projeto.

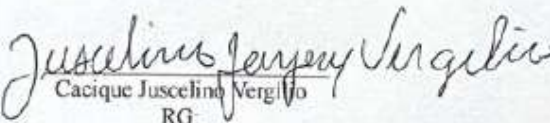
Terra Indígena Apucarantina
Aldeia Apucarantina
Município: Tamarana - PR

Termo de Anuência

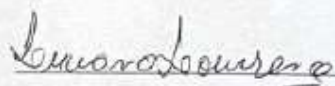
Eu, Juscelino Vergilio, indígena da etnia Kaingang, residente na aldeia Apucarantina, Terra Indígena Apucarantina, localizada na abrangência do município de Tamarana-PR, na qualidade de CACIQUE GERAL da Terra Indígena, venho, por meio deste, conceder anuência para a realização da pesquisa científica intitulada "Determinantes Sociais e Ambientais das Condições de Saúde Bucal da População Indígena Kaingang do Norte do Estado do Paraná", a ser realizada pelo pesquisador André Luiz Martins, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), sob a orientação do Prof. Dr. Edmarlon Giroto.

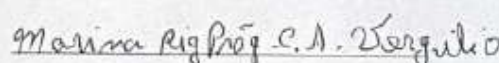
Nesse sentido, autorizo a realização da presente pesquisa, a ser realizada com indígenas residentes na Terra Indígena Apucarantina, pela equipe de pesquisa vinculada ao projeto em questão.

Terra Indígena Apucarantina-PR, 23 de novembro de 2023


Cacique Juscelino Vergilio
RG:

Testemunhas (nome e RG):

 9 2.97-454-5

 RG: 7.865.915-7

Anexo II – Termo de Anuência DSEI LSUL/SESAI/MS

07/02/2024, 14:42

SEI/MS - 0038520820 - Termo



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena - Litoral Sul
Divisão de Atenção à Saúde Indígena

TERMO

ANEXO III - TERMO DE ANUÊNCIA DO COORDENADOR DO DSEI

1. O Sr. Ivan Bribis Rodrigues, Coordenador do DSEI Litoral Sul, registra estar de acordo com a realização da pesquisa “Determinantes Sociais e Ambientais das Condições de Saúde da População Indígena Kaingang do Norte do Paraná”, de responsabilidade do(a) pesquisador(a) André Luiz Martins, após a aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. O estudo envolve realização de entrevista e exame clínico bucal.
2. O pesquisador informa que a pesquisa será analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da instituição proponente, bem como será submetida à aprovação da CONEP, e está ciente de que as etapas do estudo envolvendo visita ou coleta de dados com a população indígena somente poderão ser iniciadas após a apresentação da aprovação pelo Sistema CEP/CONEP.

Curitiba, 22 de janeiro de 2024



Documento assinado eletronicamente por Ivan Bribis Rodrigues, Coordenador(a) Distrital de Saúde Indígena, em 26/01/2024, às 11:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0038520820 e o código CRC AD480698.

Referência: Processo nº 25060.000116/2024-41

SEI nº 0038520820

Divisão de Atenção à Saúde Indígena - DIASI/LSUL
Rua Brasília Ovídio da Costa, nº 639 - Bairro Portão, Curitiba/PR, CEP 80320-100
Site - www.saude.gov.br

Anexo III – Parecer Técnico do DSEI LSUL/SESAI/MS

07/02/2024, 14:42

SEI/MS - 0038520266 - Parecer Técnico



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena - Litoral Sul
Divisão de Atenção à Saúde Indígena

PARECER TÉCNICO Nº 8/2024-LSUL/DIASI/LSUL/DSEI/SESAI/MS

1. ASSUNTO

1. 1.1. Trata-se de análise técnica do Projeto de Pesquisa **DETERMINANTES SOCIAIS E AMBIENTAIS DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA KAINGANG DO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ** (0038520126), sob a responsabilidade do pesquisador André Luiz Martins, sob orientação do Prof. Dr. Edmarlon Giroto, da Universidade Estadual de Londrina (UEL).
2. 1.2. Visando proteger a integridade dos Povos Indígenas e instituir uma orientação ética para as ações de pesquisa realizadas no contexto dos territórios assistidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASISUS, a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI emitiu a **NOTA TÉCNICA Nº 16/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS** (0013965124).
3. 1.3. Considerando a Nota Técnica nº 16 (0013965124) e o Ofício-Circular 25 (0014011792), cabe ao DSEI conhecer o teor do projeto, realizar análise técnica e avaliar a viabilidade de realização da pesquisa nos locais previstos.
4. 1.4. Para a análise técnica e anuência do DSEI, o Pesquisador deverá encaminhar os seguintes documentos: **Projeto de Pesquisa, Termo de Responsabilidade, Anuência das comunidades indígenas e Protocolo de encaminhamento à FUNAI**, conforme expresso no documento Anexo I (0013968484).

2. PROJETO DE PESQUISA

5. 2.1. O Projeto de Pesquisa **DETERMINANTES SOCIAIS E AMBIENTAIS DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA KAINGANG DO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ** (xxxxx inserir número SEI do projeto de pesquisa), apresentado ao DSEI LSUL, e os documentos complementares contém os itens conforme orientações do Item 5 - Anexo I (0013968484): *“introdução objetivos, justificativa, referencial teórico, metodologia, critérios de amostragem, critérios de inclusão e exclusão de participantes, instrumentos de coleta de dados, local do estudo, fonte de dados primários e secundários, resultados esperados, riscos e benefícios, divulgação dos resultados, equipe de pesquisa e cronograma contendo etapa de apresentação dos resultados do estudo/pesquisa às comunidades indígenas, CONDISI e DSEI”*. Dessa forma, a estrutura do projeto está em conformidade com os parâmetros da Nota Técnica nº 16.
6. 2.2. O estudo apresentado possui como objetivo *“Conhecer as condições de saúde bucal da população indígena Kaingang da aldeia Apucarantina do norte do Paraná e os determinantes sociais e ambientais potencialmente envolvidos com o processo de saúde-doença bucal”*.
7. 2.3. O pesquisador destaca que *“a pesquisa científica em populações vulneráveis epidemiológica e socialmente, notadamente as populações indígenas, desempenha um papel de extrema*

importância na vanguarda do conhecimento científico, na promoção da equidade em saúde e no desenvolvimento de políticas públicas direcionadas a esses grupos, mediante seu potencial de ampliar o entendimento das complexas dinâmicas que afetam essas comunidades, identificar intervenções eficazes para melhorar condições de vida e, ao mesmo tempo, respeitar e valorizar culturas e saberes tradicionais. Isso não só contribui para a justiça social, mas também enriquece o repertório de soluções globais para desafios em saúde e bem-estar”.

8. 2.4. Desta forma, o DSEI avalia que o projeto possui relevância social visto que existem poucos estudos referentes a saúde bucal de povos indígenas brasileiros, podendo ser utilizado para a formulação e implementação de políticas e programas de saúde bucal baseados em evidências científicas que objetivem promover a melhoria das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, conforme posto na Nota Técnica nº 16.

3. TERMO DE RESPONSABILIDADE

3.1. O Termo de Responsabilidade para pesquisas na Área temática Especial – Estudos com populações indígenas, foi assinado pelo pesquisador André Luiz Martins, conforme solicitado no Item 4 - Anexo I.

4. ANUÊNCIA DAS COMUNIDADES INDÍGENAS

4.1. De acordo com a Nota Técnica nº 16, os pesquisadores devem solicitar a anuência das comunidades indígenas onde será realizada a pesquisa, devidamente aprovado pelas Lideranças Indígenas, e/ou representantes da comunidade.

4.2. O Termo de Anuência para a realização do projeto de pesquisa foi assinado pelo SR. JUSCELINO VERGÍLIO, cacique geral da TI Apucarantina.

5. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DO PROJETO À FUNAI

5.1. O Protocolo de Encaminhamento do Projeto à FUNAI é obrigatório apenas para projetos de pesquisa que preveem entrada em terras indígenas para o desenvolvimento de atividades, conforme Instrução Normativa nº 01/95.

5.2. Desta forma, ressalta-se a necessidade de encaminhamento do projeto à FUNAI para autorização de entrada em território indígena. O pesquisador afirma que encaminhará o processo à Fundação para obtenção da autorização.

6. CONCLUSÃO

6.1. Considerando a relevância do estudo **DETERMINANTES SOCIAIS E AMBIENTAIS DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA KAINGANG DO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ** apresentado pelo pesquisador André Luiz Martins;

6.2. Considerando que o projeto está em acordo com os parâmetros solicitados pela SESAI, através da Nota Técnica nº 16 (0013965124),

6.3. Considerando que, os pesquisadores seguirão todas as normas, protocolos e recomendações de ética em pesquisa com povos indígenas,

07/02/2024, 14:42

SEI/MS - 0038520266 - Parecer Técnico

6.4. Considerando a Anuência da Comunidade Indígena, através da assinatura do Termo de Anuência por lideranças indígenas da TI Apucarantina;

6.5. Conclui-se pela anuência à realização do presente projeto de pesquisa.



Documento assinado eletronicamente por **Ivan Bribis Rodrigues, Coordenador(a) Distrital de Saúde Indígena**, em 26/01/2024, às 11:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0038520266 e o código CRC 12A9D66E.

Referência: Processo nº 25060.000116/2024-41

SEI nº 0038520266

Divisão de Atenção à Saúde Indígena - DIASI/LSUL
Rua Brasília Ovídio da Costa, nº 639 - Bairro Portão, Curitiba/PR, CEP 80320-100
Site - www.saude.gov.br

Anexo IV – Parecer de Mérito Técnico-Científico CNPq

16/09/2024, 09:13

SEI/CNPq - 2155485 - Ofício



CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO
 Diretoria Científica
 Coordenação-Geral de Ciências da Saúde e Biociências
 Coordenação dos Programas de Pesquisa em Ciências da Saúde

OFÍCIO nº 22628/2024/COSAU/CGSAB/DCTI

Brasília, 13 de setembro de 2024

À Assessoria AAEP/PRES-FUNAI
 Coordenação Geral de Estudos e Pesquisas Fundação Nacional do Índio – FUNAI
 Edifício Parque Cidade Corporate- Setor Comercial Sul
 Quadra 9, Bloco B Brasília/DF CEP: 70308-200

Referência: Análise de Mérito Técnico-científico de Projeto de Pesquisa
Assunto: Parecer de Mérito Técnico-científico de Projeto de Pesquisa
Processo SEI nº: 01300.007736/2024-72 *(Em caso de resposta, favor utilizar este número de referência)*

Prezados,

Encaminhamos para conhecimento e demais providências a avaliação realizada pelos pareceristas das áreas de Antropologia e de Saúde Coletiva do CNPq em relação ao projeto "DETERMINANTES SOCIAIS E AMBIENTAIS DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA KAINGANG DO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ", a ser realizado pelo pesquisador Edmarlon Giroto.

PARECER 01 ANTROPOLOGIA:

" PARECER: Recomendado Não Recomendado

JUSTIFICATIVA:

O solicitante, coordenador-supervisor do projeto de pesquisa em tela, possui uma qualificada trajetória profissional e acadêmica com relação à temática de seu projeto. Da mesma forma, seu currículo demonstra consolidado quadro de formação de recursos humanos.

Igualmente, a equipe de colaboradores do projeto tem uma boa trajetória acadêmica e profissional, todos eles com ligação direta à área de pesquisa, ao seu tema e-ou à população indígena junto a qual ele será desenvolvido.

O projeto apresentado pelo solicitante tem consistência teórica, visitando e discutindo com pertinência autores de sua área de pesquisa. Além disso, possui objetivos claros e muito bem descritos, discute suficientemente sobre sua metodologia e preocupações éticas em relação aos seus interlocutores indígenas, justificando sua execução e apontando para um estudo colaborativo com os Kaingang. Por fim, o projeto de pesquisa do solicitante tem apoio institucional.

Por estes motivos, sou favorável à entrada de sua equipe neste território indígena."

PARECER 02 SAÚDE COLETIVA:

"Parecer com as considerações sobre

i.Relevância do tema

Considero o projeto de grande relevância porque foca em uma população vulnerável, especificamente a indígena, em uma área geográfica pouco explorada para essa temática, o Sul do Brasil. A relevância é destacada pela necessidade urgente de estudos focados na questão da saúde bucal da população indígena, um tema ainda incipiente de estudos no contexto brasileiro.

ii.Objeto

A importância de uma pesquisa que tem como objeto a saúde da população indígena é multifacetada, tanto do ponto de vista científico quanto social. Importante reforçar a ideia de que pesquisas sobre a saúde indígena fornecem dados essenciais para a formulação de políticas públicas eficazes. Esses dados ajudam os governos e as organizações de saúde a entender as necessidades específicas das comunidades indígenas e a alocar recursos de maneira mais eficaz e direcionada.

iv. Metodologia

O projeto apresenta uma metodologia com grande detalhamento dos desfechos e seus respectivos instrumentos de aferição. Cada desfecho em saúde bucal é claramente especificado, explicando sua relevância para o estudo e sua relação com a hipótese principal. Os instrumentos de aferição são descritos minuciosamente, incluindo questionários padronizados, escalas de avaliação e dispositivos de medição tecnológica.

Informações sobre validade, confiabilidade e procedimentos de coleta de dados são fornecidas, assegurando a precisão e a padronização das técnicas utilizadas.

Entretanto, apesar do elevado detalhamento nos desfechos e instrumentos, a metodologia permanece com uma descrição muito incipiente das técnicas aplicadas na análise dos dados. Embora a análise exploratória e bivariada contenha informações pertinentes, a modelagem estatística carece de detalhes essenciais. Faltam informações sobre os critérios de qualidade de ajuste do modelo, como o uso de métricas específicas para avaliar o quão bem o modelo se ajusta aos dados observados. A verificação da acurácia global do modelo estatístico, que envolve a avaliação de quão bem o modelo prediz novos dados ou casos, também não é adequadamente abordada.

Além disso, ainda não são fornecidos detalhes sobre a seleção e validação dos modelos estatísticos. A escolha dos métodos estatísticos específicos e a justificativa para sua utilização não estão claras, o que pode comprometer a interpretação e a replicabilidade dos resultados. Informações sobre procedimentos como validação cruzada, análise de resíduos, testes de significância e outros métodos para garantir a robustez do modelo são essenciais para assegurar a confiabilidade dos achados. Para melhorar a robustez e a transparência do estudo, é necessário incluir uma descrição detalhada das técnicas estatísticas aplicadas, explicando os critérios de qualidade de ajuste, métodos de verificação da acurácia e justificativas para a seleção dos modelos. Isso garantirá uma análise mais completa e confiável, fortalecendo a validade dos resultados obtidos.

v. Contribuições da proposta para o avanço da área

A escolha do Sul do Brasil como cenário de pesquisa acrescenta uma dimensão relativamente inédita ao projeto. Essa região é tradicionalmente menos estudada em comparação com outras áreas do país, onde a presença indígena é mais visível e, conseqüentemente, mais pesquisada. No Sul, as comunidades indígenas enfrentam desafios únicos relacionados à assimilação cultural, perda de terras e invisibilidade social, que raramente são devidamente documentados e analisados. Adicionalmente, é importante ressaltar que mesmo as pesquisas e inquéritos nacionais realizados exclusivamente em populações indígenas raramente focam especificamente nas questões de saúde bucal, o que faz com que a proposta, por si só, seja relevante.

vi. Experiência e mérito acadêmico do coordenador e equipe

O coordenador possui 10 anos de doutoramento, podendo ser classificado na categoria sênior. Sua qualificação é na área da saúde pública, tendo originalmente trabalhado com consumo e adesão medicamentosa (mestrado) e substância psicoativas (doutorado). Em

que pese a vasta literatura produzida pelo coordenador, não há experiência progressiva com o trabalho em indígenas. Em sua equipe há mestres e doutores, em sua maioria com experiência semelhante ao coordenador. Ressalto, contudo, que a equipe tem experiência com coleta de dados primários, e com análise de estudos epidemiológicos, o que está alinhado à proposta apresentada. Considero, por tanto, perfil adequado ao projeto.

vii. Aspectos éticos

O projeto anterior foi recusado pela CONEP, pelo entendimento de que se tratava de projeto guarda-chuva, o que não é permitido pelas resoluções éticas. Após reformulação, o projeto alterou seu escopo, e focou na questão da saúde bucal. Embora o projeto tenha sido apresentado às lideranças locais para aprovação, deve ser submetido novamente à Plataforma Brasil para a apreciação pelo CEP. Importante reconhecer que a aprovação do projeto é um requisito para o pleito; e que, via de regra, projetos que tratam de população vulnerável costumam demandar apreciação pela CONEP. Dito isso, considero que é condição determinante para implementação do

projeto o termo de aprovação pelo Comitê de Ética.

16/09/2024, 09:13

SEI/CNPq - 2155465 - Ofício

Avaliação global (excelente/bom/regular/fraco)

Houve um avanço significativo desde a versão anterior, tornando o projeto mais exequível, considerando o cronograma e o orçamento proposto. Reforço que o projeto é relevante do ponto de vista da população alvo, e ainda oportuno, considerando a expertise do grupo com relação à pesquisa epidemiológica de campo. Em se tratando do orçamento proposto, o valor demandado é considerado baixo para a pretensão do grupo. Dito isso, acredito que a aprovação do projeto é uma aposta na eficiência do grupo. Por se tratar de um baixo valor, e arcado por meios próprios, creio que o deferimento é válido. Entretanto, aspectos importantes relativos à execução financeira precisam ser esclarecidos: por exemplo, a avaliação da qualidade da água. Segundo o proponente, ela será realizada pela própria instituição. Não há, contudo, referência ao orçamento interno da instituição aprovado para esta finalidade. Ainda, há referência à utilização de um pacote estatístico para as análises, que não é gratuito. Não há menção sobre a aquisição da licença, ou se o proponente já a possui. São questões centrais para que a execução do projeto seja possível, e precisam constar no projeto. Como avaliação global, portanto, classifico-a como boa.

Parecer final (favorável ou desfavorável).

FAVORÁVEL, carecendo dos ajustes mencionados."

Salientamos que, de acordo com a Portaria CNPq Nº 941 de 11 de Julho de 2022, de forma a regulamentar os pedidos de análise de mérito científico de projetos de pesquisa a serem desenvolvidos em área indígenas:

Art. 5º Os processos serão instruídos pela coordenação técnica designada, que deverá submeter o pedido à análise de mérito científico de pelo menos um consultor **ad hoc** da área selecionada pelo proponente e de pelo menos um consultor **ad hoc** da área de Antropologia.

Parágrafo único. O parecer do(s) consultor(es) da área de Antropologia serão determinantes para encaminhamento do parecer favorável ou desfavorável à FUNAI.

Atenciosamente,

Guilherme Galvarros Bueno Lobo Ribeiro

Coordenador dos Programas de Pesquisa em Ciências da Saúde - COSAU/CGSAB/DCTI



Documento assinado eletronicamente por **GUILHERME GALVARROS BUENO LOBO RIBEIRO**, Coordenador dos Programas de Pesquisa em Ciências da Saúde - PO 97/2022, em 13/09/2024, às 09:58, conforme o art. 6º do Decreto nº 8.539, de 08 de outubro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.cnpq.br/verifica.html> informando o código verificador **2155465** e o código CRC **86A3FD72**.

Em caso de resposta, utilizar este número de referência -
01300.007736/2024-72

2155465

Anexo V – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DETERMINANTES SOCIAIS E AMBIENTAIS DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA KAINGANG DO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ

Pesquisador: EDMARLON GIROTTO

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 1

CAAE: 82610824.1.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Ciências Farmacêuticas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.082.459

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas abaixo foram extraídas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2405737.pdf

Resumo:

Introdução: O conhecimento sobre a saúde bucal da população indígena brasileira é limitado devido à escassez de estudos científicos, censos e inquéritos epidemiológicos dedicados a esse tema. Há uma visão predominante de que os efeitos decorrentes do contato, especialmente no tocante aos padrões alimentares e à introdução de alimentos industrializados e açúcar refinado, causaram consequências prejudiciais para a saúde bucal

das populações indígenas. Os estudos epidemiológicos iniciais sobre a saúde bucal das comunidades indígenas no Brasil datam da década de 1950. Desde então, as pesquisas científicas revelaram variações epidemiológicas nas condições bucais entre esses povos, decorrentes de determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais intrinsecamente complexos e específicos para cada etnia indígena. Diversos estudiosos destacam a importância de promover pesquisas na área de saúde bucal indígena.

Justificativa: Dada a limitada compreensão sobre a saúde bucal de indígenas brasileiros, e a partir do interesse de se conhecer as condições de saúde bucal da população indígena da etnia Kaingang e os fatores associados que exercem influência na saúde bucal, o estudo se justifica. Trata-se de estudo baseline, uma vez que não foram encontrados na literatura estudos semelhantes entre

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

Continuação do Parecer: 7.082.459

indígenas do estado do Paraná. A escolha da etnia Kaingang é justificada por sua representatividade demográfica e predominância no estado do Paraná. Essa proposta sustenta-se a partir das recomendações do Ministério da Saúde sobre a importância da realização de levantamentos epidemiológicos, com forma de subsidiar o planejamento das atividades de saúde bucal na atenção primária. Objetivo: Conhecer as condições de saúde bucal da população indígena Kaingang da aldeia Apucarantina do norte do Paraná e os fatores sociais e ambientais potencialmente envolvidos com o processo de saúde-doença bucal. Métodos: Trata-se de estudo epidemiológico de corte transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa envolvendo um estrato da população indígena da Terra Indígena Apucarantina. O estudo das condições de saúde bucal e fatores associados irá incluir a aldeia Apucarantina com um total de 377 indígenas, realizado conforme

recomendações da OMS por equipe treinada e calibrada. As informações sobre as condições socioeconômicas, consumo de alimentos, condições sanitárias e acesso à água serão obtidas por entrevista individual semiestruturada. Serão conduzidas análises descritivas e multivariadas com os dados quantitativos coletados. Em seguida, serão realizadas as análises inferenciais utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson e teste exato de

Fisher, considerando um nível de significância de 5%. Aspectos éticos: O projeto será submetido, primeiramente, ao Conselho Local de Saúde Indígena da aldeia para ser autorizada a realização da pesquisa. Uma vez aprovado, será encaminhado ao DSEI Litoral Sul, conforme estabelecido na Nota Técnica n. 16/2020 DASI/SESAI/MS. O projeto atenderá as Resoluções nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto será submetido ao CNPq, para parecer de mérito, à FUNAI para autorização de ingresso em território indígena, ao CEP da UEL, bem como à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. O TCLE será apresentado no momento da realização da avaliação clínica/entrevista para

cada participante.

Critério de Inclusão:

O estudo irá incluir a população indígena Kaingang da aldeia Apucarantina, a maior aldeia da TI Apucarantina, cuja população cadastrada no SIASI, nas idades-índice e nas faixas etárias a ser avaliada, corresponde a um total de 377 indígenas. Esse estudo terá a característica censitária, ou seja, pretende-se avaliar todos os indivíduos das respectivas idades-índice e faixas etárias.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos aqueles que estiverem ausentes da comunidade durante o período de coleta

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: oep268@uel.br

Continuação do Parecer: 7.062.459

de dados, privados de liberdade por decisão judicial ou hospitalizados.

Objetivo da Pesquisa:

As informações elencadas abaixo foram extraídas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2405737.pdf

Objetivo Primário:

- Analisar as condições de saúde bucal da população indígena Kaingang da Terra Indígena Apucarantina do norte do Paraná e os fatores sociais e ambientais potencialmente associados com o processo de saúde-doença.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os aspectos socioeconômicos e demográficos dos indígenas Kaingang; - Estimar a prevalência e a gravidade da cárie dentária e da fluorose dentária em indígenas Kaingang; - Estimar a prevalência, extensão e gravidade da doença periodontal em indígenas Kaingang; - Estimar a prevalência do traumatismo dentário em indígenas Kaingang; - Analisar a concentração de fluoreto (F-) na água consumida por indígenas Kaingang; - Compreender a utilização e o acesso aos serviços odontológicos e aos materiais de higiene bucal, a autopercepção, bem como as práticas de autocuidado em indígenas Kaingang; - Conhecer o de impacto da saúde bucal na qualidade de vida da população indígena; - Investigar a associação entre fatores socioambientais e a ocorrência de cárie dentária em indígenas Kaingang; - Investigar a associação entre fatores socioambientais e a ocorrência de doença periodontal em indígenas Kaingang; - Investigar a associação entre a prevalência de cárie dentária e a autopercepção em saúde bucal em indígenas Kaingang.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações elencadas abaixo foram extraídas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2405737.pdf

Riscos:

Os procedimentos para a coleta de dados oferecem riscos mínimos 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. No caso das entrevistas aos participantes, o maior incômodo é o tempo para responder todas as questões. Os exames e entrevistas serão realizados na própria aldeia por profissionais treinados e capacitados para isso. Ainda assim, caso se identifique algum tipo de problema ao participante, o mesmo será prontamente atendimento pela equipe de pesquisa. Não obstante, reconhecendo os desafios

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário
 UF: PR Município: LONDRINA CEP: 86.057-970
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: oep268@uel.br

Continuação do Parecer: 7.082.459

inerentes a estudos com seres humanos, especialmente com populações indígenas, esse projeto prevê um planejamento cuidadoso para garantir a realização das atividades. As questões éticas e culturais serão abordadas com sensibilidade para garantir o respeito às tradições e à privacidade das comunidades. A equipe será capacitada para atuar em contexto intercultural.

Benefícios:

Este estudo tem o potencial de preencher uma lacuna importante na literatura, com geração de dados relevantes sobre a saúde dos Kaingang do PR, e promover uma abordagem transdisciplinar, de modo a contribuir para produção e disseminação de conhecimento científico a respeito da saúde de populações vulneráveis. Os resultados esperados incluem: (i) estimar as prevalências das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal),

o que permitirá identificar áreas de maior necessidade de intervenção odontológica e de promoção de saúde bucal; (ii) caracterizar o perfil socioeconômico e as condições sanitárias, o que fornecerá uma visão ampliada de parte dos determinantes relacionados a essas populações; (iii) avaliar o padrão alimentar, o que contribuirá para a compreensão das influências dietéticas nas condições bucais e (iv) identificar associações entre

as condições bucais, fatores determinantes socioambientais e a autopercepção em saúde bucal. Ademais, este projeto tem aplicabilidade direta e relevante para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), integrante do SUS. Os resultados poderão contribuir para o aprimoramento de políticas de saúde bucal voltadas a comunidades indígenas, alinhando-se aos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Ao fornecer informações detalhadas acerca da prevalência de diferentes condições bucais, identificar fatores sociais e ambientais potencialmente associados ao processo saúde-doença bucal, esta pesquisa permitirá que o SASI-SUS possa desenvolver estratégias no campo da atenção primária à saúde mais eficazes, específicas e compatíveis com as necessidades das populações indígenas, especialmente da população indígena Kaingang. Aqui se

incluem: alocação de recursos apropriados, expansão de programas de prevenção e promoção da saúde bucal, bem como o desenvolvimento de ações educativas culturalmente sensíveis. Ainda, a pesquisa poderá contribuir para fortalecer a capacidade do SUS de fornecer cuidados de saúde bucal de qualidade e promover a equidade no acesso aos serviços de saúde, beneficiando as comunidades indígenas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto ora apresentado (Projeto detalhado, está com característica de institucional docente),

Endereço: LABESC - Sala 14	CEP: 86.057-970
Bairro: Campus Universitário	
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep268@uel.br

Continuação do Parecer: 7.062.459

mas nos documentos TCLE e TALE e no PB_informações Básicas, item Outras informações, justificativas ou considerações a critério do pesquisador) está com nome do estudante de doutorado André Luiz Martins.

Trata-se de parte de um projeto que havia sido submetido anteriormente como projeto guarda-chuva e sido aprovado pelo CEP-UEL e não aprovado pela CONEP por tratar-se de um projeto guarda-chuva. Portanto, por solicitação da CONEP, o pesquisador desmembrou em mais de uma projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou folha de rosto adequadamente preenchida e assinada.

Apresentou anuência do Cacique Geral.

Apresentou declaração de concordância da Enfermeira responsável pelo UBS Indígena

Apresentou TCLEs e TALE de acordo com a resolução.

A coleta de dados está prevista para 01/01/2025.

Apresentou orçamento de R\$ 8.575,00 com financiamento próprio.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicita-se esclarecimentos da seguinte pendência:

PENDÊNCIA 01) Incluir o nome do pesquisador Edmarlon Giroto nos documentos como TCLE, TALE e apresentar um termo de sigilo e confidencialidade assinado por ele.

PENDÊNCIA 02) Descrever e detalhar como será realizada a análise de saúde bucal, por qual profissional e o material utilizado e ambiente.

PENDÊNCIA 03) No TCLE está descrito que : Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será devidamente encaminhado à unidade de saúde da aldeia, onde será atendida(o), tendo direito a qualquer procedimento que seja ofertado pelo serviço. De acordo com as resoluções CNS não é permitido onerar o serviço público de saúde decorrente da pesquisa.

PENDÊNCIA 04) Nos documentos da pesquisa o termo voluntário de pesquisa é utilizado, solicitamos a substituição do termo por participante de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam atendidas as pendências elencadas e informamos que novas pendências poderão ser geradas após reanálise dos documentos a serem ressubmetidos.

Solicitamos, ainda, que a pesquisadora:

a) Elabore ofício de resposta às pendências emitidas pelo CEP-UEL, descrevendo quais

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

Continuação do Parecer: 7.082.459

alterações foram realizadas e suas justificativas, conforme modelo: https://www.uel.br/comites/cepesh/pages/arquivos/Modelo_de_carta_resposta.pdf
b) Destaque as alterações realizadas nos documentos para que elas sejam mais facilmente identificadas pelo CEP.

Diante do exposto, o CEP-UEL, de acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466 de 2012, CNS nº 510 de 2016 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela pendência do projeto de pesquisa. Pedimos que seja(m) atendida(s) a(s) pendência(s) apresentada(s). Reforçamos que o atendimento seja feito em tempo que não comprometa o cronograma de início da pesquisa, tendo em vista que o CEP não pode avaliar projetos de pesquisa já iniciados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2405737.pdf	26/08/2024 08:35:09		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoProjetoIndigenaEdmarlon_asinado.pdf	26/08/2024 08:34:50	EDMARLON GIOTTO	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CONEP_6990092.pdf	23/08/2024 10:53:23	EDMARLON GIOTTO	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_6936716.pdf	23/08/2024 10:53:14	EDMARLON GIOTTO	Aceito
Outros	Declaracao_Coordenadora_Equipe_Sau de.pdf	23/08/2024 10:46:33	EDMARLON GIOTTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termos_Anuencia.pdf	23/08/2024 10:45:34	EDMARLON GIOTTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Assentimento_Livre_Esclarecido.pdf	23/08/2024 10:45:10	EDMARLON GIOTTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLs.pdf	23/08/2024 10:44:58	EDMARLON GIOTTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.pdf	23/08/2024 10:44:50	EDMARLON GIOTTO	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.082.459

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

LONDRINA, 17 de Setembro de 2024

Assinado por:

Karina Elaine de Souza Silva
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

Anexo VI – Parecer de Consubstanciado da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DETERMINANTES SOCIAIS E AMBIENTAIS DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUÇAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA KAINGANG DO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ

Pesquisador: EDMARLON GIROTTO

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 3

CAAE: 82610824.1.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Ciências Farmacêuticas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.268.935

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2405737.pdf, de 31/10/2024).

INTRODUÇÃO

O conhecimento e a identificação da população indígena de um país são fundamentais para orientar e avaliar as políticas públicas para esses povos. No mundo existem mais de 350 milhões de indígenas, em mais de 70 países, com mais de 5 mil línguas e culturas. A América Latina e o Caribe contam com uma população indígena em torno de 45 a 48 milhões em mais de 400 diferentes grupos indígenas (Stephens et al., 2006). No Brasil, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, 1.693.535 pessoas se autodeclararam indígenas, oriundas de mais de 300 grupos indígenas diferentes, moradores urbanos e rurais, distribuídas em 86,7% dos municípios do país, o que representa cerca de 0,83% do total da população brasileira (Brasil, 2023). A Constituição Federal (CF) de 1988 reconhece sua identidade cultural própria e diferenciada (organização social, costumes, línguas, crenças e tradições), cabendo ao Estado zelar e garantir seus direitos. O direito à saúde da população indígena tem capítulo apartado na Lei 8.080/90 (Brasil, 1990), e é garantido por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) - integrante do Sistema

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

Único de Saúde (SUS) - cuja responsabilidade institucional é do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Indígena (SESAI). A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), publicada em 2002, enunciou os caminhos de atuação dos

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e unidades descentralizadas da SESAI - como responsáveis pela execução das ações de saúde no âmbito do SASI-SUS. De acordo com o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), atualmente, a SESAI, por meio dos 34 DSEI atende cerca de 762 mil indígenas aldeados (Brasil, 2002, 2023). O DSEI Litoral Sul, por sua vez, atende uma população de 23.376 indígenas residentes em aldeias indígenas dos estados do Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro. No estado do Paraná, especificamente, são 18.702 indígenas, predominantemente das etnias Guarani e Kaingang, dos quais 4.402 (23,5%) são moradores de aldeias indígenas da abrangência do polo base de Londrina, norte do estado do Paraná, sendo que, desse grupo, 80,3% dos residentes são indígenas da etnia Kaingang (Brasil, 2022). No norte do Paraná, a Terra Indígena (TI) que concentra o maior contingente populacional e o maior território é a TI Apucarantina, localizada no município de Tamarana-PR. Nessa TI existem quatro aldeias indígenas: Apucarantina (n=1.217 indígenas), Água Branca (n=588), Barreiro (n=101) e Serrinha (n=21), cuja população total é de 1.927 indígenas, sendo 98% (n=1.888) da etnia Kaingang (Brasil, 2022). Os povos indígenas no Brasil enfrentam uma variedade de desafios, incluindo pressões sociais, ameaças e vulnerabilidades. A expansão das atividades econômicas, que abrange a exploração de recursos naturais, empregos temporários e projetos de desenvolvimento, não apenas coloca em perigo o meio ambiente de suas terras, mas também ameaça seus conhecimentos, sistemas econômicos e estruturas sociais. Nas regiões onde a interação com a população local é mais intensa, surgem problemas de saúde adicionais, tais como hipertensão, diabetes, câncer, alcoolismo, depressão e suicídio, os quais são atribuídos às alterações no estilo de vida e nos padrões alimentares decorrentes dessas mudanças socioeconômicas (Brasil, 2002). No âmbito da saúde bucal, a situação segue um padrão semelhante, pois a percepção predominante é de que os efeitos decorrentes da interação, especialmente no que diz respeito aos padrões alimentares influenciados pela introdução de alimentos industrializados e açúcar refinado, têm causado impactos negativos na saúde bucal das comunidades indígenas (Arantes, 2005b). A implementação, pelo Estado brasileiro, de um programa de saúde bucal voltado para a população indígena somente se iniciou, ainda que de forma incipiente, a partir da criação do SASI-SUS, em 1999, cujas diretrizes para atenção à saúde bucal foram instituídas em 2007 (Brasil, 2007). Não obstante, somente após a implantação do Programa Brasil Sorridente Indígena, pelo Ministério da Saúde

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

(MS), no ano de 2011, que a oferta, a estrutura e a organização das ações de saúde bucal dirigidas aos povos indígenas foram fortalecidas (Brasil, 2011). Dados publicados pela SESAI, em 2019, revelaram que a média da cobertura de primeira consulta odontológica programática nacional indígena, indicador que reflete o acesso da população aos serviços de saúde bucal, registrada em 2015 e 2017 foi de, 16,5% e 29,15%, respectivamente. Em outras palavras, os dados revelaram que 29,15% da população indígena realizou ao menos uma consulta odontológica em 2017. No entanto, os dados sugerem a existência de grande heterogeneidade na cobertura de primeira consulta entre os DSEI, sendo que, no geral, a maioria dos DSEI (n=28) apresentou aumento nas coberturas entre 2015 e 2017 (Brasil, 2019). A saúde bucal da população indígena brasileira ainda é muito pouco conhecida, em função da carência de estudos científicos, censos e inquéritos epidemiológicos. (Coimbra Júnior et al., 2002; Arantes, 2005b). Os serviços de saúde bucal indígena, por outro lado, oferecem informações epidemiológicas a partir do módulo de saúde bucal do SIASI, no entanto, as informações não são coletadas seguindo o rigor metodológico de um inquérito epidemiológico em saúde bucal. Os primeiros estudos epidemiológicos sobre as condições de saúde bucal de povos indígenas no Brasil se iniciaram na década de 1950 (Nell et al., 1964). Desde então, os estudos científicos demonstraram variações epidemiológicas nas condições de saúde bucal entre povos indígenas, que resultam de determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais extremamente complexos e particulares a cada etnia indígena (Arantes, 2005b). Inúmeros autores apontam para a necessidade de se fomentar pesquisas em saúde bucal dos povos indígenas (Coimbra Júnior et al., 2002; Arantes, 2005a; Arantes, 2005b; Alves Filho; Santos; Vettore, 2009), a fim de aprofundar o conhecimento sobre os múltiplos fatores condicionantes e determinantes das doenças e agravos bucais que os afetam e para gerar subsídios para o planejamento e organização dos serviços de saúde bucal (Arantes, 2005a; Alves Filho; Santos; Vettore, 2009; Alves Filho; Ribeiro, 2005).

HIPÓTESE

As indagações centrais que orientam a presente pesquisa em são as seguintes: Quais as condições de saúde bucal da população indígena da etnia Kaingang da aldeia Apucarantina, a maior e mais populosa aldeia do norte do Paraná? Em que medida os fatores sociais e ambientais exercem influência sobre a saúde bucal dessa população indígena?

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

METODOLOGIA

Pretende-se realizar um estudo epidemiológico de corte transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa envolvendo a população indígena da TI Apucarantina, localizada no município de Tamarana-PR, que faz parte do polo base de Londrina, pertencente ao DSEI Litoral Sul. A TI Apucarantina possui uma equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) que realiza a atenção integral à saúde da população indígena em toda área de abrangência incluindo as quatro aldeias, por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos. Para estudos epidemiológicos em saúde bucal, a OMS recomenda a estratificação da população a ser estudada em idades índice e faixas etárias (World Health Organization, 2013), assim como ocorre nos inquéritos epidemiológicos nacionais e internacionais, com o objetivo de se verificar a ocorrência de doenças bucais ao longo da vida, a começar pela dentição decídua aos 5 anos (Brasil, 2020). Os dados serão coletados por meio de entrevista e exame bucal, utilizando-se um dispositivo eletrônico (tablet ou celular) para a entrada dos dados (instrumento eletrônico). Cada equipe de coleta será composta por um examinador e um digitador/annotador. Nesse sentido, os instrumentos de coleta de dados em papel serão utilizados apenas em situações excepcionais. O exame intrabucal bucal será realizado conforme recomendações da OMS por equipe treinada e calibrada. As informações sobre as condições socioeconômicas, consumo de alimentos, condições sanitárias, acesso à

água serão obtidas por entrevista individual semiestruturada. Para a realização dos exames bucais será feita uma atividade de calibração dos examinadores com o propósito de garantir uma interpretação, compreensão e aplicação consistentes dos critérios de diagnóstico para as doenças e condições a serem observadas e registradas. Com o intuito de reduzir variações na avaliação entre os diversos examinadores, será conduzida uma calibração intra e interexaminador. O objetivo é que, ao adotar os mesmos critérios padronizados nas observações das condições examinadas, seja possível interpretar esses critérios de maneira uniforme e tomar decisões de forma consistente, tanto entre examinadores quanto ao longo do tempo. Os examinadores deverão empregar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) durante os exames, e todos os instrumentos, incluindo espelhos bucais e sondas periodontais, os quais devem passar por esterilização prévia em autoclave. A equipe utilizará materiais apropriados para o acondicionamento dos instrumentos utilizados no exame clínico e para o descarte do lixo. Previamente, será realizado o teste piloto com seis indígenas Kaingang com idade igual ou superior a 45 anos de outra terra indígena, que sejam pertencentes ao Polo Base de Londrina, com a finalidade de determinar se os instrumentos atendem aos objetivos propostos na

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

pesquisa e ainda serem capazes de reproduzir informações esperadas. Esse pré-teste é um importante instrumento para calibrar o método, e também o pesquisador, para o momento da pesquisa definitiva (Zaccaron; Dely; Xhafaj, 2018). As enfermidades e complicações relacionadas à saúde bucal apresentam peculiaridades, uma vez que sua unidade de observação e análise abrange elementos dentários, arcos dentários e tecidos de proteção e suporte dos dentes. Isso demanda a utilização de índices epidemiológicos específicos, indo além da simples avaliação da prevalência da condição com base no diagnóstico da presença de doenças. A avaliação da saúde bucal (Apêndice I e Ficha clínica individual) será feita por meio de exame clínico, sob luz natural, podendo sofrer algumas adequações em função da realidade indígena, porém em estrita consonância com as recomendações preconizadas pela OMS na 5ª edição do Oral Health Surveys: basic methods, especialmente no que se refere aos critérios de diagnóstico, aos índices utilizados, bem como em relação às idades e faixas etárias.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O estudo irá incluir a população indígena Kaingang da aldeia Apucarantina, a maior aldeia da TI Apucarantina, cuja população cadastrada no SIASI, nas idades-índice e nas faixas etárias a ser avaliada, corresponde a um total de 377 indígenas. Esse estudo terá a característica censitária, ou seja, pretende-se avaliar todos os indivíduos das respectivas idades-índice e faixas etárias.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos aqueles que estiverem ausentes da comunidade durante o período de coleta de dados, privados de liberdade por decisão judicial ou hospitalizados.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

- Analisar as condições de saúde bucal da população indígena Kaingang da Terra Indígena Apucarantina do norte do Paraná e os fatores sociais e ambientais potencialmente associados com o processo de saúde-doença.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Caracterizar os aspectos socioeconômicos e demográficos dos indígenas Kaingang;
- Estimar a prevalência e a gravidade da cárie dentária e da fluorose dentária em indígenas Kaingang;

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conepe@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

- Estimar a prevalência, extensão e gravidade da doença periodontal em indígenas Kaingang;
- Estimar a prevalência do traumatismo dentário em indígenas Kaingang;
- Analisar a concentração de fluoreto (F-) na água consumida por indígenas Kaingang;
- Compreender a utilização e o acesso aos serviços odontológicos e aos materiais de higiene bucal, a autopercepção, bem como as práticas de autocuidado em indígenas Kaingang;
- Conhecer o de impacto da saúde bucal na qualidade de vida da população indígena;
- Investigar a associação entre fatores socioambientais e a ocorrência de cárie dentária em indígenas Kaingang;
- Investigar a associação entre fatores socioambientais e a ocorrência de doença periodontal em indígenas Kaingang;
- Investigar a associação entre a prevalência de cárie dentária e a autopercepção em saúde bucal em indígenas Kaingang.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Os procedimentos para a coleta de dados oferecem riscos mínimos 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. No caso das entrevistas aos participantes, o maior incômodo é o tempo para responder todas as questões. Os exames e entrevistas serão realizados na própria aldeia por profissionais treinados e capacitados para isso. Ainda assim, caso se identifique algum tipo de problema ao participante, o mesmo será prontamente atendido pela equipe de pesquisa. Não obstante, reconhecendo os desafios inerentes a estudos com seres humanos, especialmente com populações indígenas, esse projeto prevê um planejamento cuidadoso para garantir a realização das atividades. As questões éticas e culturais serão abordadas com sensibilidade para garantir o respeito às tradições e à privacidade das comunidades. A equipe será capacitada para atuar em contexto intercultural.

BENEFÍCIOS

Este estudo tem o potencial de preencher uma lacuna importante na literatura, com geração de dados relevantes sobre a saúde dos Kaingang do PR, e promover uma abordagem transdisciplinar, de modo a contribuir para produção e disseminação de conhecimento científico a respeito da saúde de populações vulneráveis. Os resultados esperados incluem: (i) estimar as prevalências das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal),

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

o que permitirá identificar áreas de maior necessidade de intervenção odontológica e de promoção de saúde bucal; (ii) caracterizar o perfil socioeconômico e as condições sanitárias, o que fornecerá uma visão ampliada de parte dos determinantes relacionados a essas populações; (iii) avaliar o padrão alimentar, o que contribuirá para a compreensão das influências dietéticas nas condições bucais e (iv) identificar associações entre

as condições bucais, fatores determinantes socioambientais e a autopercepção em saúde bucal. Ademais, este projeto tem aplicabilidade direta e relevante para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), integrante do SUS. Os resultados poderão contribuir para o aprimoramento de políticas de saúde bucal voltadas a comunidades indígenas, alinhando-se aos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Ao fornecer informações detalhadas acerca da prevalência de diferentes condições bucais, identificar fatores sociais e ambientais potencialmente associados ao processo saúde-doença bucal, esta pesquisa permitirá que o SASI-SUS possa desenvolver estratégias no campo da atenção primária à saúde mais eficazes, específicas e compatíveis com as necessidades das populações indígenas, especialmente da população indígena Kaingang. Aqui se incluem: alocação de recursos apropriados, expansão de programas de prevenção e promoção da saúde bucal, bem como o desenvolvimento de ações educativas culturalmente sensíveis. Ainda, a pesquisa poderá contribuir para fortalecer a capacidade do SUS de fornecer cuidados de saúde bucal de qualidade e promover a equidade no acesso aos serviços de saúde, beneficiando as comunidades indígenas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional e unicêntrico, prospectivo, não randomizado, epidemiológico de corte transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa.

Caráter acadêmico: inserido no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

Patrocinador: Financiamento Próprio, com gastos previstos de R\$ 8.575,00.

Previsão de início do estudo: 01/11/2024.

Previsão de encerramento do estudo: 31/08/2026.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise de resposta ao parecer (pendente) nº 7.170.943 (PROTOCOLO ORIGINAL), emitido pela Conep em 25/10/2024.

1. Quanto ao Projeto Detalhado, arquivo "PROJETO_FINAL_CORRIGIDO.pdf", submetido na Plataforma Brasil em 18/09/2024:

1.1. Na página 2 de 83, item "Resumo", lê-se: "Trata-se de estudo epidemiológico de corte transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa envolvendo um estrato da população indígena da Terra Indígena Apucarantina." Quanto às autorizações, declarações e termos necessários, como a pesquisa prevê entrada em terra indígena, solicita-se a autorização da Presidência da Funai, conforme estabelecem a legislação brasileira e a Instrução Normativa no 001/PRESI/1995 " Funai, ou a declaração do pesquisador de que esta autorização será obtida antes do início da pesquisa.

RESPOSTA: Informa-se que o presente projeto obteve parecer favorável do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o qual o encaminhou por meio do Ofício n. 22628/2024/COSAU/CGSAB/DCTI, em 13/09/2024, à Presidência da FUNAI para análise e providências. Sendo assim, foi elaborada uma DECLARAÇÃO, assinada pelo pesquisador responsável, que a presente pesquisa somente será iniciada após autorização da Presidência da FUNAI, conforme estabelecem a legislação brasileira e a Instrução normativa n. 001/PRESI/1995. A presente DECLARAÇÃO foi inserida no projeto " Apêndice XII.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2. Na página 30 de 69 lê-se: "Os procedimentos para a coleta de dados oferecem RISCOS MÍNIMOS 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." (destaque nosso). O item II.22 da Resolução CNS nº 466 de 2012 define como risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente. Solicita-se retirar a expressão "riscos mínimos" em todos os trechos e documentos onde consta neste protocolo, porque os riscos aos quais os participantes estarão sujeitos devem ser objetivamente descritos, e não, adjetivados.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

RESPOSTA: Foram retiradas todas as expressões "riscos mínimos" de todos os trechos e documentos desse projeto de pesquisa, mantendo-se o termo "riscos à saúde", devidamente descritos e não adjetivados.
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.3. Solicita-se apresentar critérios de inclusão e exclusão do estudo, bem como um plano de recrutamento dos participantes, conforme previsto pela Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, itens 3.4.1.8 e 3.4.1.11.
RESPOSTA: No item MÉTODOS do projeto de pesquisa " subtópico 5.1 - Tipo e População de Estudo -, foram incluídos os critérios de inclusão e exclusão do estudo, bem como o plano de recrutamento dos participantes, conforme previsto pela Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, itens 3.4.1.8 e 3.4.1.11. Nesse sentido, o conteúdo fora readequado para atender a normativa vigente, restando descrito da seguinte forma:

"Nesse sentido, como critérios de inclusão, pretende-se avaliar todos os indivíduos das idades de 5 e 12 anos, e das faixas etárias de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos " estratificação recomendada pela OMS para estudos epidemiológicos em saúde bucal (World Health Organization, 2013) - da etnia Kaingang, moradores da aldeia Apucarantina, de ambos os sexos.

Serão excluídos aqueles que estiverem ausentes da comunidade durante o período de coleta de dados, privados de liberdade por decisão judicial ou hospitalizados.

O processo de recrutamento se iniciará a partir do contato formal com as lideranças da aldeia Apucarantina, incluindo o Cacique e o Conselho Local de Saúde Indígena, para apresentação do detalhamento da pesquisa. Será realizada, também, uma reunião comunitária para explicar os objetivos, a metodologia, os riscos e os potenciais benefícios da pesquisa para a comunidade, além dos direitos dos participantes.

Posteriormente, serão realizados encontros presenciais com grupos menores, acompanhados por tradutores linguísticos da própria comunidade, se necessário, para garantir a compreensão completa das informações. Pretende-se realizar esses encontros nos espaços de convivência coletiva " como escolas e centros comunitários " onde os potenciais participantes serão informados sobre os detalhes da pesquisa, riscos, benefícios, a voluntariedade da participação e o direito de se retirarem a qualquer momento. O convite para participar da pesquisa será realizado de forma individual, preservando a privacidade e a autonomia dos indivíduos".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-6877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

2. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Individual (Adulto) e Coletivo, arquivo "TCLEs.pdf", submetido na Plataforma Brasil em 18/09/2024:

2.1. O TCLE é o documento no qual o pesquisador comunica, ao possível participante ou responsável, como será a pesquisa para a qual está sendo convidado, fornecendo a ele todas as informações necessárias para decidir livremente se quer participar ou não. Diante do exposto, solicita-se que o TCLE seja redigido EM FORMA DE CONVITE, uma vez que se entende por processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o CONVIDADO a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV).

RESPOSTA: Foram realizados os ajustes solicitados no TCLE Individual (Adulto) e Coletivo. Os documentos foram adequados e redigidos em forma de CONVITE para que o convidado a participar da pesquisa possa se manifestar de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida, conforme Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2. No documento lê-se: "Nessa pesquisa faremos um exame em sua boca e, depois, vamos precisar que responda algumas perguntas.". Solicita-se incluir a garantia aos participantes do acesso aos resultados dos exames e o compromisso do pesquisador de divulgar os resultados da pesquisa em formato plenamente acessível e compreensível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 304 de 2004, item III.1).

RESPOSTA: Foi incluída no TCLE Adulto o seguinte parágrafo:

"É garantido aos participantes da pesquisa o acesso aos resultados dos exames, assim como o pesquisador se compromete a divulgar os resultados da pesquisa em formato plenamente acessível e compreensível".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3. No documento lê-se: "No caso das entrevistas, o maior incômodo é o tempo para responder todas as questões.". Para melhor informação dos participantes da pesquisa, solicita-se que seja estimado no TCLE o tempo dispensado para sua participação no estudo, conforme Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.4.1.8.

RESPOSTA: Foi incluída no TCLE Adulto e Coletivo, o tempo estimado de 15 minutos para

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

responder as questões de pesquisa na entrevista.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.4. No documento lê-se: "Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, o participante será devidamente orientado a buscar o serviço de saúde da aldeia para avaliação do problema.". Solicita-se garantir no TCLE que haverá encaminhamento clínico em serviço de referência para os participantes da pesquisa nos quais forem evidenciados quaisquer problemas identificados (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.c).

RESPOSTA: Foi incluída no TCLE Adulto e Coletivo, que os participantes nos quais forem evidenciados quaisquer problemas serão orientados e encaminhados ao serviço de saúde de referência da aldeia para avaliação do problema. Segue a nova redação do TCLE Coletivo:

"Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, o participante será devidamente orientado e encaminhado ao serviço de saúde de referência da aldeia para avaliação do problema".

Segue a nova redação do TCLE Adulto:

"Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será devidamente orientado e encaminhado ao serviço de saúde de referência da aldeia para avaliação do problema".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.5. No documento lê-se: "Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser consultadas no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP/UJEL.". Considerando que o estudo também envolve análise pela Conep, solicita-se inserir as formas de contato com esta comissão, a saber: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) - Endereço: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70750 -521, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 09h às 18h].

RESPOSTA: : Foram incluídas no TCLE Adulto e Coletivo as formas de contato da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) - Endereço: SRTVN - Via W 5 Norte " Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70750 -521, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 09h às 18h.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

2.6. Para melhor informar o participante da pesquisa, solicita-se que seja incluído no TCLE que todas as despesas tidas com a pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador responsável, isto é, o participante da pesquisa e seu acompanhante não arcarão com nenhum custo referente a procedimentos e/ou exames do estudo (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens II.11 e II.16).

RESPOSTA: Foi incluído no TCLE Coletivo o seguinte parágrafo:

"Todas as despesas tidas com a pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador responsável, isto é, o participante da pesquisa e seu acompanhante não arcarão com nenhum custo referente a procedimentos e/ou exames do estudo".

Foi incluído no TCLE Adulto o seguinte parágrafo:

"Todas as despesas tidas com a pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador responsável, isto é, você não arcará com nenhum custo referente a procedimentos e/ou exames do estudo".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.7. Solicita-se inserir no TCLE a explicitação acerca do direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.h).

RESPOSTA: Foi incluído no TCLE Coletivo o seguinte parágrafo:

"Os (as) participantes desta pesquisa têm o direito de buscar reparação por quaisquer danos, sejam eles físicos, morais ou materiais, que possam vir a ser causados pela participação na pesquisa. Caso ocorra algum prejuízo decorrente direta ou indiretamente da execução deste estudo, o(a) participante ou seu representante legal poderá requerer indenização por meio das vias legais cabíveis. A equipe responsável pela pesquisa compromete-se a prestar o devido suporte e a fornecer todas as informações necessárias para o exercício desse direito".

Foi incluído no TCLE Adulto o seguinte parágrafo:

"Você tem o direito de buscar reparação por quaisquer danos, sejam eles físicos, morais ou materiais, que possam vir a ser causados pela participação na pesquisa. Caso ocorra algum prejuízo decorrente direta ou indiretamente da execução deste estudo, você poderá requerer indenização por meio das vias legais cabíveis. A equipe responsável pela pesquisa compromete-se a prestar o devido suporte e a fornecer todas as informações necessárias para o exercício desse direito".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: cconep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

2.8. Solicita-se que conste no TCLE que todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador responsável/pessoa por ele delegada e pelo participante/responsável legal (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d).

RESPOSTA: Foi incluído no TCLE Coletivo e Adulto o seguinte parágrafo:

Todas as páginas desse Termo deverão ser rubricadas pelo pesquisador responsável/pessoa por ele delegada e pelo participante/responsável legal.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.9. Solicita-se garantir no TCLE que haverá concessão de tempo para o convidado a participar da pesquisa possa refletir, consultar familiares ou outras pessoas (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.1.c).

RESPOSTA: Foi incluído no TCLE Coletivo o seguinte parágrafo:

"Os(as) convidados(as) a participar desta pesquisa terão tempo suficiente para refletir sobre a decisão de participação, podendo consultar familiares ou outras pessoas de sua confiança antes de assinarem o presente documento".

Foi incluído no TCLE Adulto o seguinte parágrafo:

"Você terá tempo suficiente para refletir sobre a decisão de participação, podendo consultar familiares ou outras pessoas de sua confiança antes de assinar o presente documento".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.10. O TCLE não apresenta a numeração nas páginas. Com o objetivo de garantir a integridade do documento, solicita-se que sejam inseridos os números de cada página, bem como a quantidade total delas, como por exemplo: "1 de X" e assim sucessivamente.

RESPOSTA: Nos TCLE Coletivo e Adulto foram inseridos o número de cada página, bem como a quantidade total delas.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Responsável pelo menor de idade, arquivo "TCLEs.pdf", submetido na Plataforma Brasil em 18/09/2024:

3.1. No documento lê-se: "Nessa pesquisa faremos um exame bucal na criança/adolescente, depois, vamos precisar que a criança/adolescente responda algumas perguntas e que você responda outras perguntas por ele/ela.". Solicita-se incluir a garantia aos

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

participantes/responsáveis do acesso aos resultados dos exames e o compromisso do pesquisador de divulgar os resultados da pesquisa em formato plenamente acessível e compreensível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 304 de 2004, item III.1).

RESPOSTA: Foi incluído no TCLE " Responsável pelo menor de idade - o seguinte parágrafo:

"É garantido aos participantes/responsáveis da pesquisa o acesso aos resultados dos exames, assim como o pesquisador se compromete a divulgar os resultados da pesquisa em formato plenamente acessível e compreensível".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.2. No documento lê-se: "No caso das entrevistas, o maior incômodo é o tempo para responder todas as questões.". Para melhor informação dos responsáveis pelos participantes da pesquisa, solicita-se que seja estimado no TCLE o tempo dispensado para sua participação no estudo, conforme Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.4.1.8.

RESPOSTA: Foi incluído no TCLE " Responsável pelo menor de idade -, o tempo estimado de 15 minutos para responder as questões de pesquisa na entrevista.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.3. No documento lê-se: "Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser consultadas no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP/UEL.". Considerando que o estudo também envolve análise pela Conep, solicita-se inserir as formas de contato com esta comissão, a saber: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) - Endereço: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70750 -521, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 09h às 18h].

RESPOSTA: Foi incluída no TCLE " Responsável pelo menor de idade - as formas de contato da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) - Endereço: SRTVN - Via W 5 Norte " Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70750 -521, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 09h às 18h.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.4. Solicita-se que seja expresso de modo claro e afirmativo no TCLE que, caso necessário, será garantido o direito à assistência imediata, integral e gratuita ao participante, devido a danos decorrentes da participação na pesquisa e pelo tempo que for necessário (Resolução

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

CNS nº 466 de 2012, itens II.3.1 e II.3.2).

RESPOSTA: Foi incluído no TCLE " Responsável pelo menor de idade " o seguinte parágrafo:

"Em caso de necessidade, será garantido o direito à assistência imediata, integral e gratuita ao participante, devido a danos decorrentes da participação na pesquisa e pelo tempo que for necessário".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.5. Para melhor informar o responsável pelo participante da pesquisa, solicita-se que seja incluído no TCLE que todas as despesas tidas com a pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador responsável, isto é, o participante da pesquisa e seu acompanhante não arcarão com nenhum custo referente a procedimentos e/ou exames do estudo (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens II.11 e II.16).

RESPOSTA: Foi incluído no TCLE " Responsável pelo menor de idade - o seguinte parágrafo:

"Todas as despesas tidas com a pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador responsável, isto é, o participante/responsável legal e seu acompanhante não arcarão com nenhum custo referente a procedimentos e/ou exames do estudo".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3.6. Solicita-se inserir no TCLE a explicitação acerca do direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.h).

RESPOSTA: Foi incluído no TCLE - Responsável pelo menor de idade - o seguinte parágrafo:

"O(a) participante/responsável legal desta pesquisa tem o direito de buscar reparação por quaisquer danos, sejam eles físicos, morais ou materiais, que possam vir a ser causados pela participação na pesquisa. Caso ocorra algum prejuízo decorrente direta ou indiretamente da execução deste estudo, o(a) participante ou seu representante legal poderá requerer indenização por meio das vias legais cabíveis. A equipe responsável pela pesquisa compromete-se a prestar o devido suporte e a fornecer todas as informações necessárias para o exercício desse direito".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.7. Solicita-se que conste no TCLE que todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador responsável/pessoa por ele delegada e pelo responsável legal pelo participante da pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d).

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

RESPOSTA: Foi incluído no TCLE - Responsável pelo menor de idade - o seguinte parágrafo:

Todas as páginas desse Termo deverão ser rubricadas pelo pesquisador responsável/pessoa por ele delegada e pelo responsável legal do participante da pesquisa.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.8. Solicita-se garantir no TCLE que haverá concessão de tempo para o convidado a participar da pesquisa possa refletir, consultar familiares ou outras pessoas (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.1.c).

RESPOSTA: Foi incluído no TCLE - Responsável pelo menor de idade - o seguinte parágrafo:

"Você terá tempo suficiente para refletir sobre a decisão de participação, podendo consultar familiares ou outras pessoas de sua confiança antes de assinar o presente documento".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.9. O TCLE não apresenta a numeração nas páginas. Com o objetivo de garantir a integridade do documento, solicita-se que sejam inseridos os números de cada página, bem como a quantidade total delas, como por exemplo: "1 de X" e assim sucessivamente.

RESPOSTA: No TCLE - Responsável pelo menor de idade - foi inserido o número de cada página, bem como a quantidade total delas.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Quanto ao Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - crianças e adolescentes de 07 a 17 anos, arquivo "Termo_assentimento_livre_esclarecido.pdf", submetido na Plataforma Brasil em 18/09/2024:

4.1. Foi apresentado um único Termo de Assentimento a ser aplicado para participantes com idade entre 07 a 17 anos, faixa etária ampla e que engloba crianças e adolescentes com diferentes níveis de compreensão e maturidade neuropsíquica e emocional. Considerando que esse Termo deve ser elaborado pelo pesquisador em linguagem acessível à compreensão dos participantes da pesquisa, EM SUAS DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS, não é adequado apresentar somente um único modelo de Termo de Assentimento para todos os participantes menores de 18 anos. Sendo assim, solicita-se a apresentação de Termos de Assentimento elaborados em linguagem acessível à compreensão das diferentes faixas etárias dos indivíduos a serem recrutados para a pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, item II.2).

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

RESPOSTA: Dentro dessa ampla faixa etária de 07 a 17 anos, a presente pesquisa pretende avaliar indivíduos de 12 anos e de 15 a 17 anos, conforme explicitado no campo "métodos" do presente projeto. Nesse sentido, considerando que a idade de 12 anos e a faixa etária de 15 a 17 anos estão dentro da adolescência, entende-se pela pertinência de um único Termo de Assentimento, com linguagem adequada a essa idade e faixa etária. Sendo assim, optou-se por manter um Termo de Assentimento, cujo conteúdo fora ajustado para o cumprimento da Resolução CNS nº 466 de 2012.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.2. No documento lê-se: "Os exames e entrevistas serão realizados na própria aldeia por profissionais treinados e capacitados para isso. É um exame simples e provavelmente você não sentirá incômodo. Mas, se alguma coisa incomodar " na hora do exame, por exemplo, se cansar de ficar com a boca aberta ", fale conosco. Vamos resolver tudo.". Conforme Ofício Circular CNS nº 11 de 2023, itens 11.f e 11.g, é necessário explicar no Termo de Assentimento todos os riscos em linguagem compreensível para os participantes, bem como as ações adotadas para minimizá-los ou corrigi-los. Também é necessário explicar de forma simples qualquer desconforto físico e/ou emocional, restrições a atividades cotidianas, dor ou doença. Diante do exposto, solicita-se adequação.

RESPOSTA: Conforme recomendação, o texto foi readequado. Segue a nova redação:

Os exames e entrevistas serão realizados na própria aldeia por profissionais treinados e capacitados, para garantir que você se sinta seguro(a) e confortável. O exame é simples e normalmente não causa incômodo, mas pode haver momentos em que você precise manter a boca aberta por alguns minutos, o que pode gerar um leve desconforto. Caso sinta cansaço, qualquer desconforto físico ou emocional, ou precise fazer uma pausa, avise-nos imediatamente, pois interromperemos o exame e ajustaremos o procedimento para atender às suas necessidades. A participação neste exame não deverá causar dor, doenças ou restrições às suas atividades diárias. Nossa equipe estará sempre disponível para responder a qualquer dúvida ou preocupação, oferecendo o apoio necessário para garantir o seu bem-estar durante todo o processo.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.3. Conforme Ofício Circular CNS nº 11 de 2023, item 11.h, é necessário descrever no Termo de Assentimento todos os benefícios que serão gerados com a pesquisa, mesmo que não sejam

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

benefícios diretos. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Conforme recomendação, foi incluído o seguinte parágrafo:

Com esta pesquisa, vamos saber como está a saúde bucal do adolescente indígena da aldeia e, com isso, poder gerar um melhor conhecimento para que o sistema de saúde possa oferecer serviços de saúde bucal mais adequados e eficazes, trazendo benefícios para todos.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.4. Conforme Ofício Circular CNS nº 11 de 2023, item 11.j, é necessário assegurar no Termo de Assentimento o ressarcimento das despesas decorrentes do estudo, e que seus pais ou responsáveis não arcarão com nenhum custo da pesquisa. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Foi incluído no TALE o seguinte parágrafo:

"Todos os gastos da pesquisa serão pagos pelo responsável pela pesquisa. Isso quer dizer que você e seus pais ou responsáveis não terão que pagar nada pelos exames ou procedimentos feitos no estudo".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.5. Conforme Ofício Circular CNS nº 11 de 2023, item 11.l, é necessário informar no Termo de Assentimento que depois que a pesquisa acabar, os resultados serão informados para o participante e também poderão ser publicados em uma revista, ou livro, ou conferência etc. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Foi incluído no TALE o seguinte parágrafo:

"Quando a pesquisa terminar, nós vamos contar para você o que descobrimos. Os resultados também poderão ser mostrados para outras pessoas, como em revistas, livros ou em conferências, para que outras pessoas conheçam o que aprendemos. Mas fique tranquilo(a): suas informações pessoais não serão divulgadas".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.6. No documento lê-se: "Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser consultadas no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP/UEL.". Considerando que o estudo também envolve análise pela Conep, solicita-se inserir as formas de contato com esta comissão, a saber: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) - Endereço: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70750 -521, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 09h às 18h].

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

RESPOSTA: Foi incluída no TALE as formas de contato da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) - Endereço: SRTVN - Via W 5 Norte " Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70750 -521, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 09h às 18h.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.7. O Termo não apresenta a numeração nas páginas. Com o objetivo de garantir a integridade do documento, solicita-se que sejam inseridos os números de cada página, 8 bem com a quantidade total delas, como por exemplo: "1 de X" e assim sucessivamente.

RESPOSTA: No TALE foi inserido o número de cada página, bem como a quantidade total delas.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. O pesquisador submeteu todos os TCLEs e TA no mesmo arquivo (TCLE_corrigido.pdf, de 01/07/2024). É necessário que cada documento seja apresentado em um arquivo separado, pois o documento é numerado como um todo, no entanto, cada um dos TCLEs presentes no documento não segue a regra de numeração adequada para um TCLE (por exemplo, página 1 de 3, 2 de 3,3 de 3). Para que haja a compreensão por parte do participante, solicita-se adequação e separação dos documentos, inclusive se aplicando aos TAs.

RESPOSTA: Os TCLEs e o TA foram adequados, devidamente numerados, e apresentados em arquivos separados.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2405737.pdf	31/10/2024 15:03:27		Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_VERSAO_LIMPA.pdf	30/10/2024 20:41:13	ANDRE LUIZ MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_VERSAO_AJUSTES_DESTACADOS.pdf	30/10/2024 20:41:03	ANDRE LUIZ MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESP_MENOR_VERSAO_LIMPA.pdf	30/10/2024 20:40:54	ANDRE LUIZ MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESP_MENOR_VERSAO_AJUSTES_DESTACADOS.pdf	30/10/2024 20:40:44	ANDRE LUIZ MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ADULTO_VERSAO_LIMPA.pdf	30/10/2024 20:39:48	ANDRE LUIZ MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ADULTO_VERSAO_AJUSTES_DESTACADOS.pdf	30/10/2024 20:39:36	ANDRE LUIZ MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COLETIVO_VERSAO_LIMPA.pdf	30/10/2024 20:39:21	ANDRE LUIZ MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COLETIVO_VERSAO_AJUSTES_DESTACADOS.pdf	30/10/2024 20:39:10	ANDRE LUIZ MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_VERSAO_LIMPA.pdf	30/10/2024 20:38:31	ANDRE LUIZ MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_VERSAO_AJUSTES_DESTACADOS.pdf	30/10/2024 20:38:15	ANDRE LUIZ MARTINS	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CONEP.pdf	30/10/2024 20:37:31	ANDRE LUIZ MARTINS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_INICIO_PESQUISA.pdf	30/10/2024 20:35:59	ANDRE LUIZ MARTINS	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP_saude_bucal_indigena.pdf	18/09/2024 08:29:48	EDMARLON GIROTTO	Aceito
Outros	Termo_sigilo_confidencialidade_Edmarlon1.pdf	18/09/2024 08:29:27	EDMARLON GIROTTO	Aceito
Outros	Termo_sigilo_confidencialidade_And	18/09/2024	EDMARLON	Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.268.935

Outros	re.pdf	08:27:57	GIROTTO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoProjetoIndigenaEdmarlon_asinado.pdf	26/08/2024 08:34:50	EDMARLON GIROTTO	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_6936716.pdf	23/08/2024 10:53:14	EDMARLON GIROTTO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

BRASILIA, 11 de Dezembro de 2024

Assinado por:
Lais Alves de Souza Bonilha
(Coordenador(a))

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 5º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

Anexo VII – Autorização de ingresso em Terra Indígena – FUNAI

25/03/2025, 15:55

SEI/FUNAI - 8388572 - Autorização de Ingresso em TI Pessoa Física



8388572



08620.017255/2024-00



MINISTÉRIO DOS POVOS INDÍGENAS
FUNDAÇÃO NACIONAL DOS POVOS INDÍGENAS

ASSESSORIA DE ACOMPANHAMENTO AOS ESTUDOS E PESQUISA

Autorização de Ingresso em Terra Indígena n° 42/AAEP/2025

IDENTIFICAÇÃO			
NOME:	ANDRÉ LUIZ MARTINS	PROCESSO Nº:	08620.017255/2024-00
NACIONALIDADE:	Brasileira	IDENTIDADE:	RG n° 30.468.839-3 SSP/SP
INSTITUIÇÃO/ENTIDADE:	Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Doutorado - da Universidade Estadual de Londrina (UEL)		
PATROCINADOR:			
OBJETIVO DO INGRESSO			
Conduzir o projeto de pesquisa científica intitulado “Determinantes sociais e ambientais das condições de saúde bucal da população indígena Kaingang do Norte do Paraná”			
EQUIPE DE TRABALHO			
NOME	NACIONALIDADE	DOCUMENTO	
KELY BARBOZA RIBEIRO	Brasileira	RG n° 7.808.938-5 SESP/PR	
LOCALIZAÇÃO			
TERRA INDÍGENA:	Apucarana/Aldeia Apucarantina	POVO INDÍGENA:	Kaingang
COORDENAÇÃO REGIONAL:	de Interior Sul (CR-INTS)	CTL:	
VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO			
INÍCIO:	Março de 2025	TERMINO:	Agosto de 2025.
Autorizo.			
RESSALVAS:			
<ul style="list-style-type: none"> • Esta autorização não inclui licença para uso de imagem, som e som de voz dos indígenas, para além do objeto desta autorização; • Esta autorização não inclui acesso ao conhecimento tradicional associado à biodiversidade; • Esta autorização não inclui acesso ao patrimônio genético; • Remeter à Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas – AAEP/Presidência/Funai, mídia digital contendo: relatórios, artigos, livros, gravações 			

25/03/2025, 15:55

SEI/FUNAI - 8388572 - Autorização de Ingresso em TI Pessoa Física

audiovisuais, imagens, sons, outras produções oriundas do trabalho realizado e informações sobre o acesso na internet.



Documento assinado eletronicamente por **Joenia Wapichana**, registrada civilmente como **Joenia Batista de Carvalho**, Presidente, em 25/03/2025, às 14:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:

[http://sei.funai.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.funai.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.funai.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador 8388572 e o código CRC A22C8153.

Referência: Processo nº 08620.017255/2024-00

SEI nº 8388572