

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

LUCAS FERNANDO RODRIGUES DOS SANTOS

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL E ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS
NO TERRITÓRIO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ (PERNAMBUCO, BRASIL)

RECIFE
2022

LUCAS FERNANDO RODRIGUES DOS SANTOS

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL E ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS
NO TERRITÓRIO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ (PERNAMBUCO, BRASIL)**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de mestre em Ciências.

Área de Concentração/Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Controle de Agravos à Saúde / Epidemiologia, vigilância e controle de doenças crônicas não transmissíveis.

Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Herika de Arruda Mauricio

RECIFE

2022

**Catálogo na fonte: Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz**

- S237a Santos, Lucas Fernando Rodrigues dos.
Atenção à saúde bucal e acesso aos serviços
odontológicos no Território Indígena Xukuru do Ororubá
(Pernambuco, Brasil) / Lucas Fernando Rodrigues dos
Santos. — Recife: [s.n.], 2022.
127 p. : il., graf., tab. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Instituto Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.
Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.
Orientador: Rafael da Silveira Moreira;
coorientadora: Herika de Arruda Mauricio.
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde de
Populações Indígenas. 3. Saúde Bucal. 4. Acesso aos
Serviços de Saúde. 5. Indicadores de Serviços. I.
Moreira, Rafael da Silveira. II. Mauricio, Herika de
Arruda. III. Título.

LUCAS FERNANDO RODRIGUES DOS SANTOS

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL E ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS
NO TERRITÓRIO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ (PERNAMBUCO, BRASIL)**

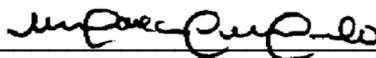
Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr. Rafael da Silveira Moreira
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Amanda Priscila de Santana Cabral
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz



Dra. Márcia Maria Dantas Cabral de Melo
Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva - Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

À minha mãe e ao meu pai, pela luta diária enfrentada para que eu e meus irmãos pudéssemos ter acesso e nos dedicar integralmente aos estudos e formação educacional; pelo suporte, para os momentos mais difíceis, e pelo amor e presença, para compartilharmos os momentos de alegrias.

Aos meus irmãos, Ivan e Bruno, pela parceria, pelo amor e pelo aprendizado.

Às amigas, aos amigos e afins (especialmente Guilherme, Tainá, Nayara, Alex, Maria, Kellyane, Luciano, Aguyda, Marcella), pelo afeto, pelo incentivo, pela escuta, pelos conselhos. A pandemia tem sido um tempo de intenso afastamento físico, nossos contatos ao longo desses dois anos sempre me deram ânimo e esperança. Que possamos superar o momento e nos reencontrar.

Ao meu orientador, Rafael, por me acolher no grupo de estudos em saúde bucal lá em 2016, e pelo estímulo ao estudo e reflexão sobre as questões sociais que repercutem na saúde, juntamente com a epidemiologia.

À minha orientadora, Herika, pela paciência, pela disponibilidade e dedicação, pelo aprendizado, pela parceria, pela confiança, pelas cobranças. Por me guiar nessa ainda recente trajetória pelos estudos sobre os povos indígenas.

Às professoras e aos professores que contribuíram na minha formação até aqui. As/os que convivi em sala de aula presencial, as que pude ouvir em salas virtuais, e aos informais, que a gente vai esbarrando pela vida.

Aos colegas da turma de mestrado (Turma 2020-22), pelo compartilhamento de alegrias e desesperos; pelo enfrentamento coletivo, ainda que de maneira remota, dos desafios que foram colocados para nós durante o curso, integralmente desenvolvido durante o período pandêmico. Espero que sigamos parceiros nessa jornada pela saúde pública.

Ao povo Xukuru do Ororubá e aos demais povos indígenas no Brasil, que tanto nos ensinam sobre saúde, território, humanidade, natureza, organização política, e tantas outras questões.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento concedido, via edital PROEP/IAM, ao projeto de pesquisa “A saúde bucal de um povo indígena no Estado de Pernambuco: estudo exploratório de uma realidade pouco explorada”, ao qual o desenvolvimento da presente dissertação esteve vinculado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de estudos, apesar do valor muitíssimo defasado para que se consiga dedicar exclusivamente ao trabalho de pesquisa. Devemos lutar por isso.

Às pessoas que produzem artes e cultura, em suas diversas expressões, sempre foram elementos fundamentais na minha vida e rotina, e nesses tempos de pandemia e isolamento permitiram que cultivássemos um tanto de alegrias e experiências sensoriais ainda que com duras restrições.

*“Luz é a mão esquerda da escuridão
e escuridão, a mão direita da luz.
Dois são um, vida e morte, unidas
como amantes no kemmer,
como mãos entrelaçadas,
como o fim e a jornada”.*

- Canção de Torner, da doutrina Handdara.

Ursula K. Le Guin, A mão esquerda da escuridão

DOS SANTOS, Lucas Fernando Rodrigues. **Atenção à saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos no Território Indígena Xukuru do Ororubá (Pernambuco, Brasil)**. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

RESUMO

O estudo objetiva analisar, a partir de um relato de experiência e do desempenho de indicadores de serviços e fatores associados, o acesso aos serviços de saúde bucal oferecidos aos indígenas Xukuru do Ororubá (Pesqueira-PE), no contexto socioespacial de seu território, entre 2017 e 2018, e possíveis interações entre a formação em saúde bucal e o cuidado em saúde bucal ofertado. O primeiro artigo trata-se de um relato sobre repercussões de experiência em território na formação profissional e seus reflexos sobre o acesso à saúde bucal. Direcionou-se por metodologias de reflexão crítica da realidade objetiva. Foram debatidas as condições de vida e saúde do povo indígena, a formação profissional odontológica, a cobertura e a longitudinalidade do cuidado, e processos socio-históricos. O segundo artigo trata-se de um estudo ecológico, no qual dados secundários do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) foram monitorados. Os dados foram organizados de maneira agregada, sendo a unidade de análise as aldeias. São analisados os procedimentos realizados pelas Equipes de Saúde Bucal que atuam junto à comunidade, a partir da verificação de indicadores de acesso aos serviços, respectivos parâmetros e correlações. Buscando uma abordagem multidimensional, caracteriza-se a condição socioeconômica, demográfica e a provisão de serviços odontológicos. Os resultados revelaram crescimento da cobertura de primeira consulta odontológica concomitante à queda da taxa de tratamentos concluídos. A experiência em território possibilitou aprimorar o olhar sociopolítico à questão indígena, estimulando reflexão sobre a implicação dos processos sociais e históricos na formação profissional e no acesso aos serviços de saúde bucal dos povos indígenas. A análise de indicadores aponta para melhorias no acesso à saúde bucal no território, junto à necessidade de fortalecimento da continuidade das ações e de adequação dos indicadores vigentes, contextualizada a realidade dos povos indígenas no Brasil.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde de Populações Indígenas. Saúde Bucal. Acesso aos Serviços de Saúde. Indicadores de Serviços.

DOS SANTOS, Lucas Fernando Rodrigues. **Oral health care and access to dental services in the Xukuru do Ororubá Indigenous Territory (Pernambuco, Brazil)**. 2022. Dissertation (Master of Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

ABSTRACT

This study aims to analyse, from an experience report and the performance of indicators and associated factors, the access to oral health services offered to the indigenous Xukuru of Ororubá (Pesqueira-PE), in the socio-spatial context of their territory, between 2017 and 2018, and possible interactions between oral health training and the oral health care offered. The first article is a report on the repercussions of a field experience on professional training and its effects on access to oral health. It was directed by methodologies of critical reflection of objective reality. The conditions of life and health of the indigenous people, the dentistry professional formation, the coverage and longitudinality of the care, and socio-historical processes were debated. The second article is an ecological study, in which secondary data from the Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) were monitored. The data were organised in an aggregated manner, with the unit of analysis being the villages. The procedures performed by the Oral Health Teams that work in the community are analysed, from the verification of indicators of access to services, respective parameters and correlations. Seeking a multidimensional approach, the socioeconomic and demographic condition and the provision of dental services are characterised. The results revealed growth in the coverage of first dental consultation concomitant to the fall in the rate of concluded treatments. The experience in the territory made it possible to improve the socio-political look at the indigenous issue, stimulating reflections on the implication of social and historical processes in professional training and the access to oral health services for indigenous peoples. The analysis of indicators points to improvements in access to oral health in the territory, along with the need to strengthen the continuity of actions and adequacy of existing indicators, contextualised to the reality of indigenous peoples.

Keywords: Primary Health Care. Health of Indigenous Peoples. Oral Health. Access to Health Services. Indicators of Health Services.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1	O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e seus desdobramentos.....	13
2.2	O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena.....	17
2.3	A Atenção à Saúde Bucal dos Povos Indígenas no Brasil.....	21
2.4	A análise dos indicadores de Saúde Bucal.....	25
2.5	O contexto da organização do Povo Indígena Xukuru do Ororubá e a realidade de saúde no Território.....	30
2.6	A determinação social da saúde em diálogo com as iniquidades em saúde bucal dos povos indígenas, a questão de raça, e a formação acadêmica odontológica.....	34
3	JUSTIFICATIVA.....	42
4	OBJETIVO GERAL.....	43
4.1	Objetivos específicos.....	43
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	44
5.1	Delineamento do estudo.....	44
5.2	Área e população de estudo.....	45
5.3	Critérios de inclusão e exclusão.....	46
5.4	Coleta dos dados.....	47
5.5	Processamento e análise dos dados.....	50
5.6	Riscos e benefícios.....	63
5.7	Limitações do estudo.....	64
5.8	Considerações éticas.....	64
6	RESULTADOS.....	65
6.1	Artigo 1 – Formação ampliada durante residência multiprofissional em saúde: relato de experiência de um	

	cirurgião-dentista com o povo Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil).....	66
6.2	Artigo 2 – Acesso à rede de saúde bucal no Território Indígena Xukuru do Ororubá, Brasil (2017-2018): uma análise a partir dos indicadores de desempenho.....	84
7	DISCUSSÃO.....	113
8	CONCLUSÃO.....	117
	REFERÊNCIAS.....	118

1 INTRODUÇÃO

As populações indígenas em todo o mundo sofrem com acentuadas iniquidades em saúde bucal, sendo esta questão vinculada à determinação social da saúde, entendendo que as mediações dinâmicas de fatores como pobreza, as consequências do colonialismo, a exclusão social, a elaboração de políticas públicas, o racismo, são processos relacionados à coletividade e refletem no caráter histórico-social do processo saúde-doença. Estudos acerca das desigualdades em saúde bucal no Brasil, Nova Zelândia e Austrália, indicam disparidades na oferta de serviços de saúde bucal entre indígenas e não indígenas, com os indígenas apresentando piores condições em todos os indicadores analisados (HA, 2014; HA *et al.*, 2016; GARBOIS *et al.*, 2017; SCHUCH *et al.*, 2017).

O acesso desigual aos serviços de saúde bucal é questão central no que diz respeito à saúde bucal precária de povos indígenas, que possuem menor probabilidade de receber tratamento oportuno ou culturalmente sensível para prevenir e tratar problemas buco-dentais. Com frequência, o resultado é uma atenção odontológica baseada em problemas já instaurados, o que se associa à maior realização de exodontias, em oposição a intervenções preventivas ou cuidados para recuperação, reabilitação e preservação da dentição (TIWARI *et al.*, 2018).

O quadro epidemiológico da saúde bucal dos povos indígenas no Brasil, no início do século 21, apresenta-se diverso e complexo. Enquanto alguns grupos étnicos possuem altos níveis de cárie, outros possuem baixos níveis e fazem uso de dieta com pouco açúcar refinado e produtos industrializados (ARANTES; SANTOS; FRAZÃO, 2010a). Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) definiu a reorganização do modelo de atenção em saúde bucal direcionado aos povos indígenas, objetivando ampliar o acesso ao atendimento odontológico nas aldeias, estruturando e qualificando os serviços nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) espalhados pelo Brasil. Foram propostas ações de controle, promoção e recuperação da saúde bucal, planejadas com base em diagnóstico das condições de saúde-doença, subsidiado pela epidemiologia e informações sobre o Território Indígena, além do acompanhamento do impacto das ações por meio de indicadores adequados (BRASIL, 2011).

O emprego de indicadores e de dados secundários do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) de maneira a contribuir com estudos

epidemiológicos voltados à saúde bucal são abordagens ainda pouco exploradas, principalmente no que diz respeito ao acesso à saúde bucal dos povos tradicionais que habitam a região Nordeste do Brasil. Em estudo realizado no Parque Indígena do Xingu (estado do Mato Grosso, região Centro-oeste), analisando, num intervalo de 10 anos, a evolução de indicadores como: cobertura de primeira consulta odontológica; tratamento odontológico concluído; proporção de exodontia, o acesso à saúde bucal mostrou boa cobertura, com destaque para o indicador de tratamento concluído (LEMOS *et al.*, 2018).

O povo indígena Xukuru do Ororubá constitui o maior contingente populacional étnico indígena no Estado de Pernambuco, habitando um território que integra o município de Pesqueira (IBGE, 2012). Ainda são escassos os registros e estudos sobre a atenção/situação da saúde bucal deste povo indígena. De forma pioneira, Maurício e Moreira (2014), em estudo epidemiológico com indivíduos de 10 a 14 anos deste povo indígena, evidenciaram que menos de 30% dos participantes apresentaram-se livres da experiência de cárie. A ausência de cáries esteve relacionada com aspectos contextuais e individuais do grupo. Em 2018, comparando a evolução temporal da prevalência de cárie no mesmo grupo de indivíduos do estudo prévio, se evidenciou um incremento de cárie entre os anos observados, com a prevalência saltando para 96,9% da população analisada (MAURICIO, 2020).

Estudos têm destacado a importância da aproximação dos processos de formação em saúde bucal com o contexto sociocultural dos povos indígenas, promovendo contato com a realidade epidemiológica, sociopolítica e histórica dos povos indígenas por meio do currículo disciplinar, da pesquisa e da interação com as comunidades (FORSYTH *et al.*, 2020; MESTRINER *et al.*, 2011). Tais ferramentas devem visar uma reorientação do processo de ensino-aprendizagem na formação de cirurgiões-dentistas, em busca de mudanças na compreensão do contexto das comunidades tradicionais, e de como os resultados e capacidade dos serviços de saúde bucal ofertados aos povos indígenas estão vinculados aos processos sociais e históricos aos quais estão submetidos (BASTOS; CONSTANTE; JAMIESON, 2021a; DIEHL; PELLEGRINI, 2014; JAMIESON *et al.*, 2021).

A utilização de indicadores do SIASI para avaliação dos programas de saúde bucal indígena demonstra potência como instrumento de vigilância, monitoramento, controle e avaliação das ações, serviços e situação de saúde desta população (MATOS, 2014). Portanto, lançar mão dessa ferramenta em estudos epidemiológicos

aponta para a capacidade de avaliação de consistência e valorização da base de dados do SIASI; para um potencial de apoio à tomada de decisão da gestão e aprimoramento da organização dos serviços locais de saúde indígena, bem como oferecer dados qualificados acerca do funcionamento dos serviços para as lideranças dos povos que habitam o território analisado; e ainda, a necessidade e relevância da elaboração de estudos longitudinais envolvendo a saúde bucal de povos indígenas que habitam a região Nordeste.

Nesse cenário, intenciona-se verificar se existem diferenças entre as realidades de acesso aos serviços de saúde bucal oferecidos nas aldeias do povo Xukuru do Ororubá, observando o desempenho de indicadores relacionados a esses serviços, como eles se distribuem no contexto socioespacial, se estão associados a fatores contextuais, e discutindo os resultados da análise ecológica considerando as vivências realizadas no território, pensando possíveis relações entre o cuidado oferecido no território indígena, a formação em saúde bucal, e os processos socio-históricos implicados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Visando contextualizar o tema do presente trabalho dentro do debate teórico existente e buscando compreender as contribuições da literatura disponível, estão propostas a seguir algumas pontuações introdutórias dentro de cinco eixos teóricos elementares que fundamentam e orientam o estudo aqui realizado.

2.1 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e seus desdobramentos

As políticas públicas indigenistas implementadas pelo Estado brasileiro passam a imprimir novas perspectivas ideológicas fundamentalmente a partir da Constituição Federal de 1988, ao garantir reconhecimento e respeito aos direitos e à sociodiversidade indígena no Brasil. Em tal conjuntura, ocorre a criação e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei nº 8.080 de Setembro de 1990, que em seu capítulo V, sancionado enquanto Lei nº 9.836 de Setembro de 1999 (conhecida como Lei Arouca), institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e estabelece a responsabilidade formal de toda a estrutura de Estado relacionada à atenção/assistência à saúde dos povos indígenas – unidades de saúde, funcionários, funções de confiança e recursos orçamentários –, antes sob tutela da Fundação Nacional do Índio (Funai), para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão executivo do Ministério da Saúde. (BRASIL, 1999; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2009; BRASIL, 2013b; CARDOSO, 2015).

O SasiSUS surge concretamente a partir da aprovação, sanção e publicação da Lei Arouca, que estabelece a criação do Subsistema dentro da estrutura e em acordo com as diretrizes do SUS. O texto da lei explicita a necessidade de que o modelo de atenção à saúde indígena leve em consideração a realidade local (sociais e geográficas) e as especificidades da cultura desses povos. Para a operacionalização do SasiSUS, foram criados, em 1999, por meio de portaria da FUNASA, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1999; 2009; CARDOSO *et al.*, 2012; CARDOSO, 2015).

Ainda no ano de 1999, foi regulamentada via decreto, as condições para prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS, num movimento que viria a ser formalmente instituído como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) em Janeiro de 2002, pela Portaria nº 254.

A PNASPI surge na perspectiva de adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – que sejam voltados à proteção, promoção e recuperação da saúde –, e que assegurasse aos povos indígenas o exercício de sua cidadania (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002; CARDOSO *et al.*, 2012).

Para a efetivação dessa política, criou-se uma rede de serviços nas terras indígenas, visando suprir os problemas de cobertura, de acesso e de aceitabilidade do SUS pelos indígenas. A PNASPI visa medidas que aperfeiçoem o funcionamento e adequação da capacidade do SasiSUS, considerando que a atenção diferenciada e integral à saúde – que levam em conta as realidades locais, as especificidades culturais, sociopolíticas, epidemiológicas e operacionais desses povos, a partir de tecnologias adequadas aos contextos – são necessárias para que se apliquem com sucesso os princípios e as diretrizes de organização do SUS, buscando superar os fatores que vulnerabilizam a saúde dos povos indígenas, reconhecer a eficácia da medicina tradicional e o direito desses povos à sua cultura (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002; CARDOSO *et al.*, 2012).

Nesse sentido, a PNASPI prevê uma atuação coordenada entre órgãos e ministérios, com as secretarias estaduais e municipais de Saúde atuando de forma complementar na execução das iniciativas, em articulação com o Ministério da Saúde, com a intenção de viabilizar o propósito da política. Dentre as suas diretrizes, destacam-se: a organização dos serviços de atenção à saúde na forma de DSEI e Polos-Base, no nível local; a preparação dos recursos humanos para atuação em contexto intercultural; o monitoramento de ações de saúde; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde; e o controle social (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002; 2009).

Os DSEI surgem enquanto proposta de unidades organizacionais com base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária identificada, sendo a base do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas, e respondem por um conjunto de atividades técnico-administrativas e gerenciais relacionadas à assistência, incluindo serviços de saúde bucal, visando medidas racionalizadoras e qualificadas de atenção à saúde indígena. Cabe aos DSEI, por exemplo, em articulação com o Ministério da Saúde, Secretarias estaduais e municipais de saúde, o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde desenvolvidas, a partir de indicadores de saúde e de desempenho, juntamente à alimentação dos sistemas de informação da saúde indígena e a consolidação das informações epidemiológicas. São 34 DSEI localizados

em diversas regiões do território nacional, funcionando enquanto sistemas locais de saúde responsáveis pelo conjunto de ações de atenção à saúde, práticas sanitárias e controle social. Os DSEI são divididos estrategicamente por áreas territoriais indígenas diferenciadas, possuindo como base a ocupação geográfica das comunidades. Composto a organização de cada DSEI estão as unidades de saúde, como os Postos de Saúde e os Polos-Base, dentro das terras indígenas, e as Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), fora das terras, em municípios de referência, articulando com os demais serviços da rede SUS (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1999; 2009; CARDOSO *et al.*, 2012; PONTES *et al.*, 2015).

Os Polos-base representam uma importante instância de atendimento aos indígenas no Brasil. Eles são a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) – profissionais capacitados para atuar em suas próprias comunidades – tanto na atenção primária como nos serviços de referência. Cada Polo-base pode cobrir um conjunto de aldeias. Sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação e supervisão dos AIS. Os Polo-base, junto aos postos de saúde, estão estruturados como Unidades de Saúde e contam com a atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), num primeiro nível de operacionalização do modelo de atenção, atuando a partir do trabalho dos AIS. As EMSI são compostas por profissionais enfermeiros, médicos, nutricionistas, técnicos de enfermagem, AIS, Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), técnicos em saneamento, agentes de endemias, microscopistas, e ainda o cirurgião-dentista e o técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2009; BRASIL, 2011).

A força de trabalho que atua nas ações territoriais dos DSEI caracteriza-se por diferentes formas de contratação, como sistemas municipais de saúde, entidades não governamentais e universitárias conveniadas com o poder público, juntamente com um reduzido índice de servidores federais que permaneceram atuantes desde os modelos de atenção anteriores. Cardoso *et al.* (2012) apontam para o difícil gerenciamento desse modelo misto de gestão, que inevitavelmente produz conflitos que dificultam a operacionalização de um modelo de assistência culturalmente adaptado às necessidades indígenas. Sobre estes conflitos, Garnelo (2012) destaca análises situacionais de alguns DSEI, apontando para atendimentos descontínuos e de baixa qualidade técnica; elevada rotatividade e/ou falta de profissionais para realizar os atendimentos; escassez de materiais e equipamentos necessários ao

desenvolvimento das ações de saúde; descontinuidade no fluxo de recursos financeiros repassados para os DSEI; e problemas logísticos que dificultam o deslocamento dos profissionais para atuar com regularidade nas aldeias.

Com a instituição da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) em 2010 – concretizada por meio do decreto nº. 7.336/2010 – na estrutura do Ministério da Saúde, ocorre uma importante mudança de gestão política e administrativa do SasiSUS. O comando da política e de toda a estrutura do Subsistema é transferido da FUNASA para a SESAI, que passa a gerenciar diretamente a atenção à saúde dos indígenas, levando em conta aspectos culturais, étnicos e epidemiológicos dos mais de 300 povos que vivem no país, com a missão de orientar e desenvolver a gestão, a atenção integral e a educação em saúde, em consonância com o já estabelecido no SUS. O mesmo decreto que institui a SESAI, também regulamenta a autonomia de gestão administrativa e financeira dos DSEI, reivindicada pelos povos indígenas desde a criação dos Distritos Sanitários em 1999 (BRASIL, 2011; CARDOSO *et al.*, 2012; IBGE, 2012).

Cardoso *et al.* (2012) e Ferreira *et al.* (2013) apontam que a decisão por essa mudança decorre de um desgaste crescente da imagem pública da FUNASA – que adotava um modelo de terceirização das ações de saúde indígena, gerando um alto grau de centralização do poder de decisão e de controle de recursos –, que vinha sendo alvo de críticas por insatisfação dos usuários indígenas e denúncias de corrupção pela imprensa e por associações indígenas. O processo de criação foi marcado por ampla participação de representantes indígenas – via organizações indígenas, conselhos de saúde locais e distritais do subsistema –, pela interação e exercício do diálogo intercultural entre os atores envolvidos e por diversas rodadas de negociação com o governo, provocando mudanças significativas na proposta governamental inicialmente apresentada.

Dentre os desafios que se colocam para a SESAI, destacam-se a consolidação da descentralização administrativa e autonomia política dos DSEI, e do controle social; a provisão, estabilidade e formação continuada de recursos humanos qualificados para atuar na gestão e atenção à saúde indígena, e suas especificidades; a implementação de um modelo de atenção pautado na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nas linhas de cuidado em saúde; a articulação do SasiSUS com demais níveis de complexidade do SUS; e a produção de informações oportunas e confiáveis,

visando subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação do Subsistema de saúde indígena (CARDOSO, *et al.*, 2012; FERREIRA, *et al.*, 2013).

A implementação do modelo de atenção à saúde indígena é uma conquista do movimento indígena, indigenista e sanitarista, e tem promovido diversas mudanças nas ações e programas de saúde voltadas aos povos e aos territórios indígenas, chegando em regiões antes desassistidas, melhorando o acesso aos serviços de saúde e impactando positivamente em indicadores de saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2009; MENDONÇA, *et al.*, 2019).

No entanto, também tem enfrentado grandes desafios e barreiras no seu estruturamento, com efeitos de desconstrução das concepções iniciais do SasiSUS; o paradigma da atenção diferenciada – e a necessidade de sua concretização na forma da assistência terapêutica, mas também na organização dos serviços para sua prestação (CARDOSO, 2015); com prejudicial centralização na organização administrativa da SESAI e dos DSEI em detrimento da prestação dos serviços de atenção em saúde para os indígenas em seus territórios; com perdas nos âmbitos da integralidade e longitudinalidade da atenção, da resolutividade dos serviços e da participação social. Aponta-se para a importância de atender necessidades em saúde e conciliar ações governamentais e não governamentais, sem perder de vista a sociodiversidade e o pluralismo cultural dos povos indígenas, destacando o protagonismo desses povos, de suas demandas e a articulação com suas racionalidades e práxis terapêuticas na condução do processo de produção da saúde em seus distintos territórios (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2009; CARDOSO, 2015; MENDONÇA, *et al.*, 2019).

2.2 O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

Objetivando melhorar a disponibilidade e acesso à informação em saúde – crucial para o planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação dos serviços – e, portanto, viabilizar o acompanhamento e a avaliação da estrutura, do processo e dos resultados da atenção à saúde dos povos indígenas, a PNASPI estabeleceu como diretriz a criação e organização do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), orientando que o sistema deveria subsidiar a gestão e o controle social a respeito da fundamental compatibilidade entre o diagnóstico de saúde e as prioridades estabelecidas, visando a execução de ações

coerentes com o planejamento em saúde (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2009; CARDOSO *et al.*, 2012).

O SIASI foi concebido em 1999 e sua implantação iniciada no ano 2000, simultaneamente em todos os 34 DSEI distribuídos no país. O sistema visa a coleta, o processamento e a análise de informações de saúde das comunidades indígenas. O escopo dos dados abrange desde os óbitos e nascimentos à produção de serviços de saúde e infraestrutura da rede. Antes da implantação do SIASI, as informações de saúde dos povos indígenas eram gerenciadas pela FUNAI. De maneira geral, os dados eram coletados diretamente nas aldeias, e não passavam por processo de consolidação, análise ou divulgação satisfatórios (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

O SIASI foi inicialmente organizado em oito módulos, com implantação gradual ao longo dos anos, variando entre os DSEI. Existem duas modalidades do sistema, uma nacional *on-line* (SIASI Web) – inicialmente sediada na FUNASA, hoje gerenciada pela SESAI, desde 2010-2011 – e uma outra armazenada localmente nos Polo-base e/ou DSEI (SIASI local), que possibilita a entrada de dados, geração de relatórios e envio das informações consolidadas para o SIASI Web. A versão local foi criada em 2002 a partir da evidenciação de dificuldades operacionais relacionadas à alimentação online dos dados produzidos localmente nos Polo-base (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Atualmente, o Sistema é composto por 12 módulos – Dados Demográficos; Imunização; Vigilância Alimentar e Nutricional; Saúde Bucal; Saúde da Mulher; Morbidades (CID); Sinais e Sintomas; SRAG; DDA; Inquérito em Saúde; Promoção à Saúde; e Produção das Equipes de Saúde. O módulo Demográfico foi o primeiro a ser implantado (seguido dos módulos de Morbidades e de Imunização) e funciona como módulo chave do sistema, com os demais vinculados a ele. Portanto, a entrada de dados no sistema é feita principalmente a partir dos nomes dos indivíduos neste módulo. Outra forma de entrada se refere aos dados coletivos, visando principalmente a inserção de atividades de promoção à saúde. Nesse caso, os dados são inseridos por aldeia ou grupos dentro da aldeia. A frequência de alimentação de informações no SIASI está condicionada aos cronogramas de atendimento das equipes multidisciplinares que, em muitos casos, enfrentam dificuldades de acesso às terras indígenas, percorrendo longos caminhos em terra ou navegando por rios para realizar

as ações de saúde (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2009; BRASIL, 2018).

Entre 2007 e 2008, passou a ser implantado o módulo de Saúde Bucal do SIASI, que disponibiliza informações referentes às ações individuais e coletivas desenvolvidas nesse campo, incluindo procedimentos de prevenção, tratamento e acompanhamento das enfermidades bucais nas diversas comunidades indígenas. O módulo surge com o objetivo de monitorar indicadores epidemiológicos de cárie e doença periodontal dos indígenas, os procedimentos individuais e coletivos, além de registrar os dados referentes à produtividade, com levantamentos por aldeia e perfis por etnia. No entanto, os dados disponíveis atualmente referem-se apenas aos indígenas que são atendidos pelos serviços de saúde bucal, restringindo-se a armazenar informações sobre cobertura e uso dos serviços (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2009; BRASIL, 2017c).

As variáveis registradas no módulo de saúde bucal estão baseadas nas Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos DSEI, documento publicado pela FUNASA, que estabelece orientações para o preenchimento das fichas odontológicas utilizadas pelas equipes de saúde bucal (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2007). Os dados primários são coletados no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) prestada pelas EMSI, que alimentam o SIASI de forma descentralizada – nos DSEI, nos Polos-base ou nas aldeias (OPAS/SESAI, 2014).

A utilização de sistemas de informação em saúde é uma forma de aproveitamento de dados secundários de coleta continuada. Os sistemas vêm sendo empregados de maneira crescente e integrada na pesquisa e na avaliação em saúde, fornecendo o manejo de dados desagregados em variados níveis, permitindo realizar análises mais flexíveis e até a exploração de hipóteses causais, além de serem facilitadores na tomada de decisão dos profissionais e gestores da saúde sobre capacidades e recursos disponíveis ou necessários (COELI, 2010). A partir da verificação dos indicadores disponíveis no SIASI é possível analisar, por exemplo, o acesso e a utilização dos serviços de saúde indígena, conceitos que refletem as características da oferta desses serviços, podendo revelar facilidades ou dificuldades à sua utilização pelos indivíduos, de acordo com suas necessidades específicas (BRASIL, 2013a; LEMOS *et al.*, 2018).

A avaliação de práticas e programas de saúde implica a existência de um sistema de informação bem estruturado, com dados sobre as necessidades, recursos,

custos, acesso e uso dos serviços, dos indicadores de saúde populacionais, tendo como requisitos: ser acessível, confiável, válido e atualizado; permitir controle dos dados e confidencialidade; produzir resultados em tempo oportuno para aplicação prática; possibilitar que resultados sejam apresentados de maneira inteligível (PATTUSSI; BARCELLOS; NARVAI, 2013).

No entanto, estudos apontam para uma não efetivação do SIASI com dados disponíveis, consistentes e confiáveis sobre a situação de saúde dos povos indígenas e suas tendências, que possam subsidiar a tomada de decisão no planejamento em saúde e o processo de avaliação dos serviços. Algumas das questões relacionadas à origem dos problemas no SIASI dizem respeito às dificuldades na instalação de infraestrutura em diversos territórios; à ausência de capacitação e treinamento para preenchimento, análise e interpretação dos dados pelos profissionais de saúde no nível local; ao excesso de instrumentos de coleta para preenchimento, somado à falta de conhecimento e reconhecimento de sua importância/necessidade pelos profissionais que usam o sistema, gerando desinteresse, menor cuidado e até mesmo ausência de preenchimento durante a rotina; à alta rotatividade dos recursos humanos na saúde indígena, gerando deficiências quanto à capacidade/habilidade de uso do sistema e à padronização na coleta e qualidade dos dados (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007; SOUZA; SANTOS, 2009; CARDOSO *et al.*, 2012).

A pouca confiabilidade oferecida pelos dados existentes dificulta a elaboração de um quadro fidedigno do perfil demográfico e epidemiológico dos povos indígenas, limitando a possibilidade de funcionamento do sistema enquanto um instrumento para a vigilância em saúde – sua função primordial, para além do exclusivo monitoramento da resolubilidade e da qualidade da assistência aos usuários – e dificultando a realização de análises de maior abrangência. Ademais, as restrições ao acesso público ao sistema, desde que foi implantado, dificultam o desenvolvimento de análises e de contribuições para o seu fortalecimento (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007; CARDOSO *et al.*, 2012; GARNELO, 2012).

É imprescindível o estabelecimento de um sistema com estatísticas contínuas e confiáveis, e que esteja, preferencialmente, integrado aos demais sistemas nacionais de informação em saúde. Também, o fortalecimento do SIASI, reafirmando sua importância enquanto parte de um sistema de saúde diferenciado que visa contemplar as dinâmicas socioterritoriais próprias dos povos indígenas, e a integralidade, ao se propor agregar, em um único sistema, múltiplas informações

acerca da realidade de saúde desses povos. A capacidade de, a partir da informação em saúde, evidenciar os contrastes e as desigualdades da situação de saúde das comunidades indígenas, em comparação aos demais segmentos sociais do Brasil, é fundamental para um trajeto que almeja a equidade (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007; BRASIL, 2019).

2.3 A Atenção à Saúde Bucal dos Povos Indígenas no Brasil

Os primeiros registros de realização de estudos epidemiológicos sobre a condição de saúde bucal de povos indígenas no Brasil datam da década de 1950 (BRASIL, 2017c). De maneira similar, os registros que tratam de algum tipo de atenção à saúde bucal dos povos indígenas no Brasil apontam para exodontias que eram realizadas por equipes de saúde que compunham os Serviços de Unidades Aéreas Sanitárias (SUSA), em meados da mesma década. Alguns anos depois, em 1967, quando a FUNAI passa a assumir a assistência à saúde dos povos indígenas – ficando nesse papel até 1999 – foram criadas as Equipes Volantes de Saúde (EVS), que também prestavam assistência odontológica, porém descontínua, fragmentada e curativa (COSTA, 1987; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002; BERTANHA *et al.*, 2012).

Em 1986, com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, é realizada, no contexto da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), evidenciando a situação da saúde bucal da população brasileira em geral e apontando para a necessidade da inclusão da Odontologia no futuro SUS. Durante todo o processo de criação e implementação do SUS, as ações de saúde bucal para povos indígenas eram sempre pontuais e localizadas. Mudanças mais concretas começaram a ser vislumbradas somente a partir de 2004, ano em que foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente, consolidando a atenção à saúde bucal a partir de uma reorganização do modelo de atenção e dos serviços de saúde (BRASIL, 2004; BERTANHA *et al.*, 2012; TAVARES *et al.*, 2020).

Com a finalidade de superar os problemas e as desigualdades trazidas pelo atendimento odontológico historicamente assistencialista do país, a PNSB tem dentre seus eixos a reorganização da atenção básica/atenção primária, com as Equipes de Saúde Bucal da ESF; a organização da atenção especializada, com os Centros de

Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD); a promoção e a proteção da saúde, por meio da educação em saúde, procedimentos coletivos e fluoretação das águas; e a vigilância em saúde bucal, por meio de estudos epidemiológicos para monitoramento (BRASIL, 2004; CHAVES *et al.*, 2017).

No contexto da PNSB, diversos avanços na saúde bucal da população em geral foram alcançados, no entanto, no contexto indígena esse quadro permanecia incipiente. Um avanço importante na normatização da assistência à saúde bucal acontece quando, ao final de 2006, é publicado pela FUNASA o documento “Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas”. Este manual técnico passa a orientar a prestação da assistência no âmbito dos DSEI, apresentando como principais objetivos a incorporação de procedimentos coletivos e individuais em terras indígenas onde não havia consultórios odontológicos, e a consolidação da participação social nesse âmbito da saúde. A consolidação da implantação das diretrizes ocorreu em 2008, quando os 34 DSEI passaram a ser cobertos. Com esta perspectiva, a PNASPI passa a enfatizar a execução de ações educativas, preventivas e reabilitadoras da saúde bucal, somadas à manutenção das práticas tradicionais e respeito à cultura dos povos tradicionais (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2007; 2009; BERTANHA *et al.*, 2012).

Com a transferência da gestão do SasiSUS, em 2010, da FUNASA para a SESAI, e frente aos desafios que se colocavam em busca da melhoria das condições de saúde bucal da população indígena, o MS, no âmbito da SESAI e em parceria com o Departamento de Atenção Básica (DAB), definiu a reorganização do modelo de atenção em saúde bucal direcionado aos povos indígenas, lançando, em 2011, as “Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal”, sendo conhecido enquanto o Programa Brasil Sorridente Indígena, uma extensão do programa Brasil Sorridente de 2004, adaptando-o às especificidades e complexidades da saúde indígena (BRASIL, 2011; OPAS/SESAI, 2014; CHAVES *et al.* 2017).

O Brasil Sorridente Indígena teve como objetivo ampliar o acesso ao atendimento odontológico nas aldeias, estruturando e qualificando as ações de saúde bucal nos 34 DSEI, buscando também assegurar o acesso aos níveis secundários e terciários da atenção à saúde bucal, considerando os princípios e diretrizes do SUS. O programa foi implantado inicialmente nos DSEI Alto Rio Solimões, Alto Rio Purus e Xavante, e expandido para os DSEI Litoral Sul, Interior Sul, Mato Grosso do Sul, Minas

Gerais e Espírito Santo, Bahia, Cuiabá, Tocantins, Maranhão, Guamá-Tocantins, Ceará, Alagoas e Sergipe, Potiguara e Pernambuco, totalizando 16 dos 34 DSEIs (BRASIL, 2011; OPAS/SESAI, 2014).

O foco do Brasil Sorridente Indígena centra-se no controle de infecção intrabucal; na ação integrada com as outras áreas da saúde; na utilização de variados espaços sociais para a realização de ações de promoção e prevenção; na utilização da epidemiologia e de informações sobre os territórios como instrumentos organizadores da assistência; e na mudança do enfoque assistencialista para o preventivo e coletivo (BRASIL, 2011). O manual técnico anterior – as diretrizes para os DSEI, publicados em 2006-07 pela FUNASA – permanece válido, pois ainda orienta o processo de trabalho e a organização dos serviços de saúde bucal no âmbito dos distritos indígenas.

Os sistemas de atenção à saúde, de maneira geral, são sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais, políticas e econômicas que os produzem e replicam (LANGDON; WIJK, 2010). Assim, ao se considerar contextos específicos de organização da atenção à saúde, como o da saúde dos povos indígenas, deve-se levar em conta que a saúde geral e bucal dos povos guarda uma estreita relação com os determinantes ambientais, culturais, políticos, econômicos e biológicos. Portanto, o cuidado à saúde nesses contextos exige uma atenção diferenciada por parte das equipes e da gestão, estruturando programas mais eficientes e contemplando necessidades específicas para tal segmento populacional, alocando recursos de maneira adequada, buscando utilizar instrumentos culturalmente diferenciados, construindo vínculo com a comunidade, visto que tais aspectos podem representar barreiras para concretização do cuidado aos povos tradicionais (ARANTES, 2003; ARANTES; SANTOS; FRAZÃO, 2010b; BERTANHA *et al.*, 2012; ALVES FILHO *et al.*, 2014).

Tratando de barreiras operacionais, ambos os documentos de diretrizes da saúde bucal apontam para a adequação de práticas onde não existam consultórios odontológicos, considerando as localidades com difícil acesso, dispersão geográfica e ausência de infraestrutura. Dentre as alternativas levantadas estão as Unidades Odontológicas Móveis (UOM), que são veículos equipados com consultório odontológico e o uso do tratamento restaurador atraumático (ART/TRA), uma técnica simplificada e de baixo custo, que dispensa o uso de energia elétrica e equipamentos sofisticados (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2007; 2009; BRASIL, 2011).

Outro importante apontamento está relacionado às questões culturais, e para tal, as adequações no contexto da atenção à saúde bucal passam pelo protagonismo dos Agentes Indígenas de Saúde, que são base da mediação entre os saberes e práticas tradicionais e lógica biomédica. Podem, por exemplo, atuar na saúde bucal desempenhando ações de educação, prevenção e promoção; realizando visitas domiciliares e aconselhamento à necessidade de atendimento; orientando sobre sinais e doenças bucais; realizando a distribuição e o manejo de materiais de higiene oral; desenvolvendo atividades de saúde bucal em conjunto com professores das escolas indígenas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2007; BRASIL, 2011; BERTANHA *et al.*, 2012).

Compreendendo os direcionamentos dados pela PNASPI e pela PNSB, que apontam para a necessidade de uma rede de serviços nas terras indígenas, de maneira a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade das ações e projetos de saúde implantados pelo SUS para essas populações, a lógica da APS foi aplicada ao processo de reestruturação do modelo de atenção à saúde indígena vigente, sendo composto, entre outras instâncias de assistência, pelos Polos-base, pelos Postos de Saúde nas aldeias e pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena, que incluem as Equipes de Saúde Bucal (ESB), formadas por cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002; BRASIL, 2011; SOUSA, 2020).

A rede de atenção à saúde bucal à qual os povos indígenas devem ter acesso é geralmente operada pelo atendimento em seus territórios (em consultório fixo, UOM ou consultório de estrutura portátil); pelos serviços especializados no CEO (tratamentos endodônticos, cirurgias menores, diagnóstico de câncer bucal, periodontia, atendimento à pessoas com necessidades especiais, instalação de próteses, entre outras especialidades odontológicas) para tratamento de casos mais complexos encaminhados a partir do atendimento em território; os LRPD, que são pontos de apoio da rede SUS para produção/confecção de próteses dentárias de vários tipos; e os hospitais, para atendimento de emergências odontológicas (BRASIL, 2011).

Em outubro de 2017, por meio da Portaria nº 2663 do MS, foi instituído um incentivo financeiro para a atenção especializada aos povos indígenas (IAE-PI), no âmbito do SUS. Dentre os estabelecimentos habilitados ao recebimento do incentivo estão os CEO e os LRPD. Alguns dos objetivos do IAE-PI são:

[...] viabilizar a adaptação de protocolos clínicos, bem como critérios especiais de acesso e acolhimento, considerando a vulnerabilidade sociocultural; promover e estimular a construção de ferramentas de articulação e inclusão de profissionais de saúde dos DSEI e/ou outros profissionais e especialistas tradicionais que tenham vínculo com paciente indígena, na construção do plano de cuidado dos pacientes indígenas; assegurar o compartilhamento de diagnósticos e condutas de saúde de forma compreensível aos pacientes indígenas; fomentar e promover processos de educação permanente sobre interculturalidade, valorização e respeito às práticas tradicionais de saúde e demais temas pertinentes aos profissionais que atuam no estabelecimento, em conjunto com outros profissionais e/ou especialistas; proporcionar serviços de atenção especializada em terras e territórios indígenas (BRASIL, 2017a).

Nesse arcabouço legal apresentado até aqui, destaca-se o apontamento de que o acesso à atenção especializada deve sempre ocorrer por meio de pactuação entre os DSEI e os municípios de sua área de abrangência que ofereçam tais serviços. Ao se considerar os princípios doutrinários do SUS que falam da integralidade da atenção e da universalidade do atendimento, pode-se concluir que a garantia do atendimento em saúde aos povos indígenas deve ser de competência de todas as esferas do governo (BRASIL, 2011).

2.4 A análise dos indicadores de Saúde Bucal

Ao se utilizar instrumentos para avaliação de ações e monitoramento de desempenho em saúde pública, variadas formas de agrupamentos podem ser realizadas, para aplicação em diferentes níveis do sistema de saúde. Os indicadores, enquanto possível instrumento, devem sempre ter como referência o desempenho de alguma equipe, serviço, estado, país, num determinado espaço e tempo (PATTUSSI; BARCELLOS; NARVAI, 2013; NARVAI; FRAZÃO, 2017).

Os indicadores são medidas-síntese que podem informar sobre atributos e dimensões do estado de saúde ou do desempenho dos sistemas de saúde. No Brasil, existem várias propostas de indicadores que visam o monitoramento e a avaliação das ações e serviços públicos de saúde, medindo o impacto que os serviços oferecidos causam na saúde da população e na qualidade da gestão (FRANÇA *et al.*, 2020; LUCENA *et al.*, 2021).

Por meio da vigilância e do monitoramento de indicadores é possível averiguar a existência de mudanças, mas não necessariamente as suas razões e completude. Os números expressam uma dimensão da realidade, mas não a são. Requerem

sempre contexto e interpretação para que seja possível extrair deles as informações que se buscam (NARVAI; FRAZÃO, 2017; LUCENA *et al.*, 2021).

Os procedimentos com indicadores se propõem principalmente à criação de recomendações para embasar a tomada de decisão em programas e políticas de saúde, e devem considerar a qualidade da evidência; os benefícios que podem trazer para a saúde e para outros campos; que sejam possíveis de adaptação à realidade concreta dos sistemas; que considerem os riscos de danos à saúde, a facilidade e o custo para implementação. É esperado que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade e que sejam compreensíveis para os usuários da informação, tanto da gestão quanto do controle social (PATTUSSI; BARCELLOS; NARVAI, 2013; LUCENA *et al.*, 2021).

No âmbito da saúde bucal, há uma variedade de indicadores pactuados ao longo das últimas duas décadas. Diferentes programas, projetos e diretrizes foram instituídos visando a avaliação de políticas e ações, e o monitoramento de desempenho dos serviços de saúde pública, e vários deles foram acompanhados de indicadores dedicados à prática odontológica em saúde pública (FERNANDES *et al.*, 2016; FRANÇA *et al.*, 2020).

França *et al.* (2018), analisando a evolução, entre 1998 e 2016, dos indicadores de saúde bucal que foram propostos nos Pactos Interfederativos do SUS, identificaram mudanças críticas ao longo do período estudado, que se caracterizam pela inclusão e exclusão de contínua e por uma redução drástica no número de indicadores, culminado com a manutenção de um único indicador em 2016, o de “Proporção de exodontias em relação aos procedimentos”, que está relacionado a ações mutiladoras na saúde bucal.

Em um outro estudo, França *et al.* (2020), apresentam os indicadores de monitoramento e avaliação das ações de saúde bucal para a qualificação do SUS, propostos em diretrizes do Ministério da Saúde entre 2000 e 2017, classificando-os em três categorias gerais: acesso ao cuidado; oferta de serviços; resolutividade e continuidade. Foram encontrados ao menos dois indicadores de saúde bucal em quatro diretrizes do MS. Apenas duas (o 3º Ciclo, 2015-2017, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso de Qualidade da Atenção Básica – PMAQ; e o Índice de Desempenho do SUS – IDSUS de 2013), cada uma delas abordando apenas três indicadores, trouxeram parâmetros aos respectivos indicadores propostos (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2017b; FRANÇA *et al.*, 2020).

Aponta-se para a diversidade de modelos de avaliação da saúde bucal existentes na literatura, com variadas dimensões, denominações e fórmulas de cálculo dos indicadores. Identificam-se indicadores com intenções similares, e ocasionalmente com variações em sua estrutura, que foram se modificando ao longo da trajetória do SUS e do avanço das pesquisas. Diversos estudos sobre avaliação da atenção odontológica acabam por não especificar critérios, indicadores e/ou parâmetros utilizados. Em geral, quando parâmetros são apresentados, se baseiam em metas locais do serviço, ou de desempenho do MS, ou mesmo estabelecida pelos próprios autores (FERNANDES *et al.*, 2016; FRANÇA *et al.*, 2018; FRANÇA *et al.*, 2020).

Embora os indicadores que têm sido implantados até então constituam subsídios importantes para a gestão em saúde bucal, os estudos apontam para a necessidade de qualificação dos atuais e uma incorporação de novos indicadores. França *et al.* (2020) esclarece que para uma proposta metodológica de avaliação e monitoramento das ações e do desempenho dos serviços públicos de saúde é essencial ampliar o foco para contemplar elementos que favoreçam a análise do cumprimento dos princípios do SUS, incluindo a adequação à diferentes realidades socioculturais, para que assim a gestão possa fortalecer e qualificar o sistema. Entretanto, no campo da saúde bucal, os indicadores ainda contemplam poucas dimensões.

Nesse contexto, os indicadores de saúde bucal constituem uma importante ferramenta para avaliar os recursos destinados a essa área, na atenção primária e secundária, e para avaliação do impacto da aplicação destes recursos nos diferentes setores populacionais. Esses indicadores devem, portanto, ser considerados e incorporados nos processos de implementação de políticas públicas de maneira equânime (FERNANDES *et al.*, 2016; FRANÇA *et al.*, 2020)

Há uma divisão clássica dos indicadores a partir dos componentes fundamentais da avaliação em saúde proposta por Donabedian (1988), e amplamente aplicadas aos indicadores de saúde bucal. Estão definidos em três categorias: *indicadores de estrutura* (relacionados aos recursos materiais, financeiros e humanos necessários para prestação de serviços de acordo com as necessidades de cada nível de atenção) que vão refletir na eficiência; *indicadores de processo* (dizem respeito à adequação das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde. Avalia, portanto, o modelo de atenção e a programação das ações, indicando grau de integralidade, a

partir da atuação nos diferentes níveis de atenção, bem como os tipos de serviços oferecidos, estando vinculados ao processo de trabalho) que refletem na efetividade; e *indicadores de resultados* (representam as mudanças provocadas pelas ações de saúde realizadas com a população-alvo, remetendo à efetividade do sistema saúde, aos impactos das ações na situação de saúde, no comportamento, nos conhecimentos, e na satisfação dos usuários) refletindo na eficácia. (MEDINA *et al.*, 2000; RONCALLI, 2009; NARVAI; FRAZÃO, 2017).

Os indicadores de resultados são abordados com mais frequência na literatura, principalmente nos estudos epidemiológicos clássicos. Porém, idealmente, deve-se buscar um balanceamento das três categorias nos processos avaliativos, pois resultados são sempre consequência de alguma ação prévia, e assim as necessidades de intervenção podem estar nas etapas anteriores. Portanto, no plano teórico, as três categorias estão articuladas. As condições de *estrutura* permitem *processos* adequados, que por sua vez produzirão *resultados* no estado (ou situação) de saúde. Contudo, tal articulação nem sempre é consolidada na prática dos serviços (RONCALLI, 2009).

Fernandes *et al.* (2016), a partir do debate de Viana *et al.* (2003) sobre o conceito de equidade e suas vertentes, apontam para a capacidade de classificação dos indicadores nas categorias de oportunidade de acesso e de utilização dos serviços. O IDSUS, índice proposto pelo Ministério da Saúde objetivando a avaliação do desempenho do SUS em vários âmbitos, apresenta indicadores de saúde bucal classificando-os nas dimensões de acesso potencial (que mede a oferta de atendimento, dialogando com a categoria de estrutura e processo), de acesso obtido (medindo os atendimentos realizados, dialogando com a categoria de processo), e de efetividade, que visa avaliar os resultados obtidos (BRASIL, 2013b).

Considerando a pluralidade e a complexidade do tema acerca dessa categorização/conceitualização, compreende-se que são diversos os conceitos e os modelos explicativos de análise para definir as dimensões do conceito de acesso, acessibilidade e utilização (GIOVANELLA; FLEURY, 1996; STARFIELD, 2002; ASSIS; JESUS, 2012). No entanto, há convergências conceituais, no sentido de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Conforme Travassos e Castro (2012), o termo acesso poderá ser empregado enquanto sinônimo de acessibilidade. Para diferenciação dos conceitos e indicadores de acesso e utilização, podem ser tomados

como referência os conceitos de Acesso Potencial (AP), sinônimo de *acesso*, e Acesso Realizado (AR), sinônimo de *utilização*, dimensões introduzidas por Andersen e Newman (1973) e melhor desenvolvidas no modelo comportamental de utilização de serviços de saúde (ANDERSEN, 1995).

O AP está relacionado aos *fatores capacitantes* individuais e comunitários ou contextuais (oferta local dos serviços de saúde). É sinônimo do *acesso*, no domínio restrito, definido pelas características da oferta de serviços de saúde que determinam facilidades ou dificuldades (barreiras) à utilização dos serviços e obtenção de cuidados por potenciais usuários, e também exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de determinada população (FRENK, 1992; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Já o AR incorpora a etapa de uso do serviço, referindo-se à utilização de serviços de saúde propriamente dita. É sinônimo de *utilização*. Uso/utilização de serviços pode ser empregada como uma medida substituta de acesso, mas não se explica apenas por ela (não apenas pelos fatores capacitantes, relacionados ao acesso), mas também por fatores contextuais, por fatores predisponentes e pela necessidade de saúde.

O modelo comportamental de utilização de serviços de saúde, proposto por Andersen e Newman (1973), estabelece que a utilização de serviços é dependente de determinantes individuais agrupados nos *fatores contextuais externos* e nas *características do sistema de saúde*, que são os determinantes da sociedade e do próprio sistema, fatores esses que são intermediados por fatores individuais: os *fatores predisponentes*, os *fatores capacitantes* e as *necessidades de saúde*.

Fatores *predisponentes* são aqueles que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e definem a propensão das pessoas para procurar/usar serviços de saúde, como as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça, hábitos, cultura, valores pessoais, entre outras). Os fatores *capacitantes* podem ser individuais e comunitários. São aqueles que devem estar presentes para que a utilização de serviços se realize (instalações, equipamentos, profissionais, renda, tempo, informações), ou seja, meios disponíveis para que as pessoas usem os serviços. As *necessidades* de saúde, enquanto determinante mais proximal da utilização, apontam para o conceito relacionado ao estado de saúde de indivíduos e grupos populacionais. A necessidade de saúde percebida pelos indivíduos difere da necessidade de saúde diagnosticada por profissionais de saúde. Além disso, é um conceito relativo, que varia

entre os indivíduos, os grupos, a cultura e ao longo do tempo, e é também multidimensional. (ASSIS; JESUS, 2012; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Análises recentes da situação de saúde bucal de povos indígenas no Brasil têm lançado mão de alguns indicadores de acesso aos serviços de saúde bucal no SasiSUS, partindo da proposta conceitual de analisar oferta (acesso potencial/oportunidade de acesso), e utilização (acesso realizado/obtido) de tais serviços, ademais utilizando dados extraídos de sistemas de informação utilizados no contexto da saúde indígena (Sistema Local e SIASI). Um dos estudos analisou agregadamente um conjunto de povos indígenas do Parque Xingu (MG), de 2004 a 2013, e o outro realizou uma análise agregada de regiões e DSEIs do Brasil, de 2015 a 2017. Nessas ocasiões, não foram utilizados como unidade de análise as aldeias e/ou Polos-base, ou feita uma verificação a partir de parâmetros/metapas. De maneira geral, foram identificadas informações adequadas e úteis ao contexto, com indicadores apresentando evolução positiva ao longo do tempo (LEMOS *et al.*, 2018; BRASIL, 2019).

2.5 O contexto da organização do Povo Indígena Xukuru do Ororubá e a realidade de saúde no Território

O povo indígena Xukuru do Ororubá constitui o maior contingente populacional étnico indígena no Estado de Pernambuco, registrando em 2010 um total de 9.127 indígenas habitando um território que integra principalmente a zona rural do município de Pesqueira, sendo 7.727 indígenas aldeados e os demais desaldeados (IBGE, 2012). Dentre a população aldeada, em 2010, cerca de 49% eram do sexo feminino; a proporção de menores de 15 anos era de 33,7%, um pouco menor que a proporção correspondente para o Nordeste indígena no mesmo ano (39,5%). Além disso, a repartição por sexo e idade indicava uma população em fase de transição demográfica, com fecundidade em torno de 3,7 filhos por mulher, ocasionando uma Taxa Bruta de Natalidade de 27 nascidos vivos por mil habitantes em 2010, superior à da população brasileira. O Território Indígena (TI) é de cerca de 27.555 hectares, localizado na Serra do Ororubá. Está dividido em 3 regiões socioambientais (Ribeira, Agreste e Serra) e em 24 aldeias oficiais (GONÇALVES, 2008; TEIXEIRA; COSTA, 2012).

Nas três últimas décadas – apesar de, historicamente, sofrerem intensa perseguição, processos violentos de extermínio, de criminalização, patrocinados por forças de vários âmbitos – após a reconquista de seu território ancestral da mão de posseiros no movimento conhecido como “Retomadas”, o povo Xukuru tem estabelecido processos de organização social e política, de sobrevivência e de formação político-pedagógica dos jovens, com destaque para a rede Poyá Limolaygo, uma instância sociopolítica da juventude Xukuru do Ororubá, a Ororubá Filmes, grupo de formação e produção audiovisual, o Coletivo de Mulheres Xukuru do Ororubá e o Coletivo da Agricultura Indígena Xukuru Jupago Kreká. Anualmente acontece no território a Assembleia Xukuru do Ororubá, evento aberto ao público que celebra a memória e história de lutas do cacique Xicão Xukuru (liderança que foi assassinada em 1998 em circunstâncias de conflito pela terra) e se discutem questões sociopolíticas, a defesa de seu território, o planejamento da educação e da saúde, entre outros temas de relevância para a comunidade (SILVA, 2008; DE LAVOR, 2009; MONTE, 2010; SANTOS *et al.*, 2021).

Nos dias atuais, a organização política Xukuru é constituída pelo cacique, vice-cacique, pajé e o Conselho de Lideranças, composto pelos representantes das 24 aldeias. Nesse sistema organizacional, o CISXO (Conselho Indígena de Saúde Xukuru do Ororubá), conselho local de controle social, desempenha um importante papel em relação às tomadas de decisão sobre as questões de saúde indígena. O Conselho é composto por Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento, auxiliares indígenas de enfermagem e lideranças (SOUZA, 2007). Nas eleições municipais de 2020, o cacique Marquinhos Xukuru concorreu ao cargo de prefeito do município de Pesqueira e foi eleito. No entanto, teve sua candidatura indeferida devido a processos movidos contra ele em consequência dos tempos de conflitos pelo TI de seu povo. Devido ao impedimento, o presidente da Câmara de Vereadores (um político do mesmo partido) assumiu a prefeitura de forma interina, enquanto o cacique Marquinhos tem ocupado o cargo de Secretário de Governo de Pesqueira, desde Abril de 2021 (G1 GLOBO, 2021).

Acerca das condições de saúde no contexto do TI do povo Xukuru do Ororubá, alguns estudos retratam diferentes campos da realidade vivenciada pela comunidade. Fávaro *et al.* (2019), identificou uma prevalência de 7,7% para o excesso de peso e de 24,2% para o risco de sobrepeso em crianças Xukuru menores de dez anos, apontando que as chances de risco para ambos foram maiores em crianças menores

de dois anos. Crianças que viviam em domicílios com renda fixa apresentaram um risco 97% maior de sobrepeso. Nesse sentido, as autoras sugerem que a comunidade vivenciava um acelerado processo de transição nutricional, uma situação divergente em relação ao que outros povos indígenas no Brasil estão expostos.

Em análise acerca dos modelos de cultivo agrícola e sua relação com o ambiente e a saúde do povo Xukuru, destacou-se o uso intensivo de agrotóxicos, sem equipamento de proteção individual, apesar do reconhecimento por parte dos agricultores indígenas sobre os graves riscos ao ambiente e à saúde, inclusive de morte, que decorrem dessa prática. A autora destacou a necessidade de intervenções sobre o modelo agrícola adotado, de maneira que práticas alternativas mais saudáveis e sustentáveis sejam trabalhadas, incorporando a participação popular e tradições culturais deste povo (GONÇALVES, 2008).

Em estudo sobre a saúde sexual e reprodutiva de mulheres da comunidade, Araújo *et al.* (2020) identificaram que nas práticas em saúde da mulher há o uso simultâneo e regular da biomedicina e da medicina indígena, mas falta uma articulação real entre os distintos saberes. Destacam ainda sobre a necessidade de abordagem da sexualidade por parte da enfermagem no âmbito da saúde indígena para além dos riscos do exercício, mas também do prazer, os sentimentos, o respeito e a responsabilidade envolvidos.

Tratando das condições de saúde bucal do povo Xukuru do Ororubá, em 2010, analisando a situação de crianças de 10 a 14 anos, Maurício e Moreira (2014) identificaram índice CPO-D médio de 2,38 dentes com experiência de cárie. Já em 2018, examinando os mesmos indivíduos do estudo anterior, Maurício (2020) identificou que, os agora jovens entre 18 e 23 anos, apresentavam experiência de cárie em 7,4 dentes, em média. Utilizando dados dos dois levantamentos, analisou-se a evolução temporal dessa experiência, ficando evidenciada uma modificação negativa, pois houve incremento na prevalência, que passou de 68,7% (em 2010) para 96,9% dos indivíduos com alguma experiência de cárie (em 2018). Dentre os fatores de risco associados ao incremento estavam a obtenção de água para o domicílio em rios, açudes ou barragem e a baixa frequência de escovação diária (MAURICIO, 2020).

Os serviços de atenção à saúde que operam no TI Xukuru do Ororubá são organizados e geridos pelo DSEI Pernambuco (DSEI PE), que atua sob a tutela do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) desde 2011, entidade

privada sem fins lucrativos conveniada com o Ministério da Saúde para prestação de serviços e ações complementares em saúde indígena. O Polo-base Xukuru do Ororubá tem como referência municipal e estadual para serviços de média e alta complexidade unidades de saúde que estão distribuídas entre os municípios de Pesqueira, Caruaru e Belo Jardim. Além do Polo-base Xukuru do Ororubá, o DSEI PE tem sob sua abrangência outros 16 Polos-base: Atikum Carnaubeira; Atikum Salgueiro; Entre Serras Pankararu; Fulni-ô; Kambiwá; Kapinawá; Pankará Serra do Arapuá; Pankará de Serrote dos Campos; Pankararu; Pipipã; Truká; Tuxá; Truká de Orocó; Truká de Cabrobó; Tuxi; Xukuru de Cimbres (CARDOSO, 2015; IMIP, 2015; BRASIL, 2020).

Em 2017 a população indígena sob abrangência do DSEI Pernambuco era de pouco mais de 40.000 indivíduos. Em análise descritiva de alguns indicadores de acesso aos serviços odontológicos do SasiSUS, o DSEI PE, entre o ano de 2015 e 2017, apresentou redução na cobertura de primeira consulta odontológica programática. Não foram disponibilizados os dados por DSEI para os demais indicadores analisados, no entanto, apontou-se para um aumento do número total de atendimentos odontológicos realizados nos 34 DSEI; uma pequena ampliação na proporção de atendimentos programados em relação aos de demanda espontânea; e, finalmente, uma estabilidade na resolubilidade da assistência odontológica básica, com proporções entre 50-52% de tratamentos odontológicos concluídos nos três anos analisados (BRASIL, 2019).

No contexto do DSEI PE, e especificamente no Polo-base Xukuru do Ororubá, o SIASI local tem se estruturado através do serviço de técnicos responsáveis pela digitação de dados, que recebem as produções das EMSI e fazem o registro dos dados na versão local do sistema de informação, sediado no Polo-base na aldeia São José, permitindo assim que se analise diferenças intra-étnicas a partir da análise de aldeias (LIMA, 2009).

Destacam-se alguns problemas em relação a coleta de dados realizada pelas EMSI no TI Xukuru do Ororubá, com relatos sobre o excesso de documentos e formulário a serem preenchidos, para o SIASI e para outros sistemas de informação nacionais, desencadeando uma percepção problemática por parte dos profissionais de saúde, a partir de uma leitura de meros coletores de dados direcionados à gestão, sem a compreensão da importância da retroalimentação da informação para os serviços de atenção primária, de como a informação tem a potencialidade de ser

aplicada para reorganização do modelo de atenção diferenciada, para análises epidemiológicas em nível local e o planejamento rotineiro das ações de saúde. Predomina, portanto, uma abordagem técnica da informação acerca do TI, que não atende as perspectivas ampliadas propostas pela PNASPI (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007; LIMA, 2009; COELI, 2010).

Os indígenas Xukuru afirmam que para que as informações em saúde tenham relevância entre sua comunidade, é preciso considerar as especificidades sociopolíticas e ambientais do TI. Reforçam a necessidade de retorno das informações para a comunidade para serem divulgadas por meio das lideranças, nos espaços de debate coletivo, de modo a gerar propriedade em torno das questões levantadas e potencialidades para transformação social (LIMA, 2009).

2.6 A determinação social da saúde em diálogo com as iniquidades em saúde bucal dos povos indígenas, a questão de raça, e a formação acadêmica odontológica

A abordagem da determinação social do processo saúde-doença-atenção, diferenciando-se da difundida abordagem sobre determinantes sociais da saúde, entende a questão de saúde e suas variáveis descritoras enquanto articuladas com os processos sociais e históricos. Toma como fundamental para análise e debate da realidade concreta os modos de organização social e suas consequências sobre a saúde das pessoas, para que se respondam questões de pesquisa ancoradas na realidade em que a população estudada vive e se percebe o processo histórico que a constrói (NEDEL; BASTOS, 2020).

Ao compreender que as condições de saúde, adoecimento e morte das populações dependem das condições de vida, que, por sua vez, dependem das condições sociais de reprodução da vida, a abordagem da determinação social se distancia de uma abordagem biologicista e descontextualizada, que aprofunda a culpabilização do indivíduo e sua responsabilização na gestão dos problemas de saúde, direcionando-se para uma disputa ideológica fundamental em relação aos sistemas e estrutura socioeconômica. Ela conduz ao questionamento imperativo sobre a necessidade de mudança da organização social para que se promova saúde concretamente, para que se proponham e conquistem melhorias definitivas das condições de saúde da população, almejando uma sociedade com menos

desigualdades injustificáveis e evitáveis (BORDE; HERNANDEZ, 2018; NEDEL; BASTOS, 2020).

As diferenças em saúde existem e existirão, certos de que as sociedades são diferentes e não devem ser a epidemiologia ou a saúde pública instrumentos de homogeneização cultural. No entanto, são essenciais as intervenções focadas nas diferenças de saúde injustas (ROSEN, 1958). É fundamental a percepção de que a contínua denúncia das desigualdades sociais em saúde descontextualizada social e historicamente, e desacompanhada de proposições para seu enfrentamento exerce uma função de tampão social e naturalização da injustiça, pois a repetição acrítica de um fato social acaba por levá-lo à naturalização, ou seja, ao entendimento coletivo de que tal fato é inerente às sociedades, é imutável, de que não há uma alternativa (BORDE; HERNANDEZ, 2018; NEDEL; BASTOS, 2020).

São vários os países que, tendo sido construídos sobre os legados coloniais de escravidão, exploração humana e processos de racialização, apresentam um perfil intenso e violento de desigualdade racial na saúde em cada etapa do curso da vida. As desigualdades raciais se manifestam na forma de frequências mais altas de resultados adversos à saúde física e mental, bem como acesso restrito e menor utilização de cuidados de alta qualidade entre os grupos racializados (BASTOS; CONSTANTE; JAMIESON, 2021b).

Em revisão narrativa sobre desigualdades em saúde bucal, foram identificadas ampla gama de grupos vulnerabilizados que apresentaram piores resultados em termos de saúde bucal, sendo estudos focalizados em subgrupos racializados ou étnicos, povos indígenas, imigrantes, entre outros (BASTOS; CONSTANTE; JAMIESON, 2021a). Nos estudos específicos acerca das desigualdades em saúde bucal dos povos indígenas (com evidências do Brasil, Austrália, Canadá, México e Nova Zelândia) demonstrou-se as disparidades nas condições de saúde bucal entre indígenas e não indígenas, com os primeiros apresentando piores condições saúde bucal, indicadas por maiores frequências de cárie dentária, de perda dentária e autopercepção negativa da saúde bucal, assim como pior condições de higiene bucal, maiores taxas de sangramento gengival e menor acesso aos serviços odontológicos HA *et al.*, 2016; JAMIESON *et al.*, 2016; GARCÍA-PÉREZ *et al.*, 2016; SCHUCH *et al.*, 2017).

Quando se trata das desigualdades em saúde entre grupos sociais racializados, pode-se enquadrá-las na definição de iniquidades em saúde estabelecida por

Whitehead (1992), considerando que as iniquidades raciais em saúde estão intrinsecamente vinculadas a inabilidade de tratar o desnecessário, evitável e injusto processo social conhecido como racismo.

O racismo vai além de discriminação à nível da relação individual, chegando aos níveis institucional e estrutural, pois são produzidos e sustentados por leis, sistemas econômicos e políticos (conduzidos pela estrutura capitalista e os sistemas neoliberais), e normas culturais e sociais, gerando uma dinâmica na qual disparidades sistematicamente favorecem certos grupos sociais, num ciclo de reforço mútuo entre esses níveis, alimentadas pela discriminação. A extensão da iniquidade entre grupos racializados, as ideologias utilizadas para sustentá-la e as próprias categorias raciais são todas criadas e mantidas através de processos sociohistóricos particulares (por exemplo, segregação racial habitacional), instituições (por exemplo, agências de nível estadual, incluindo agências de censo) e interações interpessoais (por exemplo, discriminação mediada pessoalmente) (RESKIN, 2012; BASTOS; CONSTANTE; JAMIESON, 2021a).

Abordar o racismo, portanto, requer não apenas mudar valores, crenças e atitudes individuais, mas também dismantelar as políticas, instituições, estruturas de poder e dinâmicas sociais e culturais que sustentam as hierarquias raciais. O racismo impacta em todas as facetas da saúde e do bem-estar humano. Dentre essas facetas, está incluído o campo da saúde bucal (RESKIN, 2012; JAMIESON *et al.*, 2021).

Há uma necessidade de superar a abordagem metodológica do racismo como um simples fator de risco à problemas de saúde bucal, passando a compreendê-lo como um sistema de opressão multinível com dimensões estruturais, institucionais, culturais e comportamentais, que atravessa, portanto, vários domínios da vida, e como um elemento fundante das sociedades contemporâneas. O racismo funciona como um motor de inúmeros mecanismos subjacentes às precárias condições de saúde bucal das populações racialmente marginalizadas. Além disso, raça, como um eixo potente de marginalização, exclusão e produção de iniquidades em saúde, não atua de maneira isolada, sendo fundamental a compreensão do funcionamento do racismo com e através de outros eixos de marginalização, num processo interseccional, via marcadores como gênero, orientação sexual, crenças religiosas e classe social. (BASTOS; CONSTANTE; JAMIESON, 2021a; 2021b; JAMIESON *et al.*, 2021).

Quando se relatam e/ou discutem questões de saúde de povos indígenas, elementos históricos e sociais precisam ser considerados, compreendendo os

impactos imensuráveis de um legado colonial histórico de políticas e processos de invasão, assimilação e aniquilação cultural, racismo e marginalização, sendo processos que perduram até os dias de hoje (DURIE, 2004; JAMIESON *et al.*, 2020a). Tal tratamento histórico se reflete contemporaneamente pela constante pobreza e desigualdade universal evidenciada em povos indígenas, sendo um dos grupos mais socialmente desfavorecidos e alienados em todo o mundo (ANDERSON *et al.*, 2006; JAMIESON *et al.*, 2020b).

O campo da saúde bucal permite um olhar diferenciado acerca das injustiças sociais, incluindo as que atingem os povos indígenas, na medida em que é capaz de refletir simultaneamente circunstâncias materiais desiguais, acesso desigual aos serviços de saúde e iniquidades estruturais ao longo da vida (PERES *et al.*, 2019; JAMIESON *et al.*, 2020b).

As desigualdades na saúde bucal entre os grupos indígenas são particularmente elevadas na maioria dos países, havendo uma relação concreta entre a adoção de políticas neoliberais (e sua expressão via colonialismo, racismo, abusos e traumas intergeracionais, restrições aos direitos civis coletivos e provisão de serviços de saúde) e o aumento de desigualdades de saúde e econômicas, com mais comunidades indígenas vivendo na pobreza, produzindo, portanto, impactos na saúde bucal desses povos (MCGREGOR, 2008; JAMIESON *et al.*, 2020b).

O ambiente socioeconômico produzido pelo neoliberalismo influencia significativamente na saúde das populações em um nível micro, por exemplo via promoção mercadológica, regulando preços, disponibilidade e promoção de mercadorias (álcool, tabaco, alimentos e bebidas com altos níveis de açúcar e gordura), mas também em nível macro, via decisões de corporações globais, moldando a aceitação social pelo consumo de tais mercadorias (KICKBUSCH; ALLEN; FRANZ, 2016; JAMIESON *et al.*, 2020b).

Em análise acerca dos impactos do neoliberalismo sobre as desigualdades em saúde bucal dos povos indígenas à nível mundial, Jamieson *et al.* (2020b) definem cinco formas pelas quais as políticas neoliberais têm contribuído expressivamente para produzir tais iniquidades. Primeiramente, o aumento das disparidades de renda (1), a partir de seu ambiente de competitividade, individualização e “mercadologização”, negando as práticas de compartilhamento comunitário presente em diversas culturas indígenas, os colocando enquanto maior representação entre populações de baixa renda e desempregadas;

Outro fator é o aumento do domínio de empresas transnacionais sem regulação (2), tais como as indústrias do tabaco e do açúcar, produzindo facilidades e altos níveis de consumo entre indígenas; indústrias e mineradoras que liberam poluentes sobre águas e solos e as que realizam controle sobre a água potável – exemplificado por quadro recente em que o governo federal do Brasil tem trabalhado para aprovar projetos de lei que permitem a exploração mineral e a geração de energia em terras indígenas (JAMIESON *et al.*, 2020a) –, produzindo invasão, desastres e destruição das terras, dificuldades de acesso à água encanada e apropriada para consumo humano, estimulando indiretamente o consumo de bebidas açucaradas industrializadas, resultando em impactos diretos sobre a saúde bucal dos povos indígenas;

Relacionada ao domínio empresarial, está a privatização da saúde (3), onde, na via do livre mercado, grupos empresariais poderosos influenciam política e economicamente no acesso aos serviços de saúde bucal, ao direcionar o Estado para implantação de modelos de atenção privatistas, enfraquecendo a disponibilidade e investimentos em modelos públicos de acesso universal, e a organização de serviços culturalmente sensíveis para prestar atenção diferenciada.

Em seguida, há a ênfase neoliberal na autonomia e responsabilização individual (4). A ideologia neoliberal estimula o desprezo social pelas práticas indígenas coletivistas e comunitárias, culpabilizando os indivíduos por suas circunstâncias, comportamentos e estados de saúde e, portanto, trabalha para apagar e ignorar a fundamental influência dos processos históricos e políticos (incluindo a colonização, os sistemas de racialização e opressão) sobre a distribuição de renda e de outros fatores que determinam socialmente a saúde dos povos indígenas, assim como a saúde da classe trabalhadora em geral (PEACOCK; BISSELL; OWEN, 2014).

Ainda, através da rotulação das diferenças culturais e individualização da problemas, são construídos estigmas psicossociais que refletem em discriminação racial, exclusão e rejeição sistêmica. Esses estigmas possuem impactos profundos sobre as iniquidades em saúde bucal dos povos indígenas, por exemplo, na medida em que indígenas perdem ou desistem de empregos devido a constrangimento pela perda de dentes ou mesmo quando não buscam atenção odontológica com medo de julgamentos por parte dos dentistas (KRICHAUFF *et al.*, 2020; JAMIESON *et al.*, 2020b).

Finalmente, estão as influências do neoliberalismo sobre o racismo estrutural (5). As políticas neoliberais promovem um ambiente de competição e privilegiam grupos que detém o poder. O racismo estrutural emerge enquanto consequência das práticas das instituições sociais e políticas, operadas a partir de forças como o neoliberalismo, e no contexto de uma estrutura capitalista (BEN *et al.*, 2017). O racismo estrutural tem impactos incontáveis sobre o sistema educacional, sobre o poder político, sobre os sistemas de saúde, sobre as condições de moradia, sobre o desemprego, sobre a justiça criminal, e sobre a distribuição de renda (CASTLE *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o racismo vai impactar sobre os grupos racializados e socialmente marginalizados, e, portanto, na produção das iniquidades em saúde bucal dos povos indígenas (JAMIESON *et al.*, 2020b). Pode-se sintetizar que os impactos do racismo na saúde bucal operam em três principais aspectos: produzindo acesso desigual aos serviços de saúde bucal e/ou recebimento de atendimento de menor qualidade; através de consequências psicológicas e fisiológicas que emergem em pessoas discriminadas, produzindo impacto direto sobre comportamentos e estado de saúde bucal; por meio do comprometimento das relações entre prestadores de serviço odontológico e usuários, no emergir da expressão individual do racismo e marginalização (JAMIESON *et al.*, 2021).

Bastos *et al.* (2018) argumenta que o campo acadêmico da saúde bucal tem sido relutante em incorporar o racismo aos estudos, não porque o conceito dificilmente modelaria padrões injustos de distribuição de doenças bucais, mas sim porque a atividade científica como um todo tem sido silenciosamente racista. Um impacto desse processo se expressa na literatura da pesquisa odontológica (incluindo a que trata das iniquidades raciais) dominada por pesquisadores brancos (JAMIESON *et al.*, 2021). Os pesquisadores em saúde bucal e as sociedades que os rodeiam estão todos imersos em um sistema de significados, valores e práticas que é fundamentalmente racista, e, portanto, “desinformam nossa compreensão dos eventos e nossas inferências sobre causas e consequências” (RESKIN, 2012). Somente ao reconhecer que a pesquisa e a política em saúde bucal operam dentro deste contexto cultural/político, os pesquisadores e gestores políticos podem perceber que o combate às iniquidades raciais em saúde bucal está mais relacionado com a constante consciência e reconhecimento do racismo, do contexto social e histórico em que ele

opera, e como ele distorce nossas visões de mundo, do que qualquer outra coisa (RESKIN, 2012; JAMIESON *et al.*, 2021).

Aponta-se para a urgência em aumentar a diversidade racial e étnica nos cursos de odontologia, entre a força de trabalho nas universidades, nos departamentos/agências estatais, entre a categoria política legislativa, de modo que as perspectivas dos grupos sociais racializados também sejam levadas em conta. Aliado a isso, está a necessidade de refletir sobre o valor limitado da aprendizagem tradicional para o cuidado e promoção da saúde bucal, dado que ela pode potencialmente aumentar as iniquidades raciais na saúde bucal se não estiver em sintonia com uma perspectiva sistêmica sobre o racismo, de visibilidade à temática indígena e dos povos tradicionais, e de representação, com perspectiva política contra-hegemônica, dos grupos socialmente marginalizados nas funções de pesquisa e ensino das instituições e na força de trabalho odontológica dos serviços de atenção à saúde (BASTOS; CONSTANTE; JAMIESON, 2021a).

As estratégias para reduzir as iniquidades raciais em saúde bucal são variadas e intrinsecamente intersetoriais. A eliminação das iniquidades raciais sobre doenças bucais não é, portanto, de responsabilidade exclusiva dos atores sociais mais preocupados com o campo. Exige um compromisso amplo e sustentado, visando influenciar os domínios do sistema de discriminação racial, atuar em pontos de alavancagem das opressões, reduzir a força das instituições de ensino no sistema de discriminação (por exemplo, em uma análise crítica para remoção de racismo expresso nos currículos das formações odontológicas), e apontar a responsabilização da estrutura política (RESKIN, 2012; JAMIESON *et al.*, 2021).

Numa perspectiva que vise a eliminação concreta do racismo estrutural e das iniquidades raciais em saúde bucal, faz-se necessário retomar o questionamento imperativo sobre a necessidade de mudança estrutural/sistêmica que emerge a partir da abordagem da determinação social da saúde. É essencial direcionar os esforços intelectuais e a consciência da classe trabalhadora para a análise dos processos históricos, dos modos de organização social e de reprodução da vida instituídos no sistema capitalista e suas consequências sobre a saúde das populações, incluindo os grupos racialmente marginalizados, como são os povos indígenas.

Dessa maneira, é fundamental uma profunda compreensão da forma desproporcional pela qual os povos indígenas são atingidos pelo fardo social e econômico produzido pelo neoliberalismo (JAMIESON *et al.*, 2020a). A mudança na

percepção societária de que o neoliberalismo seria inevitável é necessária para que haja tal compreensão aprofundada, crítica e matizada do que o neoliberalismo realmente significa (JAMIESON *et al.*, 2020b). Novas alternativas, visando superar as iniquidades em saúde e não as agravar ou mantê-las, precisam ser imediatamente buscadas. As vias do capital e do mercado não devem ser, e não são, o fim do caminho.

3 JUSTIFICATIVA

A partir da coordenação da SESAI, em 2010, surgem diversos desafios operacionais na gestão e na execução das ações e programas de saúde da PNASPI. Dentre eles, a efetivação do SIASI, com dados e indicadores que possam subsidiar o processo decisório do planejamento em saúde indígena, permitindo acompanhar o impacto das ações e o acesso aos serviços de saúde, com a vantagem de fornecer uma ampla cobertura populacional, um baixo custo para coleta de informações e uma facilidade para o seguimento longitudinal (COELI, 2010; GARNELO, 2012; MENDES *et al.*, 2018).

A utilização de indicadores do SIASI para avaliação da saúde bucal indígena demonstra potência como instrumento de vigilância, de monitoramento, de controle e de avaliação das ações, dos serviços e da situação de saúde (MATOS, 2014). Portanto, o presente estudo tem sua realização justificada ao se considerar: a capacidade de valorização da base de dados do SIASI, que surge como sistema para representar especificidades epidemiológicas, geopolíticas e culturais, permitindo a caracterização multidimensional dos povos indígenas no Brasil; a análise das condições e oportunidade de acesso aos serviços de saúde bucal e seu desempenho dentro dos territórios; a busca da compreensão sobre os processos sociais e históricos que determinam as condições de acesso à saúde bucal, refletindo sobre os indicadores e a necessidade de qualificá-los às especificidades dos povos; o potencial de apoio à tomada de decisão da gestão e aprimoramento da organização dos serviços de saúde indígena; e ainda a necessidade e relevância da elaboração de estudos envolvendo a saúde bucal de povos indígenas da região Nordeste.

4 OBJETIVO GERAL

Analisar, a partir de um relato de experiência e do desempenho de indicadores de saúde e fatores associados, o acesso aos serviços de saúde bucal oferecidos aos indígenas Xukuru do Ororubá (Pesqueira-PE), no contexto socioespacial de seu território, no período de 2017 e 2018.

4.1 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o povo indígena Xukuru do Ororubá sociodemograficamente e a rede de saúde bucal existente no território;
- b) Analisar as repercussões da experiência em território sobre a formação profissional em saúde bucal;
- c) Medir a oportunidade do acesso e a utilização da atenção odontológica, a partir de variáveis e indicadores de saúde bucal, verificando seus desempenhos em relação aos parâmetros definidos na literatura;
- d) Investigar possíveis associações entre os indicadores de serviços de saúde bucal e demais variáveis estudadas, dentro do contexto socioespacial analisado.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Seguindo as orientações do Manual de Estilo para Trabalhos Acadêmicos do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco (SILVA; SILVA, 2020), optou-se pela apresentação da dissertação no formato de artigo científico, com dois artigos completos, uma discussão articulando seus resultados e uma conclusão articulando os conteúdos.

Para uma descrição geral, seguem sete subtópicos: considerações éticas; delineamento do estudo; critérios de inclusão e exclusão; coleta de dados; processamento e análise dos dados; riscos e benefícios e limitações do estudo. A descrição detalhada do método dos artigos está apresentada na estrutura de cada, na seção de resultados da dissertação.

5.1 Delineamento do estudo

Este estudo de abordagem mista está dividido em duas etapas: (1) o relato de uma experiência, no qual dados fruto de uma vivência prática foram analisados, buscando captar a realidade histórica e social do contexto experienciado e interpretá-la; e (2) a busca pela compreensão da atenção primária à saúde bucal indígena a partir da análise quantitativa ecológica, voltada para características de estrutura e de processo integrantes da organização dos serviços da área de estudo, na qual dados secundários foram monitorados ao longo do tempo (2017 e 2018). Em ambos, os dados são provenientes do Povo Indígena Xukuru do Ororubá que habita o Território Indígena (TI) localizado em Pesqueira (PE).

O primeiro artigo (6.1) intitulado “*Formação ampliada durante residência multiprofissional em saúde: relato de experiência de um cirurgião-dentista com o povo Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil)*”, trata-se de um relato de experiência de um cirurgião-dentista, não indígena, durante estágio interiorizado desenvolvido no TI Xukuru do Ororubá no período de novembro a dezembro de 2018, com o objetivo de traçar reflexões críticas acerca das condições de acesso à saúde bucal do povo indígena, analisando como tal experiência de estágio em comunidade tradicional pode repercutir na realidade objetiva da comunidade e na formação profissional do residente em saúde. O trabalho de campo do estudo ocorreu no município de Pesqueira (PE) nos limites do Território Indígena Xukuru do Ororubá, com vivências

e observação produzidas a partir da visita em 23 aldeias do território. Houve oportunidade de contato com os profissionais de saúde da rede e moradores do território, debatendo questões da realidade local, realização de visitas aos domicílios e às Unidades de Saúde do TI, e intervenções no âmbito da saúde bucal.

O segundo artigo (6.2) intitula-se “*Acesso à rede de saúde bucal no Território Indígena Xukuru do Ororubá, Brasil (2017-2018): uma análise a partir dos indicadores de desempenho*”, trata-se de um estudo ecológico, de abordagem quantitativa, monitorando dados secundários extraídos do SIASI ao longo de dois anos (2017-2018), estando organizados de maneira agregada, sendo a unidade de análise as aldeias, e se propõe a analisar o acesso aos serviços de saúde bucal oferecidos aos indígenas Xukuru do Ororubá a partir do desempenho de indicadores de serviços, no contexto socioespacial de seu território. Não houve trabalho de campo específico para produção do estudo, uma vez que foram utilizados dados secundários agregados, obtidos em bases de dados nacionais.

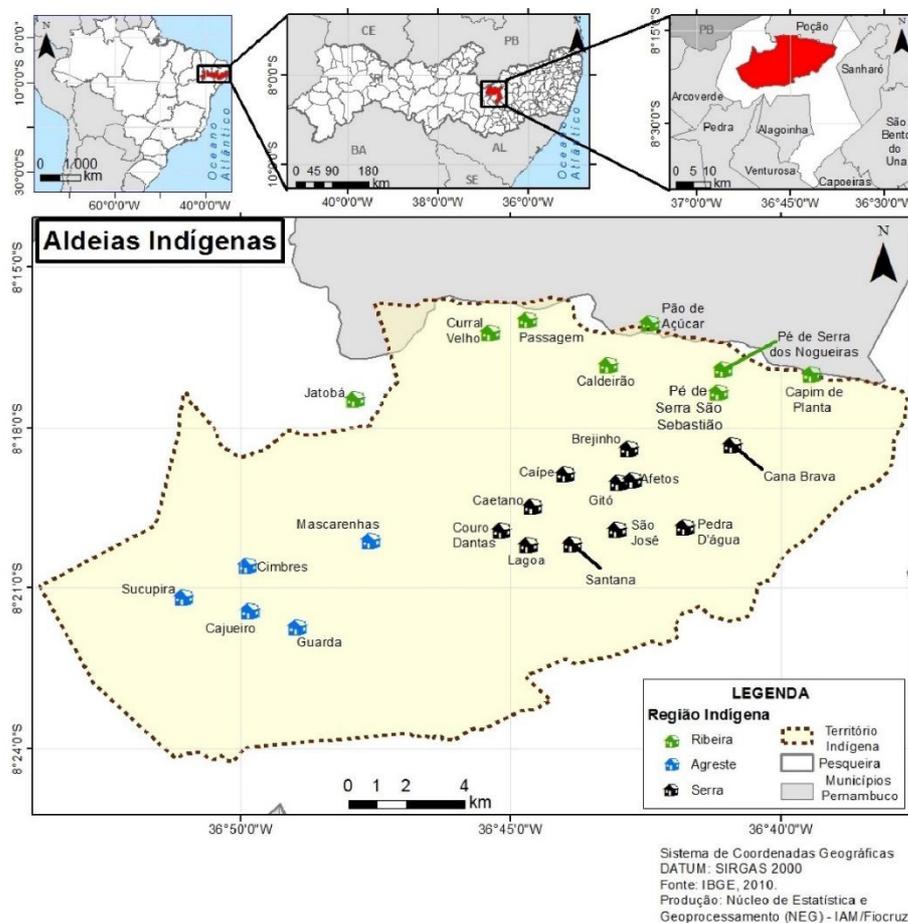
5.2 Área e população de estudo

A população aldeada do povo Xukuru do Ororubá em 2010 era de 7.784 pessoas habitando cerca de 1.894 domicílios. No ano de 2018 já havia uma população aldeada de 8.002 pessoas. O TI, homologado no ano de 2001, é dividido nas regiões socioambientais Serra, Ribeira e Agreste, que compreendem 24 aldeias oficiais, está localizado a 216 km da capital do estado de Pernambuco, no município de Pesqueira, região Agreste do estado e Nordeste do Brasil (Figura 1). As três regiões socioambientais são categorias espaciais estabelecidas pelo próprio povo indígena a partir das características geoclimáticas e socioeconômicas de seu território. O TI se situa na zona rural do município, mas a proximidade de algumas aldeias com a zona urbana – cerca de seis quilômetros – torna possível o acesso a produtos e serviços disponíveis no centro da cidade (MAURICIO; MOREIRA, 2014; SANTOS *et al.*, 2021).

Cada região socioambiental possui características próprias que definem padrões desiguais na oferta dos recursos naturais entre os indígenas Xukurus e também no desenvolvimento de sua economia. A região da Serra detém as principais fontes de água potável que abastecem o povo indígena, favorecendo iniciativas de produção de pecuária leiteira e a agricultura orgânica. A região da Ribeira conta com

a nascente do Rio Ipojuca e a Barragem do Pão-de-Açúcar, que possibilitam a irrigação e o cultivo agrícola da região. Já o Agreste possui dificuldade de acesso aos recursos hídricos, desenvolvendo mais a pecuária leiteira. Além das atividades econômicas mencionadas, a confecção de artesanato também faz parte da cultura indígena. A maioria das famílias produz em suas áreas e 75% delas comercializam algum tipo de artigo cultural produzido (GONÇALVES, 2008).

Figura 1 – Localização geográfica do Território Indígena Xukuru do Ororubá e sua divisão segundo as regiões socioambientais e aldeias. Pesqueira, 2018.



Fonte: Maurício (2020).

5.3 Critérios de inclusão e exclusão

Para a construção do banco de dados referente às variáveis dependentes do estudo apresentado no artigo 6.2 (as variáveis integrantes do módulo de saúde bucal coletadas via SIASI), definiu-se o período de coleta de dados de 2010 a 2018, intervalo de tempo sobre o qual a SESAI apresenta-se como gestora do SIASI. Entretanto, ao

consultar os profissionais técnicos responsáveis pelo Sistema no Polo-base Xukuru do Ororubá e ao se realizar a organização inicial dos bancos de dados, percebeu-se que os dados integrantes desse módulo só se encontravam integralmente disponíveis para os anos de 2017 e 2018, considerando que os anos anteriores foram de transição e instabilidades do sistema, acarretando inclusive na perda ampla de diversos dados, sendo então redefinido o período de inclusão de dados para análise.

5.4 Coleta dos dados

O processo de coleta de dados do primeiro artigo (6.1) se deu a partir da vivência de estágio estratégico do cirurgião-dentista residente, que ocorreu no período de novembro a dezembro de 2018 e foi vinculada à atuação em campo de uma equipe interinstitucional de pesquisa composta pelo próprio residente, por pesquisadores da UPE, da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e do Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ-PE) e de estudantes de graduação em Odontologia da UPE e da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

No período da vivência, a equipe deslocou-se de Recife a Pesqueira, e de lá para o TI, explorando-o nos turnos da manhã e da tarde. Foram visitadas 23 aldeias do território, restando uma, que não foi visitada por dificuldades logísticas.

Atividades/intervenções foram programadas para o período do estágio. Inicialmente, foi realizada uma capacitação teórica e prática para a equipe, momento que aconteceu na Unidade de Saúde localizada na aldeia Cimbres. A partir do contato com os profissionais de saúde da rede e moradores do território, foram debatidas questões relacionadas à realidade, história e cultura local; e quanto à situação e especificidades das famílias que habitam as aldeias.

Em um momento seguinte, iniciaram-se as visitas aos domicílios e às US, objetivando coletar coordenadas espaciais/geográficas e realizar observações a respeito das condições de vida em geral, de acesso aos serviços de saúde, da autopercepção da saúde bucal, das práticas de higiene bucal, do padrão de consumo alimentar das famílias e da identificação do estado nutricional.

Durante as visitas domiciliares, foram realizados exames bucais clínicos e orientações aos participantes/famílias quanto aos cuidados com a saúde bucal e à alimentação saudável. Ao fim de cada visita, foram entregues kits de higiene bucal

com escova dentária, creme dental com flúor e fio dental, além de aplicação tópica de flúor aos casos indicados.

Para o segundo artigo (6.2) o processo de coleta de dados foi constituído por quatro etapas, descritas a seguir. Todas as variáveis envolvidas na coleta, e respectivas bases/bancos de dados, estão apresentadas no Quadro 1.

Em um primeiro momento, o processo de coleta envolveu a extração e organização de dados do SIASI referentes aos anos de 2017 e 2018. Os dados coletados foram relacionados às variáveis disponíveis no módulo de saúde bucal do sistema, a respeito dos procedimentos realizados nas aldeias do TI Xukuru do Ororubá; e dados demográficos dos indivíduos que residem no TI; Apesar dessa base de dados não dispor de acesso público, a equipe de trabalho do projeto de pesquisa maior obteve os arquivos mediante solicitação feita ao Polo-base Xukuru do Ororubá, responsável por gerenciar a versão local do sistema (solicitação realizada em dezembro de 2018, dados obtidos em janeiro de 2019); e através de solicitação no portal do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão – e-SIC (solicitação realizada em agosto de 2019, dados obtidos em setembro de 2019).

No segundo momento, dados demográficos e socioeconômicos foram extraídos a partir de bancos de dados do Censo Participativo Xukuru do Ororubá, realizado no ano de 2010, integrante da pesquisa “Análise e condições de vida, saúde e vulnerabilidade do povo indígena Xukuru do Ororubá como ferramenta para ações de Atenção Primária de Saúde”, realizada por pesquisadores do IAM/FIOCRUZ. Esses bancos permitiram a extração de dados agregados por domicílios e aldeias do TI, por isso foram escolhidos em detrimento dos dados do Censo IBGE 2010, que possuem dados agregados por TI, não permitindo diferenciar as aldeias e domicílios deste povo indígena.

Posteriormente, no terceiro momento, trabalhou-se com a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sob gestão do DATASUS, referentes às unidades/estabelecimentos de saúde e profissionais cadastrados no Território Indígena Xukuru do Ororubá, e nesse caso se apresentam com acesso livre. Até 2018/2019, os dados acerca dos Recursos Humanos da SESAI eram monitorados a partir da lotação por DSEI, não sendo especificado em todos os casos a aldeia ou polo de atuação dos profissionais e das equipes. Tais informações só viriam a ser disponibilizadas a partir de 2019, após implantação e implementação do sistema SESAI RH. Visando conferir e complementar os dados coletados no CNES, foram

também obtidos dados acerca dos estabelecimentos, profissionais de saúde bucal cadastrados e suas respectivas aldeias/polos de atuação via registros do Polo-base Xukuru do Ororubá (SIASI local), atualizados até 2019, onde funciona a gestão local da atenção à saúde ofertada no TI.

Finalmente, no quarto momento, foram coletados os dados espaciais. A base cartográfica do TI Xukuru do Ororubá foi coletada no sítio eletrônico da FUNAI e do IBGE (FUNAI, 2021; IBGE, 2010), em formato *shapefile*, no sistema de projeção geográfico (latitude/longitude) e no sistema geodésico de referência (Datum) SIRGAS 2000. A informação armazenada nessas bases conta apenas com o perímetro (poligonal) do referido TI, sem a delimitação territorial das aldeias. As coordenadas geográficas de pontos referentes à localização das aldeias e dos estabelecimentos de saúde existentes nos limites do TI foram obtidas no banco de dados do projeto de pesquisa maior, já mencionado, ao qual esse estudo está vinculado, tendo sido coletadas em campo, durante o mês de dezembro de 2018, durante a experiência que produziu o relato do primeiro artigo (6.1).

Quadro 1 – Descrição das variáveis coletadas.

VARIÁVEIS DEPENDENTES		
BASE DE DADOS SESAI		
Sistema de Informação	Ano	Variáveis
<u>SIASI</u>	2017 - 2018	<p>Módulo de Saúde Bucal</p> <p>- Individuais</p> <p><i>CONSULTAS:</i> 1ª consulta odontológica programática; Tratamento odontológico básico concluído.</p> <p><i>PROCEDIMENTOS:</i> Aplicação de flúor, Aplicação de carioestático, Aplicação de selante, Evidenciação de placa bacteriana, Raspagem e alisamento periodontal supragengival, Raspagem subgengival, Proteção complexo dentino-pulpar, Tratamento Restaurador Atraumático, Restauração em Ionômero de Vidro, Restauração de Resina, Restauração de Amálgama, Outras restaurações Pulpotomia, Exodontia de Dente Decíduo, Exodontia de Dente Permanente, Outros procedimentos cirúrgicos, Sutura, Tratamento de Alveolite, Outros procedimentos de urgência.</p> <p><i>ESPECIALIDADES (usuários referenciados):</i> Endodontia, Periodontia, Prótese, Cirurgia Buco-maxilo-facial, Ortodontia, Radiologia.</p> <p>- Coletiva</p> <p><i>PROCEDIMENTO:</i> Ação coletiva de escovação dental supervisionada.</p>

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
BASE DE DADOS SESAÍ		
Fonte de Informação	Ano	Variáveis
<u>SIASI</u>	2010 – 2018	Demográficas: Número de residentes do TI Xukuru do Ororubá por sexo, grupo etário e aldeia.
<u>Polo-base Xukuru do Ororubá (SIASI local)</u>	2018/2019	Número e localização de estabelecimentos e profissionais de saúde bucal cadastrados no TI Xukuru do Ororubá.
BANCO DE DADOS DO CENSO XUKURU DO ORORUBÁ		
Fonte de Informação	Ano	Variáveis
<u>Planilhas e Relatórios do Censo Participativo Xukuru do Ororubá</u>	2010	Demográficas e Socioeconômicas: Número de residentes do TI Xukuru do Ororubá por aldeia; Número de domicílios do TI Xukuru do Ororubá por aldeia; Rendimento mensal dos indivíduos, por domicílio; Número de pessoas residentes que sabem ler e escrever um bilhete simples, por domicílio; <i>Sobre os domicílios:</i> Abastecimento de água; Esgotamento sanitário; Destino/coleta do lixo; Disponibilidade de energia elétrica.
BASE DE DADOS DATASUS		
Sistema de Informação	Ano	Variáveis
<u>CNES</u>	2018	Número e localização de estabelecimentos e profissionais de saúde bucal cadastrados no TI Xukuru do Ororubá; Número de estabelecimentos de atenção secundária à saúde bucal e especialidades ofertadas.
BASE DE DADOS IBGE/FUNAI		
Fonte de Informação	Ano	Variáveis
<u>Geoprocessamento e Mapas</u>	2010/2021	Base cartográfica do TI Xukuru do Ororubá em <i>shapefile</i> , sistema de projeção geográfico e Datum SIRGAS 2000.

Fonte: O autor.

5.5 Processamento e análise dos dados

O processo de sistematização e análise de dados do primeiro artigo (6.1) baseou-se em dois métodos de reflexão crítica e dialética da realidade objetiva da comunidade e seu território indígena. As etapas e categorias de abordagem estão bem delimitadas na estrutura do artigo, na seção de resultados da dissertação.

Para o segundo artigo (6.2), posteriormente à coleta dos dados nas bases e bancos citados, os dados foram padronizados e organizados em novos bancos, filtrando e retirando duplicidades em relação a informação que viria a ser utilizada neste estudo, visando a organização da análise baseada em estatísticas descritivas,

determinando a distribuição das condições relacionadas ao acesso aos serviços de saúde bucal segundo espaço e tempo.

Inicialmente, trabalhando com os dados do SIASI, os bancos obtidos no Polo-base, com relação às variáveis do módulo de saúde bucal (consultas, procedimentos, encaminhamentos e ações realizadas), foram padronizados e compatibilizados com os obtidos via e-SIC.

Outra importante padronização realizada diz respeito às aldeias oficiais e não oficiais. Considerando o total de 24 aldeias oficiais, segundo definição do povo Xukuru do Ororubá, e a presença de 31 aldeias nas bases utilizadas, foi realizado o agrupamento das não oficiais (7 aldeias) àquelas oficiais as quais elas integram. O Quadro 2 ilustra tal procedimento.

Quadro 2 - Descrição do agrupamento das aldeias.

Nº	Aldeias oficiais	Aldeias correspondentes (oficiais + não oficiais)	Região Socioambiental
1	Caldeirão	Caldeirão	Ribeira
2	Capim de planta	Capim de Planta	Ribeira
3	Curral Velho	Curral Velho, <i>Pelada</i>	Ribeira
4	Jatobá	Jatobá	Ribeira
5	Pão de açúcar	Pão de açúcar	Ribeira
6	Passagem	Passagem	Ribeira
7	Pé de Serra dos Nogueira	Pé de Serra dos Nogueira	Ribeira
8	Pé de Serra São Sebastião	Pé de Serra São Sebastião, <i>Pé de Serra Canabrava e Pé de Serra do Oiti</i>	Ribeira
9	Cimbres	Cimbres	Agreste
10	Guarda	Guarda, <i>Bananeira</i>	Agreste
11	Mascarenhas	Mascarenhas	Agreste
12	Sucupira	Sucupira, <i>Pau Ferro, Resende e Sozinha</i>	Agreste
13	Cajueiro	Cajueiro	Agreste
14	Afetos	Afetos	Serra
15	Brejinho	Brejinho	Serra
16	Caetano	Caetano	Serra
17	Caípe	Caípe	Serra
18	Canabrava	Canabrava	Serra
19	Couro Dantas	Couro Dantas	Serra
20	Gitó	Gitó	Serra
21	Lagoa	Lagoa	Serra
22	Santana	Santana	Serra
23	São José	São José	Serra
24	Pedra d'água	Pedra d'água	Serra

Fonte: O autor.

Após as padronizações e compatibilização mencionadas, foram feitas as filtragens e agrupamento das variáveis da saúde bucal por ano, por aldeia, região e para o TI como um todo (TI Geral).

A partir destas variáveis, foi realizada a seleção/construção de indicadores adequados, considerando preconizações do Ministério da Saúde e de estudos específicos (BRASIL, 2006; FERNANDES *et al.*, 2016; LEMOS *et al.*, 2018; FRANÇA *et al.*, 2020), além do contexto e dados populacionais obtidos sobre o povo indígena Xukuru do Ororubá, para verificar o desempenho da atenção e serviços de saúde bucal que funcionam dentro do TI Xukuru do Ororubá, e por consequência, o acesso e utilização da comunidade à esses serviços. Foram definidos indicadores para cada ano proposto (2017 e 2018), o que possibilitou o monitoramento das ações individuais e coletivas desenvolvidas, por aldeias, por regiões e no TI Geral, durante esse intervalo de tempo. Os indicadores utilizados estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Indicadores construídos para avaliar o desempenho e acesso à atenção em saúde bucal.

INDICADORES – VARIÁVEIS SAÚDE BUCAL					
Nº	INDICADOR	DEFINIÇÃO	FÓRMULA	PARÂMETROS	FONTES
1	Cobertura de primeira consulta odontológica programática (CPCO)	Para aferir Utilização (acesso realizado). Mostra o percentual de usuários que receberam a primeira consulta odontológica. Essa consulta é realizada com o objetivo de diagnóstico e, essencialmente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico, para atender às necessidades detectadas. Os atendimentos aleatórios como os de urgência/emergência que são sem previsão de continuidade não são incluídos neste indicador.	Total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período / População total em determinado local e período x 100	15% de atendimento de primeira consulta odontológica programática/ ano (PMAQ 3º CICLO) Igual ou acima de 15% seriam considerados valores satisfatórios/desejados para cobertura da primeira consulta.	Definição em Fernandes <i>et al.</i> (2016). Fórmula e Parâmetro em Brasil (2017b) e França <i>et al.</i> (2020).

2	<p>Razão entre tratamentos odontológicos básicos concluídos e primeiras consultas odontológicas (TOBC)</p>	<p>Para aferir Utilização (acesso realizado). Quantifica relação de pacientes que tiveram tratamento concluído e está, portanto, livre de cárie dentária e doença periodontal e outros agravos da saúde bucal em comparação ao que realizou primeira consulta odontológica programática.</p>	<p>Nº de tratamentos odontológicos básicos concluídos em determinado local e período / Nº de primeiras consultas odontológicas programadas em determinado local e período.</p>	<p>0,5-1,0 de tratamento concluído/mês (PMAQ 3º CICLO). Para a razão, se os valores são iguais a 1,0 representam uma razão satisfatória, com número de tratamentos concluídos equivalentes às primeiras consultas. Abaixo de 1,0 demonstram desequilíbrio, menor índice de conclusão dos tratamentos.</p>	<p>Definição em Lemos <i>et al.</i> (2018). Fórmula e Parâmetro em Brasil (2017b) e França <i>et al.</i> (2020).</p>
3	<p>Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (PEXO)</p>	<p>Para aferir Utilização (acesso realizado). Tem o intuito de representar o percentual de extrações dentárias realizadas em relação ao total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos.</p>	<p>Nº de exodontias de dentes permanentes realizadas em determinado local e período / Nº total de procedimentos odontológicos básicos individuais (incluindo exodontia) no mesmo local e período x 100</p>	<p>8% de exodontia (percentual próximo da média de 2010: 8,6%) de todas as cidades brasileiras que realizaram procedimentos odontológicos pelo SUS (IDSUS 2013). Igual ou abaixo de 8% de exodontias na proporção seria considerado um valor satisfatório, indicando redução da realização de tal procedimento mutilador.</p>	<p>Definição em Lemos <i>et al.</i> (2018) e Fernandes <i>et al.</i> (2016). Fórmula e Parâmetro em Brasil (2013b) e França <i>et al.</i> (2020).</p>

4	<p>Cobertura média mensal da ação coletiva de escovação dental supervisionada (CEDS)</p>	<p>Para aferir Utilização (acesso realizado). Corresponde à média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, com o intuito de verificar o acesso ao fluoreto por meio da escovação com creme dental de uma população, pelo número de participantes da escovação dental supervisionada por mês, em relação à população.</p>	<p>(Nº de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local durante um ano / 12) / População no mesmo local e período x 100.</p>	<p>8 participantes por 100 habitantes (8%) – média dos municípios cobertos por equipes de Saúde Bucal ou equipes de THD/ACD <i>maior que 60%</i> (IDSUS 2013). Pelo parâmetro, espera-se uma cobertura média mensal de 8% ou mais dos indivíduos pelas ações coletivas de escovação. Abaixo deste valor seria insatisfatório, quando se trata de territórios/municípios com cobertura por ESB acima de 60% da população.</p>	<p>Definição em Fernandes <i>et al.</i> (2016) e Lemos <i>et al.</i> (2018). Fórmula e Parâmetro em Brasil (2013b) e França <i>et al.</i> (2020).</p>
5	<p>Média de procedimentos odontológicos básicos individuais per capita (MPOI)</p>	<p>Para aferir Utilização (acesso realizado). Calculada pelo número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos realizados, por indivíduo, na população residente em determinado local e período.</p>	<p>Total de procedimentos odontológicos básicos individuais realizados em determinado local e período / População total do mesmo local e período.</p>	<p>Não foram encontrados parâmetros na literatura. Foi utilizada a Taxa Geral do Território Indígena como tal.</p>	<p>Definição em Fernandes <i>et al.</i> (2016). Fórmula em França <i>et al.</i> (2020).</p>

6	Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal - ESB - na Saúde Indígena (CESB)	Para aferir Acesso (acesso potencial). Representa o número de ESB implantadas (a partir da soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas que atuam no território) x 3.000 pessoas em relação à população no mesmo local e período. Indicador pensado para a lógica da ESF, mas que, adaptado, poderá traduzir questões relevantes à discussão proposta.	$\frac{\text{(Soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas/ 40)} \times 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$	50% de cobertura considerando-se uma equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica para cada grupo de 3.000 habitantes no ano avaliado (IDSUS 2013).	Definição e Fórmula em Fernandes <i>et al.</i> (2016). Fórmula e Parâmetro em Brasil (2013b) e França <i>et al.</i> (2020).
---	--	--	---	--	--

Fonte: O autor.

A partir dos indicadores utilizados, foi também calculada a Razão entre taxas (risco relativo), com a finalidade de medir as diferenças relativas entre as regiões socioambientais do TI, durante os anos. Tal técnica foi aplicada visando calcular uma razão entre a taxa de um indicador e um valor de referência definido para ele. Avalia-se então o quanto cada unidade de análise se encontra afastada do valor de referência, podendo ser acima ou abaixo de um (1,00), demonstrando um excesso ou falta, respectivamente, em relação a este valor (VIANNA *et al.*, 2001). Para o indicador sem parâmetro identificado na literatura, foi calculada a razão entre taxas utilizando como valor de referência a taxa referente ao TI geral, para aquele mesmo indicador, para cada ano. Aos indicadores para os quais foram identificados um parâmetro/meta na literatura científica (ver coluna “Parâmetros” no Quadro 3), foi calculada a razão entre taxas utilizando como valor de referência o respectivo parâmetro.

Em paralelo ao trabalho com os indicadores de desempenho da saúde bucal, foi realizado o manejo dos dados demográficos e socioeconômicos coletados. As variáveis demográficas dos bancos do SIASI (2010 a 2018) foram compatibilizadas e agrupadas em banco único com as variáveis dos bancos de dados do Censo Participativo Xukuru do Ororubá 2010, incluindo a padronização das 24 aldeias entre bancos.

Foram então realizadas filtragens das variáveis propostas (ver Quadro 1) organizando-as por anos, por aldeias, regiões e para o TI Geral. Os dados demográficos gerais do TI estão apresentados nos Quadros 4 e 5 e na Figura 2.

Quadro 4 - Total de habitantes do TI Xukuru do Ororubá, por ano. Pesqueira, 2010-2018.

Ano referência	Total de habitantes do TI
2018	8002
2017	7924
2016	8054
2015	8022
2014	7936
2013	7842
2012	7784
2011	7779
2010	7784

Fonte: O autor, a partir de dados obtidos em 2019 no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI/SESAI/MS).

Quadro 5 - Repartição da população por grandes grupos etários e sexo – 2010, 2014 e 2018.

Ano	Sexo / Idade	0-14 anos (%)	15-29 anos (%)	30-59 anos (%)	60 anos e mais (%)
2010	Feminino	1300 (47,8)	918 (47,3)	1160 (49,4)	420 (51,9)
	Masculino	1419 (52,2)	1023 (52,7)	1189 (50,6)	389 (48,1)
	Total	2719 (100)	1941 (100)	2349 (100)	809 (100)
2014	Feminino	1207 (47,7)	1027 (49,2)	1226 (49,1)	433 (52,8)
	Masculino	1323 (52,3)	1060 (50,8)	1273 (50,9)	387 (47,2)
	Total	2530 (100)	2087 (100)	2499 (100)	820 (100)
2018	Feminino	1100 (46,7)	1032 (49,3)	1331 (49,9)	440 (49,9)
	Masculino	1256 (53,3)	1062 (50,7)	1339 (50,1)	442 (50,1)
	Total	2356 (100)	2094 (100)	2670 (100)	882 (100)

Fonte: O autor, a partir de dados obtidos em 2019 no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI/SESAI/MS).

Figura 2 - Pirâmide etária do TI Xukuru do Ororubá em 2010, 2014 e 2018.



Fonte: O autor, a partir de dados obtidos em 2019 no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI/SESAI/MS).

A partir das variáveis socioeconômicas agregadas por domicílios e/ou aldeias, obtidas dos dados secundários do Censo Participativo, foi realizada uma seleção/construção de indicadores socioeconômicos para o ano de 2010, considerando preconizações do IBGE e recomendações de estudos que analisaram o perfil socioeconômico e demográfico de povos indígenas no Brasil (IBGE, 2011; RAUPP *et al.*, 2017; FÁVARO *et al.*, 2019). Os indicadores utilizados estão apresentados no Quadro 6; as taxas identificadas estão descritas no Quadro 7.

Quadro 6 – Indicadores construídos para avaliar as condições socioeconômicas.

INDICADORES – VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS				
Nº	INDICADOR	DEFINIÇÃO	FÓRMULA	FONTES
1	Rendimento médio dos domicílios	Quantifica a renda média dos domicílios em determinado espaço geográfico, em reais (R\$) e em salários mínimos para o ano de coleta dos dados (2010).	Somatório dos valores monetários brutos recebidos mensalmente por domicílio, em determinado espaço geográfico / Número total de domicílios no mesmo espaço. Para apresentação em salários-mínimos: valor em R\$ / valor do salário mínimo à época (R\$ 510,00).	Adaptado a partir de indicador sugerido em Raupp <i>et al.</i> (2017) e Fávoro <i>et al.</i> (2019).
2	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade	Percentual de pessoas de 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecem, na população total da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de pessoas residentes com 15 e mais anos de idade, que não sabem ler e escrever, em determinado espaço geográfico / População total residente nesta mesma faixa etária e espaço x 100	IBGE (2011).
3	Condição de saneamento dos domicílios	A partir de 3 variáveis referentes aos domicílios (abastecimento de água; esgotamento sanitário; e destino/coleta do lixo) as condições de saneamento são classificadas em três categorias: Adequado ¹ ; Semiadequado ² e Inadequado ³ .	Fórmula para indicador final Porcentagem de domicílios com saneamento inadequado: Número de domicílios com condições de saneamento classificadas como Inadequado, em determinado espaço geográfico / Número total de domicílios no mesmo espaço x 100	Adaptado a partir de indicador sugerido em Raupp <i>et al.</i> (2017) e Fávoro <i>et al.</i> (2019).
4	Disponibilidade de energia elétrica nos domicílios	Percentual de domicílios com presença de elétrica, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de domicílios com disponibilidade de energia elétrica, em determinado espaço geográfico / Número total de domicílios no mesmo espaço x 100	Proposto pela pesquisa.

Fonte: O autor.

Notas:

¹ Adequado: domicílios com escoadouros ligados à rede geral ou fossa séptica; servidos de água proveniente de rede geral de abastecimento ou da FUNASA; lixo coletado direta ou indiretamente por serviço de limpeza pública;

² Semiadequado: domicílios com, pelo menos, um dos serviços de abastecimento de água, esgoto ou lixo classificados como adequado;

³ Inadequado: domicílios com escoadouro ligado à fossa rudimentar, vala, rio ou açude e outro escoadouro; servidas de água proveniente de poço, nascente ou outra forma; e com lixo queimado, enterrado ou jogado em terreno baldio.

Quadro 7 - Condição de saneamento, presença de energia elétrica, rendimento médio mensal e taxa de habitantes analfabetos (idade ≥ 15 anos) nos domicílios, por aldeia e por região, 2010.

Região	Aldeia	Total de domicílios	Domicílios com saneamento inadequado (%)	Domicílios com energia elétrica (%)	Rendimento Médio Mensal dos Domicílios (R\$)	RMMD em salários mínimos (2010)	Taxa de Analfabetos (%)
Ribeira		551	43,9	98,4	565,20	1,11	35,32
	Caldeirão	42	33,3	97,6	740,07	1,45	37,07
	Capim de Planta	60	75,0	96,7	611,53	1,20	36,88
	Curral Velho	57	45,6	100,0	553,72	1,09	30,56
	Jatobá	38	100,0	97,4	716,79	1,41	34,00
	Pão de Açúcar	92	5,4	96,7	557,90	1,09	13,43
	Passagem	78	52,6	98,7	483,22	0,95	61,45
	Pé de Serra dos Nogueira	80	25,0	98,8	506,79	0,99	32,04
	Pé de Serra São Sebastião	104	51,0	100,0	531,61	1,04	38,29
Agreste		823	46,8	94,9	581,21	1,14	42,69
	Cimbres	242	14,0	97,9	580,53	1,14	40,61
	Guarda	101	85,1	82,2	505,09	0,99	47,55
	Mascarenhas	50	96,0	92,0	772,08	1,51	34,01
	Sucupira	139	71,9	97,1	584,22	1,15	41,64
	Cajueiro	111	29,7	98,2	562,19	1,10	48,43
Serra		520	64,0	98,4	591,36	1,16	34,16
	Afetos	27	96,3	100,0	881,04	1,73	29,63
	Brejinho	50	82,0	98,0	517,88	1,02	30,66
	Caetano	38	42,1	100,0	719,50	1,41	36,89
	Caípe	65	81,5	95,4	434,45	0,85	41,06
	Canabrava	220	90,9	97,3	502,27	0,98	36,74
	Couro Dantas	72	40,3	98,6	627,19	1,23	25,14
	Gitó	13	30,8	100,0	557,08	1,09	36,36
	Lagoa	72	4,2	100,0	588,44	1,15	33,93
	Santana	31	45,2	100,0	737,45	1,45	21,52
	São José	80	71,3	100,0	839,99	1,65	32,80
	Pedra d'água	32	15,6	100,0	417,59	0,82	46,15
Total TI		1894	52,3	97,2	580,30	1,14	37,34

Fonte: O autor, a partir do banco de dados do Censo Participativo Xukuru do Ororubá realizado em 2010.

A partir das diferenças encontradas entre taxas para os indicadores nas aldeias e regiões que compõem o TI Xukuru do Ororubá, visando identificar possíveis associações entre os indicadores de desempenho dos serviços de saúde bucal e demais indicadores estudados, foi feita a estatística analítica dos dados. Foram realizados testes de hipótese para normalidade, e calculados os coeficientes de correlação, num nível macrossocial da saúde, de determinação ecológica, entre os indicadores de desempenho/aceso aos serviços de saúde bucal e os indicadores socioeconômicos relacionados ao contexto socioespacial analisado. Os coeficientes

de correlação estimados entre as variáveis consideraram o nível de significância estatística de 5%.

Utilizando os dados acerca dos estabelecimentos e profissionais de saúde, coletados via CNES, e complementando-os com dados coletados via SIASI local, foi organizado um banco de dados atualizado até 2019, com todas as unidades de saúde que compõem o TI, suas localizações geográficas, informações a respeito do fluxo de trabalho na atenção à saúde bucal no TI e a rede de atenção à saúde bucal fora do território. A distribuição das Unidades de Saúde e das EMSI, por região e aldeia, está descrita no Quadro 8; a rede de atenção secundária à saúde bucal está descrita no Quadro 9.

Quadro 8 - Unidades de Atenção à Saúde Indígena (Atenção Primária) que compõem a rede de saúde dentro do Território Indígena Xukuru do Ororubá. Pesqueira, 2018-2019.

Unidade de Saúde	Região	Aldeia	EMSI cadastrada/responsável	Presença de consultório odontológico
Posto de Saúde Indígena Aldeia Vila de Cimbres	Agreste	Cimbres	1	Sim ¹
Posto de Saúde Indígena Aldeia São José	Serra	São José	2	Sim ¹
Posto de Saúde Indígena Aldeia Canabrava	Serra	Canabrava	3	Sim ¹
Posto de Saúde Aldeia Brejinho	Serra	Brejinho	2	Sim ²
Posto de Saúde Aldeia Passagem	Ribeira	Passagem	3	Sim ²
Posto de Saúde Aldeia Pé de Serra dos Nogueira	Ribeira	Pé de Serra dos Nogueira	3	Sim ²
Posto de Saúde Pão de Açúcar	Ribeira	Pão de Açúcar	3 + ESF Poção	Sim ¹
Polo-base Xukuru do Ororubá	Serra	São José	-	Não

Fonte: O autor, a partir de dados obtidos em 2019 no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI/SESAI/MS) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Notas:

¹ Presença de Consultório Odontológico segundo registros do CNES

² Presença de Consultório Odontológico segundo registros locais do Polo-base

Quadro 9 - Unidades de Atenção Odontológica Especializada de referência para a rede de saúde bucal do Território Indígena Xukuru do Ororubá. Pesqueira, 2018-2019.

Unidade	Município	Tipo	Especialidades ofertadas	Distância aproximada do TI*
CEO ¹ Pesqueira (Municipal)	Pesqueira	CEO Tipo 1 (com três cadeiras odontológicas)	Cirurgia oral menor; Periodontia; Endodontia; Pacientes especiais; Odontopediatria; Prótese (Moldagem).	5,5 km
CEO ASCES ² (Regional)	Caruaru	CEO Tipo 3 (com sete ou mais cadeiras odontológicas)	Combate ao Câncer Bucal; Cirurgia oral menor; Periodontia; Endodontia; Pacientes especiais; Dentística especializada; Atendimento 1ª infância; Ortodontia; Prótese (LRPD ³).	91,4 km

Fonte: O autor, a partir de dados obtidos em 2019 no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI/SESAI/MS) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Notas:

* Distância até a Unidade, partindo-se do Polo-base da Aldeia São José;

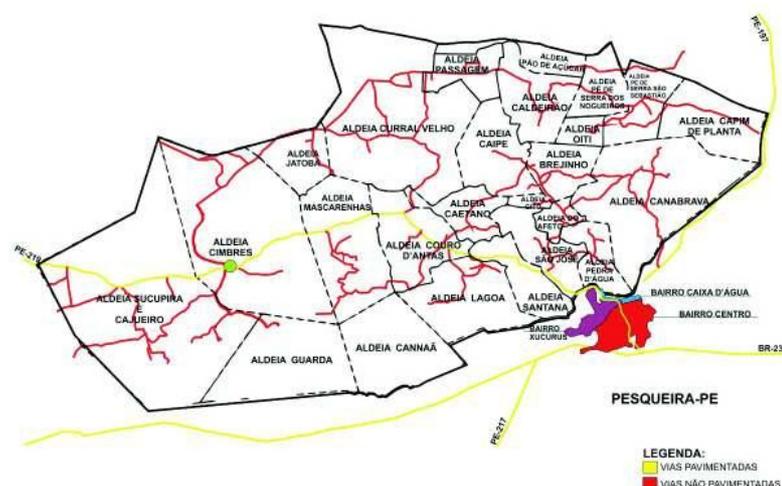
¹ Centro de Especialidades Odontológicas

² Associação Caruaruense de Ensino Superior

³ Laboratório Regional de Prótese Dentária

Por meio dos dados de georreferenciamento das unidades de saúde e aldeias que integram o Território Indígena, obtidos via FUNAI, IBGE e de coleta prévia do projeto maior, foi realizada a distribuição espacial dos indicadores socioeconômicos. Pelo fato de a base cartográfica (*shapefile*) de acesso público contar apenas com o perímetro (poligonal) do TI, sem a delimitação territorial de cada aldeia, para atualização dessa base foi realizada uma edição gráfica manual com base no mapa (Figura 3) apresentado no trabalho de Coelho (2017).

Figura 3 – Mapa utilizado como referência para vetorização das aldeias do TI.

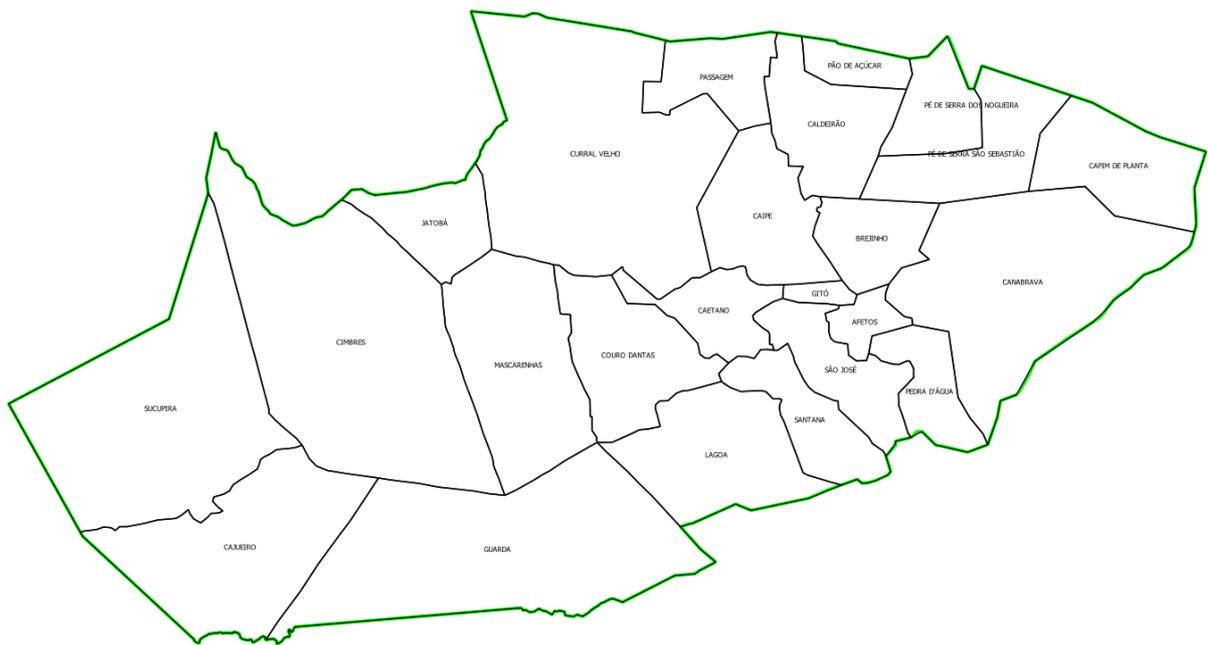


Fonte: Coelho (2017).

Este mapa foi exportado em formato *.jpeg* e em seguida importado para o QGIS, onde foi feito o registro e georreferenciamento da imagem com base nas coordenadas dos pontos homólogos entre o sistema de coordenadas projetado para a poligonal da figura do mapa (Xsource, Ysource) e o sistema de coordenadas projetado para a poligonal do *shapefile* (Xmap, Ymap). Em seguida, a imagem foi georreferenciada no mesmo Datum do *shapefile* (SIRGAS 2000) e então foi realizada a vetorização manual dos polígonos internos representados pelas aldeias indígenas (Figura 4).

Foi criada e atualizada uma tabela de atributos associada à base cartográfica, identificando os nomes das aldeias, região socioambiental a qual integra, equipes de saúde responsáveis por cada área, número de habitantes a cada ano analisado, e incorporados às variáveis socioeconômicas.

Figura 4 – Base cartográfica (*shapefile*) final como produto da vetorização manual*.



Fonte: FUNAI (2021).

* Produzido pelo Núcleo de Estatística e Geoprocessamento (NEG) – IAM/Fiocruz.

O conhecimento do território constitui importante passo para a compreensão dos eventos de saúde e planejamento de ações que possam intervir positivamente no processo saúde-doença. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva mostra que aspectos geográficos podem estar relacionados de diferentes formas com aspectos da saúde bucal da população. Dentre eles, pode-se apontar a própria condição de saúde bucal, a localização de serviços de atenção odontológica e as

formas de acesso a esses serviços; a localização de equipamentos sociais (escolas, centros comunitários e áreas de lazer); a infraestrutura local como provedora de condições mínimas de bem-estar para a população (saneamento básico, energia elétrica, moradias adequadas e segurança pública) e toda a rede de suporte social. Além dessa importante contribuição para o entendimento do processo saúde-doença bucal, a localização geográfica dos diferentes componentes desse processo permite o planejamento de ações de promoção, controle e reabilitação o mais próximo possível das áreas atingidas, obedecendo, assim, aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de descentralização e territorialização dos cuidados com a saúde (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2007).

Todo o manejo dos dados e sistematização de informações foi realizado em planilhas do software Microsoft Office 365® Excel® (Versão 2106); a estatística descritiva e analítica realizada no Excel e no IBM® SPSS Statistics® (versão 22); e geoprocessamento e análise espacial no QGIS (versão 3.18).

5.6 Riscos e benefícios

Pelo fato de estarem sendo utilizados dados já coletados e processados, que não dispõem de identificação dos indivíduos, não estão colocados riscos aos indígenas Xukuru do Ororubá.

Os benefícios relacionados com o trabalho são no sentido de contribuir para interpretação ampliada e o monitoramento dos indicadores de desempenho dos serviços de saúde bucal e de fatores associados ao longo do tempo, e assim gerar informação para construção de ações e políticas de prevenção e mitigadoras dos danos. O responsável pelo estudo compromete-se com a devolutiva dos resultados da pesquisa nas reuniões dos Conselhos de Saúde Xukuru do Ororubá e no Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI, assim que a pesquisa for concluída.

As informações obtidas poderão ser utilizadas em eventos e atividades científicas, como congressos, seminários, artigos científicos e livros, estando resguardada a identidade de cada sujeito envolvido e garantindo-se a manutenção dos dados da pesquisa por um período de 5 anos após o seu término, sob responsabilidade do pesquisador. Dessa forma, está assegurada a confidencialidade dos dados.

5.7 Limitações do estudo

O primeiro artigo (6.1), enquanto um relato de experiência, está restrito às observações, vivências e interpretações dos fenômenos pelos autores. No estudo produzido, não foram apresentadas as concepções de saúde dos profissionais que atuavam no território indígena, suas relações e compreensão sobre a formação acadêmica em saúde e seu entendimento sobre repercussões no fazer profissional

Em relação ao segundo artigo (6.2), por se tratar de um estudo ecológico referente a uma base populacional que faz uso dos serviços do Sistema Único de Saúde, conclusões em níveis individuais não podem ser obtidas, tampouco conclusões a respeito de uma população que não fez uso desse sistema. Além disso, diante da utilização de dados secundários para produção das análises, a possível verificação de incompletude de variáveis não pode ser corrigida no banco de dados, estando às análises sujeitas à vieses de informação relacionados à qualidade e precisão dos dados armazenados no SIASI.

5.8 Considerações éticas

O presente estudo integra o projeto de pesquisa maior intitulado “A saúde bucal de um povo indígena no Estado de Pernambuco: estudo exploratório de uma realidade pouco explorada”, aprovado pelo edital do Programa de Excelência em Pesquisa – PROEP/IAM/FIOCRUZ-PE – Chamada N°39/2018 – Faixa B, processo nº 400784/2019-0, que contou com parceria de pesquisadores de diversas instituições nacionais e internacionais.

Este projeto lidou com informações agregadas (dados secundários codificados), oriundas de bancos de dados, sem possibilidade de identificação individual ou rastreamento de indivíduos, e, portanto, não necessita de registro ou avaliação pelo sistema CEP/Conep, respeitando a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a qual aprova diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos e à Resolução nº 304/00, também do Conselho Nacional de Saúde, que se refere a pesquisas com povos indígenas.

6 RESULTADOS

Organizados em dois artigos científicos, os resultados aqui apresentados possibilitam um olhar sobre as características e desempenho dos serviços de saúde bucal presentes no Território Indígena Xukuru do Ororubá, de modo a contribuir com uma análise contextualizada e crítica sobre as taxas encontradas e os fatores que as determinam.

Como primeiro produto (6.1), tem-se o artigo intitulado “*Formação ampliada durante residência multiprofissional em saúde: relato de experiência de um cirurgião-dentista com o povo Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil)*”, já aprovado e publicado no periódico *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, disponibilizado na íntegra a seguir.

O segundo artigo (6.2) intitula-se “*Acesso à rede de saúde bucal no Território Indígena Xukuru do Ororubá, Brasil (2017-2018): uma análise a partir dos indicadores de desempenho*”, o qual será submetido para apreciação da revista *Cadernos de Saúde Pública*, e já se apresenta elaborado dentro das normas para a preparação de manuscrito indicadas pela revista.

Por meio desses dois artigos são abordados aspectos sociodemográficos, sociopolíticos, epidemiológicos e assistenciais/organizacionais do contexto vivenciado pelo povo indígena Xukuru do Ororubá em seu processo saúde-doença bucal.

6.1 Artigo 1 – Formação ampliada durante residência multiprofissional em saúde: relato de experiência de um cirurgião-dentista com o povo Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil)

Artigo original em formato digital está apresentado a seguir, entre as páginas 67 e 83. Neste artigo relata-se a experiência durante atividade desenvolvida no Território Indígena Xukuru do Ororubá, em uma perspectiva de produzir reflexões acerca das condições de acesso à saúde bucal deste do povo indígena, analisando a repercussão da experiência na realidade do território e na formação profissional.

Citação: SANTOS, L. F. R.; MAURICIO, H. A.; LINS, F. M.; SILVA, I. K. S.; MOREIRA, R. S. Formação ampliada durante residência multiprofissional em saúde: relato de experiência de um cirurgião-dentista com o povo Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 25, n. e200549, p. 1-17, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200549>

Formação ampliada durante residência multiprofissional em saúde: relato de experiência de um cirurgião-dentista com o povo Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil)

Expanded education during health multiprofessional residency: the experience report of a dentist in the Xukuru do Ororubá indigenous people (Pernambuco/Brazil) (abstract: p. 17)

Formación ampliada durante residencia multiprofesional en salud: relato de experiencia de un cirujano dentista con el pueblo Xukuru del Ororubá (Pernambuco/Brasil) (resumen: p. 17)

Lucas Fernando Rodrigues dos Santos^(a)

<santoslfrsaude@gmail.com> 

Herika de Arruda Maurício^(b)

<herika.mauricio@upe.br> 

Fabiola de Melo Lins^(c)

<fabiola.lins@ufpe.br> 

Isllany Karine Santos da Silva^(d)

<isllany.karine@upe.br> 

Rafael da Silveira Moreira^(e)

<rafael.moreira@fiocruz.br> 

^(a) Pós-graduando do Programa de Saúde Pública (Mestrado), Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Avenida Professor Moraes Rego, s/n., Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. 50740-465.

^(b) Faculdade de Odontologia, *campus* Camaragibe, Universidade de Pernambuco. Camaragibe, PE, Brasil.

^(c) Graduanda do curso de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

continua pág. 13

A partir das recomendações sobre experiências que aproximam a formação em saúde da realidade de populações em situação de vulnerabilidade, apresenta-se um relato de experiência, na perspectiva de um trabalhador residente em saúde, sobre a vivência de estágio no Território Indígena Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil). Emergiram reflexões sobre as condições de vida e saúde do povo indígena, o processo pedagógico de estágio e repercussões na formação e no fazer profissional, além das fragilidades relacionadas à cobertura e longitudinalidade do cuidado em saúde bucal. Por meio de intervenções com a perspectiva de autonomia dos sujeitos, foi possível aprimorar o olhar sociopolítico à questão indígena. Aponta-se a potencialidade da proposta, que estimula o confronto entre saberes profissionais instituídos e a realidade objetiva das comunidades, buscando superar o modelo colonial de cuidado, ampliando a perspectiva de atuação do profissional em formação para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde de populações indígenas. Saúde bucal. Acesso aos serviços de saúde. Programas de pós-graduação em saúde.

Introdução

A Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família (RMISF), ofertada pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (UPE) em parceria com a Secretaria de Saúde do Recife, é um programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) que forma profissionais dos diversos cursos da saúde, de maneira integrada, em nível de pós-graduação *lato sensu*, com treinamento em serviço sob supervisão, possuindo duração de 24 meses, com carga horária de sessenta horas semanais, para atuar na Atenção Primária à Saúde (APS) sob a ótica do modelo de atenção à Saúde da Família¹, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RMISF estabelece em seu projeto pedagógico o desenvolvimento de estágio interiorizado (EI) com vivências com populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social incluídas nas políticas de Equidade em Saúde², como povos indígenas, comunidades quilombolas, populações assentadas pelos movimentos de luta pela Reforma Agrária, comunidades ribeirinhas, entre outras. Tal estágio tem duração de trinta dias e busca o aprendizado de outras formas de fazer saúde, afastadas de grandes centros, com menos recursos e mais voltadas ao saber popular.

Algumas experiências pelo Brasil vêm buscando aproximar os processos de formação em saúde com a atenção à saúde indígena. Destacam-se a experiência com o povo Potyguara (no Ceará), em pesquisa de pós-graduação em Saúde Coletiva³; a experiência de estágio de programa de RMS, nas terras Pankararu (em Pernambuco)⁴; o estágio de graduação em Odontologia (Projeto Huka-Katu, no Xingu)⁵; a experiência de graduação em Medicina na comunidade indígena Potiguara (Projeto Iandé Guatá, na Paraíba)⁶; e a experiência de graduação no Rio Grande do Sul a partir da implementação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)/Redes de Atenção à Saúde Indígena⁷.

A instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), em 1999, e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), em 2002, propuseram um modelo de atenção diferenciada em saúde, visando a melhorias no acesso da população indígena aos serviços; e levando em conta a diversidade social, política e cultural dos povos e a necessidade de preparar recursos humanos para atuação no contexto intercultural^{8,9}. A atenção à saúde bucal dos povos indígenas segue as diretrizes publicadas em 2011¹⁰, sendo sua gestão de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), instituída em 2010^{11,12}. Entre os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) distribuídos pelo país, o de Pernambuco tem sob sua abrangência o Território Indígena (TI) do Povo Xukuru do Ororubá, que constitui o maior contingente populacional étnico indígena no estado, com cerca de 7.900 indígenas habitando um território que integra o município de Pesqueira, localizado a cerca de 200 quilômetros da capital¹³.

A partir desses direcionamentos, relata-se a experiência de um cirurgião-dentista residente do Programa RMISF, não indígena, durante estágio interiorizado desenvolvido no TI Xukuru do Ororubá. Este relato surge na perspectiva de traçar reflexões críticas acerca das condições de acesso à saúde bucal do povo indígena, analisando como tal experiência de estágio em comunidade tradicional pode repercutir na realidade objetiva da comunidade e na formação profissional do residente em saúde.

Material e métodos

Trata-se de um relato de experiência direcionado por metodologias de reflexão crítica e dialética da realidade objetiva, buscando captar a realidade histórica e social do contexto experienciado, interpretá-la e atuar para transformá-la a partir das vivências práticas e finalmente reinterpretá-la a partir de análises teóricas.

A sistematização da experiência foi conduzida baseando-se em dois métodos: a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (Tipesc)¹⁴, assentada na visão de mundo materialista, histórica e dialética, opera nas etapas de captação da realidade objetiva; interpretação desta; proposta de intervenção e realização prática; e reinterpretação da realidade, avaliando produto/processo da experiência. Já o método de sistematização de Holliday¹⁵, de concepção metodológica dialética é definido por: participação e registro da experiência; definição do objetivo, objeto e aspectos centrais a serem sistematizados; reconstrução da experiência e classificação da informação para análise; reflexão de fundo (síntese, análise e interpretação crítica); conclusões; e aprendizagem adquirida.

A partir desses métodos, foram construídas as seções seguintes deste relato, organizadas em três categorias temáticas de abordagem: condições e características do território; atenção à saúde bucal; e influência do estágio na formação profissional.

Descrição da experiência

O povo indígena Xukuru do Ororubá habita um território que integra o município de Pesqueira, localizado na região Agreste do estado de Pernambuco, região semiárida, cercada por rochas. O TI limita-se ao norte com o município de Poção e com o estado da Paraíba; ao sul e ao leste, com o município de Pesqueira; e ao oeste, com o município de Arcoverde, estando inserido em uma região de solo e climas variáveis^{13,16,17}. O TI, homologado no ano de 2001, possui 27.555 hectares¹⁸, é localizado na Serra do Ororubá e é dividido em três regiões socioambientais – a saber, Serra, Ribeira e Agreste –, que compreendem 24 aldeias oficiais. Tais regiões são categorias espaciais estabelecidas pelos próprios indígenas a partir das características geoclimáticas e socioeconômicas do território¹⁹ (figura 1). Mesmo com o TI situando-se na zona rural do município, a proximidade de algumas aldeias com a zona urbana – cerca de seis quilômetros – facilita a aquisição de produtos e serviços disponíveis no centro da cidade, assim como a circulação dos indivíduos nesse trajeto, estimulado ainda pelo fato de que muitos indígenas vivem na zona urbana.

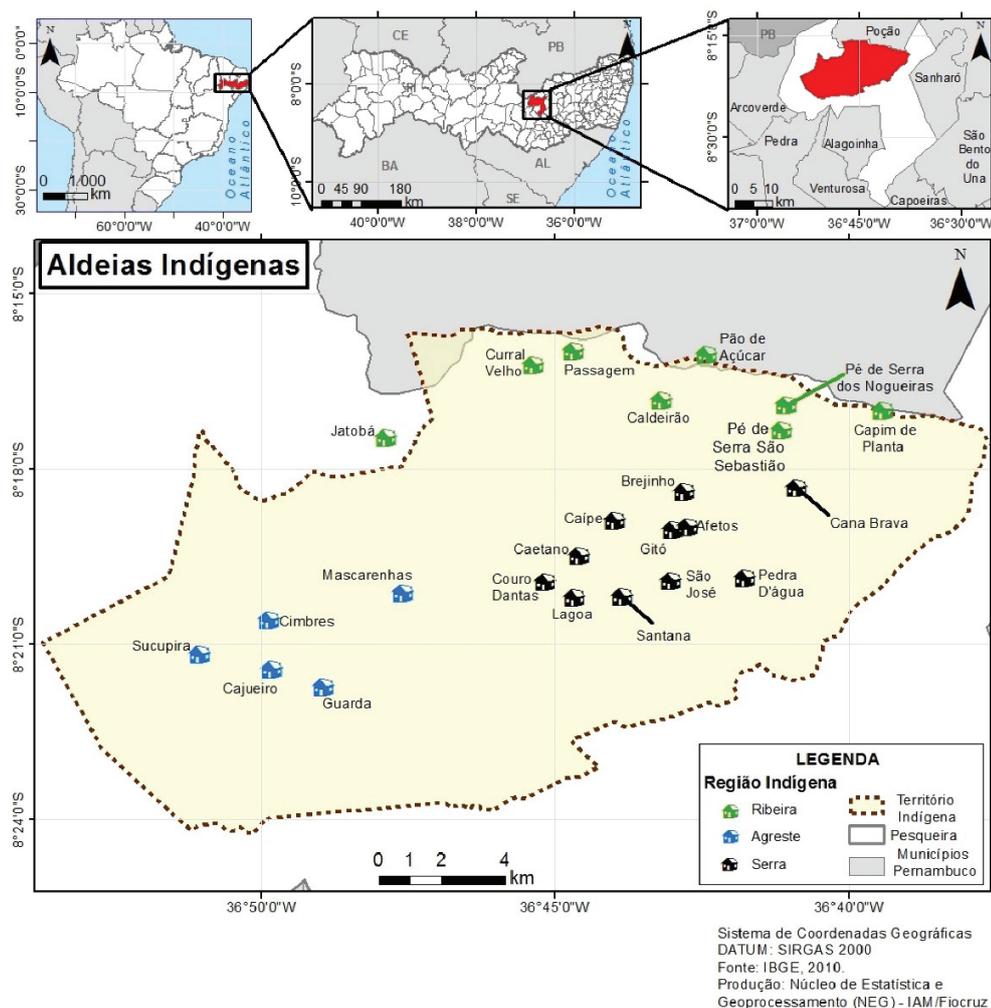


Figura 1. Localização geográfica do Território Indígena Xukuru do Ororubá e sua divisão segundo as regiões socioambientais e aldeias. Pesqueira, 2018.

Fonte: Maurício HR¹⁹.

Quanto à organização dos serviços de saúde de APS localizados no TI Xukuru do Ororubá, entre as 24 aldeias, sete possuem Unidade de Saúde (US), todas com consultório odontológico (aldeia Cimbres, na região Agreste; aldeias Pão de Açúcar, Passagem e Pé de Serra dos Nogueira, na região Ribeira; e aldeias Brejinho, Cana Brava e São José, na região Serra). No que se refere à rede de saúde bucal, considerando a Atenção Secundária, procedimentos não realizados na APS têm como referência para encaminhamento o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Pesqueira (PE), na zona urbana do município, e o CEO de Caruaru (PE), município a cerca de 84 quilômetros de Pesqueira – CEO Regional, no Centro Universitário Tabosa de Almeida Asces (Unita).

Após processo histórico caracterizado por perseguição política, atos de violência, remoção e criminalização de integrantes da comunidade – patrocinado por forças de vários âmbitos, algumas delas responsáveis pela quase extinção do povo –, uma importante estratégia de organização e formação se fez necessária. Nas últimas três décadas, concretizaram-se formas de organização política; reconquista de seu território ancestral das mãos de posseiros no movimento conhecido como “Retomadas”; estabelecimento de

modos de sobrevivência; e reunião de aldeias e lideranças atuando na formação pedagógica e política de jovens – citando-se a rede Poyá Limolaygo, instância sociopolítica da juventude Xukuru do Ororubá, e a Ororubá Filmes, grupo criado para produção audiovisual. Por meio da Assembleia Xukuru do Ororubá, evento anual em que se reverencia o cacique Xicão Xukuru – liderança histórica assassinada em maio de 1998 em circunstâncias de conflito pela terra –, reafirma-se o compromisso na defesa da Serra do Ororubá, discutindo temas do cenário sociopolítico nacional e planejando o futuro, com foco, principalmente, nos projetos de educação e de saúde para o TI^{18,20-22}.

A vivência de estágio estratégico do cirurgião-dentista residente do Programa RMISF ocorreu no período de novembro a dezembro de 2018 e foi vinculada à atuação em campo de uma equipe interinstitucional de pesquisa composta pelo próprio residente, por pesquisadores da UPE, da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e do Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ-PE) e de estudantes de graduação em Odontologia da UPE e da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A equipe de pesquisa vem atuando desde 2008 com o povo Xukuru do Ororubá, sendo responsável por publicações com as seguintes temáticas: abordagens históricas produzidas a partir de memórias orais deste povo e da pesquisa em registros escritos²⁰; o processo de utilização de agrotóxicos no cultivo agrícola e sua relação com o ambiente e a saúde indígena²³; política de informação em saúde, em um estudo de caso com os sistemas de informação em saúde indígena²⁴; práticas de educação popular em saúde, com análise das ações educativas realizadas pelos agentes indígenas de saúde e de saneamento²⁵; e condições de saúde bucal desse povo²⁶.

A partir da vivência de observação e de captação dos elementos que compunham o TI, são apresentados e discutidos os eixos de sistematização propostos.

Os processos e contatos com o Território Indígena Xukuru do Ororubá

No período da vivência, a equipe deslocou-se de Recife a Pesqueira, e de lá para o TI, explorando-o nos turnos da manhã e da tarde. Foram visitadas 23 aldeias do território, restando uma, que não foi visitada por dificuldades logísticas. No TI, há nascentes e mananciais de água, açudes e barragens. À época da visita, notava-se o impacto da seca e escassez de água potável na rotina daquele povo. Fontes alternativas de obtenção de água potável não demonstravam serem suficientes para atender às necessidades de um território tão extenso e diverso. Os impactos da escassez incidiam sobre os modos de sobrevivência das famílias e sua relação com trabalho no campo (perda de animais e de plantações); as tarefas de limpeza dos ambientes; as condições alimentares, limpeza e preparo de alimentos; e as práticas de higiene corporal e bucal dos indivíduos.

Faz-se importante notar a relação deste povo com o território que ocupa e protege, considerando os significados de ter tal posse e garantia. Percebeu-se intensa ligação dos indígenas com o trabalho no campo e com a terra, cultivando uma variedade de plantações que são usadas tanto para consumo próprio quanto para troca/venda. Além da conexão com a moradia, alimentação e sobrevivência, a questão da terra está também ligada às relações familiares e ancestrais; à espiritualidade; à identidade e a uma relação de pertencimento, e não de propriedade; e à educação e saúde do povo; ou seja, à vida e aos modos de experimentá-la^{3,27}.

Dentre as atividades/intervenções programadas para o período do estágio, destacam-se alguns momentos. Inicialmente, foi realizada uma capacitação teórica e prática para a equipe, momento que aconteceu em uma das principais US do TI, localizada na aldeia Cimbres. Nesse momento, houve a oportunidade de contato com os profissionais de saúde da rede e moradores do território, que debateram questões relacionadas à realidade, história e cultura local; e orientaram quanto à situação e especificidades das famílias que habitam as aldeias. Em um momento seguinte, iniciaram-se as visitas aos domicílios e às US, objetivando coletar coordenadas espaciais/geográficas e realizar observações a respeito das condições de vida em geral, de acesso aos serviços de saúde, da autopercepção da saúde bucal, das práticas de higiene bucal, do padrão de consumo alimentar das famílias e da identificação do estado nutricional.

Durante as visitas domiciliares, foram realizadas intervenções no âmbito da saúde bucal: exames bucais clínicos (figura 2) e orientações aos participantes/famílias quanto aos cuidados com a saúde bucal e à alimentação saudável, levando em conta a realidade socioeconômica, cultural e geográfica daquele povo. Ao fim de cada visita, foram entregues *kits* de higiene bucal com escova dentária, creme dental com flúor e fio dental, além de aplicação tópica de flúor aos casos indicados.



Figura 2. Realização de exame bucal clínico durante visita domiciliar na aldeia do Território Xukuru do Ororubá. Pesqueira, 2018.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Atenção à saúde bucal no Território Indígena e as repercussões da intervenção

A PNASPI aponta para a necessidade de uma rede de serviços nos TI, de maneira a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade das ações e projetos de saúde implantados pelo SUS para essas populações⁹. A lógica da APS foi aplicada ao modelo de atenção à saúde indígena vigente, sendo composto, entre outras instâncias de assistência, pelos polos-base, pelas US e pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI)^{3,9}. Integrando as EMSI, estão as Equipes de Saúde Bucal (ESB), compostas por cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal¹⁰.

Entre as atribuições dos profissionais integrantes das três ESB atuantes no TI Xukuru do Ororubá estão as ações coletivas (escovação dental supervisionada; aplicação tópica de flúor; distribuição de dentifrício, escova e fio dental; e atividades de educação e promoção em saúde bucal) e individuais (assistência clínica odontológica básica) de atenção à saúde bucal, considerando os aspectos epidemiológicos, culturais, sociais, políticos e econômicos das populações indígenas, devendo ser realizadas nas aldeias, mesmo em situações de pouca infraestrutura ou locais de difícil acesso^{10,28}.

Quanto ao processo de trabalho das ESB contratadas para atuar no TI, considerando sua extensão e o fato de que apenas sete aldeias possuem US, é requerido dos profissionais que estabeleçam sistemas de rodízio entre elas. Em cada uma das três regiões do TI, há uma equipe designada e uma US principal, com as demais funcionando como apoio.

O sistema de rodízios, reforçado pela fragilidade dos vínculos trabalhistas estabelecidos por contrato com as conveniadas gestoras da atenção à saúde indígena, que atuam sob a lógica capitalista produtivista com cumprimento de metas quantitativas, desconsiderando o enfoque qualitativo do trabalho direcionado ao contexto indígena, acabam por afastar o trabalhador de saúde dos espaços de cuidado e contato, contribuindo para dificuldades de agendamento de consultas e de continuidade dos tratamentos; e impedimentos na construção do vínculo entre profissional e usuário, comprometendo a qualidade dos cuidados oferecidos no TI²⁹.

Em relação às ações/intervenções em saúde bucal realizadas durante a vivência, considera-se que, no contexto dos DSEI, é fundamental priorizar a dimensão preventiva, principalmente propiciando acesso aos dentifrícios fluoretados e à fluoroterapia (uso tópico do flúor). Tal dimensão preventiva deve estar intimamente acoplada a ações educacionais³⁰ e de valorização da autonomia do sujeito; e à reflexão sobre sua realidade e suas vivências, buscando não responsabilizar, nem centralizar no indivíduo os problemas contextuais, que estão além de sua alçada.

As intervenções realizadas partiram da interrogação aos participantes no tocante às suas práticas de higiene e alimentares. Com as repostas obtidas, foi fortalecida a importância de cuidado em relação a esses aspectos e foram propostas adaptações necessárias à melhoria dessas condições, de maneira que as características contextuais familiares/domiciliares/territoriais fossem respeitadas. Entre as facilidades encontradas nas ações propostas, verificou-se boa receptividade dos participantes, além de demonstrações de interesse e envolvimento, com valorização e satisfação pela simples presença da equipe e pelo material de higiene recebido. As dificuldades de atuação estiveram relacionadas ao cuidado atento no uso de linguagem sensível e apropriada; e de intervenções que não ferissem as características locais.

O trabalho em saúde possui uma dimensão pedagógica que pode colaborar com a construção das possibilidades do ser social ou, da mesma forma e pela mesma ação, promover a reprodução e manutenção de relações de dominação. A atuação e intervenção profissional, a partir da dimensão pedagógica, não é neutra. Ela imprime uma direção social que tem o potencial de construir autonomia dos sujeitos no cuidado e entendimento da determinação social da saúde, com vistas à integralidade biopsicossocial – incluindo a assimilação da cosmovisão indígena, enquanto formas de perceber e interagir com o mundo e sociedade –, ou à reprodução de uma dominação hegemônica, estimulando a dependência e subalternidade para o cuidado – com práticas centradas em uma dimensão cotidiana, individual e positivista –, e a fragmentação da saúde e da consciência sociopolítica dos sujeitos²⁹.

Estágio interiorizado e sua influência na formação profissional

Intencionando reorientar os serviços de acordo com as necessidades de saúde, principalmente no âmbito da APS, a RMS surge com vistas a contribuir na formação e na qualificação do profissional na saúde, propondo comprometer-se com a integralidade do cuidado, aprofundando debates teórico-práticos e permitindo a construção de novos saberes entre as categorias profissionais da saúde, a partir de uma estrutura pedagógica fundamentada na problematização da realidade dos serviços de saúde. A partir de uma imersão na realidade de saúde das comunidades, o processo de ensino-aprendizagem se torna capaz de produzir, além de conhecimento científico, transformações de si e da realidade^{31,32}.

Visando transformar o processo de formação, as ações de saúde e as práticas pedagógicas, faz-se necessário estimular a prática problematizadora, incorporando uma formação que desperte consciência crítica, ação reflexiva e necessidade de transformação da realidade. No entanto, a ampliação e transformação surgirão na intermediação entre o saber científico instituído e o saber proveniente das experiências reais vivenciadas^{31,32}. As práticas de formação profissional na residência devem estar conectadas ao contexto social das populações, à escuta sensível de usuários e à ação política do enfrentamento dos desafios do sistema³³, deslocando a ênfase de lógicas pautadas na perspectiva terapêutica e na questão saúde-doença para a determinação social dos processos e práticas de saúde^{29,34}.

Torres *et al.*³⁵ apontam que os “programas de residência apresentam, como principal desafio, a superação de limitações decorrentes da formação original dos profissionais, contribuindo para uma atuação contextualizada e comprometida com o SUS” (p. 4). Além dos saberes organizacionais e técnicos, o processo de formação da residência deve envolver aspectos sociais e humanos, como valores, sentimentos e diferentes visões sobre o SUS e o mundo.

Pelo Brasil, oportunidades de estágio fora do serviço padrão vinculado aos programas RMS têm se tornado prática comum a partir da constatação de enriquecimento pessoal e mudanças na formação profissional de residentes para atuação no SUS^{4,36,37}, como a experiência de estágio opcional de residentes (nutricionistas e dentista) do programa de Saúde da Família do estado da Bahia⁴. O relato foi produzido a partir de vivências nas terras Pankararu (estado de Pernambuco) e traz destaque para a necessidade de ampliação

das EMSI, incluindo outras profissões da saúde, de forma a responder às demandas da comunidade. Além disso, aponta para a necessidade de estratégias de educação permanente aos médicos, enfermeiros e dentistas para atuação na área indígena.

Já no contexto das graduações, há uma experiência relativa a atividades preparatórias de estágio optativo de uma graduação em Odontologia, chamado “Projeto Huka-Katu – a FORP-USP no Xingu”⁵. Os autores debatem a reconfiguração do processo de ensino-aprendizagem na formação de cirurgiões-dentistas, trazendo a problematização enquanto promotora da compreensão do contexto intercultural no trabalho multiprofissional e da proposta de integralidade da atenção à saúde bucal, com apontamentos para o desenvolvimento de competências que enfoquem a dimensão simbólica dos processos de saúde-adoecimento e estratégias de cura nas diferentes comunidades.

Outra experiência publicada é a de estudantes de graduação em Medicina com a comunidade indígena Potiguara (estado da Paraíba), a partir do projeto de extensão Iandé Guatá, que debateram as potencialidades do processo de aprendizagem durante vivência imersiva na cultura local⁶. O relato aponta como expressões da vivência uma aproximação dos estudantes ao universo indígena; a superação do imaginário romântico, mediante imersão na cultura local; o reconhecimento de um compromisso com a transformação social; o desenvolvimento de competências para o trabalho comunitário; e a valorização de saberes tradicionais indígenas.

Fornecendo mais substância a este debate em torno da formação em nível superior, Forsyth *et al.*³⁸ apontam para a necessidade de reorientação da formação de profissionais de saúde, inclusive com o fomento para a formação de estudantes vindos das comunidades indígenas e a inclusão de indígenas no corpo docente, visando atender às necessidades em saúde dessas populações; e permitindo transformação e rompimento de estereótipos. Uma importante ferramenta é a integração da competência cultural no currículo, promovendo contato com a realidade epidemiológica, sociopolítica e histórica dos povos indígenas por meio do currículo disciplinar, da pesquisa e de engajamento, imersão e interação com as comunidades^{5,6,38,39}.

Na experiência internacional, é requisitado às instituições de ensino superior australianas demonstrarem como seus planos estratégicos incorporam a competência cultural, sendo recomendado que os saberes e cultura indígenas sejam incluídos nos currículos, para que futuros profissionais de saúde atuem sobre as iniquidades de saúde a que tais povos estão sujeitos. No campo da saúde bucal, o Conselho Australiano de Odontologia (Australian Dental Council) exige evidências curriculares da integração da competência cultural indígena³⁸. Tal competência permite preparação dos profissionais em formação para interagir e comunicar-se efetivamente com indivíduos indígenas e suas particularidades culturais, estando ciente das visões de mundo de cada povo e desenvolvendo atitudes positivas ao lidar com diferenças culturais.

No Brasil, Diehl e Pellegrini⁴⁰ destacam resoluções presentes no relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006, que são relevantes à questão da formação de trabalhadores da saúde. São elas: a inclusão da disciplina Saúde Indígena nos currículos de nível técnico e superior em saúde; a criação de cursos de pós-graduação em saúde indígena para os trabalhadores da área e de programas de residência em serviço e a distância; e a educação permanente para a população indígena.

Nesse sentido, recentemente, tratando do ensino da saúde indígena no contexto das graduações e residências médicas, considerando inclusive o período pandêmico no ano de 2020 e sendo evidenciadas as intensas desigualdades sociais e de saúde, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) elaborou recomendações³⁹ defendendo que haja, durante a formação profissional, visibilidade à temática indígena, desenvolvimento de competências relacionadas à saúde dos povos, abordagem do cuidado em contexto intercultural e estímulo à presença de estudantes oriundos das comunidades indígenas nos cursos superiores da Saúde.

As experiências brasileiras de estágio aqui mencionadas – assim como as intenções e os modelos formativos estratégicos, nacionais e internacionais – corroborando a vivência de estágio estratégico em residência aqui relatada, explicitam como o contato com a temática e com os povos indígenas podem ser vistos enquanto vivência impulsionadora da formação profissional ampliada visando à atenção diferenciada. Isso ocorre porque tal vivência atua como fator estimulante à reflexão problematizadora em relação às origens e aos meios de superação das debilidades na atuação profissional em tais contextos, para além do apontamento consensual da fragilidade na formação “tradicional” em saúde e seus conceitos normativos e biologicistas como únicas ou principais justificativas aos problemas.

A formação normativa é de fato questão relevante, mas deve-se considerar a atuação extrapolando o fazer profissional como fim em si mesmo, para além de uma concepção exclusiva de abordagem do indivíduo, da família e da comunidade^{3,29}. Para uma atuação em contextos indígenas, os processos formativos em saúde necessitam de elaborações para além das disciplinas clássicas. Devem propiciar uma formação sensível à diversidade e à diferença, que esteja preparada para o diálogo simétrico, privilegiando as comunidades e suas perspectivas sobre a saúde e os serviços⁴⁰.

Formação e o fazer profissional nas relações sócio-históricas

Considerando a necessidade de extrapolar a justificativa consensuada em torno das fragilidades objetivas na formação superior tradicional em saúde, que são limitadas se aplicadas para uma crítica à estrutura sociopolítica, é preciso direcionar o debate também às raízes do fazer profissional, e assim reconhecer a essência da direção social do trabalho e, portanto, que as práticas profissionais nos serviços de saúde são ações que possuem finalidade social, que passam por escolhas de alternativas, a partir de uma visão do indivíduo e de mundo, e se concretizam sob a direção de diferentes formas de apreensão do movimento societário. Portanto, é fundamental considerar as repercussões do modo de produção capitalista no âmbito das relações sociais e históricas²⁹.

A partir disso, julga-se necessária a reflexão, aqui inicial, acerca dos impactos do colonialismo e do racismo enquanto forças que provocam efeitos nos comportamentos sociais e individuais; na atuação e conduta profissionais; e, conseqüentemente, na atenção à saúde ofertada aos povos indígenas brasileiros.

O colonialismo enquanto forma de poder emerge durante o período colonial, berço da classificação racial da atualidade, estabelecendo a estratégia de dominação de povos e a ideia de superioridade racial. Os povos indígenas originários, o povo negro traficado

do continente africano, submetidos aos colonizadores europeus, participaram do desenvolvimento do capitalismo colonial às custas da exploração da força de trabalho e da extorsão da terra e de riquezas naturais^{27,41}. No contexto do Povo Xukuru do Ororubá, no século XVII colonizadores invadiram o território dos povos ancestrais, fundando uma igreja católica, usando a terra para pecuária e explorando a força de trabalho por pouco ou nenhum pagamento²⁷.

O processo de colonização acarretou problemas na continuidade das culturas dos povos explorados, ressignificando forçadamente e marginalizando conceitos, papéis sociais, crenças e representação dos corpos. Colonizados são colocados em uma condição de subdesenvolvidos e subordinados, disseminando o pensamento eurocêntrico como verdade instituída e refletindo na assimilação racista de extermínio. O fim do processo colonial no Brasil não implicou o fim do colonialismo, fazendo nascer o modelo de sociedade perpetuado até os dias atuais que, mesmo com os avanços, ainda se baseia no racismo, eurocentrismo e no machismo^{3,27,41}.

Combatendo o discurso do racismo científico, Mariátegui⁴² afirma que o problema da raça indígena no contexto da América Latina é, fundamentalmente, um problema socioeconômico que tem suas raízes no regime de propriedade da terra. É um problema de ausência de terra, servidão, concentração da propriedade e domínio político dos latifundiários. Mas, para além disso, as populações indígenas são objeto de uma dupla opressão: de um lado, da exploração de classe e, de outro, da opressão nacional, ao se fazer valer contra eles uma secular discriminação racial, educacional, jurídica, política e cultural⁴²⁻⁴⁴.

Compreendendo o colonialismo como forma de dominação e de imposição de autoridade de uma cultura sobre outra e enquanto processo pertencente à estrutura capitalista, impulsionador de opressões de raça e de classe na realidade social, é estabelecido o desencadeamento de uma insuficiência das concepções de saúde que são possíveis de serem construídas com e para os povos indígenas e sua cosmologia, questão que promove fragilidades na configuração institucional do SUS, no processo de gestão dos serviços, nas formações em saúde e especialmente nos próprios indivíduos, agentes da saúde, que produzem a atenção à saúde indígena^{3,27}.

Considerações finais

A vivência do estágio interiorizado contribuiu para a aquisição de olhar sociopolítico e histórico para a questão indígena, destacando o fato de que políticas públicas evoluem a partir de processos culturais, históricos e sociais. A partir das condições e necessidades de vida e saúde da comunidade relatada, considerando o lugar que os povos indígenas ocupam na sociedade atual, os conflitos políticos, a questão da terra, os desmontes de políticas de assistência e proteção, evidencia-se o impacto da opressão, discriminação e violência na saúde desses povos e busca-se dar visibilidade à sua resistência. Paralelamente, a enorme capacidade de organização tem fortalecido a comunidade, no sentido de reconquistar sua própria identidade enquanto povo tradicional, seus rituais ancestrais e modos de vida.

A proposta pedagógica de EI do programa RMISF permite ao residente visualizar outras necessidades em saúde. O contato com a condição e com o conhecimento relativo à saúde bucal do povo indígena explicitou a necessidade por tratamentos de



manutenção e recuperação dos dentes e funções bucais, com quadros de sofrimento e dor consequentes desses problemas, que exigem maior contato com a proteção por meio do flúor, considerando a ausência de água fluoretada no TI; qualificada vigilância de segurança alimentar, em obrigatório acordo com a questão cultural; consolidação de práticas de higiene bucal por meio de ações culturalmente contextualizadas e dialogadas; e reforço dos recursos humanos e estruturais a serviço da atenção à saúde bucal, compreendendo a extensão e as barreiras de acesso produzidas no TI.

A partir desse contato, emerge a reflexão de como lidar com tal realidade adversa aos padrões urbanos e como aplicar sensivelmente nestas os conhecimentos adquiridos na formação em saúde “tradicional”, que, geralmente, não incorporam em seus currículos a temática dos povos tradicionais e do campo; e, portanto, não levam em conta a diversidade de práticas de cuidado em saúde, as questões históricas e estruturais, os enfrentamentos políticos, os modos de sobrevivência e os entendimentos sobre saúde-doença-morte.

Experienciar realidades de outros territórios confronta os saberes profissionais instituídos com a realidade objetiva dos povos em situação de vulnerabilidade e desigualdade, oprimidos por consequência de escolhas políticas, de carência da garantia de direitos e de discursos de inferioridade racial. Tal confronto solicita soluções contextualizadas e ampliadas, ultrapassando o modelo moderno colonial de vida. Falar em saúde para os indígenas é cuidar da comunidade e do bem-estar, é lutar por suas terras ancestrais e suas retomadas. As soluções caminham no sentido de derrubar a lógica da relação colonial, capitalista e racista dentro e fora dos espaços de saúde; e de fortalecer a luta em defesa da vida e da cosmovisão indígena, enquanto base de diálogo, nutrindo o desenvolvimento de competência cultural e de uma atenção diferenciada, que contemple a diversidade e não homogeneíze a atenção à saúde dos povos.

Como limitação deste relato, que poderá ser analisada em futuros estudos, está a não apresentação das concepções de saúde dos profissionais atuantes no território indígena, suas relações com a formação acadêmica e as repercussões concretas no fazer profissional, no contexto do TI Xukuru do Ororubá.

Finalmente, enquanto agente da atenção à saúde, faz-se necessário compreender que a formação profissional da residência em saúde – que é técnica, teórico-prática, mas também política – não deve pertencer exclusivamente ao sujeito, como algo adquirido e de uso restrito para benefício próprio, mas sim deve ser encarada como uma escolha de responsabilidade individual que foi financiada coletivamente pelo povo e, portanto, engloba uma dívida social estabelecida.

Afiliação

^(d) Graduanda do curso de Odontologia, *campus* Arcoverde, Universidade de Pernambuco. Arcoverde, PE, Brasil.

^(e) Departamento de Saúde Coletiva, IAM, Fiocruz. Recife, PE, Brasil.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

Bolsa-salário referente à duração do programa de Residência Multiprofissional em Saúde, pagas pelo Ministério da Saúde (Brasil).

Agradecimentos

Agradecemos ao Povo Xukuru do Ororubá pela recepção e acolhimento em suas terras. Agradecemos pelas contribuições fundamentais de Thatiana Regina Favaro, docente da Universidade Federal de Alagoas, e Ive da Silva Monteiro, coordenadora da Residência de Odontologia em Saúde Coletiva, vinculada à Prefeitura do Recife.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editora associada

Rosana Monteiro

Submetido em

20/07/20

Aprovado em

26/05/21



Referências

1. Brasil. Universidade de Pernambuco. Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (RMISF-FCM-UPE). Pernambuco: Pró-reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Inovação da UPE; 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas de equidade em saúde [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2017 [citado 12 Ago 2019]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/gestao-participativa-em-saude/politicas-de-equidade-em-saude>
3. Sousa MLT. Reforma sanitária e outros olhares para a saúde indígena: relato de experiência com os Potyguara. *Saude Debate*. 2020; 44(124):275-84.
4. Athias RM, Oliveira JJF, Prado GJ, Silva MMT. Os serviços de saúde nas terras pankararu - Etnografia e Políticas. *Tempus Actas Saude Colet*. 2013; 7(4):205-22.
5. Mestriner Júnior W, Mestriner SF, Bulgarelli AF, Mishima SM. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto huka-katu. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16 Suppl 1:903-12.
6. Luna WF, Nordi ABA, Rached KS, Carvalho ARV. Projeto de Extensão Iandé Guatá: vivências de estudantes de Medicina com indígenas Potiguara. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e180576.
7. Cuervo MRM, Radke MB, Riegel EM. PET-Redes de atenção à saúde indígena: Além dos muros da universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Suppl 1:953-63.
8. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.836, de 23 de Setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*. 24 Set 1999.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
10. 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: Ministério da Saúde; 2011.
11. Portaria FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) nº 852, de 30 de Setembro de 1999. Criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. *Diário Oficial da União*. 30 Set 1999.
12. Cardoso AM, Santos RV, Garnelo L, Coimbra Junior CEA, Chaves MBG. Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, CEBES; 2012. p. 911-33.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena de Pernambuco. Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco. Dados demográficos dos índios de Pernambuco. Recife: DSEI Pernambuco; 2018.
14. Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC, Bertolozzi MR. Enfermagem em Saúde Coletiva: reinterpretação da realidade objetiva por meio da ação praxiológica. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71 Suppl 1:710-5.



15. Holliday OJ. Para sistematizar experiencias. 2a ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2006.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
17. Neves RCM. Resistência e Estratégias de Mobilização Política entre os Xukuru. In: Athias R. Povos indígenas de Pernambuco: identidade, diversidade e conflito. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2007. p.113-36.
18. De Lavor A. 9ª Assembleia do Povo Xukuru do Ororubá: sob ameaça, luta por terra e identidade. Radis. 2009; (84):11-9.
19. Mauricio HA. Saúde bucal da população indígena Xukuru do Ororubá (PE) [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
20. Silva EH. Xucuru: memórias e história dos índios da Serra do Ororubá (Pesqueira/PE), 1959-1988 [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2008.
21. Monte E. Xukuru do Ororubá: migrações e afirmação de identidade [Internet]. In: Anais do 10o Encontro Nacional de História Oral; 2010; Recife, Brasil. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010 [citado 30 Nov 2019]. Disponível em: https://www.encontro2010.historiaoral.org.br/resources/anais/2/1270680106_ARQUIVO_Xukuru_Migracoes.pdf
22. Ludermir C. Povo Xukuru: pé no chão e raízes profundas. Rev Continente [Internet]. 2019 [citado 30 Nov 2019]; (218). Disponível em: <https://revistacontinente.com.br/secoes/extra/povo-xukuru--pe-no-chao-e-raizes-profundas>
23. Gonçalves GMS. Agrotóxicos, saúde e ambiente na etnia Xukuru do Ororubá – Pernambuco [dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
24. Lima TFP. Política de informação no contexto da atenção à saúde indígena: uma análise a partir da perspectiva da vigilância em saúde [dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
25. Brito JSS, Albuquerque PC, Silva EH. Educação popular em saúde com o povo indígena Xukuru do Ororubá. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):219-28. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000002>.
26. Mauricio HA, Moreira RS. Condições de saúde bucal da etnia Xukuru do Ororubá em Pernambuco: análise multinível. Rev Bras Epidemiol. 2014; 17(3):787-800.
27. Mikulak M. Colonial subjugation and human rights abuses: twenty-first century violations against Brazil's rural Indigenous Xukuru Nation. Anthropol Fac Publ [Internet]. 2016 [citado 1 Maio 2020]; 1. Disponível em: <https://commons.und.edu/anth-fac/1>
28. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2007.
29. Guimarães EMS. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. Serv Soc Soc. 2017; 1(130):564-82.
30. Arantes R. Saúde bucal dos povos indígenas do Brasil: panorama atual e perspectivas. In: Coimbra Junior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abrasco; 2003. p. 49-72.
31. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. A Educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em saúde. Interface (Botucatu). 2018; 22 Supl 1:1325-37.



32. Maroja MCS, Almeida Júnior JJ, Noronha CA. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e180616. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.180616>.
33. Emmerich AO, Fagundes DQ. Paulo Freire e saúde: revisitando “velhos” escritos para uma saúde do futuro. *Saude Transform Soc*. 2016; 6(2):1-8.
34. Pontes AL, Machado FRS, Santos RV, Brito CAG. Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. *Saude Debate*. 2019; 43 (esp 8):146-59.
35. Torres RBS, Barreto ICHC, Freitas RWJF, Evangelista ALP. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e170691. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.170691>.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde-SGTES; 2006.
37. Adolpho CVT, Alexandre HG, Heise M, Silva ER. Experiências em estágios optativos. In: Uchôa-Figueiredo LR, Rodrigues TF, Dias IMAV, organizadores. *Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. p. 189-214.
38. Forsyth C, Short S, Gilroy J, Tennant M, Irving M. An Indigenous cultural competence model for dentistry education. *Br Dent J*. 2020; 228(9):719-25.
39. Associação Brasileira de Educação Médica. Em defesa da visibilidade da temática e da presença dos povos indígenas na educação médica [Internet]. Brasília: ABEM; 2020 [citado 21 Abr 2021]. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/recomendacoes-da-abem-para-o-ensino-da-saude-indigena/>
40. Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(4):867-74.
41. Araujo MRA, Tavares MS, Souza VRFP, Bezerra DO. Saúde sexual e reprodutiva na etnia Xukuru do Ororubá: diga às mulheres que avancem. *Saude Debate*. 2020; 44(124):193-204.
42. Mariátegui JC. O problema do índio. In: Mariátegui JC. *Sete ensaios de interpretação da realidade peruana*. São Paulo: Expressão Popular; 2008. p. 55-65.
43. Mariátegui JC. O problema da terra. In: Mariátegui JC. *Sete ensaios de interpretação da realidade peruana*. São Paulo: Expressão Popular; 2008. p. 67-113.
44. Muñoz RR. Mariátegui – sujeito revolucionário e movimento indígena [Internet]. São Paulo: Coleção Princípios; 2004 [citado 1 Maio 2020]. Disponível em: <http://revistaprincipios.com.br/artigos/72/cat/1134/mari´tegui-%E2%80%93-sujeito-revolucion´rio-e-movimento-indígen-a-.html>



This is an experience report, based on the recommendations that call to close the gap between health education and the reality of populations in vulnerable situations, from the perspective of a residence worker, about the internship experience in the Xukuru do Ororubá Indigenous Territory (Pernambuco/Brazil). The observations emerged regarding the living and health conditions of the indigenous people, the internship pedagogical process and its repercussions on professional training and practice, as well as the weaknesses related to the coverage and longitudinality of oral health care. It was possible to improve the socio-political glance at the indigenous issue through interventions from the perspective of subject autonomy. The potentiality of the proposal is evident, stimulating the confrontation between established professional knowledge and the objective reality of the communities, seeking to overcome the colonial model of care, expanding the perspective of professional training for the Brazilian National Health System (SUS).

Keywords: Primary health care. Health of indigenous populations. Oral health. Access to health services. Post-graduate health programs.

A partir de las recomendaciones sobre experiencias que aproximan la formación en salud de la realidad de poblaciones en situación de vulnerabilidad, se presenta un relato de experiencia, desde la perspectiva de un trabajador residente de salud, sobre la experiencia de pasantía en el Territorio Indígena Xukuru del Ororubá (Pernambuco/Brasil). Surgieron reflexiones sobre las condiciones de vida y salud del pueblo indígena, el proceso pedagógico de la pasantía y las repercusiones en la formación y el quehacer profesional, además de las fragilidades relacionadas con la cobertura y longitudinalidad del cuidado de salud bucal. Por medio de intervenciones con la perspectiva de autonomía de los sujetos, fue posible perfeccionar la mirada sociopolítica sobre la cuestión indígena. Se señala la potencialidad de la propuesta que incentiva el enfrentamiento entre saberes profesionales instituidos y la realidad objetiva de las comunidades, buscando la superación del modelo colonial de cuidado, ampliando la perspectiva de actuación del profesional en formación para el Sistema Brasileño de Salud (SUS).

Palabras clave: Atención primaria de la salud. Salud de poblaciones indígenas. Salud bucal. Acceso a los servicios de salud. Programas de postgrado en salud.

6.2 Artigo 2 – Acesso à rede de saúde bucal no Território Indígena Xukuru do Ororubá, Brasil (2017-2018): uma análise a partir dos indicadores de desempenho

Artigo a ser encaminhado para a Revista *Cadernos de Saúde Pública*, publicação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz. Neste artigo analisa-se a realidade de acesso aos serviços de saúde bucal nas aldeias do povo Xukuru do Ororubá, a partir do desempenho de indicadores dos serviços de saúde bucal ofertados no território.

TÍTULO:

Acesso à rede de saúde bucal no Território Indígena Xukuru do Ororubá, Brasil (2017-2018): uma análise a partir dos indicadores de desempenho

TÍTULO RESUMIDO:

Saúde bucal no Território Indígena Xukuru do Ororubá (2017-2018)

AUTORES:

Lucas Fernando Rodrigues dos Santos¹ (ORCID: 0000-0002-7993-0918)

Fabíola Bof de Andrade² (ORCID: 0000-0002-3467-3989)

André Luiz Sá de Oliveira¹ (ORCID: 0000-0002-2483-550X)

Herika de Arruda Mauricio³ (ORCID: 0000-0002-6645-457X)

Rafael da Silveira Moreira^{1, 4} (ORCID: 0000-0003-0079-2901)

(1) Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães/ Fiocruz Pernambuco, Recife, Brasil.

(2) Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas, Belo Horizonte, Brasil.

(3) Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil.

(4) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

RESUMO

A partir do desempenho de indicadores de serviços e fatores associados, busca-se analisar o acesso aos serviços de saúde bucal oferecidos aos indígenas Xukuru do Ororubá (Pesqueira-PE), no contexto socioespacial de seu território, nos anos de 2017 e 2018. Trata-se de um estudo ecológico, de abordagem quantitativa, no qual dados secundários extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) foram monitorados ao longo de dois anos. Os dados estão organizados de maneira agregada, sendo a unidade de análise as aldeias. São analisados os procedimentos realizados pelas Equipes de Saúde Bucal que atuam junto à comunidade, verificando indicadores de acesso aos serviços de saúde bucal e seus respectivos parâmetros. Buscando uma abordagem multidimensional, são caracterizadas as condições socioeconômica e demográfica, a provisão de serviços odontológicos e os componentes espaciais do território. Foram estimados coeficientes de correlação entre indicadores das aldeias. Os resultados revelaram crescimento da cobertura de primeira consulta odontológica; queda da taxa de tratamentos odontológicos concluídos; aumento da proporção de exodontias realizadas e da cobertura da escovação dental supervisionada; e crescimento da média de procedimentos per capita. Verificam-se melhores oportunidades de acesso aos serviços de saúde bucal para os indígenas Xukuru do Ororubá ao longo do período analisado, com a necessidade ainda presente de fortalecimento da continuidade das ações, de maneira a possibilitar a conclusão dos tratamentos. Aponta-se para a necessidade de indicadores adequados ao contexto da saúde indígena e as potencialidades do SIASI para vigilância em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Saúde de Populações Indígenas. Saúde Bucal. Acesso aos Serviços de Saúde. Indicadores de Serviços.

INTRODUÇÃO

As populações indígenas em todo o mundo sofrem com acentuadas iniquidades em saúde bucal, sendo esta questão vinculada à determinação social da saúde, entendendo que as mediações dinâmicas de fatores como pobreza, as consequências do colonialismo, a exclusão social, a elaboração de políticas públicas, o racismo, são processos relacionados à coletividade e refletem no caráter histórico-social do processo saúde-doença^{1,2}. Estudos acerca das desigualdades em saúde bucal no Brasil, Nova Zelândia e Austrália, indicam disparidades na oferta de serviços de saúde bucal entre indígenas e não indígenas, com os indígenas apresentando piores condições em todos os indicadores analisados^{2,3}.

O acesso desigual aos serviços é questão central no que diz respeito à saúde bucal precária de povos indígenas, que possuem menor probabilidade de receber tratamento oportuno ou culturalmente sensível para prevenir e tratar problemas buco-dentais. Com frequência, o resultado é uma atenção odontológica baseada em problemas já instaurados, o que se associa à maior realização de exodontias, em oposição a intervenções preventivas ou cuidados para recuperação, reabilitação e preservação da dentição⁴.

Na diversidade e complexidade do quadro epidemiológico da saúde bucal dos povos indígenas no Brasil durante o século 21, enquanto alguns grupos étnicos possuem altos níveis de cárie, outros possuem baixos níveis e fazem uso de dieta com pouco açúcar refinado e produtos industrializados⁵. Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) definiu a reorganização do modelo de atenção em saúde bucal direcionado aos povos indígenas no país, objetivando ampliar o acesso ao atendimento odontológico nas aldeias, estruturando e qualificando os serviços nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). São propostas ações de controle, promoção e recuperação da saúde bucal, planejadas com base em diagnóstico das condições de saúde-doença, subsidiado pela epidemiologia e por informações sobre os territórios, junto ao acompanhamento do impacto das ações por meio de indicadores adequados⁶.

O emprego de indicadores e de dados secundários do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) em estudos voltados às ações saúde bucal são abordagens ainda pouco exploradas, principalmente no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde bucal pelos povos tradicionais que habitam a região Nordeste do Brasil. Em análise agregada das cinco regiões brasileiras e dos DSEI, entre 2015

e 2017, concluiu-se que houve crescimento expressivo do acesso da população indígena à assistência odontológica básica e um fortalecimento do SIASI em relação à notificação de informações de saúde bucal. Já em estudo mais localizado, envolvendo agregadamente um conjunto de povos do Parque Indígena do Xingu (MT), analisando a evolução de indicadores similares, no intervalo entre 2004 e 2013, identificou-se uma boa cobertura ao longo dos anos em relação ao acesso à saúde bucal, com destaque para a taxa de tratamentos concluídos. Em ambas as ocasiões, não foram utilizados como unidade de análise as aldeias e/ou Polos-base, ou feita uma verificação a partir de parâmetros/metas^{7,8}.

O povo indígena Xukuru do Ororubá constitui o maior contingente populacional étnico indígena no Estado de Pernambuco, habitando um território que integra o município de Pesqueira⁹. Ainda são escassos os registros e estudos sobre a atenção/situação da saúde bucal deste povo indígena. De forma pioneira, um estudo epidemiológico com o povo Xukuru evidenciou que menos de 30% dos indivíduos entre 10 e 14 anos apresentaram-se livres da experiência de cárie em 2010. A ausência de cáries esteve relacionada com aspectos contextuais e individuais do grupo¹⁰. Já em 2018, comparando a evolução temporal da prevalência de cárie no mesmo grupo, se evidenciou um incremento da doença, com a prevalência saltando para 96,9%¹¹.

A utilização de indicadores do SIASI para avaliação dos programas de saúde bucal indígena demonstra potência como instrumento de vigilância, monitoramento, controle e avaliação das ações, serviços e situação de saúde desta população¹². Portanto, lançar mão dessa ferramenta em estudos epidemiológicos aponta para a capacidade de avaliação de consistência e valorização da base de dados do SIASI; para um potencial de apoio à tomada de decisão da gestão e aprimoramento da organização dos serviços locais de saúde indígena, bem como oferecer dados qualificados acerca do funcionamento dos serviços para as lideranças dos povos que habitam o território analisado; e ainda, a necessidade e relevância da elaboração de estudos comparativos envolvendo a saúde bucal de povos indígenas que habitam a região Nordeste.

Nesse cenário, analisou-se a realidade de acesso aos serviços de saúde bucal nas aldeias do povo Xukuru do Ororubá, caracterizando-se a rede de atenção, observando o desempenho de indicadores relacionados aos procedimentos e ações, sua distribuição no território e correlação com fatores socioeconômicos.

MÉTODOS

O Território Indígena Xukuru do Ororubá (TIXO), homologado no ano de 2001, é dividido nas regiões socioambientais Serra, Ribeira e Agreste, que compreendem 24 aldeias oficiais, com localização na Serra do Ororubá, zona rural do município de Pesqueira, a 216 km da capital do estado de Pernambuco, região Agreste do estado e Nordeste do Brasil (Figura 1). As três regiões socioambientais são categorias espaciais estabelecidas pelo próprio povo indígena a partir das características geoclimáticas e socioeconômicas de seu território^{10,13}.

Figura 1 – Localização geográfica do Território Indígena Xukuru do Ororubá e sua divisão segundo regiões socioambientais e aldeias.



Produção: Núcleo de Estatística e Geoprocessamento (NEG) – IAM/Fiocruz.

Fonte: FUNAI, 2021; SIASI/SESAI/MS, 2019; <http://cnes.datasus.gov.br/>.

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e analítico, com dados secundários organizados de maneira agregada, sendo as unidades de análise as aldeias e as regiões socioambientais do TIXO. Os dados foram obtidos em três fontes: na base do SIASI em sua versão local e versão nacional (módulo de saúde bucal, módulo demográfico, e dados de recursos humanos e estabelecimentos de saúde); no banco de dados do Censo Participativo Xukuru do Ororubá de 2010 (dados socioeconômicos agregados por domicílios e aldeias), produzido pela Fiocruz Pernambuco; e em registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES/DATASUS (dados sobre estabelecimentos e serviços especializados ofertados).

Foram construídos indicadores socioeconômicos para o ano de 2010, considerando preconizações do IBGE e recomendações de estudos que analisaram o perfil socioeconômico e demográfico de povos indígenas no Brasil^{9,14,15,16}. Os indicadores utilizados foram: (1) *Porcentagem de domicílios com saneamento inadequado* (SIN), que corresponde aos domicílios em condições inadequadas concomitantes de abastecimento de água, esgotamento sanitário e destino/coleta de lixo; (2) *Proporção de domicílios com energia elétrica* (DEL), quantificando o percentual de domicílios com disponibilidade de energia elétrica; (3) *Rendimento médio dos domicílios em salários mínimos* (RMD), representando o rendimento mensal domiciliar por aldeias, em valores de 2010; (4) *Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade* (ANF), indicando a população que não sabe ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecem.

Em relação à saúde bucal, foram utilizados dados da atenção individual e coletiva (variáveis referentes às consultas, procedimentos e ações realizadas). Diante da detecção de incompletude de dados referentes ao período de 2014-2016, optou-se pelo desenvolvimento do trabalho em relação aos anos 2017 e 2018, de maneira a não comprometer a confiabilidade e a precisão dos resultados. A partir destas variáveis, foi realizada a seleção de indicadores de desempenho, considerando as preconizações do Ministério da Saúde e de estudos específicos, além do contexto e de dados populacionais obtidos sobre o povo indígena Xukuru do Ororubá^{7,17,18,19,20,21}.

Foram selecionados os seguintes indicadores de saúde bucal: (1) *Cobertura de primeira consulta odontológica programática* (CPC), para aferir o acesso obtido, indicando o percentual de usuários que receberam a primeira consulta odontológica em determinado ano. Valores iguais ou acima de 15% seriam considerados valores desejados de acordo com parâmetro nacional¹⁹; (2) *Razão entre tratamentos*

odontológicos básicos concluídos e primeiras consultas odontológicas (TOC), indicando a razão de usuários que tiveram tratamento concluído em comparação aos que realizaram a primeira consulta. Valores entre 0,5 e 1,0 seriam considerados satisfatórios¹⁹. Resultado muito próximo a 0 pode apontar dificuldade de conclusão dos tratamentos iniciados; (3) *Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (PEX)*, indicando o percentual de extrações dentárias realizadas dentro do total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos. Valores igual ou abaixo de 8% seriam considerados valores desejados, segundo parâmetro nacional¹⁸; (4) *Cobertura média mensal da ação coletiva de escovação dental supervisionada (CED)*, para aferir o acesso realizado, indicando o percentual médio de usuários que participaram mensalmente das ações de escovação supervisionada em determinado ano. Valores iguais ou acima de 8% seriam considerados valores desejados, quando se trata de locais com cobertura por Equipe de Saúde Bucal acima de 60% da população¹⁸; (5) *Média de procedimentos odontológicos básicos individuais per capita (MPI)*, afere o número médio de procedimentos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos realizados, por indivíduo, em determinada população. Não foram encontrados parâmetros para este indicador na literatura; (6) *Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal - ESB - na Saúde Indígena (CESB)*, aplicado para aferir o acesso potencial, avaliando o número de ESB implantadas para cada 3.000 usuários, em relação à população no mesmo local e período. Valores iguais ou acima de 50% seriam considerados valores desejados, considerando uma ESB da Atenção Básica para cada grupo de 3.000 habitantes¹⁸;

A partir dos indicadores de saúde bucal utilizados, foi calculada a Razão entre taxas (RT), com a finalidade de medir o desempenho e as diferenças relativas entre as regiões socioambientais do TIXO, durante os anos. A RT é obtida da razão entre a taxa de um indicador e um valor de referência definido para ele. Avalia-se então o quanto cada unidade de análise se encontra afastada do valor de referência, podendo ser acima ou abaixo de um (1,0), demonstrando um excesso ou falta, respectivamente, em relação a este valor²². Aos indicadores de saúde bucal para os quais foram identificados parâmetros na literatura científica/documental, foi calculada a RT utilizando como valor de referência o respectivo parâmetro. Para o indicador sem parâmetro identificado (MPI), utilizou-se como valor de referência a taxa geral obtida para o TIXO, para o mesmo indicador, para cada ano.

Visando a verificação do efeito acumulado no tempo, foram construídos coeficientes médios (indicadores acumulados) para os indicadores de saúde bucal, em acordo com suas respectivas fórmulas, tendo como numerador a média da variável aplicada para os dois anos analisados e, como denominador, a população do centro do período (média de habitantes dos dois anos).

A partir do teste Shapiro-Wilk²³, verificou-se que a distribuição dos dados da maioria das variáveis não apresentou características de normalidade, sugerindo a aplicação de testes não-paramétricos para análise. Assim, aplicando o teste de Spearman²⁴, seguiu-se para verificação de correlação entre os indicadores produzidos, considerando um nível macrossocial da saúde, de determinação ecológica, buscando estimar a relação de influência de variações entre indicadores no conjunto de aldeias. Os testes de hipótese para normalidade e os coeficientes de correlação estimados consideraram o nível de significância estatística de 5%.

Os dados relacionados aos estabelecimentos de saúde (unidades de saúde que compõem o TIXO, localizações geográficas, informações a respeito do fluxo de trabalho na atenção à saúde bucal no território e a rede de atenção à saúde bucal fora do mesmo) foram trabalhados descritivamente e como ferramenta auxiliar na distribuição e interpretação dos indicadores analisados.

Todo o manejo dos dados e sistematização de informações foi realizado no software Microsoft Office 365® Excel® (Versão 2106); a estatística descritiva e analítica realizada no Excel e no IBM® SPSS Statistics® (versão 22); os mapas, elaborados no QGIS (versão 3.18). Foram utilizados gráficos, tabelas e mapas que expressam a contagem e distribuição de frequências.

O trabalho fez uso de dados agregados sem possibilidade de identificação individual ou rastreamento de indivíduos, e, portanto, não necessitou ser apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS

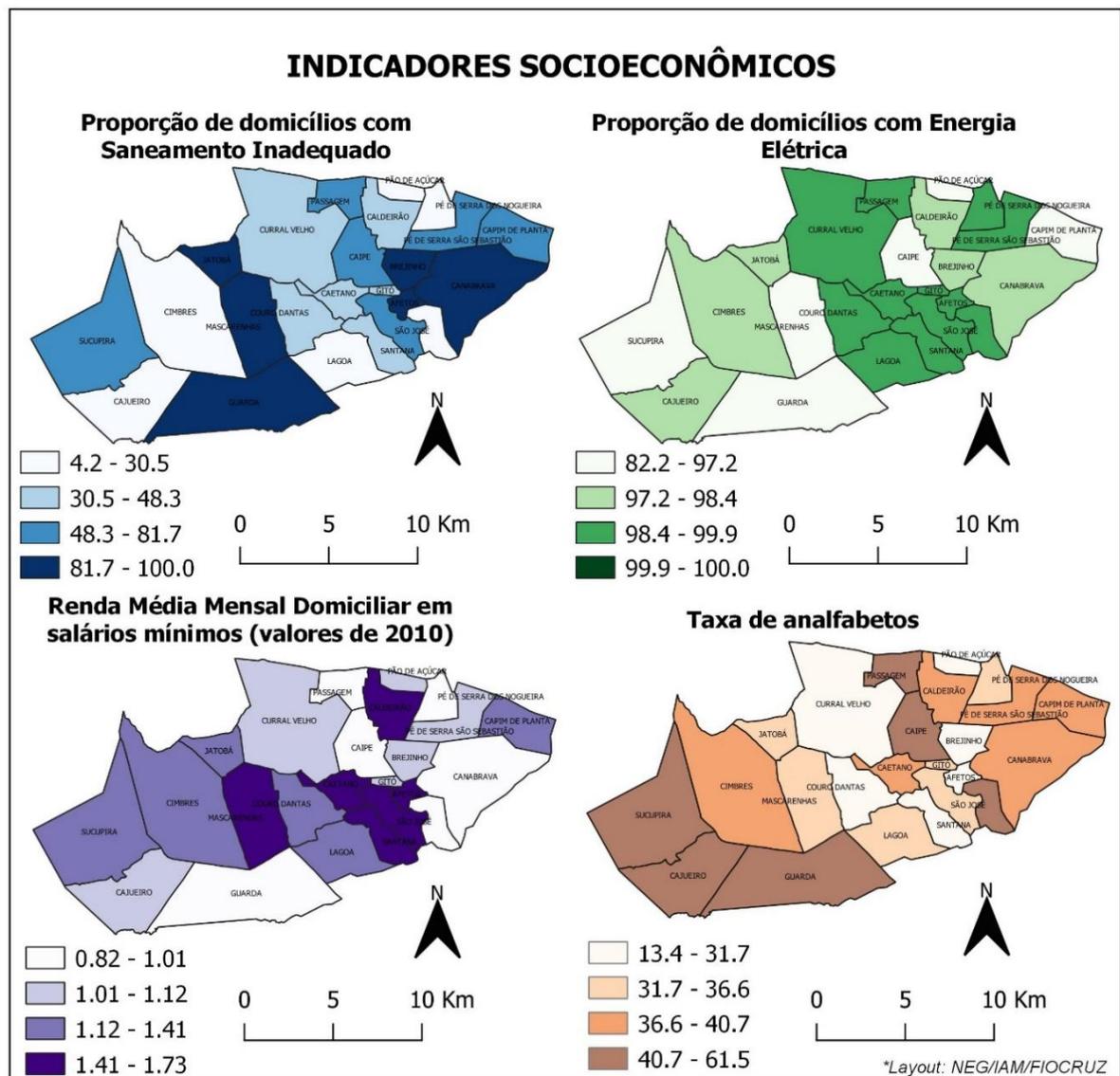
Os dados produzidos representam o Território Indígena Xukuru do Ororubá tomando como referência suas 24 aldeias oficiais e três regiões socioambientais. Nesse território, até 2018, havia uma população aldeada de 8.002 pessoas.

Dados demográficos do SIASI indicam um crescimento populacional entre 2010 e 2018 de adultos e idosos, mas ainda predomina uma população jovem, sendo 29,4% menores de 15 anos e 11% maiores de 60 anos. A distribuição entre sexos é similar, sendo 51,2% do sexo masculino. Três das 24 aldeias concentram cerca de 33% da população do TIXO (Cimbres com 843 habitantes e Sucupira com 803, na região Agreste; Canabrava com 959 habitantes, na região Serra). Há oito aldeias com população abaixo de 200 habitantes, são elas: Caldeirão (159), Curral Velho (188) e Jatobá (116), na região Ribeira; Afetos (146), Brejinho (183), Gitó (23), Santana (79) e Pedra d'água (184) na região Serra. As regiões Agreste e Serra representam parcelas similares da população total do TIXO, sendo aproximadamente 36% (2.869) e 37% (2.995), respectivamente.

As características socioeconômicas, produzidas a partir dos dados do Censo Participativo Xukuru do Ororubá 2010, destacam uma maior concentração de domicílios na região Agreste (823), seguido da Ribeira (551) e Serra (520). Os indicadores socioeconômicos estão apresentados na Figura 2.

Mais da metade (52,3%) dos domicílios do TIXO foram identificados na condição de saneamento inadequado. A região Serra é a que apresentou maior taxa (64%), sendo cinco de suas 11 aldeias com taxas entre 70-96% (Afetos, Brejinho, Caípe, Canabrava e São José). Três aldeias da região Agreste (Guarda, Mascarenhas e Sucupira), também se incluem nesse intervalo. Na região Ribeira, a aldeia Capim de Planta atingiu 75% e a aldeia Jatobá demonstrou 100% dos domicílios com saneamento inadequado.

Figura 2 – Condição de saneamento, presença de energia elétrica, rendimento médio mensal dos domicílios e taxa de analfabetismo (idade ≥ 15 anos), por aldeias, 2010.



Produção: Núcleo de Estatística e Geoprocessamento (NEG) – IAM/Fiocruz.

Fonte: FUNAI, 2021; SIASI/SESAI/MS, 2019; Censo Participativo Xukuru do Ororubá, 2010.

A respeito da presença de energia elétrica nos domicílios, todas as regiões atingiram valores acima de 95%. Dentre as 24 aldeias, somente a aldeia Guarda (região Agreste) apresentou valor abaixo de 90%.

Em relação à renda média mensal dos domicílios, a região Serra é a que apresentou maior rendimento dentre as três regiões, com média de 1,16 salário mínimo mensal, por domicílio, com destaque para as aldeias Caldeirão, Capim de Planta e Jatobá. Na região Agreste, destaca-se a aldeia Mascarenhas (1,5), e na

região Serra as aldeias Afetos, Caetano, Santana e São José, todas acima de 1,4 salários mínimos.

Quanto à taxa de analfabetos, sete aldeias do TIXO pontuaram acima dos 40%, sendo quatro delas pertencentes à região Agreste (Cimbres, Cajueiro, Guarda e Sucupira, variando entre 40-48%). Uma outra está na região Ribeira (aldeia Passagem, 61,5%), e as duas restantes na região Serra (Caípe, 41% e Pedra d'água, 46%). A aldeia Pão de Açúcar se destaca por apresentar a menor taxa de analfabetos do TIXO (13,4%). A taxa geral do território atingiu 37,3%.

No tocante à provisão de serviços odontológicos no TIXO, sete aldeias possuem uma Unidade de Saúde (US) cada, e todas as unidades com consultório odontológico. São três US principais (Cimbres, Canabrava e São José, além do Polo-base também na última aldeia. As outras quatro US (Brejinho, Pão de Açúcar, Passagem e Pé de Serra dos Nogueira) funcionam como pontos de apoio. São três Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) atuando em rodízios nas US do território, com um Cirurgião-Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) compondo cada uma. A distribuição das Unidades de Saúde no TIXO está ilustrada na Figura 1.

No que se refere à rede de atenção à saúde bucal, os tratamentos que precisam ter continuidade na Atenção Secundária são encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Pesqueira-PE (localizado na zona urbana do município, a cerca de 6 quilômetros de distância do Polo-base) e o CEO de Caruaru-PE, município a cerca de 90 quilômetros de Pesqueira (CEO ASCES - Regional, integrado ao Centro Universitário Tabosa de Almeida). Os CEOs diferenciam entre si principalmente na oferta de especialidades odontológicas, sendo o CEO ASCES de maior porte, com um laboratório de prótese dentária (LRPD) vinculado, funcionando como um CEO Regional, referência para toda a mesorregião Agreste Pernambucano.

Na Tabela 1, são apresentados os indicadores de desempenho dos serviços de saúde bucal por região socioambiental e por aldeia, com valor total para o TIXO e os respectivos parâmetros.

Tabela 1 – Desempenho dos indicadores de acesso à atenção primária em saúde bucal no Território indígena Xukuru do Ororubá, 2017-2018.

Região	Aldeia	CPC (%)		TOC		PEX (%)		CED (%)		MPI	
		2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Ribeira		34,7	52,6	0,59	0,50	3,74	3,76	24,3	42,9	1,95	2,47
	Caldeirão	53,4	79,0	0,61	0,44	2,11	4,17	14,8	21,4	2,88	4,22
	Capim de Planta	28,7	40,8	0,77	0,42	4,62	5,12	13,6	31,3	1,94	1,75
	Curral Velho	38,2	57,5	0,55	0,57	3,17	3,25	53,8	84,3	2,72	2,65
	Jatobá	34,2	50,4	0,55	0,51	6,70	3,72	49,6	55,0	1,79	2,07
	Pão de Açúcar	13,9	39,3	0,44	0,42	2,37	1,46	0,5	2,3	1,04	1,27
	Passagem	51,5	64,3	0,53	0,57	3,54	3,07	43,7	119,1	3,07	3,03
	Pé de Serra dos Nogueira	29,9	48,7	0,61	0,62	4,42	3,23	4,0	2,7	1,24	2,90
	Pé de Serra São Sebastião	37,2	52,6	0,63	0,42	4,11	5,35	34,4	44,3	1,83	2,36
Agreste		28,3	48,2	0,61	0,48	2,91	3,84	32,1	37,0	1,73	2,71
	Cimbres	39,4	56,8	0,66	0,54	2,18	3,67	27,5	31,0	2,57	3,79
	Guarda	20,3	36,9	0,62	0,36	5,33	4,75	33,8	44,8	0,99	2,23
	Mascarenhas	30,4	39,8	0,51	0,58	3,36	2,29	29,9	25,9	2,02	2,30
	Sucupira	25,2	47,0	0,62	0,50	3,28	4,31	36,7	42,3	1,46	2,30
	Cajueiro	19,5	52,4	0,43	0,38	2,35	3,43	32,5	36,8	1,26	2,08
Serra		38,5	59,2	0,61	0,58	3,18	3,46	50,0	60,5	2,56	3,14
	Afetos	38,3	55,2	0,68	0,58	4,62	4,20	37,8	47,7	2,53	2,94
	Brejinho	46,7	54,8	0,64	0,56	3,35	1,79	67,1	64,5	2,42	3,40
	Caetano	29,8	35,5	0,87	0,89	4,83	2,43	46,3	88,6	1,96	2,54
	Caípe	55,8	75,1	0,69	0,30	2,33	6,14	81,0	81,1	3,61	1,83
	Canabrava	38,1	57,6	0,40	0,50	2,88	3,70	65,5	62,9	2,69	3,21
	Couro Dantas	27,3	40,9	0,67	0,42	2,76	4,19	18,8	15,5	1,82	2,10
	Gitó	0,0*	136,3	0,00*	0,57	0,00*	2,17	171,6	218,5	0,00*	10,45
	Lagoa	25,2	26,7	0,60	0,68	2,27	4,76	11,1	22,6	1,47	1,94
	Santana	50,6	66,7	0,83	0,72	7,52	3,53	85,9	87,8	3,78	5,25
	São José	55,5	119,2	0,70	0,86	2,49	1,74	27,5	67,9	3,72	5,92
	Pedra d'água	26,5	52,9	0,80	0,53	4,13	5,81	29,8	83,6	1,99	2,94
	Total TIXO	33,8	53,9	0,60	0,53	3,24	3,67	36,6	47,7	2,10	2,83
	Parâmetro^{18,19}	≥ 15%		> 0,5		≤ 8%		≥ 8%		Não identificado	

CPC - Cobertura de primeira consulta odontológica programática

TOC - Razão entre tratamentos odontológicos básicos concluídos e primeiras consultas odontológicas

PEX - Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos

CED - Cobertura média mensal da ação coletiva de escovação dental supervisionada

MPI - Média de procedimentos odontológicos básicos individuais per capita

* Dados em branco na base

Fonte: SIASI/SESAI/MS, 2019.

A CPC apresentou crescimento, entre 2017 e 2018, para todas as aldeias, com valores abaixo de 30% em apenas uma aldeia (Lagoa). Todas as demais atingiram valores acima de 35% em 2018, com 13 aldeias variando entre 50% e 79%. As aldeias Gitó e São José indicaram coberturas acima de 100% em 2018. A taxa para o TIXO teve um incremento de 20,1% entre os anos.

A razão TOC sofreu queda entre os anos analisados em praticamente todo o TIXO. As taxas representativas das regiões também sinalizam redução. Apenas oito aldeias obtiveram sutis crescimentos da taxa de tratamentos concluídos, variando proporcionalmente entre 1,6 e 25%.

Em relação a PEX, houve um aumento para o TIXO em geral entre os dois anos. 11 das 24 aldeias apresentaram redução na proporção de exodontias, com destaque por maior expressão de queda para Jatobá, Brejinho, Caetano e Santana, as quatro com redução em torno da metade do valor do primeiro ano.

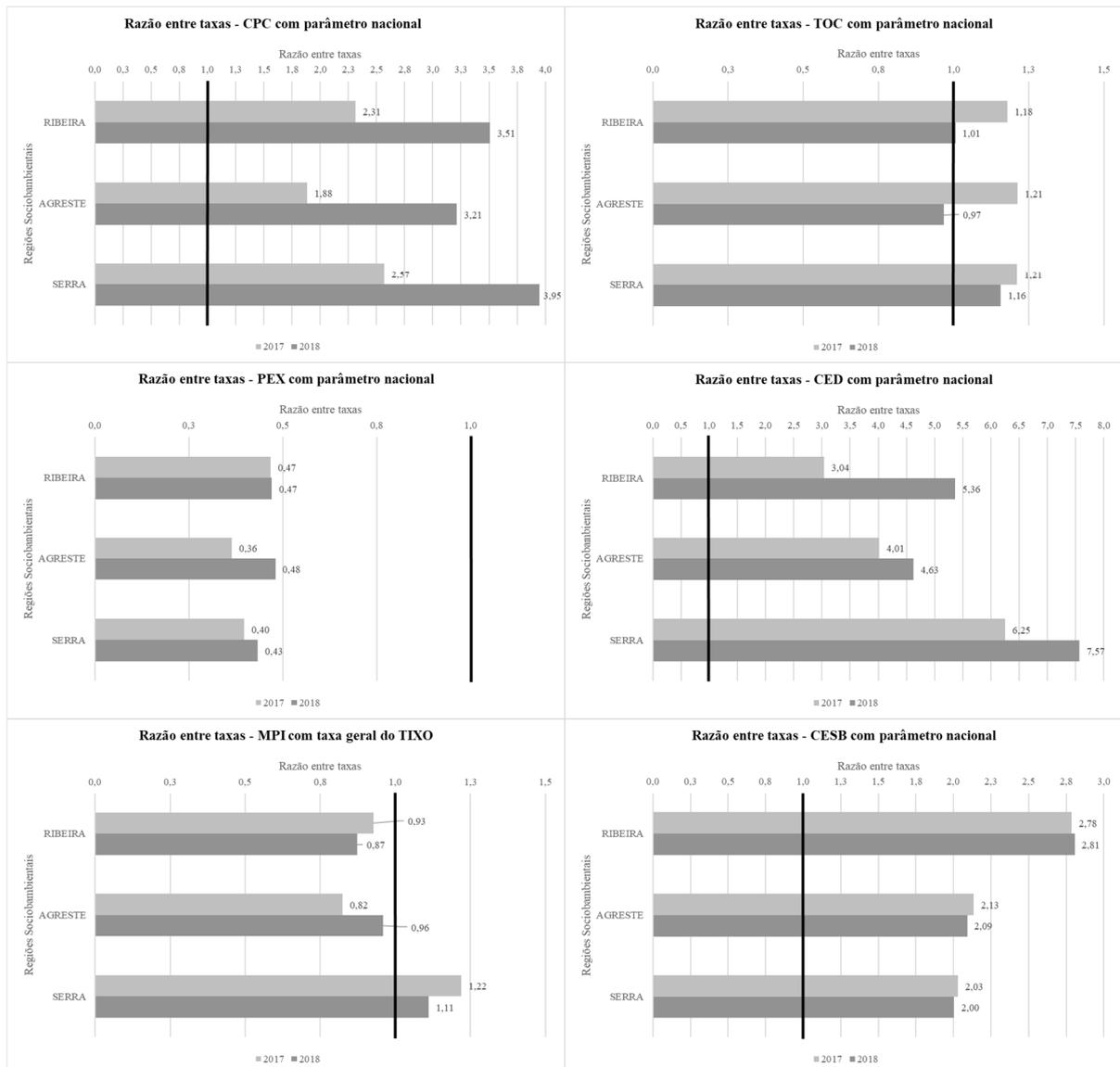
Referentemente à CED, houve variação positiva entre os anos, com incremento de 11,1% na taxa geral do TIXO. Somente cinco aldeias apresentaram redução da cobertura da ação de escovação entre anos (Brejinho, Canabrava, Couro Dantas, Mascarenhas e Pé de Serra dos Nogueira). As aldeias Gitó (2017 e 2018) e Passagem (2018) indicaram coberturas acima de 100%.

A média de procedimentos per capita (MEI) apresentou crescimento para o TIXO em geral e para as regiões socioambientais. Apenas quatro aldeias indicaram redução do indicador (Capim de Planta, Curral Velho, Passagem e Caípe), mas somente Caípe apresentou queda expressiva em relação ao primeiro ano (redução em 49,3%).

O indicador de cobertura populacional das equipes de saúde bucal (CESB), não foi estimado para aldeias devido a sua natureza. Para as regiões socioambientais as coberturas estimadas para 2017 e 2018, foram, respectivamente: 139,2% e 140,3% para Ribeira; 106,7% e 104,6% para Agreste; 101,5% e 100,2% para Serra. Houve mínima redução do indicador para o TIXO entre os anos, de 113,6% (2017) para 112,5% (2018). As taxas obtidas para CESB foram todas acima de 100%.

A partir dos indicadores de saúde bucal estimados e seus respectivos parâmetros, foram calculadas as razões entre taxas (RT) para as regiões socioambientais do TIXO (Figura 3). Para a CPC, as taxas foram sempre acima do parâmetro, com crescimento expressivo para as três regiões no ano de 2018. Para a TOC, houve queda do indicador para as três regiões, mas apenas a região Agreste atingiu valor abaixo do parâmetro, em 2018. A PEX esteve sempre abaixo do parâmetro definido, porém apresentou leve crescimento nas regiões Agreste e Serra, em 2018. As taxas da CED foram sempre acima do parâmetro, com crescimento para as três regiões entre 2017 e 2018, sendo mais expressivo na região Ribeira. Em relação à MPI, somente a região Serra apresentou taxas acima da referência utilizada (taxa geral do TIXO). A região Agreste foi a única a exibir crescimento entre os anos. A CESB esteve no mínimo duas vezes acima do parâmetro em todas as regiões e anos. As mudanças entre anos não foram expressivas.

Figura 3 – Gráficos das razões entre taxas dos indicadores do acesso e respectivos valores de referência, para as Regiões Socioambientais, 2017-2018.



CPC - Cobertura de primeira consulta odontológica programática

TOC - Razão entre tratamentos odontológicos básicos concluídos e primeiras consultas odontológicas

PEX - Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos

CED - Cobertura média mensal da ação coletiva de escovação dental supervisionada

MPI - Média de procedimentos odontológicos básicos individuais per capita

CESB - Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal na Saúde Indígena

TIXO - Território Indígena Xukuru do Ororubá

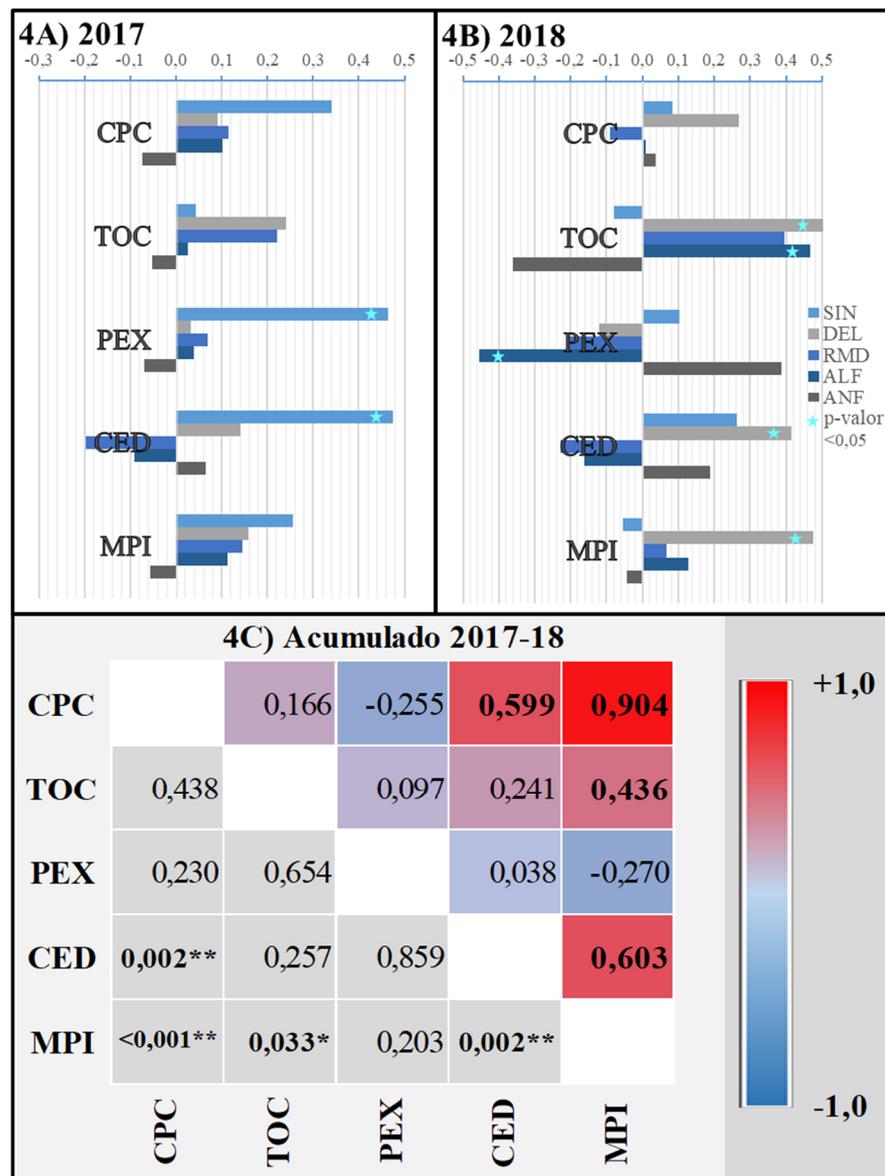
A linha mais espessa nos gráficos (= 1,0) demarca a igualdade entre o indicador e o valor de referência.

Fonte: SIASI/SESAI/MS, 2019; Ministério da Saúde^{18,19}.

As medidas de correlação entre os indicadores estão apresentadas na Figura

4.

Figura 4 – Correlação entre indicadores. 4A: entre indicadores de saúde bucal (2017) e indicadores socioeconômicos (2010); 4B: entre indicadores de saúde bucal (2018) e indicadores socioeconômicos (2010); 4C: Matriz de correlação entre indicadores acumulados (2017-2018) de saúde bucal.



CPC - Cobertura de primeira consulta odontológica programática

TOC - Razão entre tratamentos odontológicos básicos concluídos e primeiras consultas odontológicas

PEX - Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos

CED - Cobertura média mensal da ação coletiva de escovação dental supervisionada

MPI - Média de procedimentos odontológicos básicos individuais per capita

SIN - Porcentagem de domicílios com saneamento inadequado

DEL - Proporção de domicílios com energia elétrica

RMD - Rendimento médio dos domicílios em salários mínimos

ALF - Taxa de alfabetização da população de 15 anos ou mais de idade

ANF - Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade

Campos em cor cinza na figura 4C apontam o p-valor; valores em negrito representam significância estatística.

*. A correlação (teste de Spearman) é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

** . A correlação (teste de Spearman) é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: SIASI/SESAI/MS, 2019; Censo Participativo Xukuru do Ororubá, 2010.

Em relação aos coeficientes de correlação entre indicadores de saúde bucal de 2017 e os indicadores socioeconômicos (4A), houve correlação positiva estatisticamente significativa entre SIN e PEX (0,46 ou 46,5%; $p = 0,022$) e entre SIN e CED (0,47 ou 47,5%; $p = 0,019$).

Na correlação entre os indicadores de saúde bucal de 2018 e os indicadores socioeconômicos (4B), houve correlação positiva estatisticamente significativa entre DEL e TOC (0,64 ou 63,6%; $p < 0,001$); entre DEL e CED (0,41 ou 41,4%; $p = 0,045$); entre DEL e MPI (0,48 ou 47,6%; $p = 0,019$); e entre ALF e TOC (0,47 ou 46,7%; $p = 0,021$). Houve ainda uma correlação negativa estatisticamente significativa entre ALF e PEX (-0,45 ou 45,4%; $p = 0,026$).

Quanto à correlação entre indicadores de saúde bucal acumulados 2017-2018, houve quatro casos de correlação positiva estatisticamente significantes: entre CPC e CED; entre CPC e MPI; entre TOC e MPI; e entre CED e MPI. Os coeficientes de correlação e respectivos valores de p estão descritos na matriz de correlação (4C).

DISCUSSÃO

Em relação às características sociodemográficas do TIXO, o crescimento populacional identificado indica uma população em processo de transição demográfica, ainda que predomine uma população jovem. A proporção de menores de 15 anos em 2018 esteve levemente abaixo da proporção correspondente para o Nordeste indígena em 2010 (39,5%)⁹. Há uma concentração populacional em poucas aldeias da região Agreste e Serra, sendo essas as regiões mais populosas do território.

As características socioeconômicas apontaram para relevante condição de saneamento inadequado na maioria das aldeias, coincidindo com as regiões socioambientais de maior contingente populacional. Em estudo com amostra de crianças Xukuru do Ororubá, Fávoro *et al.*¹⁶ identificaram taxa similar deste indicador (55,5%), corroborando esta análise. Também, em análise das condições de saneamento de domicílios indígenas no Brasil entre 2000 e 2010, identificou-se uma piora das iniquidades relacionadas à infraestrutura de saneamento básico¹⁵.

Em todas as aldeias, nas três regiões, a renda média domiciliar foi sempre abaixo de dois salários mínimos, corroborando estudo que identificou renda per capita abaixo de dois salários mínimos para 82% em amostra do mesmo povo indígena e, portanto, a generalizada condição de baixa renda dessa população. A taxa de

analfabetismo para o TIXO esteve quase 20 pontos acima da taxa referente ao município de Pesqueira (25,37%)¹⁴, demonstrando reflexos das desigualdades educacionais no território indígena/rural em relação à totalidade municipal. A aldeia Guarda (região Agreste) se destacou negativamente, apresentando taxas indesejadas em todos os indicadores analisados. Esta é uma das aldeias de maior dificuldade de acesso geográfico devido às suas características de relevo e solo.

Compreendendo a composição da rede de atenção à saúde bucal dentro do TIXO, nota-se uma distribuição desequilibrada das unidades de saúde locais. Na região Agreste há apenas uma US (Posto de Saúde Cimbres), o que pode ser um fator determinante para dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal, considerando barreiras geográficas e contingente populacional da região. Já na região Ribeira, onde há três US, o que poderia produzir um maior alcance da atenção em termos geográficos, todas funcionam como unidades de suporte, que recebem visitas sazonais das ESB. Na região Serra está o quadro mais favorável, com duas US principais (São José e Canabrava), um ponto de apoio, além da sede do Polo-base Xukuru do Ororubá.

As três ESB atuantes no TIXO, ao serem inseridas pela gestão em um processo de trabalho a partir de rodízios entre unidades^{10,13}, produzem uma atenção fragmentada que contraria as diretrizes do Programa Brasil Sorridente Indígena⁶, possivelmente dificultando o acesso e execução das ações e procedimentos de saúde bucal, entravando a construção de vínculos com as comunidades e comprometendo a integralidade, longitudinalidade e resolubilidade dos tratamentos odontológicos²⁵.

Emergem, portanto, reflexões sobre as condições de estrutura estabelecidas nesse contexto, principalmente no que diz respeito à quantidade de ESB e o processo de trabalho ao qual estão submetidas. Destacando que grande parcela da força de trabalho que atua nos DSEI (incluindo o DSEI Pernambuco, pelo qual os serviços de saúde do TIXO são geridos), são contratadas por entidades conveniadas com o poder público, se produz dificuldades de gestão desse modelo misto adotado nacionalmente, dificultando a produção de uma assistência adaptada às necessidades indígenas ao provocar atendimentos descontínuos e de baixa qualidade técnica, uma elevada rotatividade e/ou falta de profissionais, a escassez de material e equipamento para desenvolvimento das ações de saúde, além de problemas logísticos que dificultam o deslocamento dos profissionais para atuar com regularidade nas aldeias^{26,27}.

Quanto à rede de atenção secundária, fora do território, há uma melhor capacidade de acesso ao CEO Pesqueira, pela proximidade de algumas aldeias do TIXO à zona urbana do município, apesar de restrita, já que a extensão territorial é agravada pelas limitações de deslocamento dentro do território. No entanto, para determinadas especialidades odontológicas, especialmente a instalação de próteses dentárias, os usuários precisam se deslocar para o município de Caruaru, caso pretendam usufruir do direito ao tratamento odontológico pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

No tocante aos indicadores de saúde bucal, a cobertura de primeira consulta odontológica (CPC), indicador que quantifica a cobertura da consulta odontológica inicial, realizada com objetivo de diagnóstico e elaboração de um plano de cuidado para as necessidades dos usuários, sem contabilizar atendimentos de urgência/emergência ou de retorno²⁰, obteve resultados positivos, com crescimento em todo o TIXO entre 2017 e 2018, com valores satisfatórios nas três regiões socioambientais em relação ao parâmetro estipulado para a atenção primária em saúde (APS)¹⁹, chegando a mais da metade dos usuários do TIXO com realização de primeira consulta em 2018, havendo aldeias que ultrapassaram 100% de cobertura.

Resultados dessa natureza (>100%) podem indicar repetição de registro de primeira consulta para um mesmo indivíduo em um mesmo ano (pela mesma equipe responsável pela aldeia ou por outra ESB, que realize atendimento ocasional de usuário de outra área), como também registro errôneo quanto à aldeia na qual o usuário pertence, superestimando a produção referente a determinada aldeia na base de dados.

Em análise recente de indicadores de saúde bucal no Parque Indígena Xingu⁸, foi encontrada cobertura acima de 60% na maioria dos anos analisados, corroborando um aparente movimento de ampliação do acesso à assistência odontológica. Já em análise agregada de regiões e DSEI do Brasil⁷, entre 2015 e 2017, foi registrado crescimento da taxa para os povos indígenas do Nordeste, atingindo 30,2%, e redução para os povos do estado de Pernambuco, chegando a 18,3%. Portanto, pode-se deduzir que o TIXO se destaca na CPC em relação aos demais povos vinculados ao DSEI PE.

Para o indicador de tratamentos odontológicos concluídos (TOC), que mensura o acesso e a resolubilidade da assistência odontológica básica^{7,21}, os resultados foram negativos, com queda da relação entre entrada no serviço e conclusão do tratamento

em todo o TIXO. Em análise do nacional dos DSEI, houve estabilidade do indicador entre 2015 e 2017, com valores em torno de 0,5. Assim, as regiões do TIXO, apesar de queda, têm seguido o comportamento dentro do padrão nacional e com valores satisfatórios dentro do intervalo do parâmetro estipulado para a APS¹⁹, representando uma conclusão de cerca de metade dos tratamentos odontológicos iniciados.

Houve um aumento da proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos individuais (PEX) no TIXO e regiões, sinalizando que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal gerou uma demanda acumulada por exodontias e o conseqüente aumento das condutas mutiladoras, com a manutenção/dificuldade de superação do modelo de atenção hegemônico. No entanto, apesar do aumento da taxa, os baixos valores encontrados estiveram sempre abaixo do parâmetro estipulado para a APS¹⁸, o que, no caso desse indicador, é o desejável, pois aponta para um reduzido nível de exodontias realizadas, portanto, condutas mais conservadoras, com adoção de mais procedimentos preventivos e restauradores^{8,20}.

O indicador de escovação supervisionada (CED) está relacionado com um eixo da integralidade proposto pela PNSB, considerando sua articulação intersetorial e interprofissional e seu caráter coletivo, numa dimensão preventiva (de acesso ao flúor por meio do creme dental) e educativa (de cuidados em saúde bucal, através do hábito de escovação)^{8,20}. Os resultados para o TIXO foram positivos, com incremento substancial das taxas para as três regiões, se mantendo sempre com valores satisfatórios acima do parâmetro estipulado para a APS¹⁸, alcançando quase metade da população do território no acumulado de um ano, demonstrando avanços na priorização das dimensões mencionadas. Houve novamente a situação de aldeias atingirem cobertura acima de 100%, o que pode indicar possível participação repetida de usuários ao longo dos meses, já que o cálculo foi realizado a partir da média mensal das ações em um ano.

A escovação dental supervisionada é uma ação que depende da ESB, da articulação com Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e com escolas indígenas, mas também da disponibilidade de materiais de higiene bucal a partir dos DSEI^{6,28}. Estudo no Parque Indígena Xingu identificou grande variação de valores durante 10 anos, de 1% a 23%, argumentando quanto à necessidade de melhoria no acesso a materiais de higiene bucal⁸.

A média de procedimentos per capita (MPI) é um indicador que afere a utilização dos serviços, quantificando os variados procedimentos realizados por

indivíduo e produzindo uma noção de frequência de atendimentos e de produção das ESB^{20,21}. Houve crescimento generalizado do indicador no TIXO, indicando uma média de 2 a 3 procedimentos recebidos por pessoa.

Não foram identificados parâmetros nacionais para o indicador MPI, mas o cálculo da razão entre taxas com a referência da taxa geral do TIXO, destacou a produção realizada na região Serra, sendo a única a ultrapassar a referência nos dois anos. Esta mesma região produziu, em 2018, resultados mais elevados e satisfatórios que as demais regiões em todos os indicadores analisados, e foi a que apresentou o quadro mais favorável quanto à provisão de serviços de saúde bucal dentro do território.

Quanto ao indicador de cobertura populacional das equipes de saúde bucal (CESB), que visa aferir o acesso potencial aos serviços em termos de quantos usuários cada equipe foi capaz cobrir e garantir acesso, foram encontradas taxas sempre acima de 100%, estando muito acima do parâmetro estipulado (50%)¹⁸, o que representaria uma excelente cobertura, com equipes capazes de atender toda a população adscrita e além (aplicando um número fixo de 3000 habitantes para cada ESB)^{18,20}.

Tais resultados geram contradições em relação aos resultados encontrados para os demais indicadores e levantam questões sobre a real adequação do indicador CESB (assim como outros indicadores que possam ter apresentado sub/superestimativa) ao contexto da saúde bucal dos povos indígenas, compreendendo as particularidades já destacadas (estrutura, logística, modelo de atenção, indivíduos espalhados por grandes áreas geográficas) sobre o processo de trabalho das ESB, somada a evidente sobrecarga de doença bucal acumulada na comunidade Xukuru do Ororubá (menos de 30% de crianças entre 10-14 anos livres da experiência de cárie em 2010¹⁰, 97% de prevalência de cárie em jovens adultos em 2018¹¹), requerendo mais complexos e extensos tratamentos, produzindo uma insuficiência de atuação das três ESB.

Uma variedade de indicadores de saúde bucal tem sido pactuada no Brasil ao longo das últimas duas décadas. Diferentes programas e diretrizes foram instituídos visando a avaliação de políticas e ações, e o monitoramento de desempenho dos serviços de saúde bucal no âmbito do SUS, com inclusão, exclusão e redução contínua de indicadores em vigência^{20,21,29,30}. Apesar disso, não existem indicadores dedicados ao contexto da saúde bucal indígena.

O emprego de dados do SIASI em estudos voltados à saúde bucal é uma abordagem ainda pouco explorada, e quando é^{7,8}, da mesma maneira que foi realizada no presente estudo, são aplicados os indicadores “tradicionais” da saúde bucal, o que pode vir a provocar uma espécie de choque de interpretação da realidade da saúde bucal indígena, devido à tentativa de adequar os indicadores já utilizados no contexto da APS às variáveis registradas e disponibilizadas no SIASI, sob o risco de produzir análises que super/subestimam o desempenho das ESB que atuam nas terras indígenas e as condições de acesso aos serviços nesse contexto tão particular.

Embora os indicadores disponíveis constituam subsídios importantes para a gestão em saúde bucal, as evidências apontam para a necessidade de qualificação dos atuais e a incorporação de novos indicadores. França *et al.*²¹ esclarece que para uma proposta metodológica de avaliação e monitoramento das ações e do desempenho dos serviços públicos de saúde é essencial ampliar o foco para contemplar elementos que favoreçam a análise do cumprimento dos princípios do SUS, e aqui se inclui a adequação à diferentes realidades socioculturais, para que assim a gestão possa fortalecer e qualificar o sistema.

Entretanto, no campo da saúde bucal, nota-se que os indicadores ainda contemplam poucas dimensões, incluindo um baixo nível de adequação à realidade sociocultural dos povos indígenas, com indicadores e parâmetros de desempenho que podem não estar sendo aplicados adequadamente às particularidades do modelo organizacional adotado pelo SasiSUS e ao contexto socioespacial das terras indígenas no Brasil. Propostas nessa direção poderão produzir melhor avaliação e monitoramento da saúde bucal dos povos indígenas, de maneira que interrelacionem fatores geográficos, de estrutura da rede local, do processo de trabalho específico das equipes de saúde, de público alvo e frequência para determinadas ações, de práticas tradicionais e outros fatores contextuais/culturais socio-históricos.

A partir das correlações anuais entre os indicadores socioeconômicos e de saúde bucal do conjunto de aldeias, foram identificadas duas relações significativas em 2017 e cinco em 2018. No primeiro ano, o aumento de domicílios com saneamento inadequado entre as aldeias esteve relacionado ao aumento da proporção de exodontias realizadas; e relacionado ao aumento da cobertura da ação de escovação dental supervisionada.

Tomando as correlações em um nível ecológico, pode-se conjecturar que uma menor oportunidade de construir e manter hábitos de higiene em casa, devido ao

saneamento inadequado na aldeia em que os usuários habitam¹³, pode ter produzido o agravamento de doenças bucais, levando ao aumento das necessidades da comunidade por exodontias; igualmente, a ausência de saneamento e dificuldades em realizar escovação pode ter sido um fator que estimulou a participação dos usuários nas ações coletivas de escovação, ou mesmo como um elemento do planejamento para atuação das ESB, realizando maior número de ações nas aldeias onde as condições precárias eram sabidas.

No segundo ano, o aumento de domicílios com energia elétrica entre as aldeias esteve relacionado ao aumento da razão de tratamentos concluídos; relacionado ao aumento da cobertura da ação de escovação dental supervisionada; e relacionado ao aumento da média de procedimentos per capita. No mesmo ano, o aumento da taxa de alfabetização entre as aldeias esteve relacionado ao aumento da razão de tratamentos concluídos; e relacionado à diminuição da proporção de exodontias realizadas.

Pode-se interpretar que a presença de energia elétrica nos domicílios, e conseqüentemente uma sinalização de que há melhor acesso a eletricidade nas aldeias, aponta para melhores condições de acesso da comunidade aos cuidados odontológicos, favorecendo a possibilidade de continuidade e conclusão dos tratamentos, além da realização das ações coletivas de escovação nesses territórios. Tal presença pode ser determinante para o funcionamento pleno dos consultórios odontológicos e para o manejo e armazenamento de diversos materiais.

Em relação à taxa de alfabetização, indicador que expressa a situação educacional mínima da população, pode ser utilizado como proxy da condição social e influencia nas condições de atenção à saúde, principalmente das crianças, a partir da alfabetização das mães¹⁴. Assim, um maior nível de alfabetização dos maiores de 15 anos, e, portanto, maior esclarecimento e acesso à informação em saúde, pode ter contribuído, por um lado, para maior procura e finalização dos tratamentos odontológicos, e do outro, para uma possível redução da necessidade de exodontias, com a hipótese de menor agravamento de casos.

Tomando as correlações entre as condições de saneamento e os níveis de alfabetização com a proporção de exodontias realizadas, Fischer *et al.*³¹, em estudo ecológico de municípios da região sul do Brasil, corrobora tais achados ao identificar associação entre maior proporção de exodontias e menor índice de desenvolvimento humano, sugerindo que locais com piores condições socioeconômicas oferecem

serviços com características mutiladoras, relacionando ainda com menor cobertura de água fluoretada, que é outra questão crítica no TIXO, onde a fluoretação das águas não é uma realidade¹⁰.

No tocante às correlações entre os indicadores acumulados de saúde bucal do conjunto de aldeias, foram destacadas quatro relações significativas. O aumento da cobertura de primeira consulta odontológica esteve relacionado ao aumento da cobertura da ação de escovação dental supervisionada; e relacionado ao aumento da média de procedimentos per capita. Já a redução da razão de tratamentos concluídos esteve relacionada à queda na média de procedimentos per capita, enquanto o aumento da cobertura da ação de escovação dental supervisionada esteve relacionado ao aumento da média de procedimentos per capita.

A possibilidade de acesso à primeira consulta odontológica, que se propõe a diagnóstico inicial e construção do plano de cuidado, pode funcionar como um momento de construção de vínculo e estímulo à continuidade do tratamento odontológico^{25,28,29}, produzindo consultas subsequentes onde serão realizados os procedimentos necessários, gerando aumento da média per capita. A correlação da média de procedimentos com os tratamentos concluídos também se insere nesse contexto, uma vez que os planos de tratamento odontológico finalizados se fazem a partir dos procedimentos realizados e assim contabilizados no indicador.

Já a relação entre aumento da cobertura de primeira consulta e da cobertura da ação de escovação, pode exprimir uma maior presença das ESB em determinadas aldeias, representando uma atuação concomitante em ações individuais e coletivas, ainda que geograficamente restrita. A interação expressa entre o aumento da cobertura da ação de escovação e da média de procedimentos per capita pode também ser pensada no sentido da maior presença das ESB em determinadas aldeias, mas também pela potencialidade da ação coletiva de escovação supervisionada nas dimensões preventiva e educativa, estimulando os cuidados em saúde bucal e a procura pelos serviços odontológicos^{8,11,13} para, através dos procedimentos clínicos, sanar as necessidades percebidas.

Entre as limitações do estudo, está a impossibilidade de conclusões em níveis individuais, tampouco a respeito da população que não fez uso do SasiSUS. Ainda, não se pode demonstrar associações causais, mas se colocam caminhos de pesquisa promissores nas projeções de associações e para a avaliação da atenção à saúde bucal dos povos indígenas.

Além disso, diante da utilização de dados secundários, a verificação de incompletude de variáveis não pode ser corrigida no banco de dados, estando às análises sujeitas a vieses de informação relacionados à qualidade e precisão dos dados armazenados no SIASI. O módulo de saúde bucal do SIASI foi implantado entre 2007 e 2008 com o objetivo de monitorar indicadores epidemiológicos de cárie e doença periodontal, os procedimentos individuais e coletivos, além da produtividade, por aldeia e pelos diferentes povos indígenas. No entanto, os dados disponíveis atualmente referem-se apenas aos indígenas que são atendidos pelos serviços de saúde bucal, restringindo-se a armazenar informações sobre cobertura e uso dos serviços^{32,33}.

Estudos apontam para uma não efetivação do SIASI com dados disponíveis publicamente e consistentes, que pudessem subsidiar o planejamento em saúde, o monitoramento e a avaliação dos serviços. São diversas as questões acerca dos problemas enfrentados para consolidação do sistema, o que dificulta a elaboração de um quadro fidedigno do perfil demográfico e epidemiológico dos povos indígenas, limitando a possibilidade de funcionamento do sistema enquanto um instrumento para a vigilância em saúde^{26,27,34}.

Apesar dessas dificuldades, há evidências de um aumento da notificação das informações de saúde bucal no SIASI durante a última década, o que fortalece e qualifica o sistema de informação como estratégia fundamental para aprimoramento das políticas públicas no âmbito do SasiSUS⁷. O presente estudo se propôs a dar um passo no sentido da análise para identificação de inconsistências e possibilidade de melhorias, visando reafirmar a importância do SIASI enquanto um sistema que visa contemplar as dinâmicas socioterritoriais próprias dos povos indígenas, e a integralidade, ao agregar múltiplas informações acerca da realidade desses povos^{26,34}.

CONCLUSÕES

O estudo expõe as dificuldades socioeconômicas existentes no território do povo Xukuru do Ororubá, com relativa homogeneidade entre as aldeias e regiões socioambientais. A região Serra se destacou negativamente em relação a condições inadequadas de saneamento, ao mesmo tempo que demonstrou os resultados mais positivos para os demais indicadores. Apesar disso, são generalizadas as más condições de saneamento, a baixa renda domiciliar e a taxa de analfabetos, ficando evidente os seus impactos sobre as práticas de higiene bucal, no provável agravamento coletivo de doenças bucais e sobre a oportunidade de acesso aos serviços odontológicos.

São ilustradas as particularidades geográficas e da provisão de serviços de saúde no território, que apresenta grande extensão, população pulverizada pelas terras, e unidades de saúde concentradas em poucas aldeias, enquanto o processo de trabalho das EMSI, de composição reduzida, é baseado em rodízios sazonais entre as unidades. O acúmulo dessas características se expressa em dificuldades para o acesso aos serviços de saúde bucal, fragmentação da atenção e redução da capacidade de resolução dos tratamentos odontológicos.

Os resultados obtidos em relação aos indicadores de saúde bucal permitem concluir que o acesso à saúde bucal no Território Indígena Xukuru do Ororubá, entre os anos analisados, demonstrou melhorias, com crescimento para todos os indicadores (exceto o de conclusão dos tratamentos odontológicos), apresentando taxas desejáveis para todos os parâmetros. No entanto, aponta-se para a necessidade de qualificação dos indicadores e parâmetros utilizados, visando a adequação à realidade sociocultural e territorial dos povos indígenas. Além disso, estão postos desafios relacionados à completude e confiabilidade dos dados registrados no SIASI, um sistema com ampla potencialidade enquanto um instrumento qualificado para a vigilância integral da saúde e condições de vida dos povos indígenas no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Ha DH, Xiangqun J, Cecilia MG, Jason A, Do LG, Jamieson LM. Social inequality in dental caries and changes over time among Indigenous and non-Indigenous Australian children. *Aust N Z J Public Health*. 2016;40(6):542–7.
2. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*. 2017;41(112):63–76.
3. Schuch HS, Haag DG, Kapellas K, Arantes R, Peres MA, Thomson WM, et al. The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017;45(5):434–41.
4. Tiwari T, Jamieson L, Broughton J, Lawrence HP, Batliner TS, Arantes R, et al. Reducing Indigenous Oral Health Inequalities: A Review from 5 Nations. *J Dent Res*. 2018;97(8):869–77.
5. Arantes R, Santos RV, Frazão P. Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil. *Int Dent J*. 2010;60(2010):235–40.
6. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Secretaria Especial de Saúde Indígena; 2011.
7. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília: Secretaria Especial de Saúde Indígena; 2019.
8. Lemos PN, Rodrigues DA, Frazão P, Hirooka LB, Guisilini AC, Narvai PC. Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: um olhar a partir de indicadores de avaliação. *Cad Saude Publica*. 2018 Mar 29;34(4):e00079317.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características gerais dos indígenas - Censo demográfico 2010 - Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
10. Mauricio HA, Moreira RS. Condições de saúde bucal da etnia Xukuru do Ororubá em Pernambuco: Análise multinível. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(3):787–800.
11. Mauricio HA. Saúde bucal da população indígena Xukuru do Ororubá (PE) [Tese de Doutorado]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2020.

12. Matos PES. Análise da atenção em saúde bucal no Brasil sob a ótica do Sistema de Informação da Atenção Básica [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
13. Santos LFR, Maurício HA, Lins FM, Silva IKS, Moreira RS. Formação ampliada durante residência multiprofissional em saúde: relato de experiência de um cirurgião-dentista com o povo Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil). *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2021;25(e200549):1–17.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
15. Raupp L, Cunha GM, Fávaro TR, Santos RV. Condições sanitárias entre domicílios indígenas e não indígenas no Brasil de acordo com os Censos nacionais de 2000 e 2010. *Cien Saude Colet.* 2020 Oct;25(10):3753–63.
16. Fávaro TR, Ferreira AA, Cunha GM, Coimbra Jr CEA. Excesso de peso em crianças indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. *Cad Saude Publica.* 2019;35(suppl 3).
17. Ministério da Saúde. Portaria nº 493, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 13 mar.
18. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Fichas técnicas dos indicadores. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
19. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Terceiro ciclo 2015-2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
20. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RC de S, Thomaz EBAF. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cad Saude Publica.* 2016;32(2).
21. França MASA, Freire MCM, Pereira EM, Marcelo VC. Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017*. *Epidemiol e Serviços Saúde.* 2020 Mar;29(1):e2018406.

22. Vianna SM, Nunes A, Santos JRS, Barata RB. Notas Metodológicas. In: Vianna SM, et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001. p. 33-52.
23. Ghasemi A, Zahediasl S. Normality Tests for Statistical Analysis: A Guide for Non-Statisticians. *Int J Endocrinol Metab.* 2012 Dec 1;10(2):486–9.
24. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística. São Paulo: Cengage Learning. 2017. 506p.
25. Mendonça SBM, Rodrigues D, Pereira PPG. Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu. *Cad Saude Publica.* 2019;35(suppl 3):4–6.
26. Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema.* Brasília: MEC-SECADI; 2012. p. 18-59.
27. Cardoso AM, Santos RV, Garnelo L, Coimbra Jr CEA, Chaves MBG. Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas. In: Giovanella L, et al. organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 911-932.
28. Bertanha WDF. Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios – uma Revisão de Literatura. *Rev Bras Ciências da Saúde.* 2012 Mar 1;16(1):105–12.
29. Leme PAT, Seiffert OMLB. Indicadores no contexto da Política Nacional de Saúde Bucal: uma revisão integrativa. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2021;31(2):1–22.
30. Narvai PC, Frazão P. Avaliação da atenção à saúde bucal. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL. *Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano.* 2017. p. 185–200.
31. Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010 Mar;13(1):126–38.
32. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas, 2018 - Projeto Técnico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

33. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2009.
34. Sousa MDC, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. Cad Saude Publica. 2007 Apr;23(4):853–61.

7 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados por meio do primeiro (6.1) e segundo artigos (6.2) dialogam e produzem debates que se articulam em torno de três principais tópicos: características socioeconômicas e rede de atenção saúde bucal ofertada ao povo indígena Xukuru do Ororubá; contexto indígena na formação dos profissionais de saúde e o racismo.

Em relação às características descritas quanto às condições socioeconômicas da comunidade e à rede de atenção saúde bucal dentro do TI Xukuru do Ororubá, destaca-se como a interação entre a abordagem observacional/intervencional em território dialoga e corrobora o olhar a partir da análise de dados secundários, ao demonstrar: as condições de vida precarizadas; a organização e a provisão dos serviços de saúde bucal de maneira pulverizada no território; a composição reduzida das EMSI e das ESB; o complexo e intenso processo de trabalho das equipes junto aos elementos contextuais e políticos que incidem sobre a atuação, destacando a lógica de produtividade reproduzida pela gestão conveniada do DSEI, que contribui para dificuldades de acesso e continuidade dos tratamentos; a importância da dimensão preventiva e educativa das ações em saúde bucal, expressas pela cobertura da ação de escovação supervisionada, e a necessidade de articulação intersetorial para sua efetivação.

Dessa forma, fica evidente como tais elementos puderam ser experimentados a partir da vivência presencial, quantificados a partir dos dados secundários, e então confrontados a partir dos dois recortes metodológicos.

A abordagem observacional/intervencional, na medida em que possibilita uma imersão no quadro de saúde bucal da comunidade, permite melhor compreensão da realidade concreta e das circunstâncias que influenciam nas condições de vida do povo Xukuru do Ororubá, e, a partir disso, o despertar de criticidade em relação aos elementos sociopolíticos que produzem as condições de saúde bucal e interferem na capacidade de oferta dos serviços e, conseqüentemente, na oportunidade de acesso aos cuidados odontológicos.

No quadro evidenciado na análise de indicadores (de redução da conclusão dos tratamentos odontológicos e do aumento de exodontias realizadas, apontando para impactos na continuidade do cuidado, na resolubilidade dos tratamentos iniciados e em demandas acumuladas), destacam-se: a relação de maior realização

de exodontias com a falta de saneamento adequado nos domicílios, produzindo dificuldades de manutenção de hábitos de prevenção e o agravamento de doenças bucais, e assim gerando o acúmulo de demandas; e a relação da menor conclusão de tratamentos odontológicos com os quadros de população menos alfabetizada, refletindo na condição social e no acesso à educação e à informação em saúde, produzindo uma menor procura e oportunidade de seguimento dos tratamentos.

Tais circunstâncias de restrições aos atendimentos, interagindo com o contexto de barreiras geográficas no território e com o processo de trabalho truncado das equipes, destacados em ambos os artigos, contribuem no impedimento do profissional estabelecer vínculos com as famílias e, portanto, na possibilidade de compreensão ampliada sobre o adoecer dos usuários naquele contexto, na chave da determinação social da saúde, considerando os modos de organização social e as condições de reprodução da vida naquele território.

A experiência formativa prática em território, que permitiu contato com usuários, profissionais de saúde e com a estrutura do subsistema de saúde, fortaleceu a condução da pesquisa com dados secundários e a análise dos indicadores, pois, superando o simples contato virtual com o banco de dados, possibilitou a interlocução dos dados com a realidade vivenciada a partir de um olhar diferenciado, direcionando a escolha de métodos de análise; de sintonia entre a organização socioespacial observada e a estruturação de mapas; de chaves de interpretação dos indicadores de saúde bucal e suas correlações, com maior clareza quanto à produção das variáveis que os compõem; quanto ao processo de trabalho das ESB enquanto determinantes para os resultados dos indicadores; e quanto à sensibilidade e adequação destes para representar a realidade e as necessidades dos serviços de saúde bucal no TI Xukuru do Ororubá.

O conjunto de abordagens metodológicas reforça a evidência sobre a importância da visibilidade à temática indígena nas formações em saúde, desde o nível de graduação aos diferentes formatos de pós-graduação, inclusive nos cursos de mestrado e doutorado em saúde, destacando linhas de pesquisa e projetos voltados à qualificação das políticas públicas direcionadas aos povos tradicionais, à melhoria da qualidade dos serviços de saúde indígena, incluindo a saúde bucal, e às práticas tradicionais de saúde dos povos originários; com estímulos a absorção de discentes e docentes indígenas, com vistas a formar e conduzir profissionais indígenas aos postos de pesquisa, de docência, e da atenção à saúde no SasiSUS,

produzindo um subsistema mais sensível às necessidades concretas dos povos indígenas no Brasil.

A questão da formação tradicional dos cursos de saúde, que reflete a ausência da temática indígena nos cursos, a oportunidade de os indígenas ocuparem os espaços formativos, e as piores condições de acesso aos serviços e piores quadros de saúde, estimula uma busca por explicações para melhor compreender o que origina e perpetua esses tipos de práticas, o que remete às relações sociais e históricas no âmbito institucional e estrutural, levantadas no primeiro artigo (6.1).

O debate em torno do racismo oferece aportes para compreensão dessas questões ao incluir as populações indígenas, enquanto povos racializados, dentre os grupos marginalizados. À medida em que o racismo está presente em níveis institucional e estrutural, seus impactos permeiam o sistema educacional e de saúde e a capacidade de acesso a estes. No campo formativo e de atuação da saúde bucal, evidências já demonstram menores proporções de grupos racialmente marginalizados em cursos de odontologia em todo o mundo; o treinamento de pessoal com escasso direcionamento à competência cultural e, portanto, serviços odontológicos não estruturados para fornecer cuidados culturalmente sensíveis; poucos incentivos para profissionais de saúde bucal trabalharem em comunidades nas quais residem grupos racialmente discriminados; viés clínico resultando em relações desiguais entre prestador de serviços odontológico e usuários de grupos racializados, com consequências que incluem maior taxa de extração dentária em relação à serviços restauradores; e baixa participação de grupos racialmente marginalizados dentro dos sistemas de saúde bucal, instituições acadêmicas e na arena da política de saúde (JAMIESON *et al.*, 2021).

Considerando tais repercussões do racismo e a pouca visibilidade da temática indígena no campo da saúde bucal, o segundo artigo (6.2) corrobora esse quadro ao argumentar acerca de incompatibilidades quanto ao modo de atuação das equipes e quantos aos indicadores de desempenho dos serviços saúde bucal vigentes com a realidade contextual do SasiSUS e das terras indígenas no Brasil, produzindo contradições quanto às diretrizes do Brasil Sorridente Indígena e o modelo organizacional proposto, além de análises pouco precisas quanto às necessidades e realidades socioculturais dos povos indígenas. Jamieson *et al.* (2020a), reforça a necessidade de qualificação das análises e dos indicadores de saúde bucal, argumentando que as atuais medidas utilizadas para capturar as desigualdades em

saúde bucal dos povos indígenas, não capturam suficientemente as iniquidades decorrentes de influências coloniais que resultaram na perda contínua de terras, de identidade, de línguas e de controle para viver as práticas culturais tradicionais, que é significativa para muitos povos indígenas.

Em resposta a esse quadro, o presente trabalho busca ampliar a compreensão do cenário de limitações, destacando as dificuldades de adequação das variáveis do SIASI, do modelo organizacional do SasiSUS e de fatores contextuais do TI Xukuru do Ororubá, aos indicadores de saúde bucal vigentes. Busca-se dar visibilidade a esta questão, visando ampliar a capacidade de análise dos indicadores sobre a realidade indígena no Brasil.

Dessa maneira, como é reiterado no primeiro artigo (6.1), ao se compreender que as condições de saúde e adoecimento das populações dependem das condições de vida, que, por sua vez, dependem das condições sociais de reprodução da vida, sendo determinadas por processos sociais e históricos, pode-se apontar que os enfrentamentos dos povos indígenas pela qualificação da atenção à saúde bucal e combate às iniquidades raciais em saúde bucal – seja a nível de políticas públicas e das gestões que as produzem e implementam, a nível da organização e funcionamento dos serviços, seja a nível da relação interpessoal entre EMSI e usuários – não estão restritos a uma disputa política dentro do setor saúde, mas de uma disputa política ampliada, considerando a abordagem da determinação social da saúde e sua compreensão estrutural.

8 CONCLUSÃO

As análises apresentadas buscaram demonstrar um quadro detalhado a respeito do acesso aos serviços de saúde bucal no Território Indígena Xukuru do Ororubá. A abordagem da experiência em território e suas potencialidades relacionadas a melhorias na formação profissional, permitiu um aprimoramento do olhar sociopolítico à questão indígena, estimulando o confronto entre saberes profissionais instituídos e a realidade objetiva das comunidades, produzindo reflexão sobre a implicação dos processos sociais e históricos no acesso aos serviços de saúde bucal dos povos indígenas. Complementando a proposta, a análise local a partir dos indicadores de desempenho dos serviços, permitiu evidenciar melhorias no acesso à saúde bucal no território Xukuru do Ororubá, ao mesmo tempo em que direciona à necessidade de qualificação dos indicadores e parâmetros já vigentes, de maneira que esteja contextualizada a realidade dos povos indígenas no Brasil.

Este trabalho, diante das abordagens retratadas, visa estimular a incorporação da atividade de levantamento e monitoramento de dados na atenção à saúde bucal dos povos indígenas, de maneira que a cultura de vigilância em saúde bucal e da avaliação qualificada e contextualizada torne-se orgânica nos serviços de saúde bucal ofertados pelo SasiSUS. Com a mesma intensidade, se almeja que os resultados e debate apresentados sejam instrumento para fortalecimento da participação social dos povos indígenas, especialmente do povo Xukuru do Ororubá, considerando o nível de organização sociopolítica da comunidade e, portanto, a potencialidade de conduzir o debate aqui produzido, através das lideranças e coletivos sociais, aos sujeitos usuários da rede de saúde bucal do SasiSUS.

REFERÊNCIAS

- ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.35, n. 1, p. 67-77, 2014.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioural model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- ANDERSEN, R. M.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **The Milbank Quarterly**, Nova York, v. 51, n. 1, p. 95-124, 1973.
- ANDERSON, I. *et al.* Indigenous health in Australia, New Zealand, and the Pacific. **Lancet**, Londres, v. 367, p. 1775–1785, 2006.
- ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; FRAZÃO, P. Oral health in transition: the case of indigenous peoples from Brazil. **International Dental Journal**, Londres, v.60, n.3, p.235-240, 2010a. Supl. 2.
- ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; FRAZÃO, P. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.223-236, 2010b.
- ARANTES, R. Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil: panorama atual e perspectivas. *In*: COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 49-72.
- ARAÚJO, M. R. A. *et al.* Saúde sexual e reprodutiva na etnia Xukuru do Ororubá: diga às mulheres que avancem. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 193–204, 2020.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- BASTOS, J. L.; CELESTE, R. K.; PARADIES, Y. C. Racial Inequalities in Oral Health. **Journal of Dental Research**, Washington, v. 97, n. 8, p. 878–886, 2018.
- BASTOS, J. L.; CONSTANTE, H. M.; JAMIESON, L. M. Making science and doing justice: the need to reframe research on racial inequities in oral health. **Community Dental Health**, Liverpool, v. 38, n. 2, p. 132–137, 2021a.
- BASTOS, J. L.; CONSTANTE, H. M.; JAMIESON, L. M. The ethical urgency of tackling racial inequities in health. **EClinicalMedicine**, Londres, v. 34, p. 1–2, 2021b.
- BEN, J. *et al.* Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, São Francisco, v. 12, p. e0189900, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189900>. Acesso em: 08 dez. 2021.

BERTANHA, W. D. F. *et al.* Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios – uma Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 1, p. 105–112, 2012.

BORDE, E.; HERNÁNDEZ, M. Revisiting the social determinants of health agenda from the global South. **Global Public Health**, Londres, v. 14, n. 6–7, p. 847–862, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Articulação Interfederativa, Secretaria de Gestão Estratégica. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 493, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 mar. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0493_10_03_2006_comp.htm. Acesso em: 09 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 out. 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2663_16_10_2017.html. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Terceiro ciclo 2015-2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PM_AQ.pdf. Acesso em: 04 maio 2021.

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: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/publica>. Acesso em: 06 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas, 2018 - Projeto Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2017/arquivos/ProjetoTecnicoInqueritoNacionaldaSaudeBucalIndigenaconsultapublica28082017.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco. **Plano de Contingência Distrital para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas**. Recife, PE, 2020. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/1832>. Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Sistemas de Informação da Saúde Indígena**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3649/7/Sistemas%20de%20informa%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Fichas técnicas dos indicadores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/assets/simplificadas.pdf>. Acesso em: 04 maio 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.836, de 23 de Setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 set. 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm. Acesso em: 12 abr. 2021.

CACIQUE Marquinhos assume como secretário de governo de Pesqueira a partir desta terça (20). **G1 Globo**, 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/caruaru-regiao/noticia/2021/04/20/cacique-marquinhos-assume-como-secretario-de-governo-de-pesqueira-a-partir-desta-terca-20.ghtml>. Acesso em: 06 ago. 2021.

CARDOSO, A. M. *et al.* Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas. *In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 2 ed. p. 911-932.

CARDOSO, M. D. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. *In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (org.). Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 83-106.

CASTLE, B. *et al.* Public Health’s Approach to Systemic Racism: A Systematic Literature Review. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, Londres, v. 6, p. 27–36, 2019.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de saúde bucal no Brasil 2003-2014: Cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1791–1803, 2017.

COELHO, H. F. **Povo Xukuru do Ororubá: Conflitos fundiários e nova administração no Território Indígena em Pesqueira e Poção/PE**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade Damas da Instrução Cristã, Recife, 2017.

COELI, C. M. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 335-6, n. 18, 2010.

COSTA, D. C. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 388-401, 1987.

DE LAVOR, A. 9ª Assembleia do Povo Xukuru do Ororubá: sob ameaça, luta por terra e identidade. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, p.11-19, n. 84, ago. 2009.

DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-74, 2014.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, n.12, p. 1743–1748, 1988.

DURIE, M. Understanding health and illness: Research at the interface between science and indigenous knowledge. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 33, p. 1138–1143, 2004.

FÁVARO, T. R. *et al.* Excesso de peso em crianças indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. e00056619, 2019. Supl 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056619>. Acesso em: 20 nov. 2020.

FERNANDES, J. K. B. *et al.* Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, e00021115, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00021115>. Acesso em: 04 maio 2021.

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

FORSYTH, C. *et al.* An Indigenous cultural competence model for dentistry education. **British Dental Journal**, Londres, v. 228, n. 9, p. 719-25, 2020.

FRANÇA, M. A. S. A. *et al.* Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde:

pesquisa documental, 2000-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, e2018406, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100002>. Acesso em: 04 maio 2021.

FRANÇA, M. A. S. A. *et al.* Oral health indicators in the Interfederative Pacts of the Unified Health System: development in the 1998-2016 period. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 47, n. 1, p. 18–24, 2018.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 27, p. 438-53, 1985.

FUNAI. Fundação Nacional do Índio. Ministério da Justiça. **Terras Indígenas. Geoprocessamento e Mapas**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/atuacao/terras-indigenas/geoprocessamento-e-mapas>. Acesso em: 16 mar. 2021.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2009.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª edição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Portaria FUNASA nº 852, de 30 de Setembro de 1999. Criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1999. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/docs/docs_legislacao/portaria_852_1999.pdf/view. Acesso em: 12 abr. 2021.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63–76, 2017.

GARCÍA-PÉREZ, Á. *et al.* Self-Report of Gingival Problems and Periodontitis in Indigenous and Non-Indigenous Populations in Chiapas, Mexico. **International Dental Journal**, Londres, v. 66, p. 105-112, 2016.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. *In*: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p. 18-59.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. *In*: EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GONÇALVES, G. M. S. **Agrotóxicos, saúde e ambiente na etnia Xukuru do Ororubá – Pernambuco**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) -

Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

HA, D. H. Oral health of Australian Indigenous children compared to non-Indigenous children enrolled in school dental services. **Australian Dental Journal**, Sydney, v. 59, p. 395-400, 2014.

HA, D. H. *et al.* Social inequality in dental caries and changes over time among Indigenous and non-Indigenous Australian children. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, Canberra, v. 40, p. 542-547, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características gerais dos indígenas - Censo demográfico 2010** - Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Portal de mapas**, 2010. Disponível em: <https://portaldemapas.ibge.gov.br/>. Acesso em: 16 mar. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados do universo do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

IMIP. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Assistência e Saúde. Saúde Indígena. **DSEI Pernambuco**, 2015. Disponível em: <http://www1.imip.org.br/imip/assistenciaesaude/saudeindigena/dseipernambuco.html>. Acesso em: 05 ago. 2021.

JAMIESON, L. *et al.* Indigenous oral health inequalities at an international level: A commentary. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 11, p. 1–6, 2020a.

JAMIESON, L. M. *et al.* Inequalities in Indigenous Oral Health: Findings from Australia, New Zealand, and Canada. **Journal of Dental Research**, Washington, v. 95, p. 1375-1380, 2016.

JAMIESON, L. *et al.* How neoliberalism shapes indigenous oral health inequalities globally: Examples from five countries. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 23, p. 1–20, 2020b.

JAMIESON, L. *et al.* Racism and oral health inequities; An overview. **EClinicalMedicine**, Londres, v. 34, p. 4–5, 2021.

KICKBUSCH, I.; ALLEN, L.; FRANZ, C. The commercial determinants of health. **Lancet Global Health**, Londres, v. 4, p. e895–e896, 2016.

KRICHAUFF, S.; HEDGES, J.; JAMIESON, L. 'There's a Wall There-And That Wall Is Higher from Our Side': Drawing on Qualitative Interviews to Improve Indigenous Australians' Experiences of Dental Health Services. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, p. 64-96, 2020.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p. 173-181, 2010.

LIMA, T. F. P. **Política de informação no contexto da atenção à saúde indígena: uma análise a partir da perspectiva da vigilância em saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

LEMOS, P. N. *et al.* Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: um olhar a partir de indicadores de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.34, v.4, e00079317, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00079317>. Acesso em: 16 set. 2020.

LUCENA, E. H. G. *et al.* Monitoramento de indicadores de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde. *In*: LUCENA, E. H. G.; CAVALCANTI, Y. W. (org.). **Cuidados em Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde**. João Pessoa: Editora UFPB, 2021. p. 169-186.

MATOS, P. E. S. **Análise da atenção em saúde bucal no Brasil sob a ótica do Sistema de Informação da Atenção Básica**. Tese (Doutorado em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. 143p.

MAURICIO, H. A. **Saúde bucal da população indígena Xukuru do Ororubá (PE)**. 2020. Tese (Doutorado Acadêmico em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

MAURICIO, H. A.; MOREIRA, R. S. Condições de saúde bucal da etnia Xukuru do Ororubá em Pernambuco: análise multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 787-800, 2014.

MCGREGOR, S. Neoliberalism and health care. **International Journal of Consumer Studies**, Nova York, v. 25, p. 82–89, 2008.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina, v. 21, p. 15-28, 2000.

MENDES, A. M. *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.42, p. 1–6, 2018.

MENDONÇA, S. B. M.; RODRIGUES, D.; PEREIRA, P. P. G. Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 35, p. 4–6, 2019.

MESTRINER JÚNIOR, W. *et al.* O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto huka-katu. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 903-12, 2011. Supl 1.

MONTE, E. Xukuru do Ororubá: migrações e afirmação de identidade. *In*: Encontro Nacional de História Oral, 10., 2010, Recife, PE. **Anais do X Encontro Nacional de História Oral**. Recife: UFPE, 2010.

MOREIRA, R. S.; NICO, L.S; TOMITA; N. E. A relação entre espaço e saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 275-284, 2007.

NARVAI, P. C; FRAZÃO, P. Avaliação da atenção à saúde bucal. *In*: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. (org.). **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2017. p. 185-200.

NEDEL, F. B.; BASTOS, J. L. Para onde seguir com a pesquisa em determinantes sociais da saúde? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 15, p. 1–6, 2020.

OPAS/SESAI. **Documento Técnico contendo proposta de Manual Instrutivo para o preenchimento das fichas odontológicas adotadas pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**. Cooperação Técnica nº67. Organização Pan-Americana da Saúde/Secretaria Especial de Saúde Indígena. Brasília, DF, 2014.

PATTUSSI, M. P.; BARCELLOS, N.; NARVAI, P. C. O Uso da Epidemiologia nos Serviços de Atenção à Saúde Bucal. *In*: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. (org.). **Epidemiologia da saúde bucal**. São Paulo: Editora Santos, 2013. 2 ed. p. 539-558.

PEACOCK, M.; BISSELL, P.; OWEN, J. Dependency denied: Health inequalities in the neo-liberal era. **Social Science & Medicine**, Amsterdã, v. 118, p. 173–180, 2014.

PERES, A. M. *et al.* Oral diseases: A global public health challenge. **Lancet**, Londres, v. 394, p. 249–260, 2019.

PONTES, A. L. DE M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos sanitários especiais indígenas: Reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3199–3210, 2015.

RAUPP, L. *et al.* Condições de saneamento e desigualdades de cor/raça no Brasil urbano: uma análise com foco na população indígena com base no Censo Demográfico de 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 01, p. 01-15, 2017.

RESKIN, B. The Race Discrimination System. **Annual Review of Sociology**, San Mateo, v. 38, p. 17-35, 2012.

RONCALLI, A. G. Indicadores de Saúde e de Saúde Bucal: Desafios para seu uso em modelos assistenciais. *In*: PEREIRA, A. C. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão Editora, 2009. p. 413-430.

ROSEN G. **A history of public health**. Nova York: MD Publications, 1958.

SANTOS, L. F. R. *et al.* Formação ampliada durante residência multiprofissional em saúde: relato de experiência de um cirurgião-dentista com o povo Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 25, n. e200549, p. 1-17, 2021.

SCHUCH, H. S. *et al.* The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Nova York, v. 45, p. 434-441, 2017.

SILVA, E. H. **Xucuru: memórias e história dos índios da Serra do Ororubá (Pesqueira/PE), 1959-1988**. 2008. Tese (Doutorado em História Social) - Programa de Pós-Graduação em História, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

SILVA, M. C. C.; SILVA, A. B. B. **Manual de estilo para trabalhos acadêmicos: segundo as normas de documentação da ABNT**. Recife: Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco; 2020. 40p.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 4, p. 853-861, 2007.

SOUSA, M. L. T. Reforma sanitária e outros olhares para a saúde indígena: relato de experiência com os Potyguara. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, v. 124, p. 275-84, 2020.

SOUZA, L. C. Doença que Rezador Cura e o Modelo Etiológico dos Xukuru do Ororubá. *In*: ATHIAS, R. **Povos indígenas de Pernambuco: identidade, diversidade e conflito**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2007. p. 137-153.

SOUZA, L. G. de; SANTOS, R. V. Componente demográfico do sistema de informação da atenção à saúde indígena, Dsei-Xavante, Mato Grosso, Brasil. **Caderno CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 523–529, 2009.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. *In*: STARFIELD, B. (org.). **Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002. p. 207-245.

TAVARES, S. S. *et al.* O Brasil Sorridente Aos Olhos Da 3ª Conferência Nacional De Saúde Bucal E Da 16º Conferência Nacional De Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 127–142, 2020.

TEIXEIRA, P.; COSTA, A. M. Xukuru do Ororubá: Introdução à demografia de um Povo Indígena. *In*: Encontro Nacional de Estudos Populacionais - ABEP, 2012, Águas de Lindóia, SP. **Anais do XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Águas de Lindóia: ABEP, 2012. p. 1-14.

TIWARI, T. *et al.* Reducing Indigenous Oral Health Inequalities: A Review from 5 Nations. **Journal of Dental Research**, Washington, v. 0, n. 0, p.1-9, 2018.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 2 ed. p. 183-206.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Supl. 2.

VIANA, A. L. A.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17. p. 58-68, 2003.

VIANNA, S. M. *et al.* Notas Metodológicas. *In*: VIANNA, S. M. *et al.* **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. p. 33-52.

WHITEHEAD M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Nova York, v. 22, n. 3, p. 429–45, 1992.