

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

HERIKA DE ARRUDA MAURICIO

SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ (PE)

RECIFE

2020

HERIKA DE ARRUDA MAURICIO

SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ (PE)

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração/Linha de Pesquisa:
Epidemiologia e Controle de Agravos à Saúde

Orientador: Dr. Rafael da Silveira Moreira

Coorientadora: Dra. Thatiana Regina Fávaro

RECIFE

2020

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- M455s Mauricio, Herika de Arruda.
Saúde bucal da população indígena Xukuru do Ororubá (PE) / Herika De Arruda Mauricio. — Recife: [s.n.], 2020.
182 p.: il., tab., graf., mapas ; 30 cm.
- Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.
Orientador: Rafael da Silveira Moreira; coorientadora: Thatiana Regina Fávaro.
1. Índios Sul-Americanos. 2. Saúde de Populações Indígenas. 3. Disparidades nos Níveis de Saúde. 4. Saúde Bucal. 5. Índice CPO.. I. Moreira, Rafael da Silveira. II. Fávaro, Thatiana Regina. III. Título.

CDU 614

HERIKA DE ARRUDA MAURICIO

SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ (PE)

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração/Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Controle de Agravos à Saúde

Aprovado em: 19/02/2020.

BANCA EXAMINADORA

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

Dra. Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr. Wayner Vieira de Souza
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

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

Dr. Rui Arantes
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz

Ao Povo Indígena Xukuru do Ororubá

AGRADECIMENTOS

A conclusão de um projeto é sempre motivo de alegria. Compartilho-a com todos aqueles que fazem parte da história deste projeto e da minha vida. Minha gratidão a todos.

MAURICIO, Herika de Arruda. **Saúde bucal da população indígena Xukuru do Ororubá (PE)**. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

RESUMO

O estudo objetiva analisar a evolução do processo saúde-doença bucal no período de 2010 a 2018 entre indígenas da etnia Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE), Brasil. Classifica-se como coorte mista, concorrente e analítica, com população fixa, dedicada a aspectos sociodemográficos, epidemiológicos e assistenciais organizados em coletânea de quatro artigos. O primeiro trata-se de estudo seccional analítico, aninhado ao *baseline* da coorte, com análise de classes latentes e de regressão múltipla. Buscou verificar fatores associados ao impacto autopercebido da saúde bucal na vida diária de indígenas de 10 a 14 anos. Aldeias com maior média de domicílios e indígenas com experiência de cárie apresentaram pior autopercepção, aumentando o impacto em 2,37 e 3,95 vezes, respectivamente. No segundo, uma revisão integrativa da literatura permitiu identificar potencialidades e fragilidades na atenção prestada à saúde de indígenas brasileiros. Evidenciou-se que a superação de entraves na atenção qualificada independe de soluções de gestão municipal. O terceiro é um estudo seccional descritivo, aninhado à coorte, com coleta de dados na faixa etária de 18 a 23 anos em 2018. Intencionou caracterizar a saúde bucal por abordagem socioepidemiológica. A experiência de cárie pelo Índice CPO-D foi 7,4 (DP=5,1), com média 2,4 para cariados, 3,5 para obturados e 1,4 para perdidos. O quarto se propôs a analisar o incremento de cárie de 2010 a 2018. Trata-se de uma coorte, com teste de McNemar comparando as prevalências de cárie observadas nos dois períodos e análise multivariada por regressão binomial negativo para identificar fatores de risco associados ao incremento da cárie. A prevalência passou de 68,7% para 96,9%, com diferença significativa ($p<0,01$). A redução anual de indígenas livres de cárie foi 10,3%. Modificações negativas sobre a experiência de cárie se deram de forma significativa, caracterizando expressiva desigualdade quando comparadas a outros grupos populacionais no país.

Palavras chaves: Índios Sul-Americanos. Saúde de Populações Indígenas. Disparidades nos Níveis de Saúde. Saúde Bucal. Índice CPO.

MAURICIO, Herika de Arruda. **Oral health of the Xukuru do Ororubá indigenous population (PE)**. 2020. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

ABSTRACT

The study aims to analyze the evolution of the oral health-disease process between 2010 and 2018 among indigenous people Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE), Brazil. It is classified as a mixed, concurrent and analytical cohort, with a fixed population, dedicated to sociodemographic, epidemiological and assistance aspects organized in a collection of four articles. The first is an analytical sectional study, nested in the cohort baseline, with analysis of latent classes and multiple regression. It sought to verify factors associated with the self-perceived impact of oral health on the daily lives of indigenous people aged 10 to 14 years. Villages with a higher average of households and indigenous people with caries experience had worse self-perception, increasing the impact by 2.37 and 3.95 times, respectively. In the second, an integrative review of the literature made it possible to identify strengths and weaknesses in the health care provided to brazilians indians. It became evident that overcoming obstacles in the provision of qualified care does not depend on municipal management solutions. The third is a descriptive sectional study, nested in the cohort, with data collection in the 18 to 23 age group in 2018. Intended to characterize oral health by a socio-epidemiological approach. The caries experience according to the DMF Index was 7.4 (SD=5.1), with an average of 2.4 for decayed, 3.5 for filled and 1.4 for lost. The fourth proposed to analyze the increase in caries from 2010 to 2018. It is a cohort, with the McNemar test comparing the prevalence of caries observed in the two periods and multivariate analysis with a negative binomial regression to identify risk factors associated with increased caries. The prevalence went from 68.7% to 96.9%, with a significant difference ($p<0.01$). The annual reduction in caries-free indigenous people was 10.3%. Negative changes on the caries experience occurred significantly, characterizing significant inequality when compared to other population groups in the country.

Keywords: Indians, South American. Health of Indigenous Peoples. Health Status Disparities. Oral Health. DMF Index.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fatores de risco sociocomportamentais para cárie dentária.....	19
Figura 2 - Domínios de determinantes da saúde bucal de acordo com o nível de influência. .	20
Figura 3 - Localização geográfica do Território Indígena Xukuru do Ororubá. Pesqueira, 2020	35
Figura 4 - Organização do Território Indígena Xukuru do Ororubá segundo regiões e aldeias. Pesqueira, 2020	36
Figura 5 - Localização das unidades de saúde com consultório odontológico no Território Indígena Xukuru do Ororubá. Pesqueira, 2020	37
Quadro 1 - Descrição das variáveis coletadas. Pesqueira, 2020.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIC- *Akaike Information Criterion*

AIS- Agente Indígena de Saúde

AISAN- Agente Indígena de Saneamento

AMT- Área de Medicina Tradicional Indígena

ASB- Auxiliar de Saúde Bucal

BIC- *Bayesian Information Criterion*

BLRT- *Bootstrap Likelihood Ratio Test*

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CASAI- Casa de Saúde Indígena

CD- Cirurgião-dentista

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CISXO- Conselho Indígena de Saúde Xukuru do Ororubá

CNPQ- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CONDISI- Conselho Distrital de Saúde Indígena

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DAB- Departamento de Atenção Básica

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde

DP- Desvio Padrão

DSEI- Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI- Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

EPI- Equipamento de Proteção Individual

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

FUNAI- Fundação Nacional do Índio

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde

GESB- Grupo de Estudos em Saúde Bucal

GMM- *Growth Mixture Models*

GPS- *Global Positioning System*

HSP- Hospital Universitário São Paulo

IAM- Instituto Aggeu Magalhães

IC- Intervalo de Confiança

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

IMIP- Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

ÍNDICE CPO-D- Índice de Contagem de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

k- Coeficiente Kappa

LCA- *Latent Class Analysis*

LMR-LRT- *Likelihood Ratio Test*

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

OR- *Odds Ratio*

PBF- Programa Bolsa Família

PET-Saúde- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

RR- Risco Relativo

RT- Responsável Técnico

SASI-SUS- Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SB Brasil- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal

SciELO- *Scientific Electronic Library Online*

SESAI- Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI- Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SPI- Serviço de Proteção ao Índio

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TI- Terra Indígena

TSB- Técnico em Saúde Bucal

UFAL- Universidade Federal de Alagoas

UFT- Universidade Federal de Tocantins

UNA-SUS- Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo

UPE- Universidade de Pernambuco

VLMR-LRT- *Vuong, Lo, Mendell, Rubin Likelihood Ratio Test*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Saúde bucal: questão da Epidemiologia	15
1.2	Saúde bucal: questão de determinação social	18
1.3	Saúde bucal: questão de qualidade de vida	20
1.4	Saúde bucal: questão de raça	22
1.5	Saúde bucal: questão indígena	23
2	JUSTIFICATIVA	30
3	OBJETIVO GERAL	32
3.1	Objetivos específicos	32
4	MÉTODO	33
4.1	Delineamento do estudo	33
4.2	Área e população de estudo	34
4.3	CrITÉrios de inclusão e exclusão	38
4.4	Plano amostral	38
4.5	Coleta de dados	38
4.6	Processamento e análise dos dados	48
4.7	Riscos e benefícios	49
4.8	Aspectos éticos	50
5	RESULTADOS	51
5.1	Artigo 1 - Autopercepção da saúde bucal por indígenas: uma análise de classes latentes	52
5.2	Artigo 2 - A municipalização da atenção à saúde indígena em debate	68
5.3	Artigo 3 - Caracterização socioepidemiológica em saúde bucal de uma população indígena na região Nordeste do Brasil	90
5.4	Artigo 4 - Incremento de cárie entre indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: achados por uma coorte (2010 – 2018)	111
6	CONCLUSÕES	130
	REFERÊNCIAS	132
	APÊNDICE A – TCLE	142
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	144
	APÊNDICE C – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO TERRITÓRIO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ. PESQUEIRA, 2020.	158

APÊNDICE D – ORGANIZAÇÃO DO TERRITÓRIO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ SEGUNDO REGIÕES E ALDEIAS. PESQUEIRA, 2020.	159
APÊNDICE E – LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE COM CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO NO TERRITÓRIO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ. PESQUEIRA, 2020.	160
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA CISXO.....	161
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA CONDISI.....	162
ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA GESB.....	163
ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA UPE	164
ANEXO E – PARECER CEP.....	165
ANEXO F – PARECER CONEP	166
ANEXO G – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO ARTIGO 1.....	180
ANEXO H – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO ARTIGO 2.....	181
ANEXO I – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO ARTIGO 3.....	182

1 INTRODUÇÃO

Nas décadas de 1980 e 1990, as políticas públicas de saúde para os povos indígenas foram formuladas como parte do processo de redemocratização e mudança constitucional dos países da América do Sul. Propulsadas por meio de acordos signatários com entidades internacionais, ou pelos movimentos indígenas locais, os modelos de gestão e atenção à saúde indígena, ainda hoje, estão em construção. O que à época era visto como vitorioso para as ações de saúde, atualmente são representadas por indicadores epidemiológicos com resultados inexitosos (LANGDON; CARDOSO, 2015).

O contínuo processo de transformação enfrentado pelos povos indígenas ao longo do tempo repercute em vários aspectos do universo indígena, implicando em modificações nas relações políticas, na inserção no mercado de trabalho, na forma de organização dos grupos e nas estratégias de subsistência, de ocupação do território e de uso dos recursos naturais. Os impactos epidemiológicos dessas transformações levam a um perfil bastante complexo, em que doenças infecciosas e parasitárias são importante causa de morbimortalidade e doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e comportamentais, e causas externas compõem um variado processo de transição de adoecimento e morte (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012).

Contornos particulares em cada grupo indígena podem determinar também diferenças epidemiológicas no seu perfil de saúde/doença bucal. Grupos que lidam com menor interferência da sociedade envolvente, maior disponibilidade de recursos naturais, maior isolamento geográfico e menor modificação em sua subsistência apresentam, em geral, melhores indicadores de saúde bucal (ARANTES; FRAZÃO; SANTOS, 2010a).

No contexto internacional, dados alarmantes retratam a prevalência de cárie na primeira infância de crianças indígenas da Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Estados Unidos da América variando de 68% a 90% (PARKER *et al.*, 2010). Entre povos indígenas brasileiros aos 12 anos de idade, a revisão da literatura desenvolvida por Galindo, Sá e Mauricio (2017) revelou grande variabilidade sobre a experiência de cárie, impedindo identificar tendência de declínio ou crescimento ao longo do tempo. A menor média apresentada para o Índice CPO-D foi no valor de 1,31 para a etnia Guarani (FERREIRA, 2012), enquanto a maior média foi de 10,60 para a etnia Kayabi (DETOGNI, 1994). O trabalho também caracterizou a predominância de estudos do tipo seccionais e direcionados a etnias específicas localizadas na região Centro-Oeste do país.

Tem sido crescente o número de estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras que têm utilizado classificação étnico-racial (KABAD; BASTOS, SANTOS, 2012). Contudo, reverter o silêncio sobre a temática a ponto de construir um panorama epidemiológico crítico e comparativo ainda constitui tarefa a ser perseguida.

Não obstante os dados epidemiológicos ainda se apresentem incompletos, não há dúvidas sobre a pior condição social e de saúde das populações indígenas em relação aos outros grupos populacionais. Um panorama construído com dados de 23 países e 28 populações identificou piores desfechos para os indígenas sobre expectativa de vida ao nascer, taxa de mortalidade infantil, mortalidade materna, baixo peso ao nascer, alto peso ao nascer, desnutrição infantil, obesidade infantil, obesidade entre adultos, escolaridade e *status* econômico (ANDERSON *et al.*, 2016).

Partindo da premissa de que a vida humana é determinada socialmente em todas as suas dimensões, incluindo a saúde (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014), as bases da teoria de determinação social da saúde apresentam-se como uma importante referência orientadora para a produção de conhecimento, que se propõe a expor sobre como a estrutura das sociedades, por meio de uma infinidade de interações sociais, normas e instituições afeta a saúde da população, e o que pode ser feito diante desses achados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Para isso, compreende-se que esse tipo de investigação deve envolver a caracterização da saúde/doença mediante fenômenos que são próprios dos modos de convivência do homem, com capacidade analítica de articular certa multiplicidade de determinações, refletindo interações entre diferenças biológicas, distinções sociais e inequidades no plano jurídico-político (ALMEIDA-FILHO, 2010).

No processo de investigação da cárie, baixas taxas apresentam-se como preditores positivos de saúde bucal para as gerações futuras (FRAZÃO, 2012). Contudo, os desafios colocados envolvem não só o declínio das taxas, como também a implementação de programas sensíveis às especificidades da saúde bucal indígena, com garantia de sustentabilidade ao longo do tempo (ARANTES; FRAZÃO, 2013).

Nesse sentido, amparada no papel da ciência de conhecer para transformar (BREILH, 2010), esta tese propõe-se a melhor compreender o cenário da saúde bucal indígena, de modo a romper com uma lógica fragmentada e desconexa, possibilitando a fundamentação da ação.

1.1 Saúde bucal: questão da Epidemiologia

Maria Zélia Rouquayrol, autora pernambucana de uma das grandes obras na área das ciências da saúde no Brasil, *Epidemiologia & Saúde*, conceitua a Epidemiologia como:

[...] a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes do risco de doenças, agravos e eventos associados à saúde, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, danos ou problemas de saúde e de proteção, promoção ou recuperação da saúde individual e coletiva, produzindo informação e conhecimento para apoiar a tomada de decisão no planejamento, administração e avaliação de sistemas, programas, serviços e ações de saúde (ROUQUAYROL *et al.*, 2018, p.9).

Nessa ampla definição, aspectos acadêmicos e dos serviços de saúde, abarcados pela Epidemiologia, são incorporados, de modo a valorizar os subsídios fornecidos pela capacidade inquisitiva de ensino, pesquisa e atenção à saúde. A definição também suscita debate em torno da classificação da Epidemiologia como ciência. Autores como Barreto (1990) e Almeida Filho e Medronho (2009) tratam a Epidemiologia como disciplina científica, enquanto Greenland e Rothman (2011) e Porta (2014) a consideram a partir do seu objeto de estudo.

Apesar de o estabelecimento da crítica centrar-se na preocupação com a restrição ao exercício do movimento e da criatividade no trabalho do epidemiologista (BARATA, 1997), a obra do filósofo austríaco Karl Popper, defensor da discussão crítica e do pensamento dedutivo na ciência, também apresenta aspectos inspiradores, ao afirmar que classificações e distinções são superficiais e de pouca importância, posto que os problemas são os reais objetos de estudo, pois podem ultrapassar as fronteiras de qualquer matéria ou disciplina (COSTA; COSTA, 1994).

A partir da compreensão de que a Epidemiologia possui como principal objetivo a identificação de subgrupos da população que possuem alto risco para a doença (GORDIS, 2017), estratégias de investigação epidemiológica aplicadas ao ciclo de produção do conhecimento foram organizadas e classificadas ao longo do tempo em desenhos de estudos epidemiológicos. Os desenhos intermedeiam o processo pelo qual as hipóteses conceituais são transformadas em hipóteses operacionais. Em comum, preconizam a observação sistemática dos fenômenos de interesse, a aplicação de teorias e métodos estatísticos na análise e interpretação dos dados, além da comparabilidade entre grupos com o propósito de identificar associações estatísticas entre as variáveis (BLOCH; COUTINHO, 2009).

Para classificar os tipos de estudos, três amplas categorias são estabelecidas: experimentais, quase-experimentais e observacionais. Entre elas, difere o poder do epidemiologista no controle sobre a exposição dos grupos aos fatores e na distribuição dos indivíduos. Entre os observacionais, os estudos ecológicos, seccionais, de caso controle e de coorte são definidos a partir da estratégia de observação, do esquema de seleção e da unidade de observação (BLOCH; COUTINHO, 2009).

Na área da saúde bucal, as primeiras experiências de estudos epidemiológicos encontradas no Brasil são de caráter seccional, realizadas desde o início dos anos 1950 (NARVAI, 2006). Também conhecidos por estudos transversais ou de prevalência, sua aplicação amadureceu no decorrer do tempo, tornando-se uma importante estratégia de vigilância em saúde bucal (RONCALLI; CÔRTEZ; PERES, 2012), constituindo-se no desenho de estudo mais comumente aplicado (RONCALLI, 2006).

Em contraposição à difusão dos estudos seccionais, a aplicação de estudos de coorte na área ainda se apresenta tímida, mas tem permitido a construção de um importante panorama da saúde/doença bucal nas últimas décadas (HAAS *et al.*, 2015; PERES *et al.*, 2017; NORO *et al.*, 2009; TEIXEIRA; RONCALLI; NORO, 2016; TEIXEIRA; RONCALLI; NORO, 2018). Os estudos de coorte, também chamados de seguimento ou *follow-up*, são estudos observacionais individuados longitudinais capazes de abordar hipóteses etiológicas, produzindo medidas de incidência entre grupos que compartilham experiência ou condição comum. Classificados como concorrentes (prospectivos) ou não-concorrentes (retrospectivos ou históricos), tais estudos são caros e de difícil operacionalização, mas possibilitam que sejam desenvolvidas investigações sobre populações dinâmicas ou fixas, à medida que permitem ou não a entrada de novos participantes ao longo do seguimento (COELI; FAERSTEIN, 2009; ROTHMAN; GREENLAND, 2011).

No município de Porto Alegre, região Sul do País, um estudo de coorte prospectivo acompanhou a progressão da doença periodontal por 5 anos, evidenciando que gênero masculino, idade avançada, menor nível educacional e hábito de fumar foram fatores de risco para progressão de perda de inserção periodontal (HAAS *et al.*, 2015).

Ainda na região Sul, foi iniciado em 2004, no município de Pelotas, um estudo de coorte que obteve o acompanhamento de 1.129 nascidos vivos dentro de 24 horas após o nascimento, por 3 e 12 meses, 4 e 5 anos. Nesses acompanhamentos, as mães foram entrevistadas e exames antropométricos e bucais foram realizados. Os resultados revelaram que as crianças que tiveram amamentação prolongada por um período igual ou maior a 2 anos apresentaram maior risco para cárie dentária. Apoiando-se nos benefícios da amamentação na

saúde das crianças, a necessidade de fortalecimento de medidas preventivas para a cárie dentária na infância ganha ainda mais importância (PERES *et al.*, 2017).

Na região Nordeste, estudo de coorte realizado no município de Sobral, Estado do Ceará, acompanhou a cárie dentária nas fases de infância, adolescência e adulta. Crianças na faixa etária de 5 a 9 anos foram examinadas nos anos 1999/2000 e reexaminadas em 2006 quando possuíam de 11 a 15 anos. A cárie aumentou progressivamente com a idade nesse período, sendo verificado em 2006 o Índice CPO-D de 1,60 aos 12 anos de idade e de 2,28 aos 15 anos, com incidência média de 1,86 dentes cariados por adolescente. Ainda, fatores como dor de dente nos últimos 6 meses, renda da mãe e merenda escolar, ajustados por percepção sobre necessidade de tratamento, escolaridade da mãe e consulta ao dentista ao menos uma vez, apresentaram relação com a alta incidência de cárie (NORO *et al.*, 2009).

Em nova onda desse estudo em Sobral, foi investigada a incidência de cárie na faixa etária de 17 a 21 anos de idade. No período 2006 e 2012, identificou-se maior incidência média de cárie do que no período anterior, equivalendo a 2,95 dentes afetados da adolescência para a fase adulta. Constatou-se que maior privação social ao longo da vida e falta de acesso ao dentista na infância implicam em maior incidência de cárie. Entretanto, o uso dos serviços odontológicos na adolescência e na fase adulta não foi suficiente para reduzir as iniquidades em saúde bucal (TEIXEIRA; RONCALLI; NORO, 2016). Na onda de 2012, com 482 participantes, a presença de iniquidades na assistência odontológica foi constatada, visto que os que possuíam as melhores condições socioeconômicas ao longo da vida apresentaram maior possibilidade de receber assistência odontológica imediata. Outro resultado relevante sobre a relação do capital social com a assistência odontológica apontou que os que nunca participaram de grupos de adolescentes, independentemente de sua natureza, apresentaram maior média de dentes sem assistência odontológica, independentemente da condição socioeconômica (TEIXEIRA; RONCALLI; NORO, 2018).

Também na região Nordeste, Melo, Souza e Goes (2019) desenvolveram estudo prospectivo analítico nos anos de 2006 e 2010 com crianças de áreas urbanas pobres localizadas nos Distritos Sanitários II e IV do município do Recife, Pernambuco, Brasil. O Índice ceo-d médio verificado inicialmente no valor de 1,10 para a faixa etária de 18 a 36 meses de idade em 2006, passou para o valor de 3,46 no ano de 2010, quando as crianças estavam então com idade entre 5 e 7 anos. Em um intervalo de 4,5 anos, a prevalência de cárie passou de 29,6% para 68,9%, refletindo diferença significativa entre os dois períodos, apesar das mudanças positivas na distribuição de indicadores socioeconômicos das famílias das crianças acompanhadas.

Considerando a diversidade de pensamentos e pensadores na Epidemiologia vigente, assim como a persistência de iniquidades em saúde bucal, é pertinente ponderar que o conhecimento estabelecido na área precisa ainda ser ampliado por estudos de abordagem abrangente, afinal, a reprodução sistemática de um mesmo desenho de estudo pode conduzir a conclusões equivocadas. Sobretudo, cabe ao epidemiologista selecionar técnicas e medidas adequadas ao seu objeto de investigação, sendo coerente na utilização e interpretação da medida escolhida, de maneira a apresentar evidências que apoiem o debate científico e a construção de propostas transformadoras da realidade.

O panorama estabelecido a partir dos estudos de coorte desenvolvidos já permite reconhecer importantes fatores associados à saúde/doença bucal, mas carece esclarecer o desafio sobre a mensuração da nutrição como mediadora da doença bucal e do impacto longitudinal nos desfechos crônicos bucais a partir da adoção de diferentes medidas de intervenção.

1.2 Saúde bucal: questão de determinação social

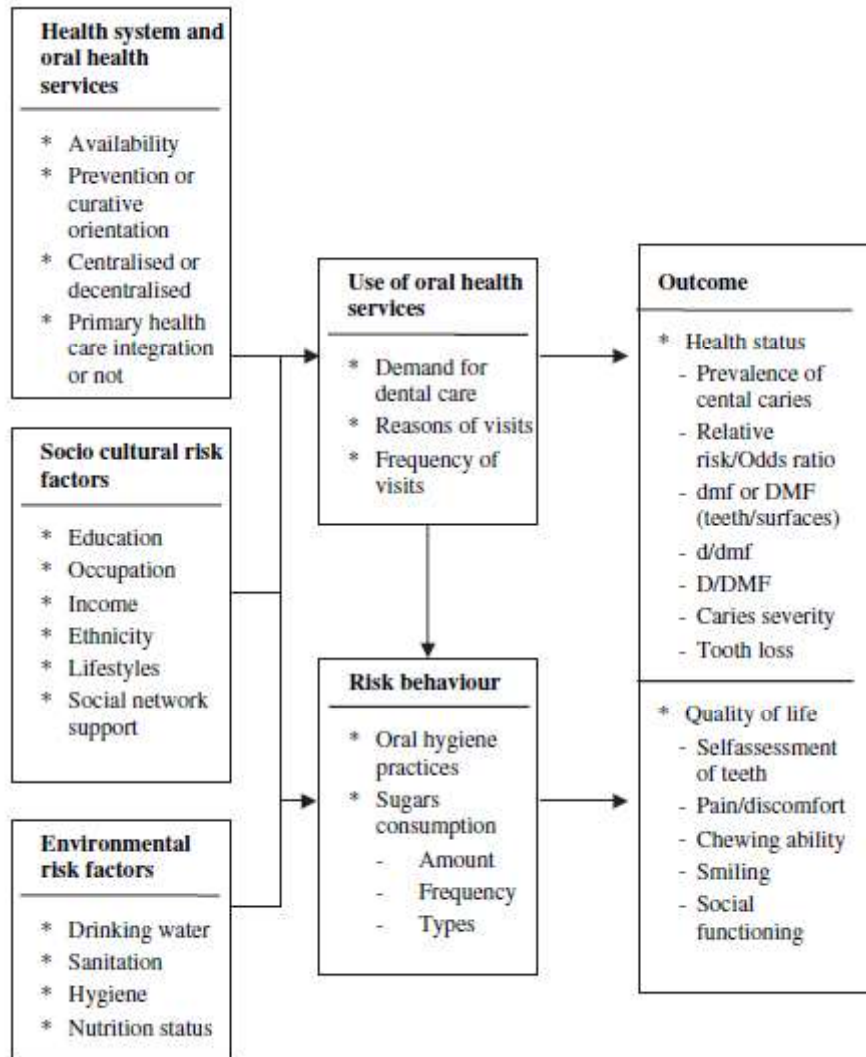
Na Epidemiologia do processo saúde-doença bucal, diferentes formulações teóricas são aplicadas a modelos conceituais que buscam representar a complexidade inerente ao processo. Os modelos conceituais devem servir para aprimorar nossa compreensão da determinação e de mecanismos de adoecimento, além de orientar a formulação de intervenções e políticas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

A teoria da determinação social da saúde estabelece uma compreensão da saúde como fenômeno social, exigindo formas amplas e complexas de ação política intersetorial. A aplicação da teoria a um modelo teórico significa considerar um conjunto completo de condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, partindo da compreensão de que nem todos os fatores têm igual importância (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Neste seguimento, um modelo conceitual bastante disseminado é o de Petersen (2005b), o qual aplica riscos sociocomportamentais aos desfechos bucais. O modelo estabelece que os desfechos estão distalmente relacionados com fatores socioambientais e características dos serviços em saúde bucal disponíveis. Em nível proximal e somados ao uso dos serviços estão os comportamentos de risco modificáveis, como as práticas de higiene bucal, hábitos alimentares, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Este modelo também considera como um de seus desfechos a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, contemplando as

dimensões de: auto-avaliação dos dentes; percepção de dor e desconforto; capacidade mastigatória; sorrir; e exercício de funções sociais (Figura 1).

Figura 1 - Fatores de risco sociocomportamentais para cárie dentária.



Fonte: Petersen, 2005b.

Fisher-Owens *et al.* (2007) propõem um outro modelo multidimensional destinado à compreensão da saúde bucal de crianças, que se caracteriza por incorporar como determinante o acesso da população à água fluoretada (Figura 2).

O arcabouço teórico-metodológico mencionado foi utilizado como guia para o desenvolvimento de uma metodologia multidimensional de caracterização de desfechos em saúde bucal entre indígenas, que será descrito detalhadamente nos tópicos seguintes.

Figura 2 - Domínios de determinantes da saúde bucal de acordo com o nível de influência.

Level	Genetics and Biology	Social Environment	Physical Environment	Health-Influencing Behaviors	Medical and Dental Care
Child level	Physical attributes; biological and genetic endowment; microflora; host and teeth	Substrate/diet; microflora	Health behaviors and practices (including injury-protection gear)	Health behaviors and practices; development; diet	Use of dental care; dental insurance
Family level	Health status of parents	Socioeconomic status; social support; family function; culture; health behaviors, practices, and coping skills of family	Socioeconomic status; family function; physical safety	Status of parents; family composition; family function; culture; health behaviors, practices, and coping skills of family	Health behaviors, practices, and coping skills of family
Community level	—	Social environment; social capital; culture; community oral health environment	Social capital; physical safety; physical environment (including fluoridation)	Culture	Health care system characteristics; dental care system characteristics

— indicates not applicable.

Fonte: Fisher-Owens *et al.*, 2007.

1.3 Saúde bucal: questão de qualidade de vida

Compondo os objetivos globais defendidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2020, a redução da morbidade por doenças bucais figura como fator impactante na melhora da qualidade de vida das populações (HOBDELL *et al.*, 2003). Condições bucais como cárie e perda dentária estão negativamente associadas com a qualidade de vida relacionada à saúde de adultos e idosos (HAAG *et al.*, 2017).

A qualidade de vida pode ser compreendida como “a percepção dos indivíduos de sua posição na vida a partir do contexto cultural e sistema de valores em que vivem, considerando seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p.153). Desse modo, compreender a extensão em que as condições de saúde bucal afetam a qualidade de vida é essencial para integrar a saúde bucal em uma agenda global propositiva e resolutiva (HESCOT, 2017). Isoladamente, indicadores clínicos são insuficientes para a descrição do estado de saúde, apresentando-se a aplicação de métodos objetivos e subjetivos como uma forma de ampliar a compreensão do impacto na qualidade de vida (GERRITSEN *et al.*, 2010).

Integrante fundamental da saúde, do bem-estar físico e mental, e capaz de refletir os atributos fisiológicos, sociais e psicológicos essenciais à qualidade de vida, a saúde bucal:

[...] é definida como multifacetada, incluindo a capacidade de falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma gama de emoções por meio de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto ou doença do complexo craniofacial (GLICK *et al.*, 2016, p. 916).

A saúde bucal precária é uma expressão da desigualdade social (NORTHRIDGE; KUMAR; KAUR, 2020) que afeta a qualidade de vida da população em todos os ciclos de vida. Entre crianças, a condição de saúde bucal é capaz de repercutir não só em sua própria qualidade de vida diária, como também na de sua família. Estudo realizado por Abed, Bernabe e Sabbah (2020) com a participação de 3.859 crianças da Inglaterra, Irlanda do Norte e País de Gales de 5, 8, 12 e 15 anos de idade verificou a associação de lesões severas de cárie dentária entre crianças e impactos negativos na vida familiar. Os impactos mais fortes da cárie dentária grave apresentaram-se relacionados com os sentimentos de culpa e estresse dos pais devido ao problema bucal da criança, além de afetar negativamente a vida familiar, restringindo suas atividades normais, perturbando o sono e causando a perda de dias de trabalho, pela necessidade de cuidar da criança.

Entre adolescentes, de 15 a 19 anos de idade, estudantes de escolas públicas e privadas do município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, percebeu-se que condições socioeconômicas e a presença de halitose estiveram associadas a maior impacto na qualidade de vida. O relato dos adolescentes sobre essa condição clínica chama atenção para a necessidade de intervenção sobre modos de prevenção e tratamento da halitose, com o intuito de evitar/minimizar efeitos sobre o desenvolvimento social do adolescente (COLUSSI *et al.*, 2017).

Na fase adulta, tem sido documentado que problemas de saúde bucal afetam a vida profissional. Estudo conduzido com 386 adultos trabalhadores de uma rede de supermercados localizada no Estado de São Paulo, Brasil, com idade de 20 a 64 anos, objetivou medir os impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adultos economicamente ativos. Seus resultados revelaram que a saúde bucal pode interferir nas atividades diárias e na produtividade no trabalho, levando à conclusão de que estratégias de promoção da saúde bucal precisam ser incluídas nos ambientes de trabalho (BATISTA *et al.*, 2014).

A percepção dos indivíduos sobre sua qualidade de vida e saúde bucal é influenciada por muitos fatores. Os trabalhos desenvolvidos por Gabardo *et al.* (2015) e Silva e Oliveira (2018) confirmaram que fatores individuais e contextuais se apresentam associados a essas percepções. Gabardo *et al.* (2015) investigaram 1.100 indivíduos adultos a partir de 18 anos de idade que viviam no município de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Os resultados

mostram que os piores relatos de condições de saúde foram de indivíduos do sexo feminino, idosos, pessoas com menor escolaridade, menor qualidade de vida e apoio social, bem como fumantes. Enquanto Silva e Oliveira (2018) verificaram que a combinação de fatores associados com pior percepção sobre saúde bucal envolve homens, de maior idade, não-brancos, que não possuem hábitos alimentares saudáveis, integrantes dos piores estratos socioeconômicos, moradores de localidades com piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e com maior cobertura de serviços públicos de saúde bucal.

Para além da importância da quantidade de dentes na cavidade bucal, uma dentição compreendida como funcional é aquela constituída por 21 ou mais dentes (HOBDELL *et al.*, 2003), o estado de saúde dos dentes remanescentes também possui relevância (JAMIESON *et al.*, 2017), cujas características como localização e distribuição dos dentes perdidos são capazes de afetar a gravidade da deficiência (GERRITSEN *et al.*, 2010).

Entre as prioridades da pesquisa em saúde bucal no século XXI estabelecidas pela OMS, está indicada a necessidade de atuação sobre a implicação psicossocial da saúde/doença bucal e qualidade de vida (PETERSEN, 2005a). O desafio colocado é o de não só aprimorar atividades de ensino, pesquisa e atenção à saúde no preenchimento de lacunas de conhecimento, mas essencialmente aplicar o conhecimento produzido em estratégias capazes de garantir programas de saúde bucal que melhorem a qualidade de vida de toda a população.

1.4 Saúde bucal: questão de raça

Em que pesem na atualidade as questões de raça/cor como uma construção social, o debate sobre raça mantém-se como uma categoria central de preocupação no campo das políticas públicas no Brasil. A raça apresenta-se não apenas como uma ferramenta analítica capaz de explicar os mecanismos estruturais das desigualdades sociais, mas também como um instrumento político de superação das iniquidades históricas existentes no país (MAIO; MONTEIRO, 2010).

A discriminação racial, atribuição de diferenças de tratamento em função da cor da pele (TELLES; BAILEY, 2013), possui efeitos próprios na área da saúde, contribuindo para o aprofundamento das desigualdades raciais em saúde. Uma característica chave do racismo contemporâneo é a exposição constante e crônica a insultos cotidianos, aparentemente menores, integrantes do meio ambiente social, que podem impactar na saúde de maneira duradoura (FORD; AIRHIHENBUWA, 2010).

Estudo desenvolvido com 297 cirurgiões-dentistas do município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, investigou a indicação de tratamento odontológico proposta pelos participantes a partir de 2 cenários apresentados por fotografias. Ambos apresentavam um dente molar extensamente deteriorado, mas indicado para tratamento conservador. Os cenários incluíam uma descrição do paciente e fotografias do caso clínico e da face. Um cenário mostrava a fotografia de um paciente branco, enquanto o outro a fotografia de um paciente preto. A investigação solicitou aos dentistas que considerassem o paciente pobre e que decidissem se deveriam remover ou manter o dente. Os resultados indicaram que a raça do paciente pode influenciar a decisão do dentista sobre extrair ou não um dente cariado (CABRAL; CALDAS; CABRAL, 2005).

As doenças bucais afetam desproporcionalmente os diferentes grupos de raça/cor. Estudo transversal desenvolvido no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, investigou 1.134 crianças de doze anos de idade estudantes de escolas públicas, e revelou que crianças não-brancas apresentavam pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal quando comparadas às crianças brancas (EMMANUELLI *et al.*, 2015). Nos Estados Unidos, 2.745 idosos, não institucionalizados, com idade ≥ 65 anos, pobres, de raça/etnia minoritária (pretos e hispânicos) estiveram significativamente associados a resultados ruins sobre a condição de saúde bucal e ao menor número de dentes permanentes presentes na cavidade bucal (HUANG; PARK, 2015).

A repercussão específica das desigualdades raciais na esfera da saúde pública e, por conseguinte, a necessidade de ação governamental para sua superação fundamentam a criação de políticas públicas setoriais de recorte racial (MAIO; MONTEIRO, 2010). Por sua magnitude e persistência, as desigualdades raciais em saúde bucal devem receber preocupação prioritária de formuladores de políticas públicas, pesquisadores e profissionais de odontologia, de modo a promover ações afirmativas racializadas (BASTOS; CELESTE; PARADIES, 2018).

1.5 Saúde bucal: questão indígena

A América Latina é uma das regiões etnoracialmente mais heterogêneas do mundo. Os países que a integram possuem culturas, histórias e sistemas de saúde únicos que podem contribuir para diferenças substanciais nos desfechos de saúde, não apenas entre países, mas também dentro dos próprios territórios (PERREIRA; TELLES, 2014).

A população indígena residente no Brasil alcançou o número de 817,9 mil pessoas distribuídas em 305 etnias e falantes de 274 línguas. A região Nordeste, com 332 mil indígenas, revela-se a segunda mais populosa em indígenas no país. Dentre as etnias com maior número de indígenas, a etnia Xukuru ocupa a 14ª posição, com 12.471 pessoas declarando-se como pertencentes à etnia, e o quantitativo de 7.508 residentes na Terras Indígenas (IBGE, 2012).

Para atender à pluralidade existente em relação às questões de saúde dos povos indígenas no país, quatro diferentes instituições governamentais já estiveram à frente de sua gestão. Em 1910, o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) assumiu a sua responsabilidade. Abordada de forma incipiente ao longo dos 57 anos de atuação do órgão, a saúde indígena foi repassada, em 1967, para a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) (BRITO; LIMA, 2013). Com atuação eventual e pontual, focada em ações campanhistas, e dentro de um cenário de crise econômica do Estado brasileiro nas décadas de 1970 e 1980; a FUNAI, em 1991, afastou-se dos cuidados à saúde dos povos indígenas, ficando estes a cargo do Ministério da Saúde, sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Nesse momento, a demanda principal era pela implantação de um novo modelo de atenção à saúde indígena baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), legitimados com a Lei Arouca - Lei nº 9.836/99 (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

A partir da gestão da FUNASA, foi estabelecido um modelo organizacional fundamentado na prestação dos serviços de saúde por meio de empresas privadas e organizações não governamentais, também denominadas “conveniadas”. O modelo caracteriza-se pela descentralização de serviços e recursos, mas mantém o comando único da gestão no plano do Governo Federal (MENDONÇA, 2010). Ainda que esse modelo organizacional esteja presente nos dias de hoje, encontra-se atualmente sob responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) criada em 2010, quando o Ministério da Saúde passou a gerenciar diretamente a atenção à saúde dos povos indígenas que vivem no país. A criação da SESAI reflete anos de críticas por parte dos povos indígenas aos serviços prestados pela FUNASA, além de inúmeras denúncias de corrupção e desvios de recursos (BRASIL, 2010; FERREIRA; PORTILLO; NASCIMENTO, 2013; MENDES *et al.*, 2018).

O processo de gestão e execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas por parte da SESAI baseia-se no modelo assistencial dos DSEI iniciado em 1999. Caracterizado como uma rede interconectada de serviços de atenção primária à saúde, o modelo é integrado por 34 DSEI distribuídos pelo território nacional a partir de características culturais e de localização das terras indígenas. Cada DSEI conta com um conjunto de

unidades de saúde constituídas por Posto de Saúde, Polo Base e Casa de Saúde Indígena (CASAI), responsáveis por ações de prevenção, tratamento e apoio na referência para o atendimento de média e alta complexidade, desempenhadas por Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) (GARNELO, 2012).

Na composição das EMSI estão as Equipes de Saúde Bucal formadas por Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), Técnico em Saúde Bucal (TSB), Cirurgião-dentista (CD) e Responsável Técnico (RT), que possuem atribuições definidas por diretrizes específicas (BRASIL, 2011). As ações desenvolvidas de saúde bucal e das demais áreas são monitoradas por meio do uso do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que tem sua estrutura organizada em módulos por área de atuação, de modo que os dados alimentados localmente forneçam consolidados individuais e coletivos em nível nacional (GARNELO, 2012).

As diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal foram construídas pelo Ministério da Saúde, sob a coordenação da SESAI, em parceria com o Departamento de Atenção Básica (DAB), objetivando a reorganização do modelo de atenção em saúde bucal direcionada aos povos indígenas. Seu foco foi estabelecido na ampliação e qualificação da atenção primária organizada com base nos DSEI, de modo a ampliar o acesso e a oferta de serviços, superando dificuldade operacionais de atendimento (BRASIL, 2011).

Relatório técnico produzido pela SESAI com um panorama nacional das ações desenvolvidas em saúde bucal no período de 2010 a 2013, a partir de dados de monitoramento de 31 DSEI, apontou a necessidade de qualificação dos dados produzidos, mas também permitiu constatar aumento do acesso da população indígena à assistência odontológica desde a criação da SESAI. Indicadores epidemiológicos individuais como cobertura de consultas odontológicas programáticas e número de procedimentos básicos realizados apresentaram aumento no período analisado. Apesar disso, manteve-se estável o percentual de indígenas com tratamento odontológico básico concluído nesse período, representando a necessidade da maior capacidade resolutiva dos atendimentos. Os indicadores de atividades coletivas desenvolvidas apresentaram aumento, com melhor desempenho dos profissionais de nível médio, comparado aos profissionais de nível superior, mas sem alcance das quatro distribuições anuais de kit de higiene bucal preconizadas (CÔRTEZ, 2014).

Apesar da carência e fragmentação de registros sobre o adoecimento bucal que acomete os indígenas, sabe-se que a cárie figura como a doença mais importante (ARANTES, 2003). É uma doença detectada em todos os povos e em todas as épocas. Sua etiologia é multifatorial, permeada por amplos fatores sociais, econômicos e culturais: condicionantes dos estágios de desenvolvimento da doença (PERES *et al.*, 2003).

A doença ocorre de modo diferente nas sociedades, classes e estratos de classes sociais, apesar das semelhanças biológicas entre os corpos dos seres humanos que as compõem (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014). Valores, conhecimentos e comportamentos culturais atrelados à saúde formam um sistema sociocultural integrado, total e lógico. Portanto, as questões relativas à saúde e à doença não podem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências. Os sistemas de atenção à saúde são sistemas culturais, consonantes com os grupos e com as realidades sociais, políticas e econômicas que os produzem e os replicam (LANGDON; WIIK, 2010).

Schuch *et al.* (2017) compararam a magnitude das desigualdades relativas à saúde bucal entre indígenas e não-indígenas do Brasil, Nova Zelândia e Austrália. A partir de dados provenientes de inquéritos realizados no Brasil em 2010, na Nova Zelândia em 2009 e na Austrália em 2004-06 e 2012 entre grupos com idade entre 35-44 anos e 65-74 anos, verificaram que independentemente do país, os indígenas apresentaram piores condições de saúde bucal.

Na Austrália, na faixa etária de 35 a 54 anos, a ausência parcial ou total dos dentes é quase cinco vezes maior entre indígenas do que entre os não-indígenas. Para aqueles com idade de 55-74 anos, 21% dos indígenas apresentam edentulismo, em comparação a 14% entre os não-indígenas (WILLIAMS *et al.*, 2011).

Entre indígenas brasileiros, os Xavântes, localizados no Estado do Mato Grosso, levantamento epidemiológico realizado em uma das sete Terras Indígenas que compõem o grupo étnico apontou para aumento nos valores do Índice CPO-D da década de 1960 até a de 1990 (ARANTES; SANTOS; COIMBRA JR, 2001). Já no período de 1999 a 2004, verificou-se maior incidência de cárie entre mulheres e adultos acima de 20 anos de idade. Alguns grupos etários apresentaram redução da experiência de cárie e aumento do percentual de dentes livres de cárie no período estudado, provavelmente devido a a maior participação desses grupos em um programa de saúde bucal desenvolvido desde 1997 que permitiu maior acesso a medidas preventivas, explicitando assim um processo de transição em saúde bucal (ARANTES *et al.*, 2009).

Ainda no Estado do Mato Grosso, estudo baseado em dados secundários envolvendo as etnias Kisêdje, Ikpeng, Kaiabi, Trumai, Kamayura, Yudjá, Waurá e Tapayuna que compõem a população habitante das regiões Baixo, Médio e Leste Xingu, nas idades de 5 e 12 anos e no grupo etário de 15 a 19 anos, foi realizado nos anos de 2007 e 2013. Nos resultados, não houve diferença significativa na experiência de cárie dentária aos 5 e aos 12 anos de idade. No

grupo etário de 15 a 19 anos, observou-se a diminuição do Índice CPO-D, passando de 6,89 (DP=4,16) em 2007 para 4,65 (DP=3,09) em 2013. Em todos os grupos etários, houve decréscimo da provisão de cuidados odontológicos, sem diferenças estatísticas entre os sexos (LEMOS *et al.*, 2018).

O trabalho de Alves Filho (2012) objetivou analisar a incidência da cárie dentária associada à condição socioeconômica e acesso a serviços entre indígenas da etnia Guarani. Tratou-se de um estudo do tipo de coorte prospectiva, abrangendo o período de 2007 a 2012, com participação de 368 indivíduos, residentes em seis comunidades localizadas nos municípios de Angra dos Reis, Parati e Niterói, no Estado do Rio de Janeiro. Os resultados mostram que a incidência de cárie aumentou progressivamente com a idade e piores condições de saúde bucal foram constatadas nas comunidades que não possuem escola funcionando regularmente.

Para melhor compreender a configuração do padrão de saúde bucal de povos indígenas no Estado de Pernambuco, realizou-se um estudo epidemiológico com o povo Xukuru do Ororubá no ano de 2010. Analisando a faixa etária de 10 a 14 anos, apenas 26,61% de seus integrantes apresentaram-se livres da experiência de cárie. A análise múltipla desenvolvida revelou associação da ausência de cárie com aspectos contextuais e individuais do grupo (MAURICIO, 2012).

No processo de caracterização de desfechos em saúde bucal entre povos indígenas, faz-se fundamental analisar dimensões que possibilitem um olhar mais abrangente da temática, de modo a possibilitar a superação de modelos reducionistas/biologicistas. As características socioeconômicas e demográficas configuram uma primeira dimensão a ser trabalhada, que perpassa as demais. Arantes e Frazão (2016) verificaram que famílias indígenas das etnias Kaiwoá, Guarani e Terena, habitantes do Estado do Mato Grosso do Sul, e não eleitas como beneficiárias do Programa Bolsa Família por apresentarem renda acima dos critérios do Programa, apresentaram índices de cárie 40% menores.

Outras dimensões importantes na compreensão da condição de saúde bucal são a atenção odontológica (segunda dimensão) e a autopercepção do indivíduo sobre sua condição de saúde bucal (terceira dimensão). Restrições no acesso a serviços odontológicos podem resultar em menor número de oportunidades para detecção e tratamento precoces. Aday e Forthofer (1992) verificaram que a busca por serviços de saúde entre grupos sociais distintos possui diferentes motivos: enquanto minorias étnico-raciais e grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o dentista por problemas de saúde bucal

autopercebidos, indivíduos de cor branca e com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento.

No contexto da atenção odontológica, um aspecto fundamental de promoção da saúde e prevenção da cárie é também o acesso ao flúor. Narvai, Frazão e Castellanos (1999) defendem que o fenômeno de declínio na experiência de cárie em dentes permanentes ao longo dos anos está associado à oferta de água fluoretada e à disponibilidade de dentifrícios fluoretados.

O comportamento individual em relação à frequência dos hábitos de higiene bucal constitui uma quarta dimensão. Soares, Novais e Freire (2009) estudaram a higiene bucal e verificaram maior frequência de escovação entre pessoas mais jovens, com mais tempo de escolaridade e dentadas. Em relação ao uso do fio dental, mulheres, pessoas mais jovens e com maior tempo de escolaridade fizeram uso mais frequente. Concluíram que hábitos de higiene estão associados a fatores sociodemográficos, como sexo, idade e escolaridade, e condição dentária. De acordo com Freire, Sheiham e Bino (2007), a pressão da sociedade em relação à beleza das mulheres como um fator sociocultural é capaz de influenciar as práticas de higiene.

Já a alimentação e a nutrição apresentam-se como a quinta dimensão desse olhar, que está envolta nos mais diversos significados, desde o âmbito cultural até as experiências pessoais. Nas práticas alimentares, que incluem procedimentos relacionados desde a preparação do alimento até seu consumo propriamente dito, a subjetividade veiculada inclui a identidade cultural, a condição social, a religião, a memória familiar e a época em que vivenciam essa experiência diária (GARCIA, 1997).

O quadro de transição alimentar e nutricional, caracterizado pela substituição do consumo de alimentos ricos em fibras e nutrientes por alimentos industrializados ricos em gorduras e carboidratos, também faz parte da atual realidade de alguns povos indígenas no Brasil (ARANTES; SANTOS; FRAZÃO, 2010b). Estudo transversal desenvolvido com a etnia Xukuru do Ororubá descreveu a distribuição de excesso de peso e obesidade e sua associação com variáveis demográficas e socioeconômicas entre crianças menores de 10 anos e adultos indígenas de 19 a 59 anos. Observou-se que entre as crianças, a prevalência de excesso de peso foi de 7,7% e o risco de sobrepeso foi de 24,2%. Já entre as mulheres, 52,2% estavam com excesso de peso e 21% obesas. Para os homens, as prevalências foram de 44,1% e 7,5%, respectivamente. Os achados sugerem que os Xukurus estão atravessando um acelerado processo de transição nutricional (FÁVARO *et al.*, 2015; 2019).

A relação entre consumo de sacarose e o incremento de cárie dentária está bem estabelecida na literatura científica (FELDENS *et al.*, 2010; SHEIHAM, 2001). Peres, Bastos

e Latorrea (2000), ao analisarem aspectos comportamentais e severidade da cárie em crianças de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, Brasil, mostraram que aqueles que consumiam produtos açucarados duas a três vezes por dia, todos os dias, apresentavam 4,41 vezes mais chances de ter alta gravidade da doença quando comparadas com as crianças que consumiam estes produtos no máximo uma vez ao dia. Os resultados evidenciaram que a frequência de consumo de doces e a renda familiar apresentaram-se como fatores de risco para alta severidade de cárie.

As cinco dimensões caracterizadas, além de estabelecerem interações entre si, repercutem na sexta e última dimensão que é a condição de saúde bucal propriamente dita. Esta pode ser medida por diferentes abordagens normativas de diagnóstico e registro da condição dentária, como por meio do Índice CPO-D, padrão internacionalmente aplicado em levantamentos epidemiológicos para medir a experiência de cárie (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017).

A partir desse cenário multidimensional, esta tese interessa-se por estudar a evolução do processo saúde-doença bucal na etnia Xukuru do Ororubá e suas relações causais, buscando responder a seguinte pergunta: como a saúde bucal dos indígenas da etnia Xukuru do Ororubá evoluiu no período de 2010 a 2018?

2 JUSTIFICATIVA

Com interesse na difusão de conhecimento acerca da temática saúde bucal indígena, no ano de 2012 a autora defendeu a dissertação “A saúde bucal do povo indígena Xukuru do Ororubá na faixa etária de 10 a 14 anos” (MAURICIO, 2012), a qual reverberou na publicação dos artigos “Oral health of indigenous people Xukuru of Ororubá at age 10 to 14 years, Pernambuco - Brasil” (MAURICIO *et al.*, 2012) e “Condições de saúde bucal da etnia Xukuru do Ororubá em Pernambuco: análise multinível” (MAURICIO; MOREIRA, 2014). O desenvolvimento deste trabalho permitiu, pela primeira vez, apresentar dados referentes à condição de saúde bucal dos Xukurus do Ororubá, um dos maiores povos indígenas do Nordeste do Brasil (IBGE, 2012), até então nunca estudado sob este aspecto.

Apesar do notável avanço obtido na comprovação da associação da ausência de cárie a aspectos individuais e coletivos, alocados em vários níveis de organização, o desenvolvimento deste estudo transversal possibilitou retratar apenas a condição de saúde presente no momento da realização do trabalho de campo. Não foi possível estabelecer como encontrava-se a saúde bucal deste grupo antes ou depois de efetuada a coleta de dados, limitação bem compreendida no desenvolvimento de um estudo transversal.

A escassez de estudos longitudinais e de maior complexidade metodológica é uma realidade na área da saúde bucal (BASTOS *et al.*, 2007). Na população indígena, as poucas etnias no Brasil que tiveram sua condição de saúde bucal estudada de forma longitudinal são os Xavântes e algumas etnias do Parque Indígena do Xingu, localizados no Estado do Mato Grosso, além dos Guaranis, localizados no Estado do Rio de Janeiro (ARANTES; SANTOS; COIMBRA JR, 2001; ARANTES *et al.*, 2009; Alves Filho, 2012; LEMOS *et al.*, 2018).

Para avançar neste sentido, esta tese se propõe a desenvolver uma análise temporal com a etnia Xukuru do Ororubá, em que possa ser verificada a evolução da condição de saúde bucal em um intervalo de tempo de 8 anos, possuindo como ponto de partida os resultados verificados no estudo *baseline* desenvolvido em 2010.

A proposta apoia-se na recomendação da Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde de implementação de ciclos periódicos de monitoramento e avaliação por meio de indicadores, como a média do Índice CPO-D e o percentual dos grupos livres de cárie, com período mínimo de quatro anos para acompanhamento da série histórica (BRASIL, 2018a). Alinhado também com a agenda de prioridades de pesquisa apresentada pelo MS, que estabelece a necessidade de avaliação do modelo de atenção e organização dos serviços de saúde à população indígena (BRASIL, 2018b), o desenvolvimento do estudo contribui com o

preenchimento de uma lacuna existente em relação aos estudos longitudinais neste campo temático, como também de análises integradas por diferentes dimensões na determinação do processo de adoecimento.

3 OBJETIVO GERAL

Analisar a evolução do processo saúde-doença bucal no período de 2010 a 2018 entre indígenas da etnia Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE), Brasil.

3.1 Objetivos específicos

- a) Verificar a autopercepção da saúde bucal dos participantes;
- b) Identificar potencialidades e fragilidades existentes no cuidado prestado à saúde de indígenas brasileiros;
- c) Caracterizar a saúde bucal da população estudada;
- d) Medir o incremento de cárie e investigar possíveis relações causais entre o incremento de cárie e aspectos referentes ao perfil socioeconômico e demográfico, de utilização de serviços odontológicos, de autopercepção da saúde bucal, práticas de higiene bucal e perfil alimentar e nutricional.

4 MÉTODO

Para descrição detalhada do método aplicado, seguem 8 subtópicos: (4.1) Delineamento do estudo; (4.2) Área e população de estudo; (4.3) Critérios de inclusão e exclusão; (4.4) Plano amostral; (4.5) Coleta de dados; (4.6) Processamento e análise dos dados; (4.7) Riscos e benefícios e (4.8) Aspectos éticos.

4.1 Delineamento do estudo

Classifica-se como uma coorte mista, concorrente e analítica, envolvendo população fixa, dedicada a abordar aspectos sociodemográficos, epidemiológicos e assistenciais sobre o processo saúde-doença bucal no período de 2010 a 2018, por meio de métodos quantitativos e qualitativos organizados em uma coletânea de quatro artigos (PLUYE; HONG, 2014).

O primeiro artigo (5.1) intitulado “Autopercepção da saúde bucal por indígenas: uma análise de classes latentes”, trata-se de um estudo seccional analítico de base populacional, aninhado ao *baseline* da coorte, que teve sua coleta de dados realizada no ano de 2010 com o objetivo de verificar a associação do impacto autopercebido da saúde bucal na vida diária, com aspectos sociodemográficos e de caracterização da saúde bucal, entre indígenas de 10 a 14 anos da etnia Xukuru do Ororubá.

No segundo artigo (5.2) “A municipalização da atenção à saúde indígena em debate”, desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura objetivando construir uma análise crítica que permitisse a identificação de potencialidades e fragilidades existentes na atenção prestada à saúde de indígenas brasileiros. A partir de uma estratégia de busca em bases de dados nos meses de julho e agosto de 2019, abordagens quantitativa e qualitativa foram aplicadas à bibliografia localizada.

O terceiro produto (5.3) “Caracterização socioepidemiológica em saúde bucal de uma população indígena na região Nordeste do Brasil” é um estudo seccional descritivo de base populacional, aninhado à coorte, com sua coleta de dados realizada no ano de 2018, quando o grupo investigado compunha a faixa etária de 18 a 23 anos. Seu objetivo é caracterizar a população de estudo quanto à utilização de serviços odontológicos, autopercepção da saúde bucal, práticas de higiene bucal, uso de dentifrícios fluoretados e experiência de cárie, além de aspectos socioeconômicos e demográficos.

O quarto estudo (5.4) “Incremento de cárie entre indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: achados por uma coorte (2010 – 2018)” envolve a coorte concorrente e

analítica, com população fixa, que se propõe a realizar o monitoramento da condição de saúde bucal. Seu objetivo é analisar o incremento de cárie e possíveis relações causais no período de 2010 a 2018 entre indígenas da etnia Xukuru do Ororubá, Pesqueira – PE, Brasil.

O trabalho de campo dos estudos ocorreu no município de Pesqueira (PE) nos limites da Terra Indígena (TI) Xukuru do Ororubá, ou seja, com participação da população indígena aldeada que no ano de 2010 era pertencente à faixa etária de 10 a 14 anos (estudo *baseline*). O grupo etário foi selecionado a partir da compatibilização da faixa índice de 12 anos que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece para monitoramento global da cárie, com o quantitativo populacional integrante de cada idade, fazendo com que houvesse a necessidade de ampliação do grupo de adolescentes. O grupo teve os desfechos de interesse em saúde bucal monitorados em um intervalo de tempo de 8 anos (COELI; FAERSTEIN, 2009; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017).

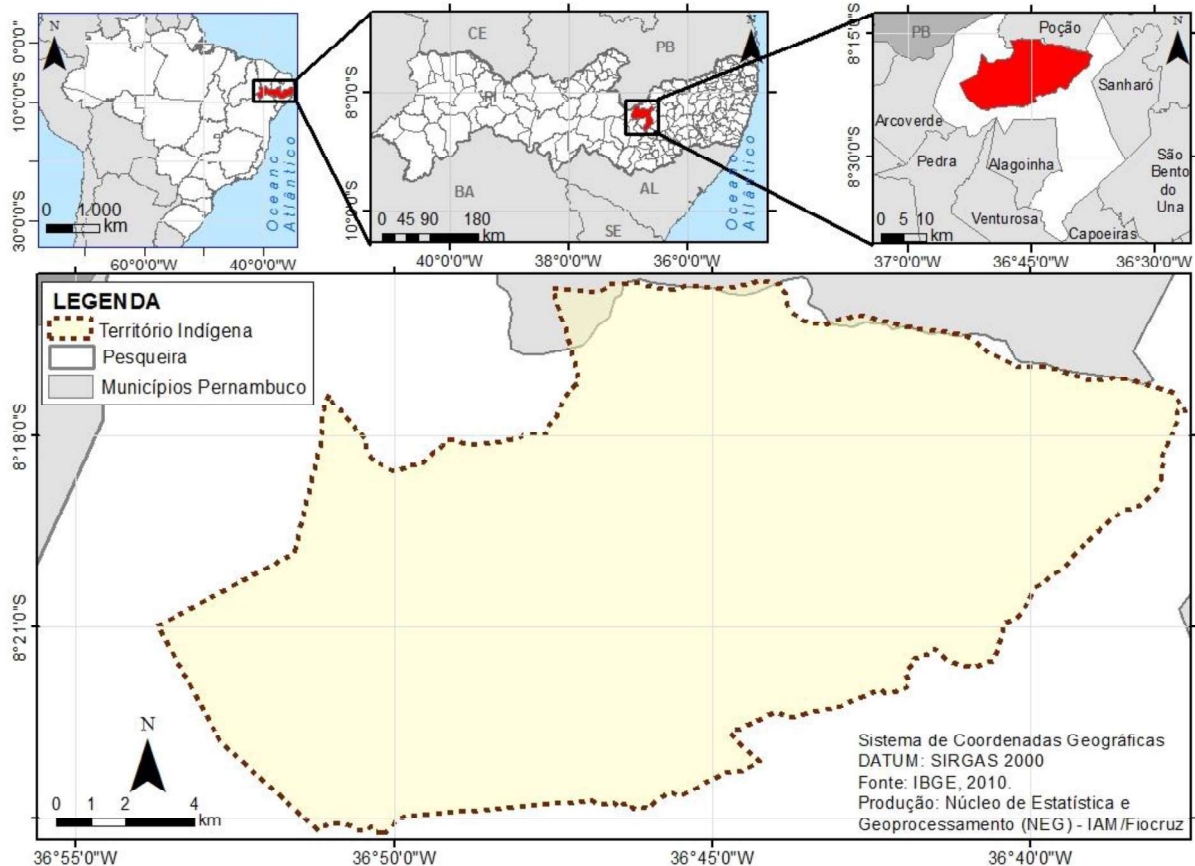
4.2 Área e população de estudo

No ano de 2010, a população aldeada do grupo étnico Xukuru do Ororubá apresentava-se constituída por 7.225 pessoas distribuídas em 1.896 domicílios. O Território de 27.550 hectares é dividido em 3 regiões socioambientais (Serra, Ribeira e Agreste) e 24 aldeias, localizadas a 216 km da capital do Estado de Pernambuco no município de Pesqueira, Região Nordeste do Brasil (Figuras 3 e 4). As regiões socioambientais são categorias espaciais estabelecidas pela própria etnia a partir das características geoclimáticas e socioeconômicas (MAURICIO, 2012).

Cada região socioambiental possui características próprias que definem padrões desiguais na oferta dos recursos naturais entre os índios Xukurus e também no desenvolvimento de sua economia. A região da Serra detém as principais fontes de água potável que abastecem a etnia, favorecendo iniciativas de produção de pecuária leiteira e a agricultura orgânica. A região da Ribeira, que no passado contava com a água da nascente do Rio Ipojuca e da Barragem do Pão-de-Açúcar para irrigação e cultivo agrícola da região, atualmente depende de meios alternativos de abastecimento, como caminhões pipa, em virtude da seca que afetou a região nos últimos anos. Já no Agreste, como a dificuldade de acesso aos recursos hídricos foi sempre uma realidade, a pecuária leiteira se desenvolveu mais. 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).

A partir das relações estabelecidas com a população não indígena, o povo Xukuru construiu sua identidade e organização social (NEVES, 2007). No Século XIX, a região habitada pelos indígenas passou a ser invadida por arrendatários, culminando em 1879 com a extinção do Aldeamento de Cimbres, a partir do decreto oficial do Governo Imperial (SILVA, 2007, 2008).

Figura 3 - Localização geográfica do Território Indígena Xukuru do Ororubá. Pesqueira, 2020.



Fonte: A autora juntamente com o Núcleo de Estatística e Geoprocessamento (NEG) – IAM/Fiocruz, 2020.

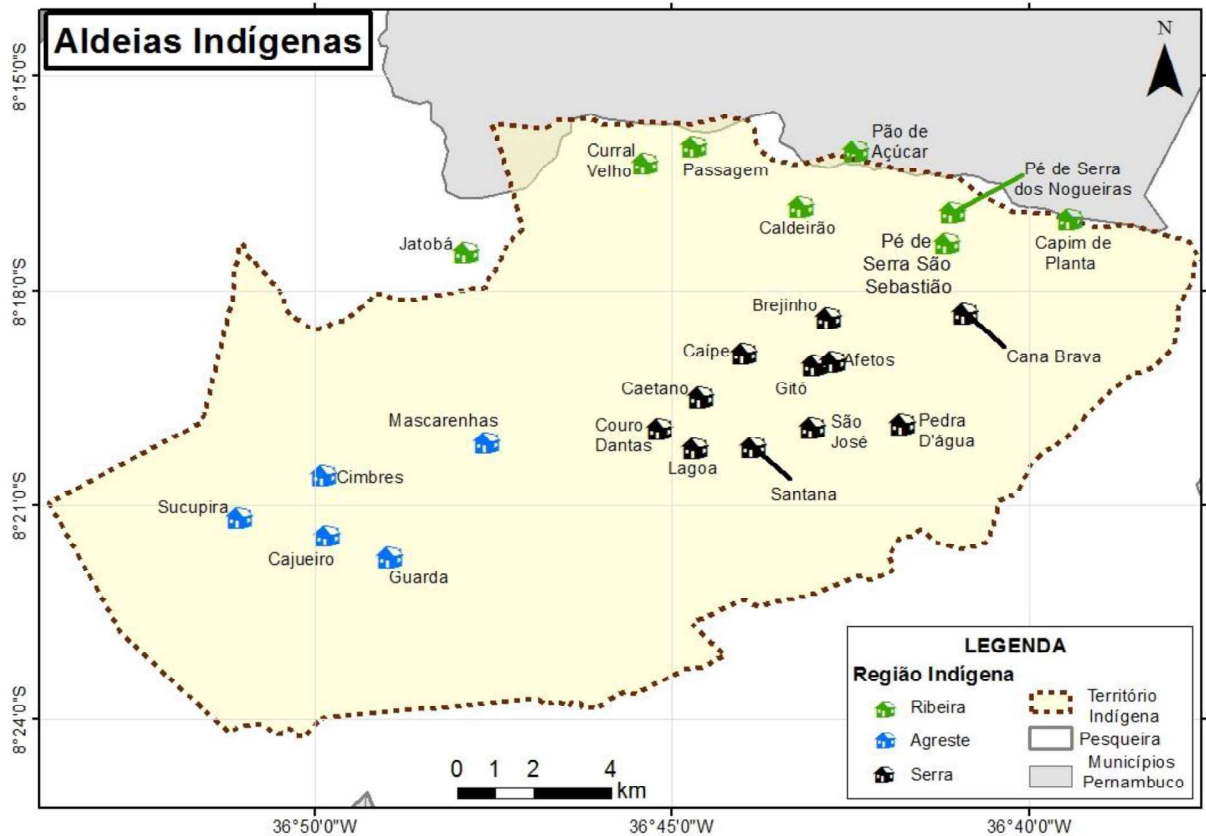
Nota: A figura pode ser vista com mais nitidez no Apêndice C.

Nesse processo de ocupação do Território, a migração para a região da Mata Sul de Pernambuco, Capitais no Nordeste e a Grande São Paulo foi a solução encontrada pela maioria (MONTE, 2010). Outras famílias resistiram em pequenas terras ou trabalhando para os fazendeiros (SILVA, 2007, 2008).

Com a participação do Cacique “Xicão” na aprovação da Constituição em 1988, os Xukurus iniciaram um processo de mobilização por seus direitos, buscando a retomada de seu Território tradicional. Nesse movimento, passaram a se autodenominar Xukurus do Ororubá, para não serem confundidos com o povo indígena Xukuru-Kariri. Pressionando os órgãos

públicos pelo reconhecimento de seus direitos e pela demarcação de suas terras, obtiveram em 2001 a homologação de 85% do território reivindicado (PIANI, 2005; SILVA, 2007, 2008).

Figura 4 - Organização do Território Indígena Xukuru do Ororubá segundo regiões e aldeias. Pesqueira, 2020.



Fonte: A autora juntamente com o Núcleo de Estatística e Geoprocessamento (NEG) – IAM/Fiocruz, 2020.

Nota: A figura pode ser vista com mais nitidez no Apêndice D.

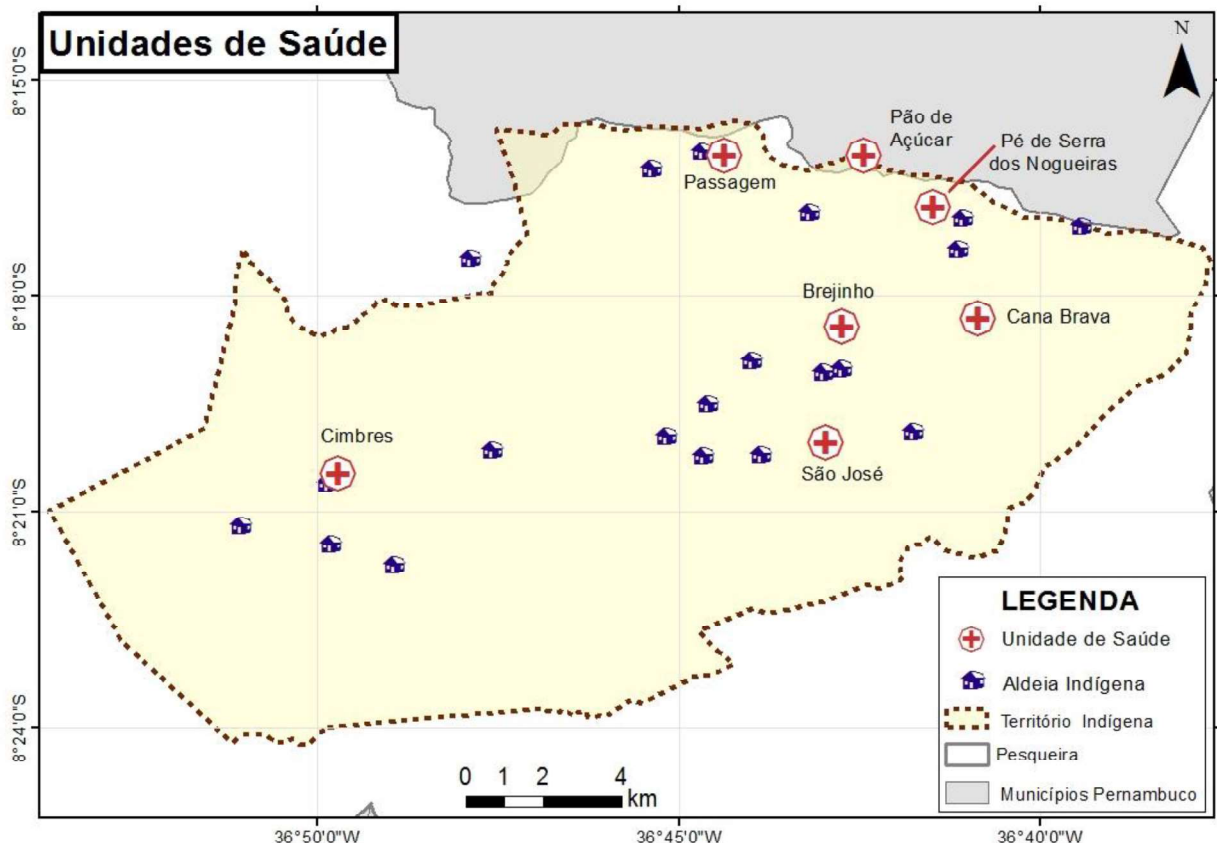
A organização política da população Xukuru é constituída pelo cacique, vice-cacique, pajé e conselho de lideranças, composto pelos representantes das vinte e quatro aldeias. Nesse sistema organizacional, o Conselho Indígena de Saúde Xukuru do Ororubá (CISXO), desempenha um importante papel em relação às tomadas de decisão sobre as questões de saúde indígena. O Conselho é composto por Agentes Indígenas de Saúde (AIS), Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), Auxiliares Indígenas de Enfermagem e lideranças (SOUZA, 2007).

A etnia apresenta-se como uma das 12 com atenção à saúde sob gestão do DSEI Pernambuco. O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) é a instituição conveniada à SESAI responsável por atuar de forma complementar na execução de ações de saúde voltadas às populações indígenas cobertas pelos DSEI Pernambuco, Potiguara,

Maranhão, Bahia, Ceará, Alagoas e Sergipe. Suas ações envolvem atenção à saúde, qualificação profissional e desenvolvimento de pesquisas voltadas a essa população.

Com uma equipe formada por 572 profissionais, o DSEI Pernambuco atua no Território Xukuru por meio do quantitativo de 84 trabalhadores. Sete Postos de Saúde com consultório odontológico estão distribuídos no Território, nos quais três Equipes de Saúde Bucal constituídas por CD e ASB constroem um sistema de rodízio para atendimento de 7.857 pessoas cadastradas no SIASI no ano de 2018 (BRASIL, 2019). A gestão local dos serviços de saúde é desenvolvida por uma equipe que atua no Polo Base localizado na aldeia São José. A referência para atendimentos odontológicos de atenção secundária constitui-se nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) localizados no município de Pesqueira ou de Caruaru, a depender da disponibilidade de vagas de atendimento (Figura 5).

Figura 5 – Localização das unidades de saúde com consultório odontológico no Território Indígena Xukuru do Ororubá. Pesqueira, 2020.



Fonte: A autora juntamente com o Núcleo de Estatística e Geoprocessamento (NEG) – IAM/Fiocruz, 2020.

Nota: A figura pode ser vista com mais nitidez no Apêndice E.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Todos os indígenas da etnia Xukuru do Ororubá que no ano de 2010 integravam a faixa etária de 10 a 14 anos, participaram do estudo *baseline* e permaneceram no Território Indígena em 2018 foram incluídos. Os demais que não preencheram este critério foram excluídos da amostra.

4.4 Plano amostral

A amostra foi a mesma integrante do estudo *baseline* “Saúde e Condições de Vida do Povo Indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira-PE”, ou seja, composta por 233 indígenas integrantes em 2010 da faixa etária de 10 a 14 anos. O cálculo desta amostra intencionou representar 871 indivíduos que integravam a faixa etária de 10-14 anos de idade em 2010. Assumiu-se a prevalência de 20% para cárie, precisão de 5% e intervalo de confiança de 95% (IC95%), com o acréscimo de 20% para amenizar perdas e recusas. Para a coleta de dados realizada em 2018 integraram a amostra os indivíduos investigados em 2010 e que em 2018 estavam na faixa etária de 18 a 23 anos.

4.5 Coleta de dados

A partir de uma estratégia de busca no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), a equipe profissional do Polo Base Xukuru do Ororubá pesquisou a atual localização de todos os participantes do estudo de 2010. Com o apoio dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), desenvolveu-se a estratégia domiciliar de coleta de dados em dezembro de 2018, envolvendo a aplicação de questionários e a realização de exames bucais e antropométricos.

O questionário digital do tipo fechado construído na plataforma Epi Info® versão 3.4 (2007) possibilitou a coleta de dados por meio do uso de tablets (Samsung Galaxy Tab3®), sendo realizado treinamento com a equipe de campo, seguido de estudo piloto com 11 indígenas que não compunham a amostra. A partir do estudo piloto, instrumentos de coleta e o processo de trabalho foram ajustados.

A equipe de trabalho de campo foi constituída por dois alunos de graduação em odontologia e dois cirurgiões-dentistas, os quais atuaram em duplas de trabalho, sendo cada dupla composta por examinador e anotador. Os exames bucais seguiram as orientações da

OMS (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017). Para cumprimento das normas de biossegurança, a pesquisa contou com o apoio da central de esterilização da Universidade de Pernambuco *campus* Arcoverde, onde foi realizada a lavagem e esterilização dos instrumentais. A anuência da instituição está apresentada no Anexo D.

Para que os exames bucais possuíssem parâmetros aceitáveis de consistência interna e externa aos examinadores, previamente ao início do trabalho de campo foi realizado o treinamento de calibração. Trata-se de um método de capacitação teórica e prática utilizado para conhecer o grau de concordância alcançado (intra/inter)examinadores durante a coleta dos dados (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017).

A concordância dos resultados obtidos foi verificada a partir do Coeficiente Kappa (k) (PEREIRA, 1995). Na calibração inter-examinador, obteve-se média=0,84 (variação de 0,80 a 0,89) permitindo a classificação de concordância ótima entre os examinadores. Para a calibração intra-examinador, obteve-se média=0,92 (variação de 0,85 a 1,00) e concordância também classificada como ótima, permitindo o desenvolvimento da coleta de dados.

Pelo fato dos indígenas da etnia Xukuru do Ororubá fazerem uso da língua portuguesa em sua rotina diária, não se fez necessária a adaptação do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para um dialeto próprio, mas estes foram adequados às peculiaridades culturais, fazendo uso de linguagem clara e objetiva. Para minimizar o risco de constrangimento do participante, a equipe de trabalho de campo atuou de maneira cuidadosa e respeitosa, realizando exame e entrevista em local reservado no domicílio (Apêndice A).

Antes da realização dos exames bucais, os participantes receberam um kit de higiene bucal associado à aplicação de flúor e orientações quanto à higiene bucal e alimentação. O trabalho de campo ocorreu de maneira articulada com os serviços de saúde ofertados pela SESAI no Território Indígena. Assim, diante da identificação de situações de urgência, os participantes receberam encaminhamento para o serviço de saúde mais próximo.

A aplicação de questionários (Apêndice B) do tipo fechado possibilitou a coleta de dados referentes à variável dependente e às variáveis independentes, organizadas em 6 dimensões (Quadro 1). São elas:

- a) Dimensão 1 - Aspectos socioeconômicos e demográficos. Compreende as variáveis: região socioambiental, aldeia, características domiciliares (número de moradores, tipo de material utilizado nas paredes externas, no piso e na cobertura do domicílio, número de cômodos, número de cômodos utilizados como dormitórios, fonte de água utilizada para consumo, tratamento empregado

- à água de beber, tipo de instalação sanitária, destino do lixo, presença de energia elétrica, material utilizado para cozinhar), idade, sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação, classe social e renda familiar;
- b) Dimensão 2 - Atenção odontológica. Envolve as variáveis: ida ao dentista alguma vez na vida, tempo da última consulta, local da última consulta, forma de marcação da consulta, tempo de espera entre marcação e atendimento, motivo da última consulta, realização de prescrição de medicamentos e exames, acesso aos medicamentos e exames prescritos e avaliação do atendimento. Também foram coletadas as coordenadas espaciais/geográficas por meio de aparelhos de *Global Positioning System* (GPS), tanto sobre a localização dos domicílios indígenas, quanto da localização da unidade de saúde na qual o indígena recebeu assistência odontológica;
- c) Dimensão 3 – Autopercepção da saúde bucal. Estão englobadas as variáveis: percepção de necessidade atual de tratamento, presença de dor nos 6 meses anteriores à data da entrevista, especificação do grau de dor, classificação da saúde bucal, identificação de necessidade de prótese, relato de incômodo em relação à mastigação, escovação, irritabilidade, diversão, prática de esportes, fala, sorriso, trabalho/estudo e sono;
- d) Dimensão 4 – Práticas de higiene bucal. Aborda as variáveis: realização de higiene da boca, utilização de escova de dentes, utilização de creme dental com flúor, utilização de fio dental e frequência diária de realização da escovação;
- e) Dimensão 5 – Perfil alimentar e nutricional. Foram trabalhadas variáveis de medidas antropométricas de peso e altura dos participantes. O peso foi aferido utilizando-se balança digital portátil SECA (modelo 872, Hamburgo, Alemanha) e a estatura por meio de estadiômetro desmontável Altorexata (Belo Horizonte, Brasil). Para a definição do perfil alimentar, apoiando-se no trabalho desenvolvido por Castro *et al.* (2008) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), coletaram-se dados sobre os tipos de refeições realizadas ao longo do dia e sobre o consumo e a frequência alimentar semanal de dez tipos de alimentos ou preparações, sendo cinco marcadores de uma alimentação saudável e cinco marcadores de uma alimentação não saudável.
- f) Dimensão 6 – Medição normativa da saúde bucal. Compreende as variáveis: cálculo do Índice CPO-D, número de dentes permanentes na cavidade bucal, uso e necessidade de prótese.

Quadro 1 - Descrição das variáveis coletadas. Pesqueira, 2020.

(Continua)

VARIÁVEL DEPENDENTE		
Denominação	Conceituação	Classificação
Experiência de Cárie	Contagem de dentes cariados a partir do Índice CPO-D (Cariados, Perdidos e Obturados)	Quantitativa discreta valores variando de 0 a 32
VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
DIMENSÃO 1 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS		
Denominação	Conceituação	Classificação
Região Sócio-ambiental	Nome da região sócio-ambiental	Qualitativa nominal 1 -Ribeira; 2- Agreste; 3- Serra
Aldeia	Nome da aldeia	Qualitativa nominal 1 - Caldeirão; 2 - Capim de Planta; 3 - Curral Velho; 4 - Jatobá; 5- Pão de Açúcar; 6- Passagem; 7- Pé de Serra dos Nogueira; 8 - Pé de Serra São Sebastião; 9 – Cajueiro; 10 -Cimbres; 11 - Guarda; 12 - Mascarenhas; 13 - Sucupira; 14 - Afetos; 15 - Brejinho; 16 - Caetano; 17 - Caípe; 18 - Cana-Brava; 19 - Couro Dantas; 20 - Gitó; 21 - Lagoa; 22 - Pedra D'água; 23 - Santana; 24 - São José.
Número do domicílio	Numeração atribuída a cada domicílio	Quantitativa discreta Valores de 1 a 605
Localização do domicílio	Coordenadas da localização do domicílio	Quantitativa contínua Latitude e longitude
Data da entrevista	Data de realização da entrevista	Quantitativa contínua
Entrevistador	Nome do entrevistador	Qualitativa Nominal
Entrevistado	Nome do entrevistado	Qualitativa Nominal
Moradores	Número total de moradores do domicílio	Quantitativa discreta
Condições de moradia	Material principal nas paredes externas do domicílio	Qualitativa Nominal 1 -alvenaria/tijolo; 2-madeira apropriada para construção; 3 - madeira aproveitada; 4 -taipa/barro; 5- lona/plástico; 6 - palha; 7 - outro material; 9- Ignorado.
	Material principal do piso	Qualitativa Nominal 1 -cerâmica ou lajota; 2 - madeira apropriada para construção; 3 - madeira aproveitada; 4-cimento; 5 - terra; 6 – palha; 7 - outro material; 9- Ignorado.
	Material principal do telhado/cobertura	Qualitativa Nominal 1- telha/barro; 2- laje; 3 -telha de zinco ou amianto; 4- madeira; 5- lona/plástico; 6- palha; 7- outro material; 9- Ignorado.

Quadro 1 - Descrição das variáveis coletadas. Pesqueira, 2020.

(Continuação)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
DIMENSÃO 1 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS		
Denominação	Conceituação	Classificação
Cômodos do domicílio	Número de cômodos no domicílio	Quantitativa discreta
	Número de cômodos utilizados como dormitório	Quantitativa discreta
Água	Em geral, a água utilizada no domicílio é obtida:	Qualitativa Nominal 1- torneira dentro da casa; 2- torneira fora da casa de uso exclusivo; 3- chafariz; 4- rio, açude/barragem; 5- água da chuva armazenada em cisterna; 6- nascente; 7- poço (com ou sem bomba); 8- outra forma; 9- ignorado.
	Se obtida em torneira, qual a origem da água?	Qualitativa Nominal 1- rede pública/municipal; 2- rede da Funasa; 3- fonte protegida; 4- poço artesiano; 5- poço raso; 6- rio, açude/barragem; 7- outra fonte não citada; 9- ignorado.
	No domicílio, a água para beber é usualmente filtrada	Qualitativa Nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
	No domicílio, a água para beber é usualmente tratada com hipoclorito de sódio	Qualitativa Nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
	No domicílio, a água para beber é usualmente fervida	Qualitativa Nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
	No domicílio, a água para beber é usualmente decantada/coada	Qualitativa Nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
	Existente algum banheiro de uso exclusivo neste domicílio?	Qualitativa Nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Banheiro	Se sim, onde fica?	Qualitativa Nominal 1- dentro de casa (latrina ou sanitário); 2- fora de casa (latrina ou sanitário); 3- fora de casa (módulo da Funasa); 9- Ignorado.
	Se houver latrina ou sanitário no domicílio, para onde vão predominantemente os dejetos?	Qualitativa Nominal 1- rede coletora de esgoto; 2- fossa séptica; 3- fossa rudimentar/rasa; 4- direto para rio/açude/barragem; 5- vala; 6 - outro destino não citado; 9- Ignorado.
	Se não, em que local os moradores costumam fazer as suas necessidades?	Qualitativa Nominal 1- Banheiro de uso coletivo; 2- Banheiro de uso coletivo (Módulo da FUNASA); 3- Buraco; 4- Mato; 9- Ignorado.
Lixo	O lixo do domicílio é predominantemente:	Qualitativa Nominal 1- Depositado em caçamba de serviço de limpeza; 2- Coletado por serviço de limpeza; 3- Enterrado; 4- Queimado; 5- Jogado em rio/açude; 6- Jogado em terreno baldio; 7- Outro destino não citado; 9- Ignorado.

Quadro 1 - Descrição das variáveis coletadas. Pesqueira, 2020.

(Continuação)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
DIMENSÃO 1 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS		
Denominação	Conceituação	Classificação
Iluminação elétrica	Este domicílio tem iluminação elétrica?	Qualitativa Nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Cozinhar	Para cozinhar é utilizado:	Qualitativa Nominal 1- gás; 2- carvão/lenha dentro de casa, sem exaustão; 3- carvão/lenha dentro de casa, com exaustão; 4- carvão/lenha fora de casa; 5-combinação de gás e carvão/lenha; 6- outra forma; 9- ignorado.
Data de Nascimento	Data de nascimento	Quantitativa contínua
Idade	Idade em anos completos do indivíduo no momento do exame	Quantitativa contínua
Sexo	Sexo	Qualitativa nominal 1 – Masculino; 2- Feminino
Raça/cor	Raça/cor	Qualitativa nominal 1 – Branca; 2- Preta; 3 – Amarela; 4 – Parda; 5 – Indígena; 9- Ignorado.
Povo indígena	Se indígena, a que povo pertence?	Qualitativa nominal 1 – Xukuru do Ororubá; 2- Outro.
Estado civil	Estado civil	Qualitativa nominal 1 – Solteiro(a); 2- União consensual/amigado(a); 3 – Casado(a); 4 – Separado(a); 5 – Divorciado(a); 6 - Viúvo(a); 9- Ignorado.
Ler e escrever	Sabe ler e escrever?	Qualitativa Nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Escolaridade	Frequenta escola ou universidade?	Qualitativa Nominal 1- Sim; 2- Não, mas já frequentou; 3- Não, nunca frequentou; 9- Ignorado.
	Se sim, que série frequenta?	Qualitativa Ordinal 01- 1º Ano do Ensino Fundamental (EF); 02 – 2º Ano do EF; 03- 3º Ano do EF; 04 - 4º Ano do EF; 05 – 5º Ano do EF; 06 – 6º Ano do EF; 07 – 7º Ano do EF; 08 – 8º Ano do EF; 09 – 9º Ano do EF; 10-1º Ano do Ensino Médio (EM); 11 – 2º Ano do EM; 12 – 3º Ano do EM; 13- Educação de jovens e adultos - fundamental; 14 – Educação de jovens e adultos –médio; 15 – Formação de professores indígenas; 16 – Pré-vestibular; 17 – Superior de graduação; 18- Especialização (mínimo 360 horas); 19 – Mestrado; 20 – Doutorado; 21- Outro não citado; 99- Ignorado.

Quadro 1 - Descrição das variáveis coletadas. Pesqueira, 2020.

(Continuação)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
DIMENSÃO 1 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS		
Denominação	Conceituação	Classificação
Escolaridade	Se não, qual foi o curso mais elevado que já completou ou a série que já concluiu?	Qualitativa Ordinal 01- 1º Ano do Ensino Fundamental (EF); 02 – 2º Ano do EF; 03- 3º Ano do EF; 04 - 4º Ano do EF; 05 – 5º Ano do EF; 06 – 6º Ano do EF; 07 – 7º Ano do EF; 08 – 8º Ano do EF; 09 – 9º Ano do EF; 10-1º Ano do Ensino Médio (EM); 11 – 2º Ano do EM; 12 – 3º Ano do EM; 13- Educação de jovens e adultos - fundamental; 14 – Educação de jovens e adultos –médio; 15 – Formação de professores indígenas; 16 – Pré-vestibular; 17 – Superior de graduação; 18- Especialização (mínimo 360 horas); 19 – mestrado; 20 – doutorado; 21- Outro não citado; 99- Ignorado.
Ocupação	Qual a sua ocupação principal?	Qualitativa Nominal Afazeres domésticos; agricultura; criação de animais; extração vegetal; produção familiar (farinha ou outros produtos); caça/pesca; artesanato; magistério (professor indígena); servidor público; atividade remunerada em organização indígena; atividade voluntária não remunerada em organização indígena; atividade comercial; estudante; trabalho eventual para terceiros; outra atividade.
Classe social	Classe social categorizada a partir da ocupação	Qualitativa ordinal 0 - trabalhador assalariado; 1- trabalhador autônomo com não mais do que 1 empregado; 2 - pequeno empregador com 2 a 9 funcionários; 3 - empregador com 10 ou mais empregados.
Renda	Total de rendimentos da família	Quantitativa contínua
VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
DIMENSÃO 2 - ATENÇÃO ODONTOLÓGICA		
Denominação	Conceituação	Classificação
Consulta dentista	Alguma vez na vida você já foi ao consultório do dentista?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Última consulta	Quando você consultou o dentista pela última vez?	Qualitativa nominal 1-Menos de um ano; 2-Um a dois anos; 3-Três anos ou mais; 8-Não se aplica; 9- Ignorado.

Quadro 1 - Descrição das variáveis coletadas. Pesqueira, 2020.

(Continuação)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
DIMENSÃO 2 - ATENÇÃO ODONTOLÓGICA		
Denominação	Conceituação	Classificação
Local da consulta	Onde foi a sua última consulta?	Qualitativa nominal 1-Serviço público; 2-Serviço particular; 3-Plano de Saúde ou Convênios; 4- Outros; 8-Não se aplica; 9-Ignorado.
Localização da unidade de saúde	Coordenadas da localização da unidade de saúde	Quantitativa contínua Latitude e longitude
Marcação da consulta	Como foi feita a marcação dessa última consulta?	Qualitativa nominal 1 – Telefone; 2- Internet; 3– Presencialmente; 4- Agente Indígena de Saúde; 5- Outros; 8-Não se aplica; 9- Ignorado.
Espera pela consulta	Qual foi o tempo de espera entre a marcação e o atendimento?	Qualitativa nominal 1 - 1 a 2 semanas; 2 - 3 a 4 semanas; 3 - 1 a 2 meses; 4 - Mais de 2 meses; 8 - Não se aplica; 9 - Ignorado.
Motivo da consulta	Qual o motivo da sua última consulta?	Qualitativa nominal 1-Revisão, prevenção ou check-up; 2- Dor; 3-Extração; 4-Tratamento; 5- Outros; 8-Não se aplica; 9-Ignorado.
Prescrição medicamentosa	Nesta consulta foi prescrito algum medicamento?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
	Você teve acesso ao medicamento prescrito pelo SUS?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 8 – Não se aplica; 9- Ignorado.
Prescrição de exames complementares	Nesta consulta foi prescrito algum exame complementar?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
	Você teve acesso aos exames prescritos pelo SUS?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 8 – Não se aplica; 9- Ignorado.
Avaliação da consulta	O que você achou do tratamento na última consulta?	Qualitativa nominal 1-Muito Bom; 2-Bom; 3-Regular; 4- Ruim; 5-Muito Ruim; 8-Não se aplica; 9- Ignorado.
VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
DIMENSÃO 3 - AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL		
Denominação	Conceituação	Classificação
Necessidade de tratamento	Você acha que necessita de tratamento dentário atualmente?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Dor de dente	Nos últimos 6 meses você teve dor de dente?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Quanto de dor	Identifica-se a intensidade de dor de acordo com a figura presente no questionário	Qualitativa nominal (1-10) 1= pouca dor 10 = dor muito forte

Quadro 1 - Descrição das variáveis coletadas. Pesqueira, 2020.

(Continuação)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
DIMENSÃO 3 - AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL		
Denominação	Conceituação	Classificação
Satisfação dentes e boca	Com relação aos seus dentes/boca você está:	Qualitativa ordinal 1-Muito satisfeito; 2-Satisfeito; 3-Nem satisfeito nem insatisfeito; 4-Insatisfeito; 5-Muito insatisfeito; 9-Ignorado
Prótese	Você considera que precisa utilizar prótese total (dentadura) ou trocar a que está utilizando?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Dificuldade de comer	Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Incômodo ao escovar	Os seus dentes o incomodam ao escovar?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Nervosismo ou irritação	Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Influência no lazer	Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Influência no esporte	Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Dificuldade em falar	Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Vergonha de sorrir	Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Atrapalha estudo/trabalho	Os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola/trabalho?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Atrapalha o sono	Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
DIMENSÃO 4 - PRÁTICAS DE HIGIENE BUCAL		
Denominação	Conceituação	Classificação
Higiene bucal	Você realiza a limpeza da boca?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Escova de dentes	Se sim, você usa escova de dentes?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Pasta dental	Você usa pasta dental com flúor?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Fio dental	Você usa fio dental?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
Frequência da higiene	Nos últimos 30 dias, quantas vezes por dia você geralmente escovou os dentes?	Qualitativa nominal 0 - Não escovei; 1- 1 vez; 2 - 2 vezes; 3 - 3 vezes; 4 - mais de 3 vezes; 9- Ignorado.

Quadro 1 - Descrição das variáveis coletadas. Pesqueira, 2020.

(Continuação)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
DIMENSÃO 5 - PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL		
Denominação	Conceituação	Classificação
Peso	Peso corporal	Quantitativa contínua (medida em kg)
Estatura	Altura corporal	Quantitativa contínua (medida em m)
IMC	Índice de Massa Corpórea	Quantitativa contínua (medida em kg/m ²)
Refeições	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	Qualitativa nominal 0 – Café da manhã; 1- Lanche da manhã; 2 – Almoço; 3 – Lanche da tarde; 4 – Jantar; 5 - Ceia
Alimentos/preparações	Feijão	Quantitativa discreta Frequência de consumo semanal 0 – nenhum dia; 1- 1 dia; 2 - 2 dias; 3 - 3 dias; 4 - 4 dias; 5 - 5 ou mais dias.
	Leite	
	Fruta fresca	
	Salada crua	
	Legume cozido (não considerar batata e macaxeira)	
	Refrigerante/bebida adoçada	
	Doce/Biscoito recheado/Bala/Chocolate	
	Macarrão instantâneo/Salgadinho de pacote/Biscoito salgado	
	Hambúrguer/cachorro quente	
Batata frita/coxinha/pastel		
VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
DIMENSÃO 6 - MEDIÇÃO NORMATIVA DA SAÚDE BUCAL		
Denominação	Conceituação	Classificação
Número de dentes permanentes	Contagem do número de dentes permanentes superiores e inferiores	Quantitativa discreta (0-32)
Uso de prótese	É usuário de prótese superior ou inferior?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9 – Ignorado.
Necessidade de prótese	Possui necessidade de prótese superior ou inferior?	Qualitativa nominal 1- Sim; 2- Não; 9 – Ignorado.

Fonte: A autora, 2020.

4.6 Processamento e análise dos dados

No primeiro estudo (5.1), o processamento dos dados fez uso do *software* EpiData 3.1[®], enquanto a estatística analítica foi realizada por meio dos *softwares* IBM SPSS 20.0[®] e Mplus[®]. A variável latente “impacto da saúde bucal” foi construída utilizando-se o modelo de análise *Growth Mixture Models* (GMM), em que foram criados e testados modelos a partir do perfil de semelhança nas respostas dos participantes. Os testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher foram aplicados na variável latente como variável dependente, além da realização da análise do resíduo padronizado. A força de associação entre as variáveis independentes e a variável resposta foi expressa pela Razão de Chances *Odds Ratio* (OR) com Intervalo de Confiança de 95%. Foi utilizada a regressão logística com análises simples e múltipla. Na análise simples, foram eletivas para análise múltipla as variáveis que obtiveram $p\text{-valor} < 0,25$. Para a regressão múltipla foi utilizado o método *stepwise backward* e as demais conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

O segundo estudo (5.2) apoiou-se na estratégia de análise de conteúdo temática, que foi aplicada aos estudos incluídos na revisão integrativa. Inicialmente foi realizada a exploração do material, com tratamento dos resultados obtidos e interpretação. As informações foram sistematizadas mediante a leitura flutuante dos dados, com destaque para os elementos principais a serem organizados em possíveis categorias de análise. Posteriormente, realizou-se a exploração do material, que consistiu na codificação, classificação e agregação dos dados e elaboração das categorias responsáveis pela especificação do tema: 1) Formação Profissional; 2) Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI); 3) Dados, Informação e Planejamento Participativo; 4) Território e Rede de Atenção à Saúde; 5) Gestão de Recursos Humanos e dos Serviços de Saúde.

No terceiro estudo (5.3), realizou-se a estatística descritiva por meio do *software* IBM SPSS 20.0[®], com a caracterização dos indivíduos, dos domicílios e da saúde bucal. A partir da utilização do *software* R[®] foram construídos gráficos de comparação do padrão de experiência de cárie identificado entre os indígenas com resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) referentes ao Brasil, às regiões Nordeste e Interior do Nordeste, além do município de Recife (capital do Estado de Pernambuco).

Para análise dos dados do quarto estudo (5.4), realizou-se a estatística analítica com uso do *software* IBM SPSS 20.0[®]. A amostra dos dados foi validada por meio de análise comparativa entre o perfil da população do estudo de 2010 recrutada e a parcela da amostra de 2010 que não foi recrutada e, conseqüentemente, não foi reexaminada em 2018. Para isso,

foram empregados o teste de associação Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, com nível de significância de 5% para avaliar possíveis diferenças na distribuição das duas subamostras do estudo de 2010.

Ainda no quarto produto, a variável dependente investigada foi o Índice CPO-D, sendo consideradas as prevalências de cárie (Índice CPO-D \geq 1) e as médias do Índice CPO-D para os períodos de 2010 e 2018. O teste de McNemar foi utilizado para testar diferenças significativas entre as prevalências observadas nos dois períodos. Estimou-se a redução anual de indígenas livres de cárie a partir do RLC%. Para identificar os fatores de risco associados ao incremento da cárie no período de estudo, a análise multivariada foi desenvolvida pelo modelo de regressão binomial negativo, após a realização de teste para avaliar a qualidade do ajuste do modelo binomial negativo comparado ao modelo de Poisson. Como primeiro passo, análises univariadas foram realizadas para testar a associação entre as variáveis independentes e o aumento do Índice CPO-D, a partir de métodos não paramétricos (teste Kruskal-Wallis). Posteriormente, as variáveis que apresentaram associação significativa com $p \leq 0,20$ foram incluídas no modelo final, estabelecido por meio da remoção gradual das variáveis com $p \geq 0,05$.

4.7 Riscos e benefícios

A coleta de dados da pesquisa é capaz de gerar riscos. A realização de exames bucais pode causar desconforto para os participantes em decorrência da manipulação dos tecidos bucais. Os exames antropométricos e a aplicação dos questionários envolvem o risco de constrangimento do participante.

Visando minimizar o desconforto dos exames bucais, os sujeitos que aceitaram participar receberam detalhada explicação sobre o seu desenvolvimento e estes seguiram rigorosamente a técnica preconizada, com examinadores e anotadores treinados (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017). Caso o participante não se sentisse confortável para a continuação do exame, bastava levantar a mão para o examinador, sendo o exame imediatamente interrompido.

Os benefícios relacionados com a participação dos membros da comunidade são no sentido de contribuir para o monitoramento dos desfechos em saúde bucal e identificação de possíveis relações causais ao longo do tempo, e assim gerar informação para construção de ações e políticas de prevenção e mitigadoras dos danos. Os pesquisadores comprometem-se com a devolutiva dos resultados da pesquisa nas reuniões dos Conselhos de Saúde Xukuru do

Ororubá (CISXO) e no Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), assim que o trabalho for concluído.

As informações obtidas poderão ser utilizadas em eventos científicos, como congressos, artigos científicos, seminários e outras atividades científicas, 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 dos pesquisadores. Dessa forma, está assegurada a confidencialidade dos dados.

4.8 Aspectos éticos

O estudo obteve anuência da etnia Xukuru do Ororubá por meio do CISXO (Anexo A) e do CONDISI (Anexo B), sendo aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IAM/FIOCRUZ pelo parecer nº 2.839.310/2018 (Anexo E) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) parecer nº 3.050.331/2018 (Anexo F).

Em respeito à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), a qual aprova diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos e à Resolução nº 304/00, também do CNS, que se refere a pesquisas com povos indígenas, todos os participantes puderam optar pela participação voluntária, com possibilidade de ausentarem-se da pesquisa a qualquer momento. Diante do fato da comunidade Xukuru do Ororubá reconhecer a autoridade de 24 lideranças, no caso de concordância, essas lideranças assinaram o TCLE (Apêndice A). Na oportunidade, justificativa, objetivos e procedimentos da pesquisa foram apresentados às lideranças, assegurando-se a leitura em voz alta e explicação do TCLE pela equipe.

5 RESULTADOS

Organizados no formato coletânea de artigos científicos, os resultados aqui apresentados possibilitam um olhar evolutivo sobre o processo saúde-doença bucal no período de 2010 a 2018, de modo a fundamentar análises mais abrangentes da temática, superando modelos reducionistas/biologicistas que desconsiderem a complexidade da questão.

Os resultados estão dispostos em quatro artigos científicos. Como primeiro produto (5.1), tem-se o artigo intitulado “Autopercepção da saúde bucal por indígenas: uma análise de classes latentes”, aceito para publicação no periódico *Ciência & Saúde Coletiva*, com sua carta de aceite disponível no Anexo G.

O segundo artigo (5.2) intitula-se “A municipalização da atenção à saúde indígena em debate”, o qual foi submetido para apreciação da revista *Saúde em Debate*, encontrando-se seu comprovante de submissão no Anexo H.

O terceiro artigo (5.3) denominado “Caracterização socioepidemiológica em saúde bucal de uma população indígena na região Nordeste do Brasil” foi submetido à *Pan American Journal of Public Health*, com seu comprovante de submissão no Anexo I.

O quarto artigo (5.4) “Incremento de cárie entre indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: achados por uma coorte (2010 – 2018)” será submetido para avaliação da revista *BMC Oral Health*.

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

5.1 Artigo 1 - Autopercepção da saúde bucal por indígenas: uma análise de classes latentes

Buscando aproximar-se da compreensão dos indígenas sobre sua qualidade de vida, por meio da verificação do impacto de sua condição de saúde bucal na vida diária, o artigo abrange uma análise de dados integrantes do estudo *baseline* desta coorte, o qual teve sua coleta realizada no ano de 2010 envolvendo indígenas de 10 a 14 anos da etnia Xukuru do Ororubá.

A partir da abordagem metodológica por meio do modelo de análise de classes latentes, os dados dos participantes foram agrupados por perfil de semelhança, sendo estabelecido um padrão de resposta. O método apresenta-se inovador para desfechos em saúde bucal por substituir a tradicional aplicação de pontos de corte sobre as pontuações alcançadas pelos participantes, que acabariam, nesse caso, por promover uma superestimação do impacto da saúde bucal, ou seja, gerando resultados falsos positivos.

Os resultados do estudo revelam existir associação do impacto autopercebido da saúde bucal na vida diária com aspectos sociodemográficos e de caracterização da saúde bucal entre indígenas de 10 a 14 anos da etnia Xukuru do Ororubá.

Autopercepção da saúde bucal por indígenas: uma análise de classes latentes

Self-perception of oral health by indigenous people: an analysis of latent classes

Herika de Arruda Mauricio¹

Rafael da Silveira Moreira²

¹Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco (UPE), Arcoverde, PE, Brasil.

²Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife, PE, Brasil.

Resumo Dada a limitada compreensão do perfil de saúde bucal de indígenas, este estudo se propôs a investigar a autoavaliação da saúde bucal desse grupo populacional. Objetivou-se verificar a associação do impacto autopercebido da saúde bucal na vida diária com aspectos sociodemográficos e de caracterização da saúde bucal entre indígenas de 10 a 14 anos da etnia Xukuru do Ororubá, Pesqueira – PE, Brasil. Trata-se de um estudo transversal desenvolvido no período de janeiro a março de 2010, com realização de exames bucais e aplicação de questionários a 233 indígenas pertencentes ao grupo etário. Por meio do modelo de análise de classes latentes, a variável “impacto da saúde bucal” foi criada e aplicada em modelos de regressão logística simples e múltipla. Os resultados apontaram que aldeias com maior média de domicílios e indígenas com experiência de cárie apresentaram pior autopercepção, aumentando o “impacto da saúde bucal” em 2,37 e 3,95 vezes respectivamente. A Análise de Classes Latentes mostrou-se uma excelente estratégia para compreensão da autopercepção bucal indígena e sua relação com fatores associados.

Palavras-chave índios sul-americanos; saúde de populações indígenas; saúde bucal; autopercepção

Abstract Given the limited comprehension of the indigenous oral health profile, this study proposed to understand the self-perception of oral health of this population group. The objective of this study was to verify the association of the self-perceived impact of oral health in diary life with sociodemographic and oral health characteristics among indigenous people aged 10 to 14 years of the ethnic group Xukuru from Ororubá, Pesqueira - PE, Brazil. It is a cross-sectional study conducted from January to March 2010, involving oral examinations and questionnaires applied to 233 indigenous belonging to the age group. Using the latent class analysis model, the variable "impact on oral health" was created and applied to simple and multiple logistic regression models. The results pointed out that villages with highest

mean of households and indigenous with caries experience presented worse self-perception, increasing the "impact on oral health" by 2,37 and 3,95 times, respectively. The Latent Class Analysis was an excellent strategy for understanding the self-perception of indigenous oral health and its relation with associated factors.

Keywords indians, south american; health of indigenous peoples; oral health; self-perception

Introdução

A compreensão do perfil de saúde bucal de indígenas ainda se apresenta limitada. Os poucos estudos disponíveis reforçam que, em diferentes países^{1,2,3}, esse grupo populacional enfrenta piores condições de saúde bucal quando comparado aos não-indígenas.

No que se refere à autopercepção da saúde, medida subjetiva recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para verificar a saúde das populações, apesar de não substituir o exame clínico do paciente, permite que se tenha um panorama mais próximo da real condição do indivíduo de forma rápida, acessível e econômica⁴.

Na saúde bucal, a autopercepção se coloca com uma importante ferramenta de mensuração que pode ser utilizada como indicador das necessidades de tratamento ou estimar o efeito das condições bucais na vida diária, além de avaliar e monitorar melhorias no estado de saúde bucal da sociedade^{5,6}.

A associação da autopercepção negativa da saúde bucal com condições clínicas bucais (presença de doença bucal, dano tecidual, dor, comprometimento funcional e estético)⁷, fatores psicossociais e socioeconômicos⁸, demográficos e comportamentais desfavoráveis está bem estabelecida na literatura, fazendo da avaliação subjetiva um aporte crítico essencial na identificação de grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, que precisam de intervenções complexas e, muitas vezes, personalizadas⁹.

Estudo de Amarasena *et al.*¹⁰ investigou comportamentos e percepções sobre a saúde bucal de 181 indígenas australianos de 22 a 74 anos de idade, comparando seus dados com a população australiana em geral. Verificou-se que a população indígena possui menor frequência de consultas odontológicas, suas consultas são motivadas por problemas bucais e entre os indígenas é mais comum o adiamento do tratamento odontológico em função dos altos custos. A percepção de necessidade de tratamento, dor, desconforto estético e o relato de evitar comer devido a problemas bucais também foi maior entre indígenas.

Corroborando a complexidade inerente aos desfechos em saúde bucal, Mejia, Armfield e Jamieson¹¹ verificaram que a maior proporção de adultos relatando saúde bucal ruim

caracterizava-se como indígenas, mais velhos, não-australianos, com baixo nível educacional e de renda, desempregados, elegíveis para atendimento odontológico público, fumantes, referindo evitar alguns alimentos nos últimos 12 meses, apresentando desconforto estético, dor ou necessidade de atendimento odontológico.

Buscando compreender a autoavaliação de saúde bucal indígena, este estudo objetivou verificar a associação do impacto autopercebido da saúde bucal na vida diária, com aspectos sociodemográficos e de caracterização da saúde bucal entre indígenas de 10 a 14 anos da etnia Xukuru do Ororubá, habitantes de Terra Indígena localizada no município de Pesqueira – PE, Brasil.

Métodos

Foi realizado um inquérito de base populacional na Terra Indígena de 27.550 hectares, dividida em 3 regiões socioambientais (Serra, Ribeira e Agreste) e 25 aldeias, localizada no município de Pesqueira - PE, região Nordeste do Brasil, envolvendo a população indígena Xukuru do Ororubá aldeada, no período de janeiro a março de 2010. As regiões socioambientais são categorias espaciais estabelecidas pela própria etnia a partir das características geoclimáticas e socioeconômicas¹².

Cada região socioambiental possui características próprias que definem padrões desiguais na oferta dos recursos naturais entre os índios Xukurus e também no desenvolvimento de sua economia. A região da Serra detém as principais fontes de água potável que abastecem a etnia, 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 indígena¹².

Apesar do conhecimento de palavras nativas, os Xukurus utilizam a língua portuguesa na vida diária. Seus representantes políticos são o cacique, o pajé e as lideranças das aldeias, que atuam nos conselhos, associações e assembleias locais. Sua relação com a natureza é representada em rituais sagrados, que buscam transmitir e fortalecer sua cultura¹³.

Suas moradias são, em sua maioria, constituídas de paredes de tijolos e telhas de barro. A água é principalmente obtida em fontes e recebe como tratamento a aplicação do hipoclorito de sódio. A maior parte dos domicílios não possui banheiro e a coleta de lixo

ainda não é uma realidade para todos, sendo realizada a queima do lixo em grande parte do Território. Quase toda a população possui eletricidade e cozinha usando uma combinação de gás e carvão ou lenha¹⁴.

Diante do pequeno quantitativo de indígenas aos 12 anos, idade padrão internacional para o monitoramento da condição de saúde bucal¹⁵, optou-se pela ampliação do grupo participante para a idade de 10 a 14 anos. Em 2010, a população de 7.225 indígenas, distribuídos em 1.896 domicílios, era composta por 871 indivíduos na faixa etária de 10 a 14 anos. Para representar esse grupo, foi realizado o processo de amostragem, assumindo a prevalência do SB Brasil 2003 (levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado periodicamente em nível nacional pelo Ministério da Saúde)¹⁶ de 20% para cárie, precisão de 5%, intervalo de confiança de 95%, além de acréscimo de 20% para amenizar perdas e recusas, sendo a amostra necessária de 231 indivíduos.

A seleção dos indivíduos se deu a partir dos residentes de domicílios sorteados de forma aleatória sistemática. Todos os residentes dos domicílios sorteados integrantes da faixa etária de 10 a 14 anos foram convidados a participar. No caso de ausência do morador diante de três visitas da equipe de campo, presença de condição física/mental impeditiva para realização do exame ou sua recusa, este morador era computado como perda. A amostra final foi composta por 173 domicílios e 233 participantes.

Para que a equipe de campo estivesse padronizada de modo a evitar divergências de diagnóstico durante a realização dos exames bucais, previamente ao início da coleta de dados foi desenvolvido um processo de calibração, constituído de treinamento teórico e prático, vivenciado por toda a equipe composta por 17 pessoas, sendo 8 examinadores e 8 anotadores (estudantes de Odontologia no último ano do curso), distribuídos em 8 duplas de trabalho e orientados por um coordenador de campo. Ao examinador coube a realização do exame clínico bucal e ao anotador o preenchimento do questionário.

As fases teórica e prática do treinamento foram embasadas nos manuais do SB Brasil 2010¹⁷. O coeficiente Kappa foi calculado para verificar a concordância dos resultados obtidos pelos exames bucais. Durante o treinamento de calibração, o coeficiente Kappa para a concordância inter-examinadores alcançou uma média de 0,83. Ao longo da coleta de dados, todos os examinadores realizaram a concordância intra-examinador, reexaminando 5% de sua amostra, alcançando a média do coeficiente Kappa de 0,98.

No processo de trabalho de campo, os exames bucais foram realizados sob luz natural, com o examinador e pessoa examinada sentados, utilizando-se o espelho bucal plano nº5 com cabo e a sonda do tipo “*ball point*”. Também foram utilizados Equipamentos de Proteção

Individual (EPI) e cumpridas as normas de biossegurança¹⁸. Os exames verificaram a prevalência de cárie, a necessidade de tratamento e o número de dentes. O parâmetro utilizado para sua mensuração foi o Índice CPO-D¹³.

Após o exame, aplicou-se questionário adaptado do Inquérito Nacional SB Brasil 2010, com o objetivo de caracterizar a população estudada quanto ao processo saúde-doença bucal. Constituído de quatro blocos (avaliação socioeconômica, morbidade bucal referida, utilização de serviços odontológicos e autopercepção e impactos em saúde bucal), a aplicação do questionário seguiu as orientações do Inquérito para participantes de 12 anos de idade, pais/responsáveis responderam o bloco de avaliação socioeconômica, sendo os demais blocos respondidos pelo participante¹⁹.

O processamento dos dados fez uso do *software* EpiData 3.1[®], enquanto a estatística descritiva e analítica foi realizada por meio do pacote estatístico SPSS 20.0[®], com os resultados apresentados em tabelas.

Desenvolveu-se a construção da variável latente “impacto da saúde bucal” utilizando o modelo *Growth Mixture Models* (GMM) no *software* Mplus, em que foram criados e testados modelos de 2 a 6 classes. Nos modelos, os indivíduos foram classificados em grupos a partir do perfil de semelhança nas respostas, sendo então escolhido o melhor modelo de classes latentes.

A partir da criação da variável latente, a mesma foi inserida na estatística descritiva e analítica como variável resposta (dependente), utilizando os testes Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, conforme a necessidade, e a análise do resíduo padronizado para testar a sua associação com as variáveis independentes. O nível de significância para os testes de associação foi de 5% e para a análise de resíduo padronizado foram considerados significantes os excessos de desvios-padronizados maiores de 1,96.

A força de associação entre as variáveis independentes e a variável resposta foi expressa pela Razão de Chances *Odds Ratio* (OR) com intervalo de confiança 95%. Foi utilizada a regressão logística com análises simples e múltipla²⁰. Na análise simples, foram eletivas para análise múltipla as variáveis que obtiveram p-valor<0,25²¹. Para a regressão múltipla foi utilizado o método *stepwise backward* e as demais conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães (IAM) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) por se tratar de pesquisa envolvendo indígenas (Parecer nº 34/2011). Além disto, obteve anuência da

Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e da etnia Xukuru do Ororubá, não registrando ocorrência de conflitos de interesse.

Resultados

De um total de 233 indígenas entre 10 e 14 anos de idade participantes do estudo, 228 responderam ao questionário e realizaram exame bucal (*missing*=5). A partir da análise descritiva apresentada na **Tabela 1**, percebe-se que a maior parte do grupo se caracteriza por possuir 11 anos de idade, pertencer ao sexo masculino, refere saber ler e escrever, foi a uma consulta com o cirurgião-dentista há menos de 1 ano em instituição pública por motivo de exodontia de elemento dentário e apresenta experiência de cárie.

Tabela 1 – Análise descritiva e associação das variáveis independentes segundo a variável dependente, com uso do Teste Qui-Quadrado. Pesqueira, 2010.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		VARIÁVEL DEPENDENTE			valor-p
		SEM IMPACTO DA SAÚDE BUCAL N (%)	COM IMPACTO DA SAÚDE BUCAL N (%)	TOTAL	
Média de domicílios por aldeia*	≤92	95(82,60%)	20(17,40%)	115(100,00%)	0,01
	>92	75(66,40%)	38(33,60%)	113(100,00%)	
Material piso do domicílio	Cerâmica	15(78,90%)	4(21,10%)	19(100,00%)	0,15
	Cimento	146(76,00%)	46(24,00%)	192(100,00%)	
	Terra	6(50,00%)	6(50,00%)	12(100,00%)	
Média de habitantes por aldeia*	≤310	95(82,60%)	20(17,40%)	115(100,00%)	0,01
	>310	75(66,40%)	38(33,60%)	113(100,00%)	
Renda per-capita mediana	≤R\$80,13	84(73,00%)	31(27,00%)	115(100,00%)	0,51
	>R\$80,13	83(76,90%)	25(23,10%)	108(100,00%)	
Idade	10	36(75,00%)	12(25,00%)	48(100,00%)	0,80
	11	41(80,40%)	10(19,60%)	51(100,00%)	
	12	32(72,70%)	12(27,30%)	44(100,00%)	
	13	32(74,40%)	11(25,60%)	43(100,00%)	
	14	29(69,00%)	13(31,00%)	42(100,00%)	
Sexo	Masculino	84(70,60%)	35(29,40%)	119(100,00%)	0,15
	Feminino	86(78,90%)	23(21,10%)	109(100,00%)	
	Peso normal	46(73,00%)	17(27,00%)	63(100,00%)	
	Sobrepeso	7(63,60%)	4(36,40%)	11(100,00%)	
Sabe ler e escrever	Sim	144(75,00%)	48(25,00%)	192(100,00%)	0,61
	Não	19(70,40%)	8(29,60%)	27(100,00%)	
Já foi ao dentista?	Sim	123(71,50%)	49(28,50%)	172(100,00%)	0,06
	Não	47(83,90%)	9(16,10%)	56(100,00%)	
Quando foi a última consulta?	Nunca foram ao dentista	47(83,90%)	9(16,10%)	56(100,00%)	0,26

	Menos de 1 ano	67(72,80%)	25(27,20%)	92(100,00%)	
	1 a 2 anos	38(69,10%)	17(30,90%)	55(100,00%)	
	3 anos ou mais	15(68,20%)	7(31,80%)	22(100,00%)	
Onde foi a última consulta?	Nunca foram ao dentista	47(83,90%)	9(16,10%)	56(100,00%)	0,17
	Consultório público	113(72,40%)	43(27,60%)	156(100,00%)	
	Consultório particular	7(63,60%)	4(36,40%)	11(100,00%)	
	Outro	3(60,00%)	2(40,00%)	5(100,00%)	
Qual o motivo da última consulta?	Nunca foram ao dentista	47(83,90%)	9(16,10%)	56(100,00%)	0,08
	Revisão/Prevenção	6(75,00%)	2(25,00%)	8(100,00%)	
	Dor	6(46,20%)	7(53,80%)	13(100,00%)	
	Extração	67(72,00%)	26(28,00%)	93(100,00%)	
	Tratamento	44(75,90%)	14(24,10%)	58(100,00%)	
Índice CPO-D*	Sem experiência de cárie	54(90,00%)	6(10,00%)	60(100,00%)	<0,01
	Com experiência de cárie	116(69,00%)	52(31,00%)	168(100,00%)	

Fonte: Elaboração própria.

* Variáveis com Teste Qui-Quadrado estatisticamente significante: valor-p < 0,05 e Resíduo > 1,96.

Para a apresentação das classes latentes, foi verificado o melhor modelo de análise a partir de 7 critérios: os testes AIC (*Akaike Information Criterion*), BIC (*Bayesian Information Criterion*) e BIC ajustado precisa apresentar os menores valores possíveis, denotando um bom ajuste do modelo; ao mesmo tempo, a entropia deverá ter o valor mais próximo de 1, caracterizando um modelo com número de classes mais adequado; por fim, para avaliação da significância estatística, nos três testes de razão de verossimilhanças (VLMR-LRT - *Vuong, Lo, Mendell, Rubin likelihood ratio test*, LMR-LRT - *Likelihood ratio test* e BLRT - *Bootstrap likelihood ratio test*) os valores significantes indicam que o número de classes do modelo não precisaria ser reduzido para uma classe a menos, ou seja, está adequado^{22,23}.

A partir desses critérios, é possível observar na **Tabela 2** que os modelos com 2 e 4 classes apresentaram-se estatisticamente significantes. Analisando esses dois modelos, o que possui 2 classes conseguiu preencher um maior número de critérios, com teste BIC com o menor valor, entropia melhor e os testes LRT com significância estatística.

Tabela 2 – Adequação e ajuste nos critérios do modelo de classes latentes. Pesqueira, 2010.

CRITÉRIOS	NÚMERO DE CLASSES				
	2	3	4	5	6
AIC - Critério de Informação de Akaike	1688,91	1676,83	1662,57	1667,17	1672,79
BIC-Critério de Informação de Bayesiano	1754,06	1776,28	1796,31	1835,21	1875,12
BIC ajustado	1693,85	1684,37	1672,71	1679,91	1688,13
Entropia	0,87	0,88	0,82	0,87	0,83
LRT Vuong-Lo-Mendell-Rubin (valor-p)	<0,01	0,69	0,05	0,76	0,11
LRT Lo-Mendell-Rubin (valor-p)	<0,01	0,69	0,05	0,77	0,12
LRT Bootstrap paramétrico (valor-p)	<0,01	<0,01	<0,01	0,50	1,00

Fonte: Elaboração própria.

AIC- *Akaike Information Criterion*

BIC- *Bayesian Information Criterion*

LRT- *Likelihood ratio test*

Para melhor compreender o padrão de semelhança entre as 2 classes geradas, a **Tabela 3** revela a probabilidade de resposta positiva às classes para cada uma das variáveis investigadas.

Os resultados da regressão logística simples e múltipla estão apresentados na **Tabela 4**. As variáveis “média de domicílios por aldeia”, “material piso do domicílio”, “sexo”, “motivo da consulta odontológica” e “Índice CPO-D” foram incluídas na regressão simples por apresentarem na **Tabela 1** p-valor<0,25. Ao desenvolvimento da análise múltipla, as variáveis “maior média de habitantes por aldeia” e “experiência de cárie medida pelo Índice CPO-D” mantiveram-se estatisticamente significantes quando associadas à variável dependente “impacto da saúde bucal”, aumentando a chance de impacto da saúde bucal em 2,37 e 3,95 vezes respectivamente.

Tabela 3 - Probabilidade de resposta positiva entre as duas classes latentes geradas. Pesqueira, 2010.

Classes Latentes	SEM IMPACTO DA SAÚDE BUCAL N=170 (74,56%)	COM IMPACTO DA SAÚDE BUCAL N=58 (25,44%)
Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?	0,30	0,62
Os seus dentes o(a) incomodam ao escovar?	0,10	0,35
Os seus dentes o(a) deixaram nervoso (a) ou irritado (a)?	0,07	0,64
Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?	0,00	0,56
Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?	0,01	0,48
Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?	0,02	0,39
Os seus dentes o(a) fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?	0,12	0,52
Os seus dentes atrapalharam estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola/trabalho?	0,01	0,40
Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?	0,12	0,74

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 4 – Análise simples e múltipla de regressão logística. Pesqueira, 2010.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		SIMPLES			MÚTIPLA		
		OR	IC 95%	valor-p	OR	IC 95%	valor-p
Média de domicílios por aldeia	≤92	1,00			1,00		
	>92	2,35	1,21-4,56	0,01	2,37	1,25-4,49	0,01
Material piso do domicílio	Cerâmica	1,00					
	Cimento	1,10	0,33-3,72	0,88			
	Terra	3,54	0,64-19,61	0,15			
Sexo	Masculino	1,50	0,75-2,97	0,25			
	Feminino	1,00					
Qual o motivo da última consulta?	Nunca foram ao dentista	1,00					
	Revisão/Prevenção	2,30	0,36-14,59	0,38			
	Dor	7,35	1,54-35,16	0,01			
	Extração	2,03	0,83-5,00	0,12			
	Tratamento	1,89	0,69-5,16	0,21			
Índice CPO-D	Sem experiência de cárie	1,00			1,00		
	Com experiência de cárie	3,49	1,36-8,98	0,01	3,95	1,58-9,89	<0,01

Fonte: Elaboração própria.

OR: *Odds Ratio*.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95,00%.

Discussão

A compreensão do impacto autopercebido da saúde bucal representa um desafio. Sua medição é complexa, precisando ser inferida a partir de diferentes variáveis explicativas. Comumente, observa-se a verificação do impacto por uma única variável que interroga o usuário sobre a sua satisfação em relação aos dentes/boca. Apesar de atrativa por sua simples aplicação, esse tipo de abordagem não dá conta da percepção de saúde construída por meio de sinais e sintomas apresentados na vida cotidiana. As respostas às questões de saúde bucal são produtos de múltiplas experiências, exigindo estratégias amplas e multidimensionais de abordagem.

O presente estudo utilizou como opção metodológica compreender o impacto da saúde bucal por meio da aplicação da Análise de Classes Latentes (*Latent Class Analysis - LCA*) a um dos blocos do questionário constituído por nove perguntas. A LCA é um método estatístico que identifica distintos grupos (classes latentes) baseado nos padrões de respostas observadas em variáveis categóricas. Baseia-se em um modelo probabilístico para identificar características que indicam bem os grupos, estimar a prevalência de cada grupo e classificar cada indivíduo dentro dos grupos²⁴.

O método tradicional de análise dos dados de questionários com múltiplas perguntas categóricas, que buscam aferir um determinado fenômeno, usualmente dicotomizam seus achados em indivíduos que responderam positivamente a pelo menos uma questão, e em indivíduos que responderam negativamente a todas. Esta via de análise superestima o impacto da saúde bucal, classifica como semelhantes indivíduos distintos e atribui o mesmo peso para as diferentes questões do instrumento. Isso ocorre porque indivíduos que responderam que apenas uma das nove questões o afeta na vida diária estariam classificados no mesmo grupo daqueles que responderam positivamente para as nove questões. Assim, defende-se o uso do modelo de Análise de Classes Latentes de modo a possibilitar a obtenção de resultados fidedignos na mensuração de desfechos categóricos em saúde bucal.

Um dos principais achados do estudo localiza-se no fato de que o grupo investigado com experiência de cárie clinicamente verificada apresentou-se associado aos resultados de autoavaliação com impacto da saúde bucal na vida diária. Na análise múltipla, esse grupo teve sua chance de impacto da saúde bucal aumentada em 3,95 vezes. Isto significa que o *status* de adoecimento verificado pelo Índice CPO-D corrobora os achados da autopercepção. A literatura confirma que a autoavaliação da saúde bucal é uma medida razoável do estado de saúde bucal clinicamente determinado^{25,26}.

Destaca-se que 74,56% da população investigada foi agrupada na categoria “sem impacto da saúde bucal”. Esse resultado surpreendente desperta uma reflexão a respeito da percepção dos indígenas sobre sua saúde bucal. É provável que suas expectativas sobre uma boa condição de saúde bucal sejam minimizadas quando comparadas às expectativas da população não indígena.

O resultado apontado pode retratar uma percepção cultural dos indígenas de que a boa condição de saúde bucal não está vinculada a fatores estéticos ou adoção de práticas preventivas, mas sim à ausência de experiência de dor e sofrimento, não sendo a busca pelo serviço odontológico necessária na ausência dessas características. Esse tipo perfil precisa ser atentamente acompanhado pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) por conduzir os indígenas a buscar tardiamente a assistência odontológica, e dessa forma, reduzir suas oportunidades para detecção e tratamento precoces.

Apoiando-se nos trabalhos de Sisson²⁷, Sanders e Spencer²⁸ é possível admitir que esta autoavaliação pode ser influenciada por três fatores: acesso comprometido a ações e serviços de saúde bucal, exposição diferencial a fatores e comportamentos de risco relacionados à saúde bucal e aspectos socioculturais formadores da conceituação de saúde bucal.

Aday e Forthofer²⁹ verificaram que a busca por serviços de saúde entre distintos grupos sociais possui motivos diferentes: enquanto minorias étnico-raciais e grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o dentista por problemas de saúde bucal autopercebidos, indivíduos de cor branca e com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento.

O conjunto de dados apresentados fortalece a relevância de abordagens específicas na atenção à saúde bucal indígena, de maneira que as intervenções contemplem as diferentes necessidades e concepções de saúde bucal, dialogando com os contextos interculturais.

Cabe salientar, que uma limitação apresentada neste trabalho foi o fato de a amostra final não ser restrita à idade índice de 12 anos, comprometendo o poder de comparabilidade de seus resultados. O desenho transversal do estudo também produz limitação quanto ao estabelecimento de relações temporais.

A verificação de associação do impacto autopercebido da saúde bucal na vida diária com aspectos sociodemográficos e de caracterização da saúde bucal entre indígenas de 10 a 14 anos da etnia Xukuru do Ororubá confirma que a adoção de avaliações subjetivas possibilita que os serviços de saúde ofereçam à população o que é de fato apontado como necessidade, e não apenas atendam a demandas estabelecidas em protocolos de atendimento.

A adoção da Análise de Classes Latentes aplicada a desfechos em saúde bucal mostrou-se uma estratégia inovadora, capaz de mensurar o impacto autopercebido da saúde bucal na vida diária.

Contribuições

HAM executou a coleta e o processamento de dados e redigiu o texto. RSM concebeu o artigo, analisou os dados e revisou criticamente o texto.

Agradecimentos

Ao povo indígena Xukuru do Ororubá por apoiar o desenvolvimento deste estudo, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo financiamento da pesquisa “Saúde e condições de vida do povo indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira – PE” (Proc.475681/2008-8) e às Secretarias de Saúde de Pernambuco e Recife pelo suporte logístico na realização do trabalho de campo.

Referências

1. Jamieson LM, Armfield JM, Roberts-Thomson KF. Oral health inequalities among indigenous and nonindigenous children in the Northern Territory of Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34: 267–76.
2. Peressini S, Leake JL, Mayhall JT, Maar M, Trudeau R. Prevalence of early childhood caries among first nations children, District of Manitoulin, Ontario. *Int J Paediatr Dent* 2004; 14:101–10.
3. Miranda KCO, Souza TAC, Leal SC. Caries prevalence among Brazilian indigenous population of urban areas based on the 2010 National Oral Health Survey. *Cien Saude Colet* 2018; 23(4):1313-22.
4. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(4):302–10.
5. Jones JA, Kressin NR, Spiro A, Randall CW, Miller DR, Hayes C, Kazis L, Garcia RI. Self-reported and clinical oral health in users of VA health care. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2001; 56:M55–M62.
6. Wu B, Plassman BL, Liang J, Remle RC, Bai L, Crout RJ. Differences in Self-Reported Oral Health Among Community Dwelling Black, Hispanic, and White Elders. *J Aging Health* 2011; 23(2): 267–88.
7. Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Dolan TA, Vogel WB. Multidimensionality of oral health in dentate adults. *Med Care* 1998; 36:988-1001.
8. Sanders AE, Spencer AJ. Why do poor adults rate their oral health poorly? *Australian Dental Journal* 2005; 50(3):161-7.
9. Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(6):439–45.
10. Amarasena N, Kapellas K, Skilton M, Maple-Brown L, Brown A, Bartold PM, O’Dea K, Celermajer D, Slade G, Jamieson LM. Oral health behaviours and perceptions reported by Indigenous Australians living in Darwin, Northern Territory. *Community Dental Health* 2014; 31:57–61.
11. Mejia G, Armfield JM, Jamieson LM. Self-rated oral health and oral health-related factors: the role of social inequality. *Australian Dental Journal* 2014; 59: 226–33.

12. Gonçalves GMS, Gurgel IGD, Costa AM, Almeida LR, Lima TFP, Silva E. Uso de agrotóxicos e a relação com a saúde na etnia Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil. *Saude soc.* 2012; 21(4):1001-12.
13. Pires MJ, Neves RCM, Fialho V. Saberes Tradicionais e Biomedicina: reflexões a partir da experiência dos Xukuru do Ororubá, PE. *ANTHROPOLÓGICAS* 2016, 27(2):240-62.
14. 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.
15. Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia. *Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos*. 5a ed. São Paulo: USP; 2017. 142p.
16. Brasil. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 -2003 – Resultados Principais*. Brasília, DF: 2004.
17. Brasil. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Manual de calibração de examinadores. Projeto SBBrazil 2010*. Brasília, DF: 2009.
18. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Levantamentos básicos em saúde bucal*. 4 ed. São Paulo: Livraria Santos Editora; 1999. 66 p.
19. Brasil. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Manual da equipe de campo. Projeto SBBrazil 2010*. Brasília, DF: 2009.
20. Abreu MNS; Siqueira AL; Caiaffa WT. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. *Rev Saúde Publica* 2009; 43(1):183-94.
21. Hosmer D.W.; Lemeshow S. *Applied logistic regression*. Danvers: John Wiley & Sons, Inc., 2^a ed., 2000.
22. Jung T; Wickrama KAS. An introduction to latent class growth mixture analysis and growth mixture modeling. *Social and personality Psychology Compass*, Malden 2008; 2(1):302-17.
23. Nylund KL, Asparouhov T, Muthén BO. *Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: a Monte Carlo simulation study*. *Structural Equation Modeling* 2007; 14(4):535-69.
24. Hagenaars JA, McCutcheon AL. *Applied Latent Class Analysis*. Cambridge University Press, 2002.

25. Zaitso T, Ueno M, Shinada K, Ohara S, Wright FA, Kawaguchi Y. Association of clinical oral health status with self-rated oral health and GOHAI in Japanese adults. *Community Dent Health* 2011; 28:297–300.
26. Manguera EVC. *Concordância entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie e fatores associados em adultos de três municípios da região metropolitana do Recife-PE* [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2015. 85p.
27. Sisson KL. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35:81–88.15.
28. Sanders AE, Spencer AJ. Childhood circumstances, psychosocial factors and the social impact of adult oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:370–377.
29. Aday LA, Forthofer RN. A profile of black and Hispanic subgroups access to dental care: findings from the National Health Interview Survey. *J Public Health Dent, Medford* 1992; 52:210-5.

5.2 Artigo 2 - A municipalização da atenção à saúde indígena em debate

À frente de um cenário político de bastante discussão em torno do melhor modelo de gestão a ser aplicado na atenção à saúde indígena no Brasil, e de concomitante lacuna de produtos científicos direcionados para a questão, propôs-se, por meio deste artigo, construir um material de apoio para essa reflexão temática.

A partir de uma análise crítica, objetivou-se identificar potencialidades e fragilidades existentes no cuidado prestado à saúde de indígenas brasileiros, que pudessem apoiar ou refutar a defesa de implantação de um processo de municipalização da atenção à saúde indígena.

Mediante vasta consulta de elementos históricos/bibliográficos localizados em uma revisão integrativa da literatura, as potencialidades e fragilidades foram sintetizadas em 5 eixos: 1) Formação Profissional; 2) Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI); 3) Dados, Informação e Planejamento Participativo; 4) Território e Rede de Atenção à Saúde; 5) Gestão de Recursos Humanos e dos Serviços de Saúde.

Os resultados evidenciaram que a superação dos entraves e dificuldades na oferta de atenção qualificada à saúde indígena independe de soluções de gestão municipal, e sim de uma inclusão na agenda governamental que lhes garanta receber esforços técnicos e políticos eficazes.

A municipalização da atenção à saúde indígena em debate

The municipalization of indigenous health care under debate

Herika de Arruda Mauricio¹

Lucas Fernando Rodrigues dos Santos²

Fabíola de Melo Lins³

Isllany Karine Santos da Silva¹

Thatiana Regina Fávaro⁴

Rafael da Silveira Moreira⁵

¹Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco (UPE), Arcoverde, PE, Brasil.

²Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família, Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.

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

⁴Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, AL, Brasil.

⁵Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife, PE, Brasil.

Resumo A incorporação de abordagens de respeito às identidades e singularidades das minorias étnicas é fundamental para a qualificação da atenção à saúde indígena. Na perspectiva de operacionalização dessa qualificação, objetiva-se desenvolver uma análise crítica que permita a partir das potencialidades e fragilidades existentes no cuidado prestado à saúde de indígenas brasileiros, verificar como a municipalização pode apresentar-se como solução a esse panorama. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida nos meses de julho e agosto de 2019 por dois pesquisadores de forma independente, com apoio de um terceiro pesquisador atuando nos casos de não haver consenso. Em pesquisa às bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), foi utilizada uma combinação de três Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A partir dos 18 títulos selecionados, evidenciou-se que a superação dos entraves e dificuldades na oferta de atenção qualificada à saúde indígena independe de soluções de gestão municipal, e sim de uma inclusão na agenda governamental que lhes garanta receber esforços técnicos e políticos eficazes.

Palavras-chave População indígena. Índios sul-americanos. Saúde de populações indígenas. Sistemas locais de saúde. Serviços de saúde do indígena.

Abstract The incorporation of approaches that respect the identities and singularities of ethnic minorities is fundamental for the qualification of indigenous health care. From the perspective of operationalizing this qualification, the objective is to develop a critical analysis that allows from the potentialities and weaknesses in the care provided to the health of Brazilian indigenous people to verify how municipalization can present itself as a solution to this scenario. This is an integrative literature review developed in July and August 2019 by two researchers independently, with the support of a third researcher acting in cases where there is no consensus. Searching the databases of the Virtual Health Library (BVS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO), was used a combination of three Health Sciences Descriptors (DeCS). From the 18 titles selected, it was evidenced that overcoming the obstacles and difficulties in providing qualified care to indigenous health is independent of municipal management solutions, but rather an inclusion in the government agenda that ensures them receive effective technical and political efforts.

Keywords Indigenous population (public health). Indians, south american. Health of indigenous peoples. Local health systems. Health services, indigenous.

Introdução

Em pouco mais de 100 anos, a organização da atenção à saúde indígena no Brasil esteve sob a gestão de quatro diferentes instituições governamentais. Em 1910, o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) assumiu a sua responsabilidade. Abordada de forma incipiente ao longo dos 57 anos de atuação do órgão, a saúde indígena foi repassada em 1967 para a Fundação Nacional do Índio (FUNAI)¹. Com atuação eventual e pontual, focada em ações campanhistas, e somada à crise econômica do Estado brasileiro nas décadas de 70 e 80, em 1991 a FUNAI se afasta dos cuidados à saúde dos povos indígenas, ficando estes a cargo do Ministério da Saúde, sob os auspícios da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Nesse momento, a demanda principal era pela implantação de um novo modelo de atenção à saúde indígena baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), legitimados com a Lei Arouca - Lei nº 9.836/99².

A partir da gestão da FUNASA, foi estabelecido um modelo organizacional fundamentado na prestação dos serviços de saúde por meio empresas privadas e organizações não governamentais, também denominadas “conveniadas”. O modelo caracteriza-se pela

descentralização de serviços e recursos, mas mantém o comando único da gestão no plano do Governo Federal³. Ainda que este modelo organizacional esteja presente nos dias de hoje, encontra-se atualmente sob responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) criada em 2010, quando o Ministério da Saúde passou a gerenciar diretamente a atenção à saúde dos mais de 225 povos indígenas que vivem no País. A criação da SESAI reflete anos de críticas por parte dos povos indígenas aos serviços prestados pela FUNASA, além de inúmeras denúncias de corrupção e desvios de recursos⁴⁻⁶.

Uma questão que sempre permeou a gestão da saúde indígena, principalmente depois da Lei Arouca, foi o debate em torno da municipalização das ações e serviços destinados aos povos indígenas. Respalhada pelo princípio da descentralização constituinte do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza o repasse da execução das ações de saúde para as municipalidades⁷, esta questão ganhou força com a publicação da Portaria nº 1.907/16 que retirava a competência da SESAI na gestão da saúde indígena⁸. A publicação foi seguida de intensa mobilização contrária por parte de lideranças indígenas, controle social e trabalhadores da saúde, culminando na sua revogação.

A gestão presidencial iniciada no ano de 2019 sinaliza retomar a questão da municipalização⁹, fazendo deste um debate urgente. A execução da atenção à saúde para os indígenas pelo governo federal é uma conquista histórica do movimento indígena. O preconceito e a hostilidade contra os indígenas se apresentam de forma mais intensa nos serviços municipais, configurando-se a prestação das ações de saúde no âmbito federal como uma proteção aos indígenas¹⁰.

A partir de elementos bibliográficos disponíveis, o presente manuscrito teve por objetivo realizar uma análise crítica da literatura que permitisse a reflexão sobre a municipalização como solução às fragilidades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS).

Material e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida a partir do *checklist* proposto por Torraco¹¹. A revisão intenciona contribuir de maneira significativa com a discussão em torno da gestão do SASI-SUS, temática ainda trabalhada de maneira escassa na literatura científica.

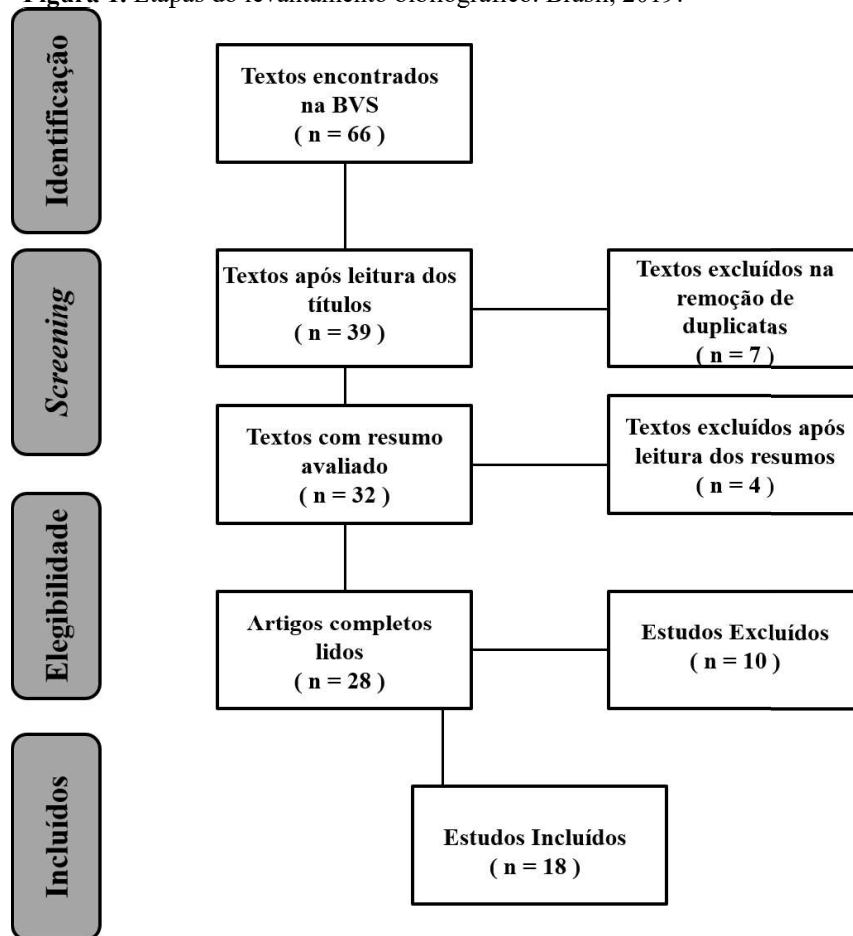
A pesquisa objetivou desenvolver uma análise crítica que possibilitasse responder à seguinte questão: A partir das potencialidades e fragilidades existentes no cuidado prestado à

saúde de indígenas brasileiros, como a municipalização pode apresentar-se como solução a esse panorama?

A estratégia de busca foi aplicada por dois pesquisadores de maneira independente, nos meses de julho e agosto de 2019, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://bvsalud.org/>) e da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) (<http://www.scielo.org/php/index.php>). Um terceiro pesquisador participou da discussão nos casos de não haver consenso. Foi utilizada uma combinação de três Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) com a seguinte estratégia de busca: (tw:(população indígena)) AND (tw:(saúde de populações indígenas)) AND (tw:(atenção primária à saúde)) AND (instance:"regional"). Quanto aos critérios de elegibilidade aplicados aos estudos, foi verificada a disponibilidade de texto completo *on-line*, sem exclusão por período de publicação ou idioma, que abordassem a atenção à saúde indígena. Os estudos que não se remetiam aos povos indígenas brasileiros, apresentavam duplicatas, não estavam disponíveis *on line* ou que tratavam de orientação pedagógica sobre cursos de formação foram excluídos. As etapas desenvolvidas no levantamento bibliográfico estão apresentadas na **Figura 1**. Os estudos encontrados na SciELO eram duplicatas de estudos já listados entre os resultados da BVS, portanto, não foram apresentados na etapa de identificação.

Para a análise dos estudos incluídos, utilizou-se a estratégia de análise de conteúdo temática¹². Inicialmente foi realizada a exploração do material, com tratamento dos resultados obtidos e interpretação. As informações foram sistematizadas mediante a leitura flutuante dos dados, com destaque para os elementos principais para organização em possíveis categorias de análise. Posteriormente, realizou-se a exploração do material, que consistiu na codificação, classificação e agregação dos dados e elaboração das categorias responsáveis pela especificação do tema: 1) Formação Profissional; 2) Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI); 3) Dados, Informação e Planejamento Participativo; 4) Território e Rede de Atenção à Saúde; 5) Gestão de Recursos Humanos e dos Serviços de Saúde.

Figura 1. Etapas do levantamento bibliográfico. Brasil, 2019.



Fonte: Elaboração própria.

Resultados e discussão

A aplicação dos descritores resultou na localização de 70 artigos nas duas bases de dados *on-line*: 66 na base BVS e 4 na SciELO. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, foram selecionados 28 artigos para leitura na íntegra, dos quais 18 foram incluídos na amostra final. Deste total, apenas um foi redigido em língua inglesa, os demais estão apresentados em português. O **Quadro 1** apresenta os estudos que compõem essa revisão integrativa, listando os títulos dos trabalhos selecionados e seus delineamentos.

Quadro 1. Apresentação dos trabalhos selecionados na amostra final. Brasil, 2005-2018.

ANO	AUTOR	TÍTULO
2018	Mendes <i>et al.</i> (6)	O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil
2018	Pedrana <i>et al.</i> (29)	Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil
2018	Sandes <i>et al.</i> (13)	Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura
2017	Martins (17)	O trabalho do enfermeiro na saúde indígena: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural
2016	Silva <i>et al.</i> (31)	Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil
2016	Pereira <i>et al.</i> (36)	Mais Médicos Program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014
2015	Silva <i>et al.</i> (19)	A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa mais médicos
2014	Pereira <i>et al.</i> (32)	A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas
2013	Martins (14)	Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
2012	Ferreira (24)	O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/Funasa
2012	Maciel <i>et al.</i> (20)	Alcoolismo em indígenas potiguara: representações sociais dos profissionais de saúde
2011	Garnelo (25)	Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena
2011	Errico (26)	Acesso e utilização dos serviços de saúde da população da etnia Xakriabá, norte de Minas Gerais
2011	Kabad <i>et al.</i> (28)	A saúde da família indígena
2010	Macedo e Barros (23)	Saúde e serviços assistenciais na experiência de jovens Guarani da comunidade Boa Vista
2010	Diehl e Grassi (16)	Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil
2009	Santos (21)	Avaliação do grau de implementação do Programa de DST AIDS no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul, Polo Base de Dourados
2005	Weiss (15)	Contato interétnico, perfil de saúde e doença e modelos de intervenção mínima: o caso dos Enawenê-nawê, Mato Grosso

Fonte: Elaboração própria.

A partir da consulta dos elementos históricos/bibliográficos identificados na revisão integrativa, a análise crítica da municipalização como solução ao cuidado prestado à saúde de indígenas foi sintetizada em 5 eixos: 1) Formação Profissional; 2) Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI); 3) Dados, Informação e Planejamento Participativo; 4) Território e Rede de Atenção à Saúde; 5) Gestão de Recursos Humanos e dos Serviços de Saúde.

1. Formação Profissional

A etnicidade é fator determinante das condições de saúde e doença de um povo, influenciando a morbi/mortalidade e interferindo no acesso aos serviços de saúde. Nas populações indígenas, a autopercepção do adoecer e a relação com a prática biomédica, com medicamentos industrializados e com agentes de saúde externos é particular de cada etnia. A essas particularidades acrescentam-se ainda características geográficas, língua falada e acesso à informação, que determinam formas diferentes de assistência à saúde¹³.

Os profissionais que atuam na saúde indígena, invariavelmente, convivem com outras culturas, deparam-se com outras concepções. Dessa forma, a disponibilidade ao diálogo é uma das habilidades mais importantes a ser construída e exercitada. A convivência com outros modos de pensar o mundo oferece a possibilidade de reconstruir a prática e a própria produção de saúde, em que a escuta e o despir de preconceitos e paradigmas é fundamental para que se estabeleça o diálogo³. Tensões e dificuldades na operacionalização de um sistema de saúde em contexto intercultural são maiores, exigindo que a implementação de ações de saúde considere o conhecimento sobre as relações simbólicas que envolvem o adoecer e morrer de cada etnia, e o aprofundamento sobre os determinantes ambientais neste processo de implementação^{14,15}.

Em pesquisa etnográfica acerca de consumo e percepções sobre o uso de medicamentos pela população indígena Guaraní (Santa Catarina), Diehl e Grassi¹⁶ evidenciaram como vantagens decorrentes da presença da unidade de saúde na aldeia o fato de os indígenas não precisarem enfrentar filas e maus tratos nas unidades municipais, razão também mencionada para não desejarem a municipalização do atendimento. Como desvantagem, perceberam que a atenção à saúde Guaraní estava caracterizada pelo assistencialismo hipermedicalizante, sem seguimento dos protocolos definidos e recomendados pelo Ministério da Saúde. Para os autores, essas características expõem a necessidade de negociação com os usuários indígenas, sendo baseada no diálogo e compreensão dos diferentes saberes e experiências que envolvem tanto o processo saúde-doença-atenção, quanto o uso de recursos terapêuticos. Em contextos interculturais, as escolhas são influenciadas pela maneira como várias formas de atenção e autoatenção à saúde estão organizadas e interagindo.

Ao retratar a realidade de enfermeiros que iniciam o trabalho despreparados no DSEI Xingu, Martins¹⁷ percebeu que o aprendizado dos profissionais se dá efetivamente dentro do Território Indígena (TI), no decorrer das práticas. Apesar do esforço da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em promover cursos de apoio à compreensão e intervenção nos problemas de saúde das comunidades indígenas por meio do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), estratégias sistemáticas de acompanhamento dos profissionais e do trabalho ainda se apresentam fundamentais, em especial para com profissionais recém-contratados. Em estudo realizado por Marinelli *et al.*¹⁸, constatou-se escassez de treinamento específico para enfermeiros, dificuldades de comunicação, barreiras geográficas, aceitação do profissional por parte dos indígenas e condições de trabalho não satisfatórias que comprometem a qualidade do cuidado prestado. Um processo contínuo de formação seria capaz de fortalecer o profissional para atuar nesses cenários de interculturalidade.

Uma experiência pedagógica que vem contribuindo na formação ampliada com vistas à saúde indígena é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), possuindo como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade. Silva *et al.* (2015)¹⁹ relatam a experiência do PET-Saúde Indígena, iniciado em 2013, composto por acadêmicos da Universidade Federal de Tocantins (UFT) dos cursos de enfermagem, medicina, serviço social e nutrição, com tutoria de uma antropóloga e de uma professora da Nutrição. A experiência se desenvolve a partir das demandas das aldeias Xerente, por meio de ações de saúde, estudos sobre cultura, hábitos e saúde da etnia e oficinas de educação em saúde que integrem e valorizem as questões socioculturais e ambientais do território. Os autores apontam que a orientação dos profissionais da rede de saúde e monitoria dos estudantes possibilita o estabelecimento de um debate permanente sobre saúde entre os indígenas, permitindo, também, o intercâmbio e a formação para a diversidade dos estudantes, estimulando senso crítico em relação aos sistemas de saúde. Estratégias formativas como essa são importantes ferramentas na busca pela qualificação e integração de profissionais de saúde para o contexto indígena.

As dificuldades na implementação e operacionalização do SASI-SUS relacionadas a aspectos culturais exigem do profissional de saúde indígena capacidade para lidar com as tensões que emergem nos contextos interculturais. Exemplos concretos decorrentes da formação inespecífica e da dificuldade de relação/comunicação entre profissionais e usuários indígenas estão presentes com questões como alcoolismo e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Uma investigação sobre representações sociais de profissionais de saúde acerca do uso do álcool pelos índios Potiguaras (Paraíba), evidenciou o despreparo dos profissionais das EMSI no enfrentamento da situação no contexto intercultural, a citar o pouco entendimento sobre as tradições e rituais da população e o desconhecimento acerca dos serviços ofertados aos dependentes de álcool²⁰. A questão central nesta situação gira em torno da qualificação profissional para o trabalho na realidade indígena, uma vez que mesmo com profissionais contratados especificamente e exclusivamente para a saúde indígena, o resultado é completamente desfavorável aos povos indígenas.

Avaliando a implementação do programa de DST/HIV/AIDS no DSEI Mato Grosso do Sul, a partir da percepção dos profissionais de saúde (não indígenas e indígenas), Santos²¹ identificou como um dos desafios a serem superados a deficiência na incorporação da dimensão intercultural e na abordagem antropológica por parte dos profissionais e serviços de saúde, o que revela uma formação profissional frágil para atuação no contexto proposto.

Percebe-se que uma lacuna importante na atenção à saúde indígena diz respeito à escassez de investimento em processos de formação profissional diferenciados – incluindo a profissionalização dos próprios indígenas para atuação na área – estruturados com base no conhecimento da medicina tradicional do contexto local e competências relacionais/comunicativas interculturais capazes de produzir relações de cuidado efetivamente diferenciadas.

Se a partir de uma gestão especificamente voltada à saúde dos povos indígenas essas fragilidades ainda são identificadas, direcionar para a gestão municipal a responsabilidade de executar estratégias de enfrentamento para lidar com contextos extremamente heterogêneos representa sobrecarregar e adicionar ainda mais conflitos na tríade gestão-assistência-usuários.

2. Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

Ainda que Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas preconize uma atenção diferenciada, por meio da articulação e respeito entre saberes, tal política não prevê a inclusão dos especialistas tradicionais nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), como pajés, rezadores, benzedores, raizeiros e parteiras².

Sandes *et al.*¹³ elencam como alguns dos principais obstáculos no acesso à atenção primária à saúde enfrentados pelos povos indígenas sul-americanos a dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde, uso de linguagem e ilustrações das cartilhas de educação em saúde inapropriadas ao contexto indígena, escassez de informação sobre as culturas indígenas locais e medo de discriminação/humilhação por parte do paciente indígena.

A discriminação por prestadores de serviços de saúde contra as minorias étnicas é uma barreira primária ao acesso da atenção à saúde de qualidade na América Latina. As práticas discriminatórias são capazes de dissuadir a busca por atendimento à saúde²². A integração de especialistas tradicionais às EMSI seria capaz de ampliar significativamente a capacidade de diálogo entre profissionais e usuários, garantindo aos indígenas real exercício de sua cidadania nesse campo, potencializando os serviços de saúde.

Macedo e Barros²³, em estudo com jovens de etnia Guaraní, apontaram que a contratação de membros da comunidade para a EMSI, atuando como Agente Indígena de Saúde (AIS), Agente Indígena de Saneamento (AISAN) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) introduziu campos de permeabilidade, com melhor negociação de conflitos entre a comunidade indígena, a cidade e os serviços nas aldeias. Ainda, foi evidenciada a presença do uso de terapêuticas do povo Guaraní (ervas, banhos, dietas, pajelanças e/ou ritos de iniciação) em associação com terapêuticas e procedimentos propostos pelo SUS. Tal experiência demonstra, assim, a potencialidade do campo da saúde como área de intersecção e estreitamento de laços entre os diferentes universos.

Uma experiência no Polo Base de Tarauacá (AC) sobre o desenvolvimento participativo das ações da Área de Medicina Tradicional Indígena (AMT) do Projeto VIGISUS II/FUNASA, se mostrou estratégica para garantir a segurança das gestações e partos indígenas nas aldeias e nos hospitais. A garantia da gestação e parto seguro para as mulheres indígenas passa pelo reconhecimento dos sistemas de parto tradicionais indígenas como um âmbito comunitário da atenção primária à saúde e pelo reconhecimento dos cuidadores indígenas junto às instâncias que prestam assistência à saúde materno-infantil indígena. Além disto, articular as ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério aos cuidados tradicionais realizados na aldeia, estimular a colaboração dos cuidadores(as) tradicionais com os AIS como estratégia para captação precoce da gestante e identificação de riscos gestacionais e incentivar o parto tradicional na aldeia figuram como estratégias capazes de promoção da saúde materno infantil²⁴.

Analisando as interações entre a EMSI e o povo Baniwa no tocante ao processo de vacinação em modelo campanhista, Garnelo²⁵ pondera que as ideias biomédicas são reinterpretadas à luz da particular cosmologia e cultura Baniwa, leituras estas que são reafirmadas pela experiência histórica dos povos indígenas com o colonizador e suas instituições, não podendo ser ignoradas nas ações dos serviços de saúde, sob o risco de prejudicar ainda mais o diálogo entre os dois mundos. A autora ainda pontua a necessidade de rever as bases da prestação de cuidados no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como um

todo, cujos obstáculos não estão ligados somente a barreiras geográficas, mas também a barreiras semânticas.

Existem conflitos entre lógicas de pensamentos que se misturam nas realidades superficialmente similares dos indígenas e não indígenas, deixando clara a necessidade de a gestão atuar na intenção de atribuir inteligibilidade às ações dos serviços oficiais de saúde²⁵. Deste modo, para a efetivação da integralidade da atenção à saúde no SUS é primordial o reconhecimento das medicinas tradicionais indígenas como um âmbito comunitário da assistência à saúde^{15,24,26}.

Se o agir integrado em equipe multidisciplinar já se apresenta desafiador, incorporar especialistas tradicionais à equipe acrescenta ainda mais elementos a esse desafio. Apesar disso, percebe-se que uma composição ampliada da equipe multidisciplinar possibilita aos profissionais um melhor trânsito pela complexa relação profissional-usuário-família, de modo a qualificar o cuidado em saúde.

3. Dados, Informação e Planejamento Participativo

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) deveria fornecer informações confiáveis sobre o perfil epidemiológico da população indígena como subsídio à tomada de decisão no planejamento em saúde indígena¹⁰. No entanto, quando investigada a relação entre o conhecimento do perfil epidemiológico e as ações em saúde, nota-se que a precariedade do funcionamento do SIASI²⁷ reduz a capacidade de planejamento e programação em saúde, como observado na TI do Povo Xakriabá, em Minas Gerais²⁶.

Para a saúde indígena, recomenda-se agregar informações qualitativas sobre a assistência à saúde prestada no âmbito das medicinas tradicionais indígenas aos dados epidemiológicos, assim como estabelecer mecanismos que permitam às comunidades indígenas participarem na definição do tipo de informação e reconhecerem o seu uso. A articulação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde se realizaria desde a instância de produção de informação quali-quantitativas sobre a saúde da população indígena até o planejamento participativo das ações em saúde no âmbito da promoção, da prevenção e da recuperação da saúde indígena^{15,24}.

Aprimorar sistemas de informação populacionais e de saúde, fortalecer a produção de evidências científicas sobre as situações vivenciadas pelos povos indígenas no Brasil, assim como garantir a expressão e poder de escolha dos povos indígenas na produção e organização das ações em saúde que afetem suas vidas nas aldeias e com a sociedade que os envolve, a partir das evidências e experiências contextuais, são fundamentais para o combate à situação de invisibilidade que tem sido imposta a esses grupos.

4. Território e Rede de Atenção à Saúde

Um fator relevante ao modelo de gestão da saúde indígena é o entendimento constitucional dos TI como eixo central na garantia da sociodiversidade desses povos. A definição das terras indígenas deve levar em conta a noção territorial própria de cada etnia, desde a necessidade de subsistência alimentar e econômica, até a reprodução biológica e sociocultural das sociedades indígenas²⁸, entendendo que a integridade territorial e a preservação do meio ambiente influenciam diretamente na determinação e desenvolvimento dos processos de saúde/doença dos povos²⁹. A expansão de frentes econômicas (extrativismo e trabalho assalariado temporário) ameaça à integridade do ambiente e dos saberes e identidade dos povos³⁰.

Kabad *et al.*²⁸, em estudo epidemiológico com os povos indígenas do Mato Grosso do Sul, destacam o processo de redução territorial e confinamento ao qual os povos Guaraní e Kaiowá foram submetidos e os efeitos e desafios cotidianos que surgem para sua organização social, por exemplo: a violência no território a partir de conflitos e disputas internas por espaços reduzidos; e submissão a lideranças nomeadas arbitrariamente pelo Serviço de Proteção aos Índios (SPI). Essas consequências representam alguns dos fatores desencadeantes da migração de famílias para beira de estradas e/ou periferias urbanas.

O texto da PNASPI aponta que para a efetivação da política, é necessária a criação de uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS para essa população². Na realidade Xakriabá (Minas Gerais), o acesso aos serviços de saúde, quer sejam no âmbito da atenção primária ou em maior nível de complexidade, é comprometido diante de grandes distâncias entre moradias e unidades de saúde e precária oferta de transporte público para os deslocamentos dentro e fora dos Territórios Indígenas²⁶. Além disto, Errico²⁶ observou que outros aspectos como suporte social e participação comunitária/social, ações intersetoriais em educação, moradia, meio ambiente e economia e importância da equipe de saúde para os significados, percepções e as particularidades de comportamento relacionadas à saúde dos indígenas, como fatores que influenciam o acesso aos serviços de atenção primária pelos Xakriabás.

A tristeza pelo distanciamento do Território e a saudade do convívio familiar, perpassando desde a longa espera por procedimentos hospitalares até a estrutura física, foram fragilidades identificadas por Silva *et al.*³¹ ao analisarem a realidade enfrentada por indígenas em períodos de permanência nas CASAI na região amazônica. Os autores alertaram para a necessidade de melhorias no contexto das CASAI, a fim de minimizar os impactos relacionados com o deslocamento dos indígenas do seu ambiente natural.

Pereira et al.³² relataram a experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas (Ambulatório do Índio no Hospital Universitário São Paulo – HSP, vinculado à Escola Paulista de Medicina da UNIFESP), referências no atendimento de média e alta complexidade. O ambulatório tem como missão o acolhimento, a coordenação dos cuidados e o acompanhamento do itinerário diagnóstico e terapêutico do paciente indígena, ou seja, os caminhos percorridos nas diferentes especialidades do HSP e outros serviços por meio de equipe de referência. Até que sejam atendidos neste ambulatório, os indígenas permanecem hospedados na CASAI SP.

A diferenciação do atendimento no Ambulatório do Índio caracteriza-se por uma abordagem que valoriza os aspectos culturais envolvidos na determinação do processo saúde-doença, visando minimizar os conflitos entre o saber biomédico e o tradicional indígena. A atenção diferenciada não significa simplesmente a incorporação das práticas tradicionais desses povos, mas da articulação das práticas de autocuidado com os serviços de saúde. A equipe do Ambulatório conta com profissionais que possuem experiência prévia em saúde indígena e proximidade com questões culturais, com vivências em algumas comunidades, o que minimiza o estranhamento imediato e facilita o diálogo entre profissionais de saúde e usuários indígenas. Ademais, o ambulatório prioriza a participação de alunos de graduação em suas atividades de assistência à saúde indígena, com propósito de inserir, durante a formação, vivências que sensibilizem e aproximem os estudantes da realidade da saúde indígena brasileira. A formação profissional, a educação em saúde, a pesquisa e extensão são eixos temáticos que dialogam com esse contexto multifacetado e plural, oferecendo espaços de ensino e de aprendizagem³².

A experiência exitosa de um serviço de saúde especificamente direcionado à atenção de povos indígenas reforça a defesa pela manutenção do modelo diferenciado de gestão dos serviços de atenção primária, capaz de compreender de maneira aprofundada e ampliada as interfaces entre saúde, cultura e modos de vida.

5. Gestão de Recursos Humanos e dos Serviços de Saúde

A ausência de uma política de recursos humanos, com um plano de cargos e carreiras estabelecido para o quadro de pessoal, torna o vínculo trabalhista precário, fragilizando, por conseguinte, o vínculo dos usuários com o serviço e tendendo a inviabilizar o reconhecimento das especificidades culturais que permeiam o cuidado em saúde dos povos indígenas¹⁴.

A gestão do SASI-SUS, desde que esteve sob responsabilidade da FUNASA, integra empresas privadas e organizações não governamentais, fazendo o modelo de gestão dependente da terceirização²⁹. Esse modelo misto foi adotado inicialmente com o objetivo de

garantir a manutenção do Subsistema no âmbito do Governo Federal, de modo a evitar a municipalização³.

A terceirização da saúde indígena criou um cenário ambíguo e contraditório. As organizações conveniadas ao Ministério da Saúde são responsáveis pela prestação de atenção à saúde indígena de nível primário, sendo, em sua maioria, provenientes de movimentos sociais, atuantes na defesa do direito à saúde. Essas organizações passaram então a executar e fiscalizar as ações de saúde, intermediando o acesso aos níveis secundário e terciário da atenção à saúde por meio dos DSEI, visando a integralidade das intervenções^{6,33}.

Ao longo dos anos, observa-se que a atuação das organizações não se estabeleceu de forma complementar, mas com a transferência praticamente integral das atividades de execução das ações de atenção primária à saúde indígena, burlando a norma constitucional que determina a prévia realização de concursos públicos para contratação de pessoal e comprometendo a continuidade e a eficiência das ações de saúde¹⁴. Apesar da garantia de realização de concurso público já haver sido exaustivamente debatida e compor as propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena^{34,35}, o modelo de gestão permanece o mesmo adotado pela FUNASA desde 1999.

Garnelo e Sampaio³³ analisaram convênios firmados com organizações não-governamentais no Amazonas (envolvendo os DSEI Manaus e Rio Negro), percebendo que o modelo adotado gera alta rotatividade de pessoal, descontinuidade das ações, dificuldade de articulação com os níveis de referência dos órgãos estaduais e municipais de saúde e tendência à pulverização e descoordenação dos serviços intradistritais.

Alguns estudos descrevem a presença de condições de trabalho precárias, insumos e equipamentos escassos que, somados à precarização/fragilidade do vínculo de trabalho dos profissionais de saúde – e à complexidade logística encontrada em algumas regiões (principalmente dificuldades de acesso e/ou distância entre aldeias) – têm reflexos negativos na qualidade e continuidade da prestação de serviços dentro dos Territórios Indígenas, impedindo a consolidação de uma política de promoção de saúde eficaz nestes Territórios^{6,19,26}.

Com a finalidade de reduzir o baixo percentual de médicos presentes nas equipes multidisciplinares das áreas rurais, remotas e socialmente vulneráveis, nas quais os Territórios Indígenas estão incluídos, foi introduzido em 2013 no Brasil o Programa Mais Médicos. Pereira *et al.*³⁶, avaliando a taxa de médicos por habitantes nos municípios brasileiros, antes e depois da implementação do Programa, evidenciaram aumento de cobertura nos 34 DSEI do País, com 294 médicos enviados, proporcionando melhorias no acesso aos serviços de saúde e

mostrando uma estratégia governamental que contribuiu para melhor cobertura multidisciplinar, portanto, para a equidade no SASI-SUS.

Apesar dos avanços obtidos, uma série de mudanças foram iniciadas no Programa a partir de 2018. Entre elas, registra-se o afastamento dos médicos cubanos (maior parcela de profissionais participantes) e a publicação da Medida Provisória nº 890/2019 que passa a nomear o Programa de Médicos pelo Brasil. As mudanças têm sido acompanhadas de desassistência médica em inúmeras localidades, especialmente nas mais remotas^{37,38,39}.

Pelo fato de perpassar os demais eixos aqui apresentados, a não estruturação de uma política nacional de desenvolvimento do trabalho em saúde apresenta-se como um dos maiores entraves à consolidação da política pública de saúde das populações indígenas. A apresentação de uma proposta municipal para esse contexto possivelmente não seria capaz de apoiar a solução das fragilidades enfrentadas por profissionais que atuam junto a povos, serviços e Territórios distribuídos em áreas diferentes da abrangência administrativa dos municípios.

Considerações finais

Todo o material investigado leva a uma importante reflexão sobre o alcance de bons níveis de resolutividade dos problemas de saúde indígena, em que defender a municipalização da atenção à saúde indígena como alternativa para qualificação dessas questões pode ser vista como um retrocesso. No decorrer da análise crítica, percebe-se que as questões discutidas não dependem prioritariamente de soluções no nível de gestão municipal, mas sim de uma inclusão na agenda governamental que lhes garanta receber esforços técnicos e políticos de forma eficaz. Sobretudo, os caminhos a serem definidos precisam ser dialogados e discutidos com os povos indígenas, que há muito se manifestam a favor da permanência da gestão com o Ministério da Saúde.

Há, de fato, a necessidade de mudança no funcionamento da política, gestão e oferta dos serviços de Saúde Indígena, mas não no caminho de rompimento do modelo ou de entrega da gestão aos municípios. O contexto político e histórico de conflitos e intolerâncias, reverbera no desrespeito das formas tradicionais de prevenção de doenças e manutenção da saúde, dos distintos conceitos de saúde e doença, de adoecimento, de cura, da garantia de condições de vida, eixos que orientam os desenhos diferenciados de descentralização.

Progressos, tal como o aumento generalizado do acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde, inclusive nas regiões mais remotas, são diversos e inegáveis. No entanto, a

gestão da SESAI ainda se mostra centralizada e limitada pelo modo como seu quadro de pessoal é composto. São claros os problemas relacionados à formação de profissionais para a atuação em ambientes interétnicos e interculturais e a elevada rotatividade profissional causada pelos precários vínculos trabalhistas. Ainda, a persistência de uma distância inaceitável entre diversos indicadores de saúde registrados entre povos indígenas e o restante da população brasileira, sendo o segmento indígena sistematicamente desfavorecido, apontando que a iniquidade na saúde indígena segue sendo um problema prioritário na agenda brasileira⁶. E neste sentido, o desenvolvimento de novos trabalhos que direcionem métodos de análise e avaliação para a gestão da saúde indígena apresentam-se como fundamentais para a identificação de outros nós críticos e para a proposição de novas estratégias de superação.

Considerando a manutenção, nos últimos anos, de uma política paliativa e pautada na prestação de serviços de modo terceirizado, por meio de convênios com organizações sociais, a mudança necessária recai sobre tal maneira de gerir, buscando aperfeiçoar, fortalecer e concretizar o modelo atual proposto, que tem por base o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Principalmente, avançando em termos de garantir ampla participação dos indígenas nas instâncias de controle social e de definição e execução das ações, assimilando as deliberações das últimas Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas e desenvolvendo a competência cultural através da formação de profissionais de saúde indígena efetivamente capacitados e sensíveis ao contexto cultural, às particularidades étnicas e a complexidade das comunidades em que atuam, consolidando assim a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Referências

1. Brito CAG, Lima NT. Antropologia e medicina: assistência à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942 -1956). Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum. [internet]. 2013 jan/abr [acesso em 2019 agosto 1];8(1):95-112. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-81222013000100006>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas [internet]. 2 ed. Brasília (DF); 2002 [acesso em 2019 julho 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf.
3. Mendonça SBM. Saúde indígena: distâncias que aproximam.... In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2019 agosto 1]; v.2.

- p.180-194. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf.
4. Brasil. Brasil cria Secretaria Especial de Saúde Indígena [internet]. Brasília, DF, 2010 [acesso em 2019 set 16]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2010/10/19/decreto-oficializa-criacao-de-secretaria-especial-de-saude-indigena>.
 5. Ferreira LB, Portillo JAC, Nascimento WF. A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* [internet]. 2013 [acesso em 2019 julho 15];7(4):83-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v7i4.1419>.
 6. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2019 julho 10];42:1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>.
 7. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Brasília, DF, 1990 [acesso em 2019 julho 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
 8. Brasil. Portaria Nº 2.207, de 26 de outubro de 2016. Revogada a Portaria nº 1.907/GM/MS, de 17 de outubro de 2016, publicada no Diário Oficial da União nº 200, de 18 de outubro de 2016, Seção 2, página 34 [internet]. Brasília, DF, 2016 [acesso em 2019 julho 15]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/129303184/dou-secao-2-27-10-2016-pg-36>.
 9. Lavor A. “Demarcar terras é um dever do Estado”. *Radis* [internet]. 199. ed. Rio de Janeiro:Fiocruz;2019 Abr [acesso em 2019 julho 15];p.24-28. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/todas-as-edicoes/199>.
 10. Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde [internet]. In: Garnelo L, Pontes AL., organizadores. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI; 2012 [acesso em 2019 julho 15]. p. 18-59. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf.
 11. Torraco RJ. *Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples*. *Human Resource Development Review* [internet]. 2005 sep [acesso em 2019 julho 15];4(3):356-367 Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1534484305278283>.
 12. Minayo MCS. (Org.). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2016.

13. Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS, *et al.* Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. *Rev Panam Salud Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2019 julho 10];42:1–9. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.163>.
14. Martins AL. Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013. 96 p. [acesso em 2019 julho 10]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24379>.
15. Weiss MCV. Contato Interétnico, Perfil Saúde-Doença e Modelos de Intervenção Mínima: O Caso Enawene-Nawe em Mato Grosso. In: Coimbra Jr CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ABRASCO; 2005. p. 187-196. [acesso em 2019 julho 10]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619-10.pdf>.
16. Diehl EE, Grassi F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* [internet]. 2010 [acesso em 2019 julho 10];26(8):1549–60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800009>.
17. Martins JCL. O trabalho do enfermeiro na Saúde Indígena: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural [dissertação]. [São Paulo]: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2017. 174 p. [acesso em 2019 julho 10]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/D.6.2017.tde-29082017-152141>.
18. Marinelli NP, Nascimento DF, Costa AIP, *et al.* Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros. *Revista UNIVAP* [internet]. 2012 [acesso em 2019 agosto 1];18(32):52-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18066/revunivap.v18i32.93>.
19. Silva RP, Barcelos AC, Hirano BQL, *et al.* A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. *Interface Commun Heal Educ*. [internet]. 2015 [acesso em 2019 julho 10];19(c):1005–14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1021>.
20. Maciel SC, Oliveira RCC, Melo JRF. Alcoolismo em indígenas potiguara: representações sociais dos profissionais de saúde. *Psicol Ciência e Profissão* [internet]. 2012 [acesso em 2019 julho 10];32(1):98–111. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000100008>.
21. Santos VL. Avaliação do grau de implementação do Programa de DST AIDS no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul – Pólo Base de Dourados [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009. 104 p. [acesso em 2019 julho 10]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2298>.

22. Castro A, Savage V, Kaufman H. *Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America*. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2015 [acesso em 2019 julho 10];38(2):96-109. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n2/96-109/en>.
23. Macedo MDC, Barros DD. Saúde e serviços assistenciais na experiência de jovens Guarani da comunidade Boa Vista. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo* [internet]. 2010 [acesso em 2019 julho 10];21(3):182-188. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i3p182-188>.
24. Ferreira LO. O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. *Saude e Soc.* [internet]. 2012 [acesso em 2019 agosto 1];21(SUPPL. 1):265–77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500023>.
25. Garnelo L. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. *Hist. Cienc. Saude – Manguinhos* [internet]. 2011 [acesso em 2019 julho 10];18(1):175–90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702011000100011>.
26. Errico LSP. Acesso e Utilização dos serviços de saúde pela população da etnia Xakriabá, Norte de Minas Gerais [tese]. [Belo Horizonte]: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2011. 124 p. [acesso em 2019 julho 10]. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2382>.
27. Garnelo L, Maquiné A. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. In: Langdon EJ, Cardoso MD. *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. p. 107–44. [acesso em 2019 agosto 1]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305637071_Saude_Indigena_Politiclas_Comparadas_na_America_Latina.
28. Kabad JF, Pícoli RP, Arantes R. A saúde da família indígena – Módulo Optativo 2. In: Geniole LAI, Kodjaoglanian VL, Vieira CCA., organizadores. *A Saúde da Família Indígena – Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família*. Campo Grande: Editora UFMS; 2011. p. 26-88. [acesso em 2019 julho 10]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/15610/1/A%20Sa%C3%BAde%20na%20Fam%C3%ADlia%20Ind%C3%ADgena.pdf>.
29. Pedrana L, Trad LAB, Pereira MLG, *et al.* Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*

- [internet]. 2018 [acesso em 2019 julho 10];42:1–5. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.178>.
30. Guimarães LAM, Grubits S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicol. Soc.* [internet]. 2007 [acesso em 2019 agosto 1];19(1):41-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000100007>.
31. Silva DM, Nascimento EHS, Santos LA, *et al.* Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. *Saude e Soc.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 julho 10];25(4):920–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016160600>.
32. Pereira ER, Biruel EP, Oliveira LSS, *et al.* A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saude e Soc.* [internet]. 2014 [acesso em 2019 julho 10];23(3):1077–90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300027>.
33. Garnelo L, Sampaio S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2005 [acesso em 2019 agosto 1];21(4):1217-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400024>.
34. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. 4º Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: Funasa; 2007. 228 p. [acesso em 2019 agosto 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf.
35. Brasil. Ministério da Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 305 p. [acesso em 2019 agosto 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf.
36. Pereira LL, Santos LMP, Santos W, *et al.* *Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014. Rural Remote Health* [internet]. 2016 [acesso em 2019 agosto 15];16(1):3616. Disponível em: <https://www.rrh.org.au/journal/article/3616>.
37. Kemper ES, Molina J, Vivas G. O Programa Mais Médicos e a sua contribuição para a universalização da saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília – DF: 2018. p. 117-38. [acesso em 2019 agosto 15].

Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/06/serie-30-anos-sus.pdf>.

38. Brasil. Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União. 1º de agosto de 2019 [acesso em 2019 agosto 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv890.htm.

39. Reis V. Mais Médicos: Após saída de cubanos, 42% das cidades têm vagas abertas [internet]. 27 de maio de 2019. [acesso em 2019 agosto 15]. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/mais-medicos-apos-saida-de-cubanos-42-das-cidades-tem-vagas-abertas/40961/>.

5.3 Artigo 3 - Caracterização socioepidemiológica em saúde bucal de uma população indígena na região Nordeste do Brasil

Com o intuito de identificar a situação de saúde e doença vivenciada pelos Xukurus do Ororubá na segunda onda da coorte, este artigo baseia-se no banco de dados obtido na coleta realizada no ano de 2018, quando o grupo investigado encontrava-se compondo a faixa etária de 18 a 23 anos.

Por meio de uma abordagem descritiva, seu objetivo é caracterizar a população de estudo quanto à utilização de serviços odontológicos, autopercepção da saúde bucal, práticas de higiene bucal, uso de dentifrícios fluoretados e experiência de cárie, além de aspectos socioeconômicos e demográficos.

O produto elaborado permitiu retratar a experiência de cárie pelo Índice CPO-D com média equivalente a 7,4 (DP=5,1), sendo a média dos componentes do Índice correspondentes a 22,8 para elementos dentários hígidos, 2,4 para cariados, 0,2 para obturados/cariados, 3,5 para obturados e 1,4 para perdidos, levando à conclusão de que a condição de saúde bucal dos indígenas caracteriza-se por expressiva desigualdade quando comparada aos resultados de levantamento epidemiológico realizado no País envolvendo outros grupos populacionais.

Caracterização socioepidemiológica em saúde bucal de uma população indígena na região Nordeste do Brasil

Socio-epidemiological characterization in oral health of an indigenous population in Northeast Brazil

Herika de Arruda Mauricio¹

Thatiana Regina Fávaro²

Rafael da Silveira Moreira³

¹Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco (UPE), Arcoverde, PE, Brasil.

²Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, AL, Brasil.

³Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife, PE, Brasil.

Resumo: Objetivo. Caracterizar indígenas da faixa etária de 18 a 23 anos de idade da etnia Xukuru do Ororubá, Pesqueira, Pernambuco, Brasil quanto à utilização de serviços odontológicos, autopercepção da saúde bucal, práticas de higiene bucal e experiência de cárie, além de aspectos socioeconômicos e demográficos. **Métodos.** Trata-se de um estudo transversal de base populacional, aninhado a uma coorte iniciada em 2010, desenvolvido nos limites da Terra Indígena Xukuru do Ororubá no ano de 2018. A partir da realização de exames bucais e aplicação de questionários, o estudo envolveu a participação de 131 indígenas da faixa etária de 18 a 23 anos de idade. Os dados foram coletados por meio do *software* Epi-Info[®], sendo utilizado o programa estatístico SPSS 20.0[®] para desenvolvimento da estatística descritiva. Para comparar o padrão de experiência de cárie identificado entre os indígenas com resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010), foram construídos gráficos no *software* R[®]. **Resultados.** A experiência de cárie verificada pelo Índice CPO-D obteve média equivalente a 7,4 (DP=5,1), com a média dos componentes do Índice correspondentes a 22,8 para elementos dentários hígidos, 2,4 para cariados, 0,2 para obturados e cariados, 3,5 para obturados e 1,4 para perdidos. **Conclusões.** A condição de saúde bucal dos indígenas caracteriza-se por expressiva desigualdade quando comparada aos resultados de levantamento epidemiológico realizado no País envolvendo outros grupos populacionais.

Palavras-chave Índios sul-americanos; saúde de populações indígenas; disparidades nos níveis de saúde; saúde bucal; índice cpo.

Abstract: Objective. To characterize indigenous people from 18 to 23 years old, Xukuru from Ororubá, Pesqueira, Pernambuco, Brazil regarding the use of dental services, self-perception of oral health, oral hygiene practices and caries experience, as well as socioeconomic and demographic aspects. **Methods.** This is a population-based cross-sectional study, nested in a cohort started in 2010, developed in the boundaries of the Xukuru from Ororubá Indigenous Land in 2018. Based on oral examinations and questionnaires, the study involved the participation of 131 indigenous people aged 18 to 23 years old. Data were collected using Epi-Info[®] software, using the statistical program SPSS 20.0[®] to develop descriptive statistics. To compare the standard caries experience identified among indigenous with the results of the National Oral Health Survey (SB Brazil 2010), graphics were built in the software R[®]. **Results.** The caries experience verified by the DMFT Index obtained a mean equivalent to 7,4 (SD=5,1), with the mean of the components of the Index corresponding to 22,8 for caries free dental elements, 2,4 for decayed, 0,2 for filled/decayed, 3,5 for filled and 1,4 for missing. **Conclusions.** The indigenous oral health condition is characterized by significant inequality when compared to the results of an epidemiological survey conducted in the country with other population groups.

Keywords Indians, south american; health of indigenous peoples; health status disparities; oral health; dmf index.

Resumen: Objetivo. Caracterizar a lo pueblo indígena de 18 a 23 años de edad, Xukuru do Ororubá, Pesqueira, Pernambuco, Brasil, con respecto al uso de servicios dentales, la autopercepción de la salud bucal, las prácticas de higiene bucal y la experiencia de caries, así como los aspectos socioeconómicos y demográficos. **Métodos.** Este es un estudio transversal basado en la población, anidado en una cohorte iniciada en 2010, desarrollado en los límites de la Tierra Indígena Xukuru do Ororubá en 2018. Basado en exámenes orales y cuestionarios, el estudio involucró la participación de 131 indígenas de 18 a 23 años de edad. Los datos se recolectaron utilizando el software Epi-Info[®], utilizando el programa estadístico SPSS 20.0[®] para desarrollar estadísticas descriptivas. Para comparar el patrón de experiencia de caries identificado entre indígenas con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Oral (SB Brasil 2010), los gráficos fueron construidos en el software R[®]. **Resultados.** La experiencia de caries verificada por el Índice CPO-D obtuvo un promedio equivalente a 7,4 (DE=5,1), con el promedio de los componentes del Índice correspondiente a 22,8 para elementos dentales sanos, 2,4 para caries, 0,2 para relleno/descompuesto, 3,5 para relleno y

1,4 para perdido. **Conclusiones.** La condición indígena de salud bucal se caracteriza por una desigualdad significativa en comparación con los resultados de una encuesta epidemiológica realizada en el país con otros grupos de población.

Palabras-clave Indios sudamericanos; salud de poblaciones indígenas; disparidades en el estado de salud; salud bucal; índice cpo.

Introdução

Saúde, bem-estar e qualidade de vida podem ser significativamente afetados pelas doenças bucais, especialmente quando os recursos para prevenção, diagnóstico e tratamento são limitados (1).

Desde 1971, a Organização Mundial de Saúde (OMS) padroniza a realização de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal e a mensuração da experiência de cárie por meio do Índice CPO-D. Medido por exames bucais, o Índice expressa a contagem de dentes permanentes Cariados, Perdidos ou Obturados, possuindo amplitude de zero (ausência de cárie) a 32 (número de dentes cariados, perdidos e obturados), sendo seu resultado capaz de expressar o grau de severidade da doença (2).

Resultados provenientes da aplicação do método têm sido capazes de comprovar a presença de cárie e sua severidade associadas a impacto negativo na qualidade de vida. Atividades diárias como mastigação/alimentação e sono são impactadas pela presença de lesões cariosas não tratadas (3,4).

No processo de caracterização da saúde bucal entre povos indígenas, seguir os critérios estabelecidos pela OMS representa garantir um padrão internacional de comparabilidade dos resultados, de modo a não só fundamentar o conhecimento do perfil de saúde desses povos, mas também evidenciar a magnitude das desigualdades entre indígenas e não-indígenas.

A cárie permanece como um importante problema de saúde pública entre povos indígenas da América do Sul. As populações indígenas do Brasil, Chile, Uruguai e Venezuela apresentaram, em todas as faixas etárias investigadas, médias do Índice CPO-D mais elevadas que a população geral do respectivo País. No grupo de indígenas entre 15 e 19 anos, os resultados apontam para grande heterogeneidade nos valores, com média de 5,53 (2,97-8,09) para o Índice CPO-D. No Brasil, foi realizado em 2010 o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal, intitulado SB Brasil 2010. Examinando a população brasileira de forma geral, sem representatividade por critério raça/cor, o

levantamento verificou média do Índice CPO-D equivalente a 4,25 (3,86-4,65) nessa mesma faixa etária (5).

O povo Xukuru do Ororubá, um dos maiores contingentes populacionais indígenas no Nordeste do Brasil e o maior no Estado de Pernambuco (6), teve sua condição de saúde bucal verificada pela primeira vez por meio de um levantamento epidemiológico realizado no ano de 2010. Na faixa etária de 10 a 14 anos, o Índice CPO-D médio verificado foi de 2,38 (2,04–2,72), com cerca de 27% de seus integrantes livres da experiência de cárie, ausência esta associada a aspectos contextuais e individuais do grupo (7).

Na perspectiva de atender à recomendação da OMS de condução regular de levantamentos epidemiológicos a cada cinco ou seis anos na mesma comunidade (2) e medir as desigualdades em saúde bucal, este estudo objetivou desenvolver um novo levantamento epidemiológico com a etnia Xukuru do Ororubá, a fim de caracterizar indígenas da faixa etária de 18 a 23 anos de idade quanto à utilização de serviços odontológicos, autopercepção da saúde bucal, práticas de higiene bucal e experiência de cárie, além de aspectos socioeconômicos e demográficos.

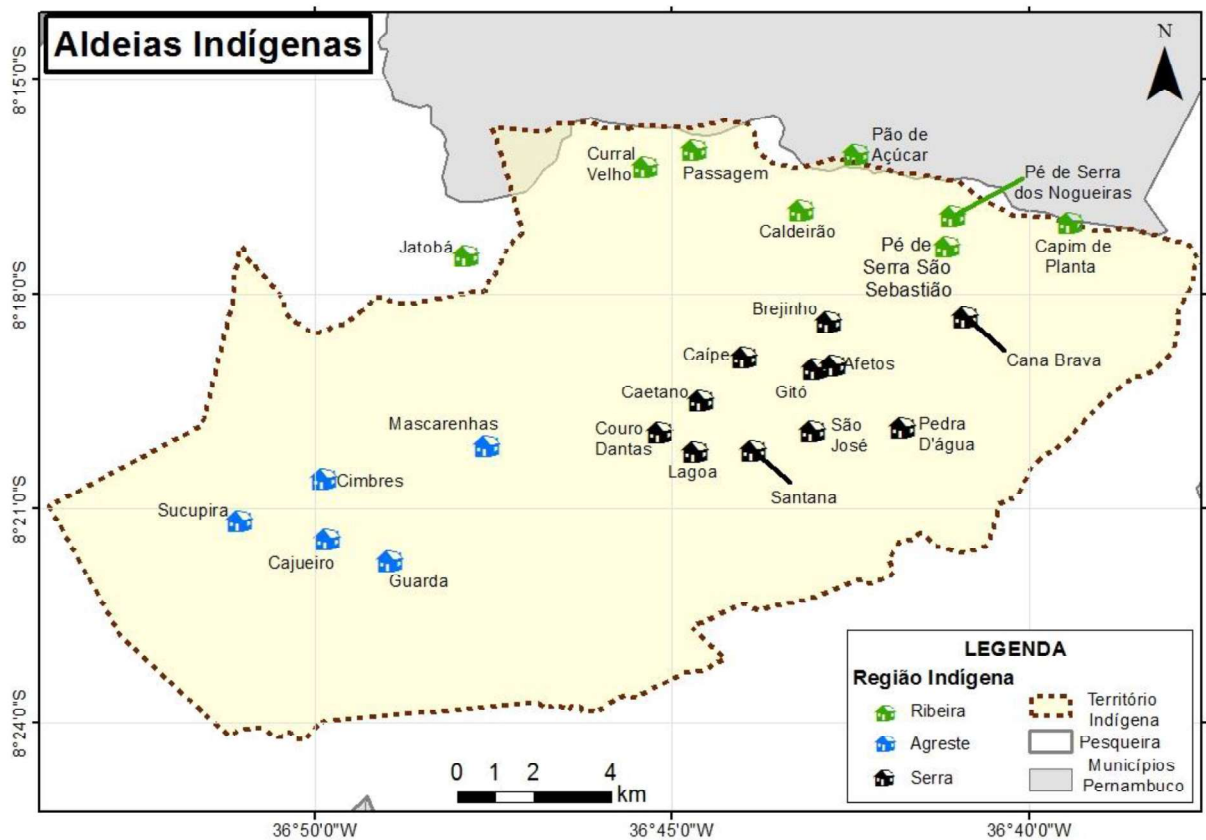
Materias e métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, aninhado a uma coorte iniciada em 2010 (7), realizado na Terra Indígena Xukuru do Ororubá, localizada no Município de Pesqueira, Pernambuco, Brasil. A etnia Xukuru do Ororubá era composta no ano de 2018 por 7.857 pessoas (8) distribuídas em um Território Indígena de 27.550 hectares, organizado em 3 regiões socioambientais (Serra, Ribeira e Agreste) e 24 aldeias (9) (FIGURA 1).

O estudo teve como população-alvo indígenas residentes no Território integrantes da amostra do estudo *baseline* realizado no ano de 2010 (7), quando os participantes pertenciam à faixa etária de 10 a 14 anos. Na ocasião, o grupo etário foi selecionado a partir da compatibilização da distribuição populacional com a faixa índice de 12 anos que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece para monitoramento da cárie (2). O cálculo da amostra buscou representar 871 indivíduos entre 10 e 14 anos, assumindo-se a prevalência de 20% para cárie, precisão de 5% e intervalo de confiança de 95% (IC95%), com o acréscimo de 20% para amenizar perdas e recusas. A amostra obtida para o estudo de 2010 foi de 233 participantes.

Figura 1 - Organização do Território Indígena Xukuru do Ororubá segundo regiões e aldeias. Pesqueira, 2020.



Fonte: Núcleo de Estatística e Geoprocessamento (NEG) – IAM/Fiocruz, 2020.

Na presente investigação, intencionou-se recrutar os mesmos participantes, que nesse momento compunham a faixa etária de 18 a 23 anos de idade, utilizando a permanência no Território Indígena como critério de inclusão.

Coleta de dados

A partir de uma estratégia de busca no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), a equipe profissional do Polo Base Xukuru do Ororubá identificou a atual localização dos participantes do estudo de 2010, repassando essas informações para a equipe de pesquisa. Com os dados de localização e o apoio dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), a equipe de pesquisa iniciou a coleta de dados em dezembro de 2018, envolvendo a aplicação de questionários e a realização de exames bucais.

O questionário digital do tipo fechado construído na plataforma Epi Info® versão 3.4 (2007) possibilitou a coleta de dados por meio do uso de tablets (Samsung Galaxy Tab3®). Para o desenvolvimento da coleta de dados, fez-se necessária a realização de treinamento com a equipe de campo, seguido de aplicação do estudo piloto no Território Indígena envolvendo

11 participantes que não compunham a amostra. A partir do estudo piloto, instrumentos de coleta e o processo de trabalho foram ajustados.

A equipe de trabalho de campo foi constituída por dois alunos de graduação em odontologia e dois cirurgiões-dentistas, os quais atuaram em duplas de trabalho, sendo cada dupla composta por examinador e anotador. Os exames bucais seguiram as orientações da OMS (2). Para cumprimento das normas de biossegurança, a pesquisa contou com o apoio da central de esterilização da Universidade de Pernambuco *campus* Arcoverde, onde foi realizada a lavagem e esterilização dos instrumentais.

Para que os exames bucais possuíssem parâmetros aceitáveis de consistência interna e externa aos examinadores, previamente ao início do trabalho de campo foi realizado o treinamento de calibração. Trata-se de um método de capacitação teórica e prática utilizado para conhecer o grau de concordância alcançado (intra/inter)examinadores durante a coleta dos dados (2).

A concordância dos resultados obtidos foi verificada a partir do Coeficiente Kappa (k) (10). Na calibração inter-examinador, obteve-se média=0,84, com valores variando de 0,80 a 0,89, permitindo a classificação de concordância ótima entre os examinadores. Para a calibração intra-examinador, obteve-se média=0,92, com valores variando de 0,85 a 1,00 e concordância também classificada como ótima, permitindo o desenvolvimento do levantamento epidemiológico.

Pelo fato dos indígenas da etnia Xukuru do Ororubá fazerem uso da língua portuguesa em sua rotina diária, não se fez necessária a adaptação do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para um dialeto próprio, mas estes foram adequados às peculiaridades culturais, fazendo uso de linguagem clara e objetiva. Para minimizar o risco de constrangimento do participante, a equipe de trabalho de campo atuou de maneira cuidadosa e respeitosa, realizando exame e entrevista em local reservado no domicílio.

Previamente à realização dos exames bucais, os participantes receberam um kit de higiene bucal associado à aplicação de flúor e orientações quanto à higiene bucal e alimentação. O trabalho de campo ocorreu de maneira articulada com os serviços de saúde ofertados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no Território Indígena. Diante da identificação de situações de urgência, os participantes receberam encaminhamento para o serviço de saúde mais próximo.

Variáveis de estudo

O desfecho primário do estudo foi investigado a partir do Índice CPO-D. Este foi calculado a partir da realização do exame bucal, com o preenchimento dos critérios e códigos padronizados para o Índice. Na análise dos dados, foi considerada a média do Índice CPO-D.

A demais variáveis investigadas foram organizadas em três categorias: individuais, domiciliares e de saúde bucal. As variáveis individuais investigadas foram idade, sexo, raça/cor, estado civil, saber ler/escrever, curso mais elevado concluído, ocupação principal, disponibilidade de trabalhadores/funcionários, renda familiar, benefício do Programa Bolsa Família e estilo de vida (consumo de fumo, bebida alcoólica e açúcar). Entre as variáveis domiciliares, investigou-se região sócio-ambiental, aldeia, condições de moradia (material do piso, telhado e paredes externas), número de cômodos no domicílio, número de cômodos utilizados como dormitório, número de moradores por domicílio, distribuição de moradores por cômodo, forma de obtenção de água, tratamento aplicado à água de beber, disponibilidade de banheiro no domicílio, destino dos dejetos do banheiro, destino do lixo, disponibilidade de iluminação elétrica e forma de cozinhar. Sobre a saúde bucal, as variáveis buscaram identificar a utilização de serviços odontológicos (realização de consulta odontológica e características da última consulta como período, local, motivo, forma de marcação, tempo de espera entre marcação e atendimento, prescrição e acesso a medicamentos e exames, avaliação da consulta e localização de cirurgião-dentista no Território Indígena), além da autopercepção de saúde e higiene bucal (necessidade de tratamento odontológico, presença de dor de dente nos 6 meses anteriores à entrevista, intensidade da dor, necessidade de uso de prótese, realização e frequência da higiene bucal com escova, pasta fluoretada e fio dental).

Análise dos dados

Os dados foram criticados de modo a corrigir falhas cometidas no preenchimento dos instrumentos de coleta. Na análise dos dados, realizou-se a estatística descritiva por meio do programa estatístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS 20.0®), com a distribuição de frequências e descrição das medidas de tendência central e de dispersão. As análises foram apresentadas por meio de gráficos e tabelas.

Com a utilização do *software* R®, foram construídos gráficos de comparação do padrão de experiência de cárie identificado entre os indígenas com resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) (11) referentes ao Brasil, às regiões Nordeste e Interior do Nordeste, além do município de Recife (capital do Estado de Pernambuco).

Aspectos éticos

O estudo obteve anuência da etnia Xukuru do Ororubá por meio de seu Conselho Indígena de Saúde Xukuru do Ororubá - CISXO e do Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI, sendo aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IAM/FIOCRUZ pelo parecer nº 2.839.310/2018 e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) parecer nº 3.050.331/2018.

Resultados

Entre os 233 participantes do estudo *baseline* realizado em 2010, 174 permaneciam no Território, sendo obtida uma amostra composta por 131 indígenas, correspondendo a 24,7% de perda em relação ao quantitativo de indígenas que permaneciam vivendo na Terra Indígena. Os resultados obtidos a partir desses participantes estão apresentados em três tópicos, a saber: Caracterização dos indivíduos; Caracterização dos domicílios; Caracterização da saúde bucal.

Caracterização dos indivíduos

A pesquisa envolveu uma amostra constituída por 131 participantes distribuídos nas três regiões socioambientais que compõem o Território Indígena. O maior percentual de indivíduos da amostra foi de moradores da região socioambiental da Serra (39,7%), a mais populosa do Território, seguida pela região do Agreste (38,9%) e pela região da Ribeira (21,4%).

Todos os participantes se autodeclararam indígenas da etnia Xukuru do Ororubá, possuindo entre 18 e 23 anos de idade e distribuição semelhante entre os sexos, com composição de 50,4% do sexo feminino. O estado civil predominante foi solteiro (55,7%), com afirmação de todos sobre saber ler e escrever e 80,2% informando não mais estudar. O curso mais elevado concluído pelos que não mais estudam foi o 3º Ano do Ensino Médio (45,8%). Em relação às condições de trabalho, a maioria dos participantes atuava na agricultura e criação de animais (36,6%) e todos afirmaram não possuir trabalhadores ou funcionários. A renda familiar média verificada no mês anterior à entrevista foi de R\$821,12 (DP=651,5), com 73,3% dos participantes possuindo no domicílio algum integrante da família como beneficiário do Programa Bolsa Família.

Verificando o estilo de vida dos indígenas, a maior parte não fuma (93,9%), não consome bebida alcoólica (54,2%) e refere consumir uma quantidade regular de açúcar (45%).

Caracterização dos domicílios

O número total de moradores por domicílio corresponde a uma média de 4,5 habitantes (DP=2,0), com domicílios caracterizados por 5,7 cômodos em média (DP=1,7), sendo 2,3 cômodos em média utilizados como dormitórios (DP=0,9). A distribuição de moradores por cômodos do domicílio obteve média equivalente a 0,8 (DP=0,4).

A estrutura física predominante entre os domicílios é formada por paredes externas de alvenaria (88,5%), piso de cimento (74,0%) e telhado de barro (93,9%). A maioria dos participantes não tem acesso à água por meio de torneiras no domicílio (59,5%), precisando recorrer, em sua maioria, à água proveniente de poços, com ou sem bomba (29,0%), aplicando principalmente o tratamento com hipoclorito de sódio (87,0%) na água de beber. A maioria dos domicílios possui banheiro (77,9%), localizado dentro de casa (64,1%), com fossa séptica para destino dos dejetos (59,5%). Os que não possuem banheiro no domicílio utilizam predominantemente o mato (19,1%). A coleta de lixo ainda não é uma realidade para a maioria, sendo a queimada o destino da maior parte do lixo (65,6%). A quase totalidade da população possui energia elétrica (99,2%) e a principal forma de cozinhar é por meio da combinação de gás, carvão ou lenha (51,9%).

Caracterização da saúde bucal

A caracterização da saúde bucal foi desenvolvida a partir de quatro eixos: “utilização de serviços odontológicos”, “autopercepção da saúde bucal”, “práticas de higiene bucal” e “experiência de cárie”. Os resultados dos três primeiros eixos estão apresentados nas **Tabelas 1 e 2**, construídas a partir dos questionários aplicados, enquanto o último eixo refere-se aos resultados obtidos nos exames bucais realizados.

Os exames bucais mediram a experiência de cárie por meio do Índice CPO-D, obtendo média de 7,4 (DP=5,1), com valor mínimo de 0 e máximo de 27. Já no **Gráfico 1**, a distribuição do Índice está apresentada em relação aos sexos, sendo possível verificar medianas correspondentes a 6,0 e 6,50 para os sexos masculino e feminino, respectivamente.

A média de elementos dentários permanentes superiores foi de 14,5 e de elementos dentários permanentes inferiores 14,4. Quanto ao uso de prótese, três participantes (2,3%) afirmaram ser usuários de prótese superior, enquanto ninguém informou ser usuário de prótese inferior. O **Gráfico 2** apresenta a distribuição da média dos componentes do Índice CPO-D por local de residência, evidenciando que Recife apresenta a melhor situação de saúde bucal com a menor média do Índice CPO-D (3,9) e de elementos cariados (1,3) e média mais alta de dentes hígidos (25,0).

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa das variáveis de utilização de serviços odontológicos. Pesqueira, 2018.

<i>Variáveis de utilização de serviços odontológicos</i>	n	%
Já realizou consulta odontológica (n = 131)		
Sim	129	98,5
Não	2	1,5
Período da última consulta (n = 129)		
Menos de um ano	105	81,4
Um a dois anos	19	14,7
Três anos ou mais	5	3,9
Local da última consulta (n = 129)		
Serviço público	102	79,1
Serviço particular	27	20,9
Marcação da última consulta (n = 129)		
Agente Indígena de Saúde	83	64,3
Presencialmente	40	31,0
Telefone/Internet	6	4,7
Tempo de espera entre a marcação e o atendimento (n = 129)		
1 a 2 semanas	115	89,1
3 a 4 semanas	7	5,4
1 a 2 meses	4	3,1
Mais de 2 meses	3	2,3
Motivo da última consulta (n = 129)		
Tratamento	80	62,0
Exodontia	22	17,1
Dor	16	12,4
Revisão, prevenção ou check-up	11	8,5
Houve prescrição de medicamento na consulta (n=129)		
Sim	25	19,4
Não	104	80,6
Houve acesso ao medicamento prescrito pelo SUS (n=25)		
Sim	21	84,0
Não	4	16,0
Houve prescrição de exames na consulta (n=129)		
Sim	8	6,2
Não	121	93,8
Houve acesso aos exames prescritos pelo SUS (n=8)		
Sim	4	50,0
Não	4	50,0
Como avalia a consulta (n=131)		
Muito Boa / Boa	109	84,5
Regular	18	14,0
Ruim / Muito Ruim	2	1,6

Sabe onde encontrar o dentista no Território Indígena (n=131)

Sim	130	99,2
Não	1	0,8

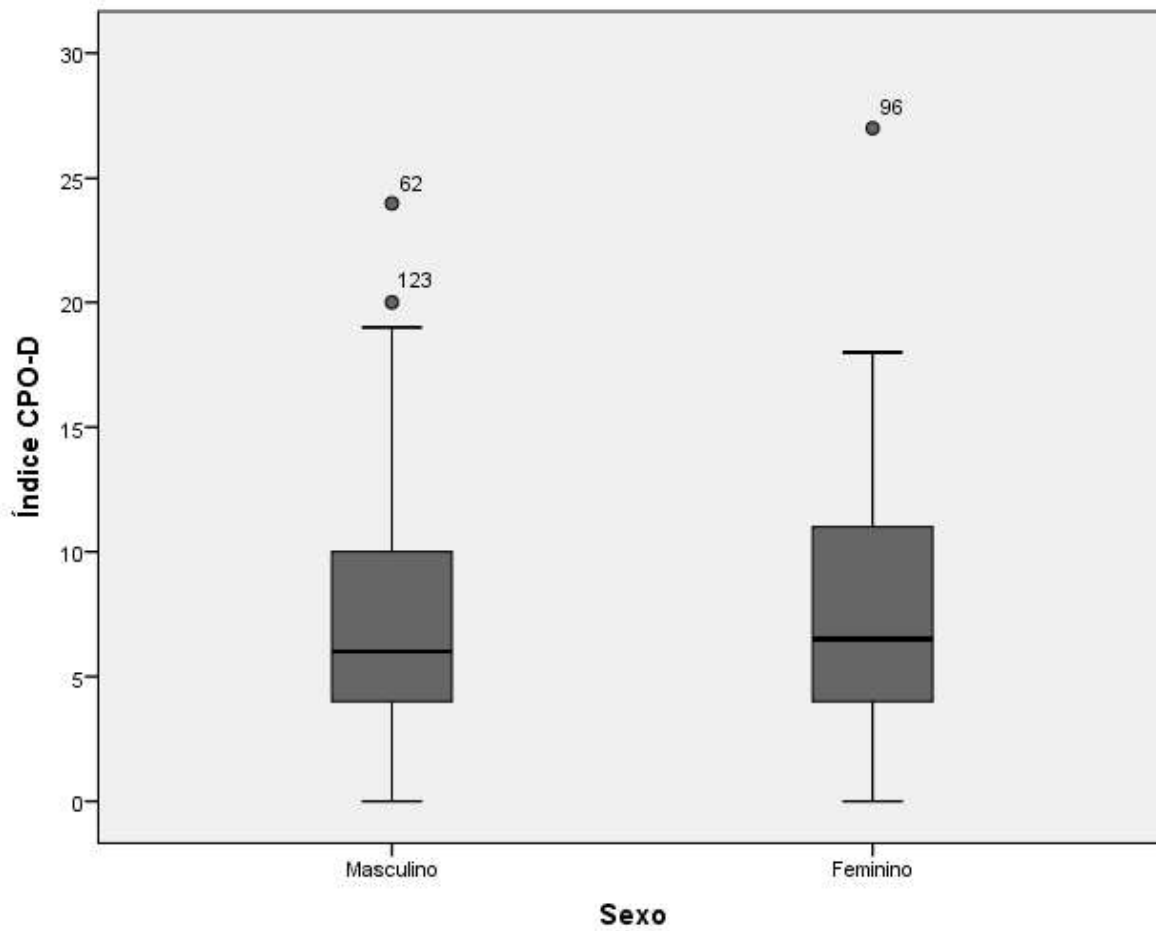
Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa das variáveis de autopercepção e higiene bucal. Pesquisa, 2018.

<i>Variáveis de autopercepção e higiene bucal</i>	n	%
Necessita de tratamento odontológico (n = 131)		
Sim	102	77,9
Não	29	22,1
Apresentou dor de dente nos últimos 6 meses (n = 131)		
Sim	32	24,4
Não	99	75,6
Intensidade da dor (n = 131)		
De 1 a 7 (até a mediana)	21	16,0
De 8 a 10 (acima da mediana)	11	8,4
Não apresentou dor de dente	99	75,6
Satisfação com dentes/boca (n = 130)		
Muito satisfeito / satisfeito	40	30,5
Nem satisfeito nem insatisfeito	51	38,9
Muito insatisfeito / insatisfeito	39	29,8
Considera que precisa utilizar prótese ou substituir a que está usando (n = 131)		
Sim	16	12,2
Não	113	86,3
Ignorado	2	1,5
Realiza higiene bucal (n = 131)		
Sim	131	100,0
Não	0	0,0
Escova os dentes (n = 131)		
Sim	131	100,0
Não	0	0,0
Utiliza pasta dental com flúor (n = 131)		
Sim	131	100,0
Não	0	0,0
Utiliza fio dental (n = 131)		
Sim	65	49,6
Não	66	50,4
Frequência de escovação diária no último mês (n = 131)		
1	14	10,7
2	49	37,4
3 ou mais	68	51,9

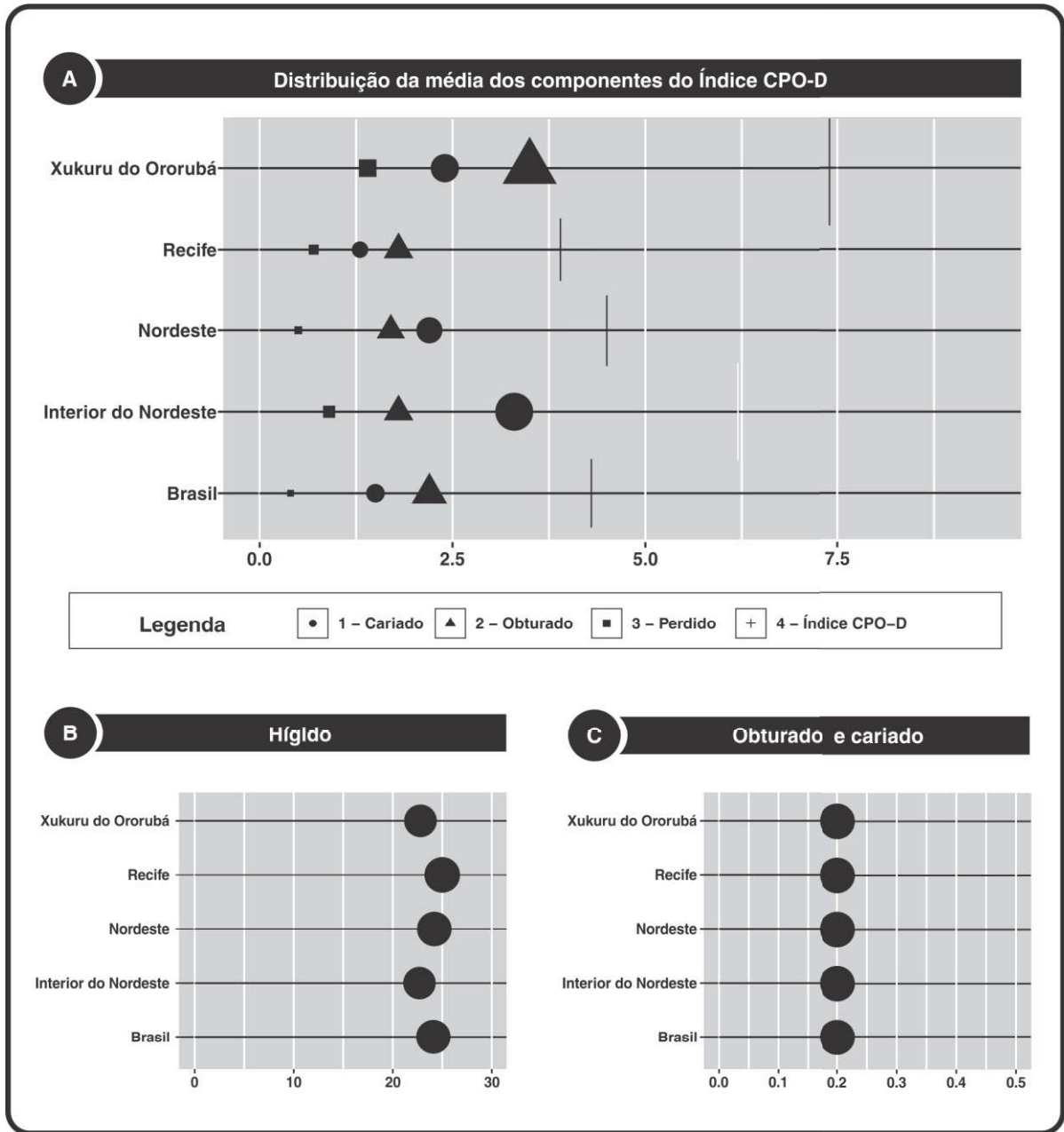
Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 1. Boxplot do Índice CPO-D em relação ao sexo da população estudada. Pesqueira, 2018.



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 2. Distribuição da média dos componentes do Índice CPO-D por local de residência. Brasil, 2010-2018.



Fonte: Elaboração própria.

Discussão

“Iniquidades em saúde são diferenças sistemáticas, evitáveis e injustas nos resultados de saúde, que podem ser observadas entre populações, grupos sociais dentro da mesma população ou como gradiente em uma população classificada por posição social” (12). Sendo as iniquidades em saúde consideradas a partir de um juízo de valor, é de responsabilidade

inicial dos pesquisadores produzir conhecimento capaz de evidenciar as desigualdades existentes entre os subgrupos populacionais (13).

Sabe-se que as doenças bucais afetam de maneira desigual os grupos mais pobres e marginalizados da sociedade, apresentando-se associadas ao *status* socioeconômico e aos determinantes sociais da saúde (14). Contudo, sendo a desigualdade uma característica central e constituinte das sociedades, ainda se faz necessário estudá-la, de maneira a promover entendimento e superação dessa realidade (15).

Esse trabalho estabeleceu como foco medir as desigualdades em saúde bucal a partir de dois aspectos: experiência de cárie e etnicidade. Apesar da redução das desigualdades em saúde bucal apresentar-se estabelecida como objetivo global (16), a caracterização da experiência de cárie entre os Xukurus do Ororubá na faixa etária de 18 a 23 anos classifica a severidade da doença como muito alta a partir do resultado médio obtido para o Índice CPO-D (17).

Na aplicação de métodos de mensuração das desigualdades, um aspecto relevante é a disponibilidade de dados, bem como a comparabilidade entre diferentes estudos (13). Nesse sentido, foram utilizados como referência dados provenientes do SB Brasil 2010. Para comparação com a faixa etária aqui estudada, o grupo mais semelhante é o de adolescentes de 15 a 19 anos examinados em 2010. Entre os resultados comparados por locais de residência, a média do Índice CPO-D verificada no Interior da Região Nordeste foi a mais próxima dos indígenas, correspondendo a 6,22 (11). Mesmo assim, os indígenas ainda apresentam piores resultados.

Uma questão também relevante nesse processo é a análise do Índice CPO-D a partir de seus componentes. A desigualdade verificada na distribuição do componente cariado, com a existência de quase o dobro de dentes cariados por indígena em relação à população de Recife, representa importante demanda a ser atendida pelos serviços odontológicos destinados aos indígenas.

Entre os povos indígenas no Nordeste do Brasil, os Potiguaras foram estudados por Sampaio *et al.* (18), apresentando resultados semelhantes ao Xukurus. Entre os 1.461 exames bucais realizados, 507 couberam à faixa etária de 15 a 19 anos, apresentando Índice CPO-D médio de 7,13, com 6,11% dos indivíduos possuindo Índice CPO-D igual a zero. A média verificada de dentes hígidos foi 21,83, cariados 3,47, perdidos 1,44 e obturados 1,94.

Os Xukurus do Ororubá autopercebem sua condição de saúde bucal com necessidade de realização de tratamento odontológico. É muito provável que essa percepção seja decorrente da presença de sinais e sintomas de adoecimento bucal. Aday e Forthofer (19) verificaram que

a busca por serviços de saúde entre grupos sociais distintos possui diferentes motivos: enquanto minorias étnico-raciais e grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o dentista em resposta a problemas bucais autopercebidos, indivíduos de cor branca e com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento.

Entre as práticas de higiene bucal, o uso do fio dental não se apresenta como um hábito consolidado entre os indígenas. Em estudo desenvolvido por Smith *et al.* (20), buscando identificar percepções, barreiras, educação em saúde bucal do paciente e efeito sobre a motivação para o controle do biofilme interdental, os participantes relataram incerteza sobre a técnica correta do uso do fio dental, crença sobre o mesmo causar problemas estéticos ou de saúde, além de dor e desconforto no seu uso. Essa caracterização revela a necessidade das Equipes de Saúde Bucal reforçarem suas ações voltadas à educação em saúde, de forma a incorporar demonstrações práticas sobre o uso do fio dental, além de abordagens motivacionais e de fácil compreensão para os indígenas.

Já a majoritária utilização de serviços odontológicos se deu no âmbito público, agendado pelo Agente Indígena de Saúde e com disponibilidade de medicamentos e exames, denotando a importância da Atenção Primária à Saúde prestada pela SESAI. Incorpora-se a esse panorama a avaliação positiva emitida para a consulta odontológica realizada, configurando uma percepção de qualidade no atendimento recebido. Os resultados revelam ser nesta rede de serviços, formada por profissionais que conhecem o Território e as especificidades culturais desse povo, que os indígenas se sentem confortáveis para o cuidado da saúde.

O comportamento de saúde é um fenômeno híbrido construído em função de um quadro social e cultural específico, que precisa ser compreendido pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), para que essas possam então influenciar positivamente o acesso dos indígenas aos serviços de saúde (21). A discriminação por prestadores de serviços de saúde contra as minorias étnicas apresenta-se como uma barreira primária ao acesso da atenção à saúde de qualidade na América Latina. Práticas discriminatórias são capazes dissuadir a busca por atendimento à saúde (22). Por isso, a abordagem diferenciada dos profissionais de saúde, baseada em práticas interculturais, precisa ser efetivada nas práxis dos sujeitos que ofertam cuidado em saúde aos povos indígenas (23).

Sobre as condições de moradia, o perfil assemelha-se às comunidades rurais do Nordeste brasileiro. Um resultado preocupante sobre essa caracterização se dá em relação às condições sanitárias dessas residências. Uma parcela importante não possui banheiros no

domicílio, há dificuldade de acesso à água encanada e serviços de coleta de lixo não contemplam a totalidade da população. Esse contexto exige das EMSI uma atenção especial para a prevenção de doenças de veiculação hídrica, com necessidade de fortalecimento de ações de educação sanitária.

Os indígenas investigados caracterizam-se por resultados positivos sobre sua formação escolar, com percentual importante de indígenas havendo concluído o 3º Ano do Ensino Médio. Entendendo o processo educacional como indispensável para melhor compreender seu povo e suas necessidades, acredita-se que esse nível de formação será capaz de impulsionar maior cuidado da saúde.

Com renda familiar mensal média inferior a um salário mínimo, 73,3% dos participantes afirmaram possuir no domicílio algum integrante da família como beneficiário do Programa Bolsa Família (PBF). Implementado em 2003, o Programa é uma estratégia de transferência condicional de renda destinada às famílias pobres que cumpram certas condições relacionadas à saúde e educação, sendo capaz de impactar positivamente na condição de saúde (24). Resultados obtidos por Arantes e Frazão (25) apontaram que famílias indígenas não eleitas como beneficiárias do PBF, por apresentarem renda acima dos critérios do Programa, apresentaram índices de cárie 40% menores. A atuação da renda como fator protetor para a condição de saúde bucal sugere a existência de desigualdades também entre os indígenas.

Ainda que o ineditismo na caracterização socioepidemiológica em saúde bucal para uma população indígena no Nordeste brasileiro justifique a relevância do presente estudo, é importante destacar algumas limitações, como número de participantes e faixa etária investigada (o estudo não foi conduzido na faixa etária índice de monitoramento da OMS). Tais limitações se deram em função da priorização metodológica de desenvolvimento de um estudo transversal aninhado a uma coorte com monitoramento dos mesmos indivíduos integrantes de estudo anteriormente desenvolvido com a etnia, o que possibilitou a ampliação da capacidade de detecção de mudanças contextuais e individuais ocorridas no intervalo de tempo investigado.

A condição de saúde bucal verificada entre os indígenas caracteriza-se por expressiva desigualdade quando comparada aos resultados de levantamento epidemiológico realizado no País envolvendo outros grupos populacionais.

Contribuições

HAM concebeu o artigo, executou coleta, processamento e análise de dados e redigiu o texto. TRF e RSM analisaram os dados e revisaram criticamente o texto. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Ao povo indígena Xukuru do Ororubá por apoiar o desenvolvimento deste estudo e à Universidade de Pernambuco (UPE) e ao Grupo de Estudos em Saúde Bucal (GESB/IAM-FIOCRUZ) pelo suporte logístico na realização do trabalho de campo.

Referências

1. World Health Organization (WHO), International Telecommunication Union. Report of the Global mOralHealth Workshop, 10–12 October 2018, Montpellier, France. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326149/WHO-NMH-PND-2019.6-eng.pdf> Acessado em novembro de 2019.
2. Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia. Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos. 5a ed. São Paulo: USP; 2017. 142p. Disponível em: http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2011/06/Levantamentos-Saude-Bucal_5ed_Nov2017.pdf Acessado em outubro de 2018.
3. Faker K, Tostes MA, Paula VAC. Impact of untreated dental caries on oral health-related quality of life of children with special health care needs. *Braz. Oral Res.* 2018;32:e117. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2018.vol32.0117> Acessado em setembro de 2019.
4. Souza JGS, Souza SE, Noronha MS, Ferreira EF, Martins AMEBL. Impact of untreated dental caries on the daily activities of children. *J Public Health Dent.* 2018;78(3):197–202. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jphd.12259> Acessado em: setembro de 2019.
5. Soares GH, Pereira NF, Biazevic MGH, Braga MM, Michel-Crosato E. Dental caries in South American Indigenous peoples: A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.*

2019;47:142–152. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12436> Acessado em: setembro de 2019.

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010 - Características Gerais dos Indígenas: resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf Acessado em outubro de 2018.

7. 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400030017> Acessado em outubro de 2018.

8. Brasil. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Ministério da Saúde. Relatório de dados populacionais de 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

9. Gonçalves GMSS, Gurgel IGD, Costa AM, Almeida LR, Lima TFP, Silva E. Uso de Agrotóxicos e a Relação com a Saúde na Etnia Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil. *Saúde Soc.* 2012;21(4):1001-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a17.pdf> Acessado em outubro de 2018.

10. Pereira MG. *Epidemiologia. Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf Acessado em novembro de 2019.

12. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. *Public Health.* 2019;172:22-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023> Acessado em novembro de 2019.

13. Silva ICM, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, Ewerling F, Hellwig F, Ferreira LZ, *et al.* Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol. Serv. Saude* 2018;27(1):e000100017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100017> Acessado em setembro de 2019.

14. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* 2019;394:249–60. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8) Acessado em setembro de 2019.

15. Eikemo TA, Oversveen E. Social Inequalities in health: Challenges, knowledge gaps, key debates and the need for new data. *Scand J Public Health* 2019;47(6):593-597. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1403494819866416> Acessado em novembro de 2019.
16. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J*. 2003;53:285–288. Disponível em: https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_goals_2020.pdf Acessado em novembro de 2019.
17. World Health Organization (WHO). Oral health surveys: basic methods. 3th edition. Geneva; 1987.
18. Sampaio FC, Freitas CHSM, Cabral MBF, Machado ATAB. Dental caries and treatment needs among indigenous people of the Potiguara indian reservation in Brazil. *Rev. Panam. Salud Públ.* 2010;27(4):246–51. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2010.v27n4/246-251/> Acessado em setembro de 2019.
19. Aday LA, Forthofer RN. A profile of black and Hispanic subgroups access to dental care: findings from the National Health Interview Survey. *J Public Health Dent* 1992;52(4):210-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.1992.tb02275.x> Acessado em outubro de 2019.
20. Smith AJ, Moretti AJ, Brame J, Wilder RS. Knowledge, attitudes and behaviours of patients regarding interdental deplaquing devices: A mixed-methods study. *Int J Dent Hygiene*. 2019;17:369–380. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/idh.12410> Acessado em outubro de 2019.
21. Errico LSP. Acesso e Utilização dos serviços de saúde pela população da etnia Xakriabá, Norte de Minas Gerais [tese]. [Belo Horizonte]: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2011. 124 p. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2382> Acessado em julho de 2019.
22. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Rev. Panam. Salud Públ.* 2015;38(2):96-109. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n2/96-109/en> Acessado em agosto de 2019.
23. Pedrana L, Trad LAB, Pereira MLG, Torrenté MON, Mota SEC. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Rev. Panam. Salud Públ.* 2018;42:e178. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.178> Acessado em agosto de 2019.

24. Silva ESA, Paes NA. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. *Cien Saude Colet* 2019;24(2):623-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.04782017> Acessado em novembro de 2019.
25. Arantes R, Frazão P. Income as a Protective Factor for Dental Caries among Indigenous People from Central Brazil. *J Health Care Poor Underserved*. 2016;27(1A):81-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0043> Acessado em agosto de 2019.

5.4 Artigo 4 - Incremento de cárie entre indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: achados por uma coorte (2010 – 2018)

O quarto e último artigo integrante desta coletânea se propõe a fazer o monitoramento da condição de saúde bucal na etnia Xukuru do Ororubá ao longo de todo o período de seguimento da coorte, a partir do desfecho cárie. Trata-se de um estudo do tipo concorrente, analítico, com população fixa, envolvendo a aplicação de questionários e a realização de exames antropométricos e bucais, nos quais a cárie foi medida pelo Índice CPO-D.

Entre seus achados, foi possível verificar que as modificações negativas sobre a ausência/presença da cárie se deram de forma significativa entre os anos de 2010 e 2018, destacando-se a mensuração de que a cada ano 10,3% de indígenas livres de cárie são afetados pela doença e a identificação de que cinco fatores apresentaram-se associados ao incremento de cárie no período estudado.

Incremento de cárie entre indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: achados por uma coorte (2010 – 2018)

Increment of caries among Xukuru from Ororubá indians, Pernambuco, Brazil: findings from a cohort (2010-2018)

Herika de Arruda Mauricio¹

Thatiana Regina Fávaro²

Rafael da Silveira Moreira³

¹Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco (UPE), Arcoverde, PE, Brasil.

²Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, AL, Brasil.

³Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife, PE, Brasil.

Resumo: Introdução. Diante das iniquidades em saúde bucal a que são submetidas as populações indígenas em todo o mundo, este estudo se propõe a estimar o incremento de cárie e fatores de risco associados na etnia Xukuru do Ororubá, Pesqueira, Pernambuco, Brasil. **Método.** Trata-se de uma coorte, concorrente, analítica, com população fixa, envolvendo a aplicação de questionários e a realização de exames bucais e antropométricos, de modo a permitir o monitoramento da condição de saúde bucal no período de 2010 a 2018. A partir de uma análise comparativa entre o perfil da população do estudo de 2010 (n=233), recrutada (n=131) e não-recrutada no ano de 2018 (n=102), foi comprovada a validade dos dados da amostra. O teste de McNemar foi utilizado para verificar diferenças significativas entre as prevalências observadas nos dois períodos para o Índice CPO-D. Análises univariadas testaram a associação entre as variáveis independentes e o aumento do Índice CPO-D a partir de métodos não paramétricos (teste Kruskal-Wallis). A análise multivariada com modelo de regressão binomial negativo foi aplicada para identificar fatores de risco associados ao incremento da cárie. **Resultados.** A prevalência do Índice CPO-D para as idades de 10 a 14 anos e 18 a 23 anos foram 68,7 e 96,9%, e a média do Índice CPO-D equivalente a 2,1 (DP=2,5) e 7,4 (DP=5,1), respectivamente. A diferença entre as prevalências observadas nos dois períodos apresentou-se significativa ($p<0,01$). A redução anual no percentual de indígenas livres de cárie foi de 10,3%. O modelo final de fatores de risco associados ao incremento da cárie foi integrado pelos aspectos: obter água para o domicílio em nascente, rio, açude ou barragem (RR=1,579; IC95%:1,155-2,160); frequência de uma escovação diária no último mês (RR=1,473; IC95%:1,137-1,908); realização da última consulta odontológica

por motivo de extração (RR=1,756; IC95%:1,163-2,651) e autopercepção de necessidade do uso de prótese (RR=1,695; IC95%:1,300-2,209). O Índice de Massa Corpórea classificado como baixo peso (RR=0,561; IC95%:0,376-0,838) integrou o modelo como fator de proteção ao incremento de cárie. **Conclusões.** As modificações negativas sobre a ausência/presença da cárie se deram de forma significativa entre os anos de 2010 e 2018.

Descritores: Índios Sul-Americanos; Saúde de Populações Indígenas; Saúde Bucal; Índice CPO; Estudos de Coortes; Incidência.

Abstract: Introduction. Given the inequities in oral health to which indigenous populations worldwide are subjected, this study proposes to estimate the increase in caries and associated risk factors in the ethnic group Xukuru from Ororubá, Pesqueira, Pernambuco, Brazil. **Method.** This is a cohort, concurrent, analytical with a fixed population, involving the application of questionnaires and oral and anthropometric examinations, in order to allow the monitoring of the oral health condition in the period from 2010 to 2018. From a comparative analysis between the population profile of the 2010 study (n=233), recruited (n=131) and not recruited in 2018 (n=102), the validity of the sample data was proven. The McNemar test was used to verify significant differences between the prevalences observed in the two periods for the DMFT index. Univariate analyzes tested the association between independent variables and the increase in the DMFT index using non-parametric methods (Kruskal-Wallis test). Multivariate analysis with a negative binomial regression model was applied to identify risk factors associated with increased caries. **Results.** The prevalence of the DMFT Index for the ages of 10 to 14 years and 18 to 23 years was 68.7 and 96.9%, and the average of the DMFT Index was equivalent to 2.1 (SD=2.5) and 7.4 (SD=5.1), respectively. The difference between the prevalences observed in the two periods was significant (p<0.01). The annual reduction in the percentage of indigenous people free of caries was 10.3%. The final model of risk factors associated with the increase in caries was integrated by the following aspects: obtaining water for the home in a water source, river, weir or dam (RR=1.579; 95%CI: 1.155-2.160); frequency of one daily brushing in the last month (RR=1.473; 95%CI:1.137-1.908); last dental appointment due to extraction (RR=1.756; 95%CI: 1.163-2.651) and self-perceived need for prosthesis use (RR=1,695; 95%CI: 1.300-2.209). The Body Mass Index classified as low weight (RR=0.561; 95%CI:0.376-0.838) integrated the model as a protective factor against the increase in caries. **Conclusions.** The negative changes regarding the absence/presence of caries occurred significantly between the years 2010 and 2018.

Keywords: Indians, south american; Health of indigenous peoples; Oral health; DMF Index; Cohort Studies; Incidence.

Resumen: Introducción. Dadas las desigualdades en salud oral a las que están sometidas las poblaciones indígenas en todo el mundo, este estudio propone estimar el aumento de la caries y factores de riesgo asociados en el grupo étnico Xukuru de Ororubá, Pesqueira, Pernambuco, Brasil. **Método.** Este es una cohorte, concurrente, analítica y con una población fija, que involucra la aplicación de cuestionarios y exámenes orales y antropométricos, para permitir el monitoreo de la condición de salud bucal en el período de 2010 a 2018. A partir de un análisis comparativo entre el perfil de la población del estudio de 2010 (n=233), reclutado (n=131) y no reclutado en 2018 (n=102), se comprobó la validez de los datos de la muestra. La prueba de McNemar se utilizó para verificar diferencias significativas entre las prevalencias observadas en los dos períodos para el índice CPO-D. Los análisis univariados probaron la asociación entre variables independientes y el aumento en el índice CPO-D utilizando métodos no paramétricos (prueba de Kruskal-Wallis). El análisis multivariado con un modelo de regresión binomial negativa se aplicó para identificar los factores de riesgo asociados con el aumento de la caries. **Resultados.** La prevalencia del índice CPO-D para las edades de 10 a 14 años y de 18 a 23 años fue de 68,7 y 96,9%, y el promedio del índice CPO-D fue equivalente a 2,1 (DE=2,5) y 7,4 (DE=5,1), respectivamente. La diferencia entre las prevalencias observadas en los dos períodos fue significativa ($p < 0,01$). La reducción anual en el porcentaje de indígenas libres de caries fue del 10,3%. El modelo final de los factores de riesgo asociados con el aumento de la caries se integró en los siguientes aspectos: obtener agua para el hogar en un manantial, río, vertedero o presa (RR=1,579; IC95%:1,155-2,160); frecuencia de un cepillado diario en el último mes (RR=1,473; IC95%:1,137-1,908); última cita dental por extracción (RR=1,756; IC95%:1,163-2,651) y necesidad autopercibida de uso de prótesis (RR=1,695; IC95%:1,300-2,209). El índice de masa corporal clasificado como de bajo peso (RR=0,561; IC95%:0,376-0,838) integró el modelo como un factor protector contra el aumento de la caries. **Conclusiones.** Los cambios negativos con respecto a la ausencia/presencia de caries ocurrieron significativamente entre los años 2010 y 2018.

Palabras-clave: Indios Sudamericanos; Salud de Poblaciones Indígenas; Salud Bucal; Índice CPO; Estudios de Cohortes; Incidencia.

Introdução

As doenças bucais afetam desproporcionalmente a sociedade. Por serem associadas à privação, podem ser consideradas marcadores clínicos da desvantagem social (WATT *et al.*, 2018). Em todo o mundo, as populações indígenas são submetidas a iniquidades em saúde bucal. Uma complexa rede formada por pobreza, consequências históricas do colonialismo, exclusão social, políticas governamentais de assimilação, aniquilação cultural e racismo (social e institucional) são os prováveis determinantes sociais desse quadro (TIWARI *et al.*, 2018).

Compreender os processos causais subjacentes às iniquidades em saúde e avaliar realisticamente o que pode ser feito para alterá-los, requer entendimento das múltiplas dimensões de relações econômicas, sociais e políticas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Schuch *et al.* (2017) compararam a magnitude das desigualdades relativas à saúde bucal entre indígenas e não-indígenas do Brasil, Nova Zelândia e Austrália. A partir de dados provenientes de inquéritos realizados nesses países, envolvendo grupos de adultos de 35 a 44 anos e idosos entre 65 e 74 anos de idade, verificaram que, independentemente do País, os indígenas apresentavam piores condições de saúde bucal.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) realizou no ano de 2010 o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal. A Pesquisa identificou que entre a população brasileira aos 12 anos de idade, 43,5% se encontrava livre de cárie (BRASIL, 2011).

Nesse mesmo ano, foi iniciado o estudo *baseline* sobre a condição de saúde bucal do povo indígena Xukuru do Ororubá, que possui seu território localizado no município de Pesqueira, Pernambuco, Brasil. Analisando a faixa etária de 10 a 14 anos nesse período, cerca de 27% de seus integrantes apresentaram-se livres da experiência de cárie, ausência esta associada negativamente à maior média de habitantes por domicílio nas aldeias, maior número de moradores por domicílio, maior idade, sexo masculino, não saber ler e escrever e muito insatisfeito/insatisfeito com os dentes/boca. Já a associação positiva com a ausência de cárie do grupo apresentou-se vinculada a maior renda per capita, não deixar de dormir devido a problemas bucais, nunca ter ido ao dentista, não ocorrência de dor de dente e não necessitar de tratamento odontológico (MAURICIO; MOREIRA, 2014).

O presente trabalho apoia-se na recomendação da Coordenação Nacional de Saúde Bucal de implementação de ciclos periódicos de monitoramento e avaliação por meio de

indicadores, com período mínimo de quatro anos para acompanhamento da série histórica (BRASIL, 2018a). Alinhado também com a agenda de prioridades de pesquisa apresentada pelo MS, que estabelece a necessidade de avaliação do modelo de atenção e organização dos serviços de saúde à população indígena (BRASIL, 2018b), busca-se estimar o incremento de cárie e fatores de risco associados na etnia indígena Xukuru do Ororubá no período de 2010 a 2018.

Materiais e métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de uma coorte, concorrente, analítica, envolvendo população fixa, conduzido nos anos de 2010 e 2018 na Terra Indígena Xukuru do Ororubá, localizada no Município de Pesqueira, Pernambuco, Brasil.

A população aldeada da etnia Xukuru do Ororubá integra o maior contingente populacional indígena no Estado de Pernambuco e um dos maiores no Nordeste do Brasil (IBGE, 2012), sendo composta no ano de 2018 por 7.857 pessoas (BRASIL, 2019) distribuídas em um Território Indígena de 27.550 hectares, organizado em 3 regiões socioambientais (Serra, Ribeira e Agreste) e 24 aldeias (NEVES, 2007).

O estudo teve como população-alvo indígenas aldeados integrantes da amostra do estudo *baseline* realizado no ano de 2010 (MAURICIO; MOREIRA, 2014), quando os participantes pertenciam à faixa etária de 10 a 14 anos. O grupo etário foi selecionado a partir da compatibilização da distribuição populacional com a faixa índice de 12 anos que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece para monitoramento da cárie (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017). O cálculo da amostra buscou representar 871 indivíduos que integravam a faixa etária, assumindo-se a prevalência de 20% para cárie, precisão de 5% e intervalo de confiança de 95% (IC 95%), com o acréscimo de 20% para amenizar perdas e recusas. A amostra obtida foi de 233 participantes.

Em 2018, intencionou-se recrutar os mesmos participantes, que nesse momento compunham a faixa etária de 18 a 23 anos de idade, utilizando a permanência no Território Indígena como critério de inclusão.

Coleta de dados

A partir de uma estratégia de busca no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), a equipe profissional do Polo Base Xukuru do Ororubá pesquisou a atual localização de todos os participantes do estudo de 2010. Com os dados de localização e o apoio dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), desenvolveu-se a estratégia domiciliar de coleta

de dados em dezembro de 2018, envolvendo a aplicação de questionários e a realização de exames bucais e antropométricos.

O questionário digital do tipo fechado construído na plataforma Epi Info® versão 3.4 (2007) possibilitou a coleta de dados por meio do uso de tablets (Samsung Galaxy Tab3®), sendo necessária a realização de treinamento com a equipe de campo, seguido de aplicação do estudo piloto no Território Indígena envolvendo 11 participantes que não compunham a amostra. A partir do estudo piloto, instrumentos de coleta e o processo de trabalho foram ajustados.

A equipe de trabalho de campo foi constituída por dois alunos de graduação em odontologia e dois cirurgiões-dentistas, os quais atuaram em duplas de trabalho, sendo cada dupla composta por examinador e anotador. Os exames bucais seguiram as orientações da OMS (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017). Para cumprimento das normas de biossegurança, a pesquisa contou com o apoio da central de esterilização da Universidade de Pernambuco *campus* Arcoverde, onde foi realizada a lavagem e esterilização dos instrumentais.

Para que os exames bucais possuíssem parâmetros aceitáveis de consistência interna e externa aos examinadores, previamente ao início do trabalho de campo foi realizado o treinamento de calibração. Trata-se de um método de capacitação teórica e prática utilizado para conhecer o grau de concordância alcançado (intra/inter)examinadores durante a coleta dos dados (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017).

A concordância dos resultados obtidos foi verificada a partir do Coeficiente Kappa (k) (PEREIRA, 1995). Na calibração inter-examinador, obteve-se média=0,84, com valores variando de 0,80 a 0,89, permitindo a classificação de concordância ótima entre os examinadores. Para a calibração intra-examinador, obteve-se média=0,92, com valores variando de 0,85 a 1,00 e concordância também classificada como ótima, permitindo o desenvolvimento do levantamento epidemiológico em saúde bucal.

Pelo fato dos indígenas da etnia Xukuru do Ororubá fazerem uso da língua portuguesa em sua rotina diária, não se fez necessária a adaptação do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para um dialeto próprio, mas estes foram adequados às peculiaridades culturais, fazendo uso de linguagem clara e objetiva. Para minimizar o risco de constrangimento do participante, a equipe de trabalho de campo atuou de maneira cuidadosa e respeitosa, realizando exame e entrevista em local reservado no domicílio.

Antes da realização dos exames bucais, os participantes receberam um kit de higiene bucal associado à aplicação de flúor e orientações quanto à higiene bucal e alimentação. O trabalho de campo ocorreu de maneira articulada com os serviços de saúde ofertados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no Território Indígena. Assim, diante da identificação de situações de urgência, os participantes receberam encaminhamento para o serviço de saúde mais próximo.

Análise dos dados

Os dados foram criticados de modo a corrigir falhas cometidas no preenchimento dos instrumentos de coleta. Para análise dos dados foi realizada a estatística descritiva e analítica por meio do programa estatístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS 20.0®), com a distribuição de frequências e descrição das medidas de tendência central e de dispersão.

Para a validação dos dados da amostra, foi realizada uma análise comparativa entre o perfil da população do estudo de 2010 recrutada e a parcela da amostra de 2010 que não foi recrutada e, conseqüentemente, não foi reexaminada em 2018. Para isso, foram empregados o teste de associação Qui-quadrado de Pearson e o exato de Fisher, com nível de significância de 5% para avaliar possíveis diferenças na distribuição das duas subamostras do estudo de 2010. As comparações foram realizadas para as variáveis dependente e independentes.

Variável dependente

A variável dependente investigada foi o Índice CPO-D. Esta foi calculada a partir da realização do exame bucal e preenchimento dos critérios e códigos padronizados para o Índice. Foram consideradas as prevalências de cárie (Índice CPO-D \geq 1), as médias do Índice CPO-D e seu incremento no período estudado.

Variáveis independentes

A variáveis independentes investigadas foram organizadas em três categorias: individuais, domiciliares e de saúde bucal. As variáveis individuais investigadas foram idade, sexo, raça/cor, estado civil, saber ler/escrever, curso mais elevado concluído, ocupação principal, disponibilidade de trabalhadores/funcionários, renda familiar, benefício do Programa Bolsa Família e estilo de vida (consumo de fumo, bebida alcoólica e açúcar). Entre as variáveis domiciliares, investigou-se região sócio-ambiental, aldeia, condições de moradia (material do piso, telhado e paredes externas), número de cômodos no domicílio, número de cômodos utilizados como dormitório, número de moradores por domicílio, distribuição de moradores por cômodo, forma de obtenção de água, tratamento aplicado à água de beber, disponibilidade de banheiro no domicílio, destino dos dejetos do banheiro, destino do lixo,

disponibilidade de iluminação elétrica e forma de cozinhar. Sobre a saúde bucal, as variáveis buscaram identificar a utilização de serviços odontológicos (realização de consulta odontológica e características da última consulta como período, local, motivo, forma de marcação, tempo de espera entre marcação e atendimento, prescrição e acesso a medicamentos e exames, avaliação da consulta e localização de cirurgião-dentista no Território Indígena), além da autopercepção de saúde e higiene bucal (necessidade de tratamento odontológico, presença de dor de dente nos 6 meses anteriores à entrevista, intensidade da dor, necessidade de uso de prótese, realização e frequência da higiene bucal com escova, pasta fluoretada e fio dental).

Na análise do Índice CPO-D, as prevalências da presença e ausência da experiência de cárie e as médias foram calculadas para os períodos de 2010 e 2018. O teste de McNemar foi utilizado para comparar as prevalências observadas nos dois períodos.

Para estimar a redução anual no percentual de indígenas livres de cárie (RLC%) foi calculada a diferença entre os casos com experiência de cárie ($CPO-D \geq 1$) nas amostras analisadas em 2010 e 2018 ($n_2 - n_1$), dividida pelo intervalo de tempo (t), e com esse resultado dividido pelo número de casos livres de cárie (nf), correspondentes ao $CPO-D=0$ em 2010. O intervalo de tempo (t) considerado entre os dois momentos de coleta foi de aproximadamente 8,8 anos (o primeiro momento teve início em março de 2010 e o segundo momento foi concluído em dezembro de 2018). O cálculo da redução anual no percentual de indígenas livres de cárie utilizou a expressão:

$$RLC(\%) = \frac{(n_2 - n_1)/t}{nf}$$

Conforme Melo, Souza e Goes (2019), para identificar os fatores de risco associados ao incremento da cárie, a análise multivariada foi desenvolvida pelo modelo de regressão binomial negativo. O teste para avaliar a qualidade do ajuste do modelo binomial negativo comparado ao modelo de Poisson confirmou a adequação do modelo utilizado ($\alpha = 0,34$, IC 95% 0,23-0,50, $p < 0,001$). Como primeiro passo, análises univariadas foram realizadas para testar a associação entre as variáveis independentes e o aumento do Índice CPO-D, a partir de métodos não paramétricos (teste Kruskal-Wallis). Posteriormente, as variáveis que apresentaram associação significativa com $p \leq 0,20$ foram incluídas no modelo final, estabelecido por meio da remoção gradual das variáveis com $p \geq 0,05$. O modelo final da análise multivariada referente aos fatores de risco independentes para o aumento da cárie é apresentado na Tabela 4.

Aspectos éticos

O estudo obteve anuência da etnia Xukuru do Ororubá por meio de seu Conselho Indígena de Saúde Xukuru do Ororubá (CISXO) e do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), sendo aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IAM/FIOCRUZ pelo parecer nº 2.839.310/2018 e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) parecer nº 3.050.331/2018.

Resultados

Entre os 233 participantes de 2010, 174 permaneciam no Território, sendo obtida uma amostra composta por 131 indígenas, correspondendo a 24,7% de perda em relação ao quantitativo de indígenas que permaneciam aldeados.

A validação dos dados da amostra foi realizada a partir de uma análise comparativa entre os participantes de 2010 (n=233) recrutados (n=131) e não recrutados (n=102) em 2018 para todas as variáveis que compunham o banco de dados de 2010. As variáveis utilizadas no presente estudo não apresentaram diferenças significantes ao nível considerado ($p < 0,05$).

As medidas de tendência central para a frequência do Índice CPO-D e as médias de seus componentes no período estudado são apresentadas nas Tabela 1 e Tabela 2, respectivamente.

O incremento calculado para a prevalência de cárie e o percentual de redução anual de indígenas livres de cárie (FCR%) constam na Tabela 3.

Na Tabela 4 estão colocados os 27 fatores de risco que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada para o incremento do Índice CPO-D. Enquanto na Tabela 5 estão as cinco variáveis independentes (forma de obtenção de água para o domicílio, classificação do Índice de Massa Corpórea, frequência de escovação diária no último mês, motivo de realização da última consulta odontológica, autopercepção de necessidade do uso de prótese) que na análise múltipla apresentaram $p < 0,05$ para o incremento do Índice CPO-D, compondo assim o modelo final de fatores de risco e proteção associados.

Tabela 1: Estatística descritiva da frequência do Índice CPO-D da população estudada. Pesqueira, 2010-2018.

Variável Índice CPO-D	Média	DP*	Mediana	Mínimo	Máximo	IC 95%**	Percentis		
							25	50	75
Ano 2010	2,1	2,5	1	0	15	1,7 - 2,5	0	1	3
Ano 2018	7,4	5,1	6	0	27	6,6 - 8,3	4	6	10

*DP: Desvio Padrão.

**IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2: Média dos componentes do Índice CPO-D segundo o período. Pesqueira, 2010-2018.

Variável	2010	2018
N	131	131
Hígido	22,3	22,8
Cariado	1,5	2,4
Obturado/Cariado	0,0	0,2
Obturado	0,4	3,5
Perdido	0,1	1,4
CPO-D	2,1	7,4

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3: Incremento da prevalência de cárie e percentual de redução anual de indígenas livres de cárie. Pesqueira, 2010-2018.

Total n	2010		2018		p-valor	FCR (%)
	CPO-D = 0	CPO-D ≥ 1	CPO-D = 0	CPO-D ≥ 1		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
131	41 (31,3)	90 (68,7)	4 (3,1)	127 (96,9)	<0,01	10,3

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Teste de McNemar.

FCR: Percentual de redução anual de indígenas livres de cárie.

Tabela 4: Análise univariada entre incremento no Índice CPO-D e fatores de risco da amostra. Pesqueira, 2010-2018.

Variáveis	n	Incremento no Índice CPO-D (Média ± DP)	p-valor
Região socioambiental (n=131)			0,109
Ribeira	28	4,71 ± 3,65	
Agreste	51	6,02 ± 3,45	
Serra	52	5,08 ± 4,34	
Material piso domicílio (n=131)			0,049
Cerâmica ou lajota	33	4,30 ± 3,55	
Cimento	97	5,77 ± 3,93	
Terra	1		
Forma de obtenção de água no domicílio (n=131)			0,130
Chafariz	4	5,00 ± 4,32	
Nascente, rio, açude, barragem	10	7,90 ± 3,00	
Água da chuva armazenada em cisterna	7	5,29 ± 3,04	
Poço (com ou sem bomba)	38	4,89 ± 3,41	
Caminhão pipa	19	6,74 ± 5,35	
Na torneira	53	4,77 ± 3,64	
Água tratada com hipoclorito de sódio (n=131)			0,112
Sim	114	5,58 ± 3,95	
Não	17	3,94 ± 3,07	
Localização do banheiro do domicílio (n=131)			0,042
Dentro de casa	84	5,43 ± 3,59	
Fora de casa	18	3,61 ± 3,29	
Não possui banheiro	29	6,28 ± 4,70	
Estado civil (n = 131)			0,078
Solteiro(a)	73	4,78 ± 3,74	
União consensual	48	6,17 ± 4,05	
Casado(a)	10	5,80 ± 3,68	
Já realizou consulta odontológica (n = 131)			0,032
Sim	129	5,44 ± 3,86	
Não	2	0,50 ± 0,71	
Motivo da última consulta odontológica (n = 129)			0,014
Revisão, prevenção, checkup	11	3,55 ± 2,46	
Dor	16	5,38 ± 3,90	
Extração	22	7,45 ± 3,63	
Tratamento	80	5,16 ± 3,91	
Prescrição de exame na última consulta (n = 129)			0,149
Sim	8	7,00 ± 3,63	
Não	121	5,34 ± 3,87	
Autopercepção sobre necessidade de tratamento odontológico (n = 131)			0,004
Sim	102	5,85 ± 3,98	
Não	29	3,66 ± 2,98	

Satisfação com os dentes/boca (n = 130)			0,010
Muito satisfeito / satisfeito	40	4,23 ± 4,34	
Nem satisfeito nem insatisfeito	51	5,71 ± 3,27	
Insatisfeito / Muito insatisfeito	39	6,10 ± 3,99	
Autopercepção sobre necessidade de prótese superior (n = 129)			0,000
Sim	16	9,31 ± 5,21	
Não	113	4,75 ± 3,30	
Dificuldade para comer em função dos dentes nos últimos 6 meses (n = 130)			0,024
Sim	68	6,00 ± 4,06	
Não	62	4,58 ± 3,51	
Dentes incomodaram para escovar nos últimos 6 meses (n = 130)			0,035
Sim	32	6,59 ± 4,32	
Não	98	4,91 ± 3,63	
Dentes o deixaram nervoso nos últimos 6 meses (n = 130)			0,024
Sim	33	6,64 ± 4,01	
Não	97	4,88 ± 3,72	
Deixou de praticar esportes em função dos dentes nos últimos 6 meses (n = 130)			0,010
Sim	11	8,18 ± 3,84	
Não	119	5,06 ± 3,77	
Dentes causaram dificuldade de fala nos últimos 6 meses (n = 130)			0,073
Sim	17	6,59 ± 3,37	
Não	113	5,13 ± 3,91	
Dentes provocaram vergonha de rir/falar nos últimos 6 meses (n = 130)			0,009
Sim	27	6,89 ± 3,76	
Não	103	4,91 ± 3,80	
Dentes atrapalharam estudo/trabalho nos últimos 6 meses (n = 130)			0,035
Sim	12	7,50 ± 3,99	
Não	118	5,10 ± 3,79	
Dentes atrapalharam o sono nos últimos 6 meses (n = 130)			0,022
Sim	33	6,55 ± 3,84	
Não	97	4,91 ± 3,80	
Frequência de escovação diária no último mês (n = 131)			0,035
1 vez	14	6,43 ± 2,77	
2 vezes	49	6,02 ± 4,12	
3 vezes ou mais	68	4,68 ± 3,81	
Costuma fazer o lanche da manhã (n = 131)			0,033
Sim	81	6,02 ± 4,31	
Não	50	4,30 ± 2,76	

No dia anterior, comeu doce, biscoito recheado, bala ou chocolate (n = 131)			0,114
Sim	63	5,81 ± 3,73	
Não	68	4,96 ± 3,99	
Fuma (n = 131)			0,045
Sim	8	2,88 ± 1,96	
Não	123	5,53 ± 3,92	
Autopercepção sobre a quantidade de açúcar consumido (n = 131)			0,029
Alta	48	6,38 ± 3,66	
Normal	59	4,68 ± 3,38	
Baixa	24	5,04 ± 5,04	
Classificação do Índice de Massa Corpórea (n = 129)			0,078
Baixo peso	7	2,57 ± 1,27	0,064
Peso adequado	90	5,47 ± 4,17	
Sobrepeso	22	5,14 ± 2,80	
Obesidade	10	6,80 ± 3,46	
Sobrepeso/Obesidade	32	5,66 ± 3,06	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Teste de Kruskal-Wallis.

DP: Desvio Padrão.

Tabela 5: Análise múltipla entre incremento no Índice CPO-D e fatores de risco da amostra. Pesqueira, 2010-2018.

Variáveis	RR (IC 95%)	p-valor
Forma de obtenção de água no domicílio		
Chafariz	0,921(0,532-1,596)	0,771
Nascente, rio, açude, barragem	1,579(1,155-2,160)	0,004
Água da chuva armazenada em cisterna	1,072(0,755-1,521)	0,697
Poço (com ou sem bomba)	1	
Outra forma	1,404(0,976-2,020)	0,068
Na torneira	1,042(0,771-1,409)	0,788
Classificação do Índice de Massa Corpórea		
Baixo peso	0,561(0,376-0,838)	0,005
Peso adequado	1	
Sobrepeso/Obesidade	1,039(0,823-1,312)	0,748
Frequência de escovação diária no último mês		
1 vez	1,473(1,137-1,908)	0,003
2 vezes	1,285(0,995-1,661)	0,055
3 vezes ou mais	1	
Motivo de realização da última consulta odontológica		
Revisão, prevenção, checkup	1	
Dor	1,324(0,839-2,090)	0,228
Extração	1,756(1,163-2,651)	0,007
Tratamento	1,357(0,950-1,938)	0,093
Autopercepção sobre necessidade de prótese		
Sim	1,695(1,300-2,209)	0,000
Não	1	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Modelo de regressão binomial negativo.

RR: Risco Relativo.

IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Discussão

O grande incremento de cárie verificado a partir da prevalência e média do Índice CPO-D para as idades de 10 a 14 anos e 18 a 23 anos no período de 2010 a 2018 reafirma as iniquidades em saúde bucal impostas aos povos indígenas.

Apesar do estudo apresentar limites quanto ao número de participantes, não permitindo uma análise mais robusta, o ineditismo quanto à apresentação de dados longitudinais sobre o comportamento da cárie para uma população indígena no Nordeste brasileiro justifica a

relevância do trabalho, de forma a contribuir com a legitimação do perfil epidemiológico da saúde bucal indígena em fase de construção no País.

Kabad, Bastos e Santos (2012) analisaram o uso das variáveis raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras. Os autores perceberam um aumento importante no número de publicações relacionadas a essas variáveis no período de 2000 a 2010. Apesar disso, persiste a escassez de estudos longitudinais.

As poucas etnias no Brasil que tiveram sua condição de saúde bucal estudada de forma longitudinal são os Xavântes e algumas etnias do Parque Indígena do Xingu, localizados no Estado do Mato Grosso, além dos Guaranis, localizados no Estado do Rio de Janeiro.

Entre os Xavântes, levantamento epidemiológico realizado em uma das sete Terras Indígenas que compõem o grupo étnico apontou para aumento nos valores do Índice CPO-D da década de 1960 até a de 1990 (ARANTES; SANTOS; COIMBRA JR, 2001). Já no período de 2004 a 2007, a partir da implantação de um programa de saúde bucal específico, houve redução da experiência de cárie e aumento do percentual de dentes livres de cárie em alguns grupos etários, explicitando um processo de transição em saúde bucal. Na faixa etária mais próxima do presente estudo, 16 a 20 anos, a média do Índice CPO-D verificada no ano de 2007 foi de 10,61 (ARANTES; SANTOS; FRAZÃO, 2010).

Ainda no Estado do Mato Grosso, estudo baseado em dados secundários envolvendo as etnias Kisêdje, Ikpeng, Kaiabi, Trumai, Kamayura, Yudjá, Waurá e Tapayuna que compõem a população habitante das regiões Baixo, Médio e Leste Xingu, nas idades de 5 e 12 anos e no grupo etário de 15 a 19 anos, foi realizado nos anos de 2007 e 2013. Nos resultados, não houve diferença significativa na experiência de cárie dentária aos 5 e aos 12 anos de idade. No grupo etário de 15 a 19 anos, observou-se a diminuição do Índice CPO-D, passando de 6,89 (DP=4,16) em 2007 para 4,65 (DP=3,09) em 2013. Em todos os grupos etários, houve decréscimo da provisão de cuidados odontológicos, sem diferenças estatísticas entre os sexos (LEMOS *et al.*, 2018).

O trabalho de Alves Filho (2012) objetivou analisar a incidência da cárie dentária associada à condição socioeconômica e acesso a serviços entre indígenas da etnia Guarani. Tratou-se de um estudo do tipo de coorte prospectiva, abrangendo o período de 2007 a 2012, com participação de 368 indivíduos, residentes em seis comunidades localizadas nos municípios de Angra dos Reis, Parati e Niterói, no Estado do Rio de Janeiro. Os resultados mostram que a incidência de cárie aumentou progressivamente com a idade e piores condições de saúde bucal foram constatadas nas comunidades que não possuem escola

funcionando regularmente. Do total de indivíduos examinados na amostra, 53,5% apresentaram elementos dentários com novas lesões cáries no período investigado.

Os estudos mencionados com povos indígenas apresentam panoramas sobre realidades bastante distintas. Em nenhum deles foi apresentada a taxa de incidência média anual de cárie que possibilitasse comparação. Melo, Souza e Goes (2019) desenvolveram estudo prospectivo analítico nos anos de 2006 e 2010 com crianças de áreas urbanas pobres localizadas nos Distritos Sanitários II e IV do município do Recife, Pernambuco, Brasil. Em um intervalo de 4,5 anos a taxa de incidência média anual de cárie foi de 12,4%, refletindo diferença significativa na prevalência entre os dois períodos, apesar das mudanças positivas na distribuição de indicadores socioeconômicos das famílias das crianças acompanhadas.

A proximidade observada entre a taxa de incidência obtida no presente estudo e a apresentada por Melo, Souza e Goes (2019) reforça a compreensão da determinação social da cárie.

Conclusões

As modificações negativas sobre a ausência/presença da cárie se deram de forma significativa entre os indígenas da etnia Xukuru do Ororubá no período de 2010 a 2018.

Contribuições

HAM concebeu o artigo, executou coleta, processamento e análise de dados e redigiu o texto. TRF e RSM analisaram os dados e revisaram criticamente o texto. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Ao povo indígena Xukuru do Ororubá por apoiar o desenvolvimento deste estudo, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ pelo financiamento da pesquisa “Saúde e condições de vida do povo indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira – PE” (Proc.475681/2008-8) e às Secretarias de Saúde de Pernambuco e Recife, Universidade de Pernambuco (UPE) e Grupo de Estudos em Saúde Bucal (GESB/IAM-FIOCRUZ) pelo suporte logístico na realização do trabalho de campo.

Referências

- ALVES FILHO, P. **Determinantes sociais e iniquidades em saúde bucal indígena: uma coorte com os índios Guarani no Estado do Rio de Janeiro**. 2012. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. 149 f. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14449>>. Acessado em 19 jan. 2020.
- ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, pp. 375-384, 2001.
- ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; FRAZÃO, P. Oral health in transition: the case of indigenous peoples from Brazil. **Int. Dent. J.**, London, v.60, n.3, pp. 235-240, 2010. Suppl. 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 26 p.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF, 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010 - Características Gerais dos Indígenas: resultados do universo**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012.
- KABAD, J. F; BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 22, pp. 895-918, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/04.pdf>>. Acessado em 24 mai. 2017.
- LEMOS, P. N. *et al.* Cárie dentária em povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, 2007 e 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, vol. 27, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100005>.
- MAURICIO, H. A.; MOREIRA, R. S. Condições de saúde bucal da etnia Xukuru do Ororubá em Pernambuco: análise multinível. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.17, n.3, pp.787-800, 2014.

- MELO, M. M. D. C.; SOUZA, W. V.; GOES, P. S. A. Increase in dental caries and change in the socioeconomic profile of families in a child cohort of the primary health care in Northeast Brazil. **BMC Oral Health**, v. 19, n.183, pp.1-10, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0871-9>.
- NEVES, R. C. M. 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.113-136.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health**. Geneva, 2010.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia. Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- SCHUCH, H. S. *et al.* The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v.00, p.1–8, 2017.
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA (SIASI). Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Ministério da Saúde. **Relatório demográfico da população indígena**. Brasília-DF, 2019.
- TIWARI, T. *et al.* Reducing Indigenous Oral Health Inequalities: A Review from 5 Nations. **Journal of Dental Research**, v. 97, n. 8, pp. 869–877, 2018.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade De Odontologia. **Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos**. 5a ed. São Paulo: USP, 2017. 142p.
- WATT, R. G. *et al.* Oral Health Disparities in Children: A Canary in the Coalmine? **Pediatr Clin N Am**, v. 65, pp. 965–979, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.05.006>

6 CONCLUSÕES

A compreensão da evolução da condição de saúde-doença bucal indígena representa um desafio, dada a complexidade de sua medição quando se opta por desenvolver um olhar ampliado e integrado. No estudo *baseline* desta coorte, desenvolvido em 2010 com a faixa etária de 10 a 14 anos da etnia Xukuru do Ororubá, constatou-se que a autopercepção de impacto da saúde bucal na vida diária esteve associada com experiência de cárie clinicamente verificada. O resultado reforça a defesa da aplicação de avaliações subjetivas nos serviços de saúde indígena, de modo a oferecer à população o que é de fato apontado como necessidade.

Abordagens específicas e que contemplem contextos interculturais são pontos de absoluta relevância para a melhora da atenção à saúde indígena de um modo geral, e neste sentido, observou-se que a superação dos entraves e dificuldades na oferta de atenção qualificada à saúde indígena independe de soluções de gestão municipal, e sim de uma inclusão na agenda governamental que lhes garanta receber esforços técnicos e políticos eficazes.

Os resultados de 2018 sobre a faixa etária de 18 a 23 anos revelaram que a utilização de serviços odontológicos pelos indígenas ocorre majoritariamente por consultas realizadas em serviços públicos, agendadas pelo Agente Indígena de Saúde e com disponibilidade de medicamentos e exames, denotando a importância da Atenção Primária à Saúde prestada pela SESAI, ainda que muitos percebam sua condição de saúde bucal com necessidade de realização de tratamento odontológico. Ainda assim, a presença da cárie entre os indígenas da etnia Xukuru do Ororubá caracteriza-se por expressiva desigualdade, quando comparada aos resultados de levantamento epidemiológico realizado no Brasil envolvendo outros grupos populacionais.

No que concerne ao monitoramento da cárie no período de 2010 a 2018, os achados permitiram mensurar importante percentual de indígenas livres de cárie sendo afetado pela doença anualmente. A prevalência de cárie alcançou a quase totalidade da população investigada nesse período, com o incremento de cárie apresentando-se de forma significativa e associado a fatores contextuais e individuais

Apesar do estudo apresentar limites quanto ao número de participantes, não permitindo uma análise mais robusta, o ineditismo quanto à apresentação de dados longitudinais sobre o comportamento da cárie para uma população indígena no Nordeste brasileiro justifica a relevância do trabalho, de forma a contribuir com a legitimação do perfil epidemiológico da

saúde bucal indígena em fase de construção no país, em especial com o fortalecimento da compreensão das doenças bucais crônicas por meio de coortes.

Neste sentido, aprimorar sistemas de informação populacionais e de saúde, fortalecer a produção de evidências científicas, assim como garantir a expressão e o poder de escolha dos povos indígenas na produção e organização das ações em saúde que afetem suas vidas são estratégias essenciais para a superação da inaceitável e persistente situação de iniquidade em saúde bucal vivenciada.

REFERÊNCIAS

- ABED, R.; BERNABE, E.; SABBAH, W. Family Impacts of Severe Dental Caries among Children in the United Kingdom. **Int. j. environ. res. public health**, Basel, v. 12, n. 109, p. 1-10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17010109>.
- ADAY, L. A.; FORTHOFER, R. N. A profile of black and Hispanicsubgroups access to dental care: findings from the National Health Interview Survey. **J. Public Health Dent.**, Medford, n. 52, p. 210-215, 1992. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.1992.tb02275.x>.
- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>.
- ALMEIDA FILHO, N.; MEDRONHO, R. A. Formação Histórica da Epidemiologia. In: MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu. 2009. p. 3-12.
- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.13-36.
- ALVES FILHO, P. **Determinantes sociais e iniquidades em saúde bucal indígena: uma coorte com os índios Guarani no Estado do Rio de Janeiro**. 149 f. 2012. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14449>. Acesso em: 19 jan. 2020.
- ANDERSON, I. *et al.* Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. **Lancet**, London, v. 388, n. 10040, p. 131–157, 2016. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7).
- ARANTES, R. *et al.* Caries, gender and socio-economic change in the Xavante Indians from Central Brazil. **Annals of Human Biology**, London, v.36, n.2, p. 162-175, 2009. DOI: 10.1080/03014460802672844.
- 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: Fiocruz: Abrasco, 2003. p. 49-72.
- ARANTES, R.; FRAZÃO, P. Cárie dentária entre os povos indígenas do Brasil: implicações para os programas de saúde bucal. **Tempus**, Brasília, v. 7, n. 4, p. 169-180, 2013; DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v7i4.1427>.
- ARANTES, R.; FRAZÃO, P. Income as a Protective Factor for Dental Caries among Indigenous People from Central Brazil. **J. health care poor underserved.**, Thousand Oaks, v. 27, n. 1, p. 81-89, 2016. DOI: 10.1353/hpu.2016.0043.
- ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA Jr., C. E. A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 375-384, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200012>.

ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; FRAZÃO, P. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.13, n.2, p. 223-236, 2010a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/05.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; FRAZÃO, P. Oral health in transition: the case of indigenous peoples from Brazil. **Int. Dent. J.**, London, v.60, n.3, Suppl. 2, p. 235-240, 2010b. DOI: doi:10.1922/IDJ_2569Arantes06.

BARATA, R. B. Causalidade e epidemiologia. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos.**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 31-49, mar./jun. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n1/v4n1a02.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2020.

BARRETO, M. L. (ed.) A epidemiologia sua história e crises: notas para pensar o futuro. *In*: COSTA, D. C. **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 19-38.

BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. *In*: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC, SECADI, 2012. p. 60-106.

BASTOS, J. L. D. *et al.* Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p. 1611-1621, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600022>.

BASTOS, J. L.; CELESTE, R. K.; PARADIES, Y. C. Racial Inequalities in Oral Health. **J. dent. res.**, Washington, v. 97, n. 8, p. 878–886, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034518768536>.

BATISTA, M. J.; *et al.* The impacts of oral health on quality of life in working adults. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 1-6. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2014.vol28.0040>.

BLOCH, K.V.; COUTINHO, E.S.F. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. *In*: MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu. 2009. p.173-179.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 1.000, de 19 outubro de 2010**. Cria... Brasil cria Secretaria Especial de Saúde Indígena. Brasília, DF: Presidência da República, 2010 Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2010/10/19/decreto-oficializa-criacao-de-secretaria-especial-de-saude-indigena>. Acesso em: 16 set. 2019.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. p. 33.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/publicacoes.php>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Demográfico 2010 a 2018**. Brasília, DF: SESAI, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 26 p.

BREILH, J. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. *In*: NOGUEIRA, R. P. (org.) **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 87-125.

BRITO, C. A. G.; LIMA, N. T. Antropologia e medicina: assistência à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942 -1956). **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc.**, Belém, v. 8, n.1, p. 95-112, jan./abr. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-81222013000100006>.

CABRAL, E. D.; CALDAS JR, A. F.; CABRAL, H. A. M. Influence of the patient’s race on the dentist’s decision to extract or retain a decayed tooth. **Community dent. oral epidemiol.**, Copenhagen, v. 33, n. 6, p. 461–466, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2005.00255.x>.

CASTRO, I. R. R. *et al.* Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.10, p. 2279-2288, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001000009>.

COELI, C.M.; FAERSTEIN, E. Estudos de coorte. *In*: MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu. 2009. p. 237-250.

COLUSSI, P. R. G. *et al.* Oral Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Brazilian Adolescents. **Braz. dent. j.**, Ribeirão Preto, v. 28, n. 1, p. 113-120, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201701098>.

CÔRTEZ, G. **Documento técnico contendo os principais indicadores de saúde bucal referente à análise da série histórica de dados da saúde bucal indígena, obtidos no período de 2010 a 2013, por DSEI**. Brasília, DF: OPAS: SESAI, 2014. (Cooperação técnica n. 67).

COSTA, D. C.; COSTA, N. R. Teoria do conhecimento e epidemiologia: um convite à leitura de John Snow. *In*: COSTA, D. C. **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 167-202.

DETOGNI, A. De volta às origens. **Rev. ABO nac.**, São Paulo, v. 2 n. 3., p. 144-148, 1994.

EMMANUELLI, B. *et al.* Racial Differences in Oral Health-Related Quality of Life: A Multilevel Analysis in Brazilian Children. **Braz. dent. j.**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 6, p. 689-694, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201300478>.

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

FÁVARO, T. R. *et al.* Obesidade e excesso de peso em adultos indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude, fatores socioeconômicos e demográficos associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.8, p. 1685-1697, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00086014>.

FELDENS, C. A. *et al.* Early Feeding Practices and Severe Early Childhood Caries in Four-Year-Old Children from Southern Brazil: A Birth Cohort Study. **Caries Res**, Basel, v.44, n. 5, p. 445–452, 2010. DOI: 10.1159/000319898.

FERREIRA, A. **Perfil Epidemiológico da Saúde Bucal da População Indígena Guarani do Rio Grande do Sul, Brasil**. 2012. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142859/000851072.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 jul. 2019.

FERREIRA, L. B.; PORTILLO, J. A. C.; NASCIMENTO, W. F. A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Tempus**, Brasília, v. 7, n. 4, p. 83-95, 2013. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1419>. Acesso em: 15 jul. 2019.

FISHER-OWENS, S. A. *et al.* Influences on Children's Oral Health: A Conceptual Model. **Pediatrics**, Evanston, v. 120, n. 3, p. e510-e520, 2007. DOI: 10.1542/peds.2006-3084.

FORD, C. L.; AIRHIHENBUWA, C. O. Critical Race Theory, Race Equity, and Public Health: Toward Antiracism Praxis. **Am. J. Public. Health**, Washington, v. 100, Suppl. 1, p. S30-S35, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2837428/pdf/S30.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2020.

FRAZÃO, P. Epidemiology of dental caries: when structure and context matter. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 26, n. Spec 1, p. 108-114, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bor/v26nspe1/a16.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2017.

FREIRE, M. C. M.; SHEIHAM, A.; BINO, Y. A. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.10, p. 606-614, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000400018>.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: Funasa, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 15 jul. 2019.

GABARDO, M. C. L. *et al.* Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 49-59, jan. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00037814>.

- GALINDO, M. E. C.; SÁ, B. L. S.; MAURICIO, H. A. Perfil epidemiológico da cárie: a população indígena brasileira aos 12 anos de idade. **Rev. Bras. de Iniciação Científica (RBIC)**, Itapetininga, v. 4, n. 8, p. 259-270, 2017. Disponível em: <https://periodicos.itp.ifsp.edu.br/index.php/IC/article/view/1052/807>. Acesso em: 14 jan. 2020.
- GARCIA, R.W.D. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 455-467, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300021>.
- 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.
- GERRITSEN, A. E. *et al.* Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. **Health qual. life outcomes.**, London, v. 8, n. 126, p. 1-11, 2010. DOI: 10.1186/1477-7525-8-126.
- GLICK, M. *et al.* A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. **J. am. dent. assoc.**, Chicago, v. 147, n. 12, p. 915-917, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.10.001>.
- GONÇALVES, G. M. S. **Agrotóxicos, saúde e ambiente na etnia Xukuru do Ororubá – Pernambuco**. 2008. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.
- GORDIS, L. **Epidemiologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2017.
- GREENLAND, S.; ROTHMAN, K. J. Medidas de ocorrência. In: ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. **Epidemiologia Moderna**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 46-66.
- HAAG, D. G. *et al.* Oral Conditions and Health-Related Quality of Life: A Systematic Review. **J. dent. res.**, Washington, v. 96, n. 8, p. 864–874, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034517709737>.
- HAAS, A. N. *et al.* Um estudo de coorte de base populacional de saúde bucal no sul do Brasil: Estudo de Porto Alegre. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 515-519, abr./jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500020018>.
- HESCOT, P. The New Definition of Oral Health and Relationship between Oral Health and Quality of Life. **Chin J Dent Res**, New Malden, v. 20, n. 4, p. 189-192, 2017. DOI: <https://doi.org/10.3290/j.cjdr.a39217>.
- HOBDELL, M. *et al.* Global goals for oral health 2020. **Int. dent. j.**, London, v. 53, n. 5, p. 285-288, 2003. Disponível em: https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_goals_2020.pdf?ua=1. Acesso em: 08 jan. 2020.

HUANG, D. L.; PARK, M. Socioeconomic and Racial/Ethnic Oral Health Disparities among U.S. Older Adults: Oral Health Quality of Life and Dentition. **J. public health dent.**, Raleigh, v. 75, n. 2, p. 85–92, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/jphd.12072>.

IBGE. **Censo Demográfico 2010: Características Gerais dos Indígenas: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf. Acesso em: 20 jan. 2019.

JAMIESON, L. *et al.* Having fewer than 21 teeth associated with poorer general health among South Australians. **J. public health dent.**, Raleigh, v. 77, n. 3, p. 216–224, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/jphd.12200>.

KABAD, J. F.; BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 895-918, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/04.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2017.

LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (org.) **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, 09 telas, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>.

LEMOS, P. N. *et al.* Cárie dentária em povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, 2007 e 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, e20171725, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100005>.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Política social como recorte racial no Brasil: o caso da saúde da população negra. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (org.) **Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 285-314.

MAURICIO, H. A. **A Saúde Bucal do Povo Indígena Xukuru do Ororubá na Faixa Etária de 10 a 14 anos**. 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

MAURICIO, H. A. *et al.* Oral health of indigenous people Xukuru of Ororubá at age 10 to 14 years, Pernambuco - Brasil. In: WORLD CONGRESS ON PUBLIC HEALTH, 13., 2012, Addis Ababa. **Artigos [...]**. Bologna: Medimond, 2012. p. 49-54.

MAURICIO, H. A.; MOREIRA, R. S. Condições de saúde bucal da etnia Xukuru do Ororubá em Pernambuco: análise multinível. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.17, n.3, p. 787-800, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400030017>.

MELO, M. M. D. C.; SOUZA, W. V.; GOES, P. S. A. Increase in dental caries and change in the socioeconomic profile of families in a child cohort of the primary health care in Northeast Brazil. **BMC oral health.**, London, v. 19, n. 183, p. 1-10, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0871-9>.

MENDES, A. M. *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Rev. panam. salud pública.**, Washington, v. 42, n. e184, p. 1-6, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>.

MENDONÇA, S. B. M. Saúde indígena: distâncias que aproximam. *In*: BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. p. 180-194. (Cadernos Humaniza SUS, v. 2). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 1 ago. 2019.

MONTE, E. Xukuru do Ororubá: migrações e afirmação de identidade. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE HISTÓRIA ORAL, 10., 2010, Recife. **Anais [...]**. Recife: UFPE, 2010. Disponível em: <http://www.encontro2010.historiaoral.org.br/site/anaiscomplementares#E>. Acesso em: 20 abr. 2019.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 40, n. Esp, p. 141-147, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30633>. Acesso em: 20 jan. 2020.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; CASTELLANOS, R. A. Declínio na Experiência de Cárie em Dentes Permanentes de Escolares Brasileiros no Final do Século XX. **Odontologia e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 1/2, p. 25-29, 1999. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/HDeclinio.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2019.

NEVES, R. C. M. 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. 113-136.

NORO, L. R. A. *et al.* Incidência de cárie dentária em adolescentes em município do Nordeste brasileiro, 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 783-790, abr, 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2009.v25n4/783-790/pt>. Acesso em: 18 jan. 2020.

NORTHRIDGE, M. E., KUMAR, A.; KAUR, R. Disparities in Access to Oral Health Care. **Annu. Rev. Public Health**, Palo Alto, v. 41, p. 8,1–8,23, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094318>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health**. Geneva: OMS, 2010. Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf. Acesso em: 18 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). **Qual Life Res**, Oxford, v. 2, n. 2, p. 153–159, 1993. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8518769>. Acesso em: 16 set. 2019.

PARKER, E. J. *et al.*, The oral health of Indigenous children: A review of four nations. **J Paediatr Child Health**, Melbourne v. 46, n. 9, p. 483–486, 2010. DOI:10.1111/j.1440-1754.2010.01847.x.

- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- PERES, K. G. A; BASTOS, B. J. R. M.; LATORREA, M. R. D. O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 402-8, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000400014>.
- PERES, K. G. *et al.* Impact of Prolonged Breastfeeding on Dental Caries: A Population-Based Birth Cohort Study. **Pediatrics**, Evanston, v. 140, n. 1, e20162943, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2943>.
- PERES, M. A. *et al.* Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.6, n.4, p. 293-306, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2003000400004>.
- PERREIRA, K. M.; TELLES, E. E. The Color of Health: Skin Color, Ethnoracial Classification, and Discrimination in the Health of Latin Americans. **Soc Sci Med.**, Oxford, v. 116, p. 241–250, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.054>.
- PETERSEN, P. E. Priorities for research for oral health in the 21st Century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Health**, London, v. 22, p. 71–74, 2005a. Disponível em: https://www.who.int/oral_health/publications/orh_cdh_0522.pdf?ua=1. Acesso em: 08 jan. 2020.
- PETERSEN, P. E. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. **Community dent. oral epidemiol.**, Copenhagen, v. 33, p. 274–279, 2005b. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2005.00235.x.
- PIANI, P. P. F. Organização Sociopolítica do Povo Xukuru do Ororubá. *In*: TEIXEIRA, M. A. C.; GODOY, M.; COELHO, C. **20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania - 2004**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2005. p. 185-194.
- PLUYE, P.; HONG, Q. N. Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. **Annu Rev Public Health**, Palo Alto, v. 35, p. 29-45, 2014. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182440.
- PORTA, M. (ed.). Epidemiology. *In*: PORTA, M. (ed.). **A Dictionary of Epidemiology**. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2014. p. 81.
- RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-114, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100018>.
- RONCALLI, A. G.; CÔRTEZ, M. I. S.; PERES, K. G. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, supl., p. S58-S68, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300007>.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S. Estudos de coorte. *In*: ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. **Epidemiologia moderna**. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 123-135.

ROUQUAYROL, M. Z. *et al.* Epidemiologia, história natural, determinação social, prevenção de doenças e promoção da saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (org.). **Epidemiologia & saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. p. 9–23.

SCHUCH, H. S. *et al.* The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia. **Community dent. oral epidemiol.**, Copenhagen, v. 45, n. 5, p. 434-441, 2017. DOI: doi: 10.1111/cdoe.12307.

SHEIHAM, A. Dietary effects on dental diseases. **Public health nutr.**, Wallingford, v.4, n. 2B, p. 569-91, 2001. DOI: DOI: 10.1079/PHN2001142.

SILVA, E. H. História, memórias e identidade entre os Xukuru do Ororubá. **Tellus**, Campo Grande, ano 7, n. 12, p. 89-102, abr. 2007. Disponível em: <http://www.espacociencia.pe.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/Hist%C3%B3ria-dos-Xukuru.pdf>. Acesso em: Acesso em: 16 set. 2019.

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

SILVA, J. V.; OLIVEIRA, A. G. R. C. Individual and contextual factors associated to the self-perception of oral health in Brazilian adults. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 52, p. 29, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000361>.

SOARES, E. F.; NOVAIS, T. O.; FREIRE, M. C. M. Hábitos de higiene bucal e fatores relacionados em adultos de nível socioeconômico baixo. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v.38, n.4, p. 228-34, 2009. Disponível em: <https://www.revodontolunesp.com.br/article/588018927f8c9d0a098b4ceb/pdf/rou-38-4-228.pdf>. Acesso em: 08 jan. 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.

TEIXEIRA, A. K. M.; RONCALLI, A. G.; NORO, L. R. A. Factors related to the dental caries incidence in youth: a cohort study in Brazilian Northeastern. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3871-3878, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.12582015>.

TEIXEIRA, A. K. M.; RONCALLI, A. G.; NORO, L. R. A. Iniquidades na assistência odontológica ao longo do curso de vida de jovens: um estudo de coorte. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 249-258, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.16012015>.

TELLES, E.; BAILEY, S. Understanding Latin American Beliefs about Racial Inequality. **Am. j. sociol.**, Chicago, v. 118, n. 6, p. 1559-1595, 2013. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/10.1086/670268>>. Acessado em 09 jan. 2020.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Odontologia. **Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos**. 5. ed. São Paulo: USP, 2017.

WILLIAMS, S. *et al.* Review of Indigenous oral health. **Australian Indigenous Health Bulletin**, Joondalup, v. 11, n. 2, p.1-17, 2011. Disponível em: http://healthbulletin.org.au/wp-content/uploads/2011/05/oral_health_review_2011.pdf. Acesso em: 16 set. 2019.

APÊNDICE A – TCLE

Título do projeto: “Saúde bucal de um povo indígena no Estado de Pernambuco: um estudo coorte”

Pesquisadora responsável: Herika Mauricio

Instituição Proponente: NESC/IAM/FIOCRUZ

Prezado participante,

Sou Herika Mauricio, aluna do Programa de Doutorado em Saúde Pública da Fiocruz/PE e juntamente com os pesquisadores Rafael Moreira e Thatiana Fávoro estou realizando o estudo “Saúde bucal de um povo indígena no Estado de Pernambuco: um estudo coorte” e convidamos você a fazer parte.

Ele se propõe a monitorar a saúde bucal do povo indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira – PE, Brasil. Seu objetivo é analisar o surgimento de novos casos de cárie e perda dentária e relações causais, possuindo como ponto de partida os resultados obtidos em um estudo de base iniciado em 2010, envolvendo a realização de exames bucais e aplicação de questionários em 661 indígenas adolescentes, adultos e idosos. Em 2018, o mesmo grupo, que atualmente integra as faixas etárias de 18 a 22, 43 a 52 e a partir de 68 anos de idade, será reexaminado e entrevistado de modo a verificar a evolução da cárie e da perda dentária.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a integrar esta pesquisa, participando de um exame bucal e de uma entrevista por meio da aplicação de um questionário com perguntas fechadas. Sua participação não é obrigatória, bem como a sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo em relação aos pesquisadores e com a instituição que está realizando a pesquisa, bem como com as instituições colaboradoras. A qualquer momento da pesquisa o senhor(a) pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

O exame bucal será realizado no seu domicílio, em local bem iluminado e reservado, com você e o examinador sentados, utilizando um conjunto de instrumentais odontológicos que podem gerar algum desconforto. Para diminuí-lo, o examinador utilizará uma técnica simples e rápida para a qual foi treinado, na qual os dentes são observados pelo examinador, sendo o anotador responsável pelo registro dessas observações. Caso você não se sinta confortável para a continuação do exame, basta levantar a mão e o exame será imediatamente interrompido.

Será entregue um kit de higiene bucal (que contém escova, pasta e fio dental) para que seja feita a escovação e aplicação de flúor. Também serão fornecidas orientações quanto à higiene bucal e alimentação. Diante da identificação de alguma situação de urgência, você será encaminhado para a unidade de saúde mais próxima, na qual a equipe do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco - DSEI/PE fará o seu atendimento.

Também será aplicado um questionário sobre a sua condição socioeconômica, nutricional, de acesso à atenção odontológica e hábitos de higiene bucal. Você pode ficar à vontade para responder, pois não será divulgado nenhum dado que permita identificá-lo. A aplicação do questionário fará uso de linguagem clara e objetiva, sendo o mesmo aplicado de maneira cuidadosa e respeitosa para minimizar qualquer tipo de constrangimento.

Serão convidados para o estudo todos os indígenas que participaram da etapa de base desenvolvida no ano de 2010. Não é possível incluir no estudo indígenas que não preenchem este critério.

Sua participação é voluntária, não existe nenhuma remuneração pela participação na pesquisa e você também não precisará arcar com qualquer despesa, tornando desnecessário qualquer tipo de ressarcimento ou indenização.

Os benefícios relacionados com a sua participação são no sentido de contribuir para o monitoramento da cárie e perda dentária e de relações causais ao longo do tempo, e assim gerar informação para construção de ações e políticas de prevenção e mitigadoras dos danos. Os pesquisadores comprometem-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 científicos, como congressos, artigos científicos, seminários e outras atividades científicas, estando resguardada a sua identidade e garantindo-se a manutenção dos dados da pesquisa por um período de 5 anos após o seu término, sob responsabilidade dos pesquisadores.

O presente documento consta de duas vias. A primeira ficará em posse da pesquisadora e a segunda em posse do participante.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste Centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 10 – 11:30 h e das 13:30 – 14:30h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Qualquer esclarecimento adicional que necessite poderá entrar em contato com coordenadora da pesquisa Herika Mauricio, pelo endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Av. Prof^o Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81)2123-7811 ou pelo e-mail: herikamauricio@yahoo.com.br.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que fui devidamente esclarecido dos objetivos, riscos e benefícios de minha participação na referida pesquisa, bem como do direito de desistir da participação a qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa, e declaro minha concordância em participar. Autorizo, ainda, a publicação dos dados da pesquisa, que me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Nome da pesquisadora _____

Assinatura da pesquisadora _____

Nome do participante _____

Assinatura do participante _____

Pesqueira, / / 2018.

Impressão Digital

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

14.2 SE SIM, QUAL A ORIGEM DA ÁGUA?

NO DOMICÍLIO, A ÁGUA UTILIZADA PARA BEBER É USUALMENTE:

15.FILTRADA

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGN

16.TRATADA COM HIPOCLORITO DE SÓDIO

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGN

17.FERVIDA

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGN

18.DECANTADA/COADA

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGN

19.EXISTE ALGUM BANHEIRO DE USO EXCLUSIVO DESTA DOMICÍLIO?

SE NÃO, Siga para o item 20

- 1-SIM 2-NÃO

19.1 SE SIM, ONDE FICA?

- 1-dentro de casa (latrina ou sanitário) 2-fora de casa (latrina ou sanitário)
 3-fora de casa (módulo da Funasa) 4-não se aplica
 9-IGN

19.2 SE HOUVER LATRINA/SANITÁRIO, PARA ONDE VÃO PREDOMINANTEMENTE OS DEJETOS?

- 1-rede coletora de esgoto 2-fossa séptica
 3-fossa rudimentar/rasa 4-direto para rio/açude/barragem
 5-vala 6-outro destino não citado
 7-não se aplica 9-IGN

20.SE NÃO, EM QUE LOCAL OS MORADORES COSTUMAM FAZER SUAS NECESSIDADES?

- 1-banheiro de uso coletivo (latrina ou sanitário) 2-banheiro de uso coletivo (módulo da Funasa)
 3-buraco 4-mato
 5-não se aplica 9-IGN

21.O LIXO DO DOMICÍLIO É PREDOMINANTEMENTE:

22.ESTE DOMICÍLIO TEM ILUMINAÇÃO ELÉTRICA?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGN

23.PARA COZINHAR É UTILIZADO PREDOMINANTEMENTE:

- 1-gás 2-carvão ou lenha dentro de casa sem exaustão
 3-carvão ou lenha dentro de casa com exaustão 4-carvão ou lenha fora de casa
 5-combinação de gás carvão ou lenha 6-outra forma
 9-IGN

24. DATA DE NASCIMENTO

25. IDADE (ANOS) (só se não souber a DN):

26.SEXO:

- 1-Masculino 2-Feminino

27.RAÇA/COR:

- 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena 9-IGN

27.1 SE INDÍGENA, A QUAL POVO PERTENCE??

- 1-Xukuru de Ororubá 2-outro 3-não se aplica

QUAL?

28.VOCÊ SE CONSIDERA INDÍGENA?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGN

29.ESTADO CIVIL:

- 1-solteiro(a) 2-união consensual/amigado(a) 3-casado(a)
 4-separado(a) 5-divorciado(a) 6-viúvo(a)
 9-IGN

30.SABE LER E ESCREVER?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGN

31. FREQUENTA ESCOLA OU UNIVERSIDADE?

- 1-sim → passe para 31.1 3-não nunca frequentou → passe para 32
 2-não mas já frequentou → passe para 31.2 9-IGN

31.1.SE SIM, QUE SÉRIE FREQUENTA?

31.2 SE NÃO, QUAL FOI O MAIS ELEVADO CURSO QUE JÁ COMPLETOU, OU SÉRIE QUE JÁ CONCLUIU?

32.QUAL A SUA OCUPAÇÃO PRINCIPAL?

33.VOCÊ POSSUI ALGUM FUNCIONÁRIO/TRABALHADOR?

- 1-sim 2-não 9-IGN

33.1.SE SIM, QUANTOS FUNCIONÁRIOS/TRABALHADORES VOCÊ POSSUI?

- 1- apenas 1 2-2 a 9 3-10 ou mais 9-IGN

34- QUAL FOI APROXIMADAMENTE A RENDA DA SUA FAMÍLIA NO ÚLTIMO MÊS (em reais)?

34.1.ALGUÉM NA SUA CASA É BENEFICÁRIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

DIMENSÃO 2 E 3 - ATENÇÃO ODONTOLÓGICA E AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL

35.ALGUMA VEZ NA VIDA VOCÊ JÁ FOI AO CONSULTÓRIO DO DENTISTA?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

36.QUANDO VOCÊ CONSULTOU O DENTISTA PELA ÚLTIMA VEZ?

- 1-MENOS DE 1 ANO 2-1 A 2 ANOS 3-3 OU MAIS 4-NÃO SE APLICA
 9-IGNORADO

37. ONDE FOI A SUA ÚLTIMA CONSULTA?

- 1-Serviço Público 2-Serviço Particular 3-Plano de Saúde ou Convênios
 4-Outros 5-Não se aplica 9-Ignorado

38.COMO FOI FEITA A MARCAÇÃO DA SUA ÚLTIMA CONSULTA?

39.QUAL FOI O TEMPO DE ESPERA ENTRE A MARCAÇÃO E O ATENDIMENTO?

40.QUAL FOI O MOTIVO DA SUA ÚLTIMA CONSULTA?

- 1-Revisão Prevenção ou Check-up 2-Dor
 3-Extração 4-Tratamento
 5-Outros 8-Não se aplica
 9-Ignorado

41.NESTA CONSULTA FOI PASSADO ALGUM REMÉDIO PARA VOCÊ?

- 1-SIM 2-NÃO 8-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO

42.VOCÊ CONSEGUIU O REMÉDIO PELO SUS?

- 1-SIM 2-NÃO 8-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO

43.NESTA CONSULTA FOI PEDIDO ALGUM EXAME?

- 1-SIM 2-NÃO 8-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO

44-VOCÊ CONSEGUIU FAZER O EXAME PELO SUS?

- 1-SIM 2-NÃO 8-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO

45. O QUE VOCÊ ACHOU DO TRATAMENTO NA ÚLTIMA CONSULTA?

- 1-MUITO BOM 3-REGULAR 5-MUITO RUIM 9-IGNORADO
 2-BOM 4-RUIM 8-NÃO SE APLICA

46.VOCÊ SABE ONDE PROCURAR ATENDIMENTO COM O DENTISTA NO TERRITÓRIO XUKURU DO ORORUBÁ?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

47.VOCÊ ACHA QUE PRECISA DE TRATAMENTO DENTÁRIO ATUALMENTE?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

48.NOS ÚLTIMOS 6 MESES VOCÊ TEVE DOR DE DENTE?

- 1-SIM 9-IGNORADO—Siga para o item 50
 2-NÃO → Siga para o item 50

49.APONTE NA LINHA ABAIXO O QUANTO FOI ESTA DOR: 1 (UM) SIGNIFICA POUCA DOR E 10 (DEZ) DOR MUITO FORTE.

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

50.COM RELAÇÃO AOS SEUS DENTES/BOCA VOCÊ ESTÁ:

- 1-Muito Satisfeito 2-Satisfeito
 3-Nem satisfeito nem Insatisfeito 4-Insatisfeito
 5-Muito Insatisfeito 9-Ignorado

51.VOCÊ CONSIDERA QUE PRECISA UTILIZAR PRÓTESE TOTAL (DENTADURA) OU TROCAR A QUE ESTÁ UTILIZANDO?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, por quais você passou nos últimos 6 meses?

52.TEVE DIFICULDADE PARA COMER POR CAUSA DOS DENTES OU SENTIU DOR NOS DENTES AO TOMAR LÍQUIDOS GELADOS OU QUENTES?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

53.OS SEUS DENTES INCOMODARAM AO ESCOVAR?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

54.OS SEUS DENTES O DEIXARAM NERVOSO(A) OU IRRITADO(A)?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

55.DEIXOU DE SAIR, SE DIVERTIR, IR A FESTAS, PASSEIOS POR CAUSA DOS DENTES?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

56.DEIXOU DE PRATICAR ESPORTES POR CAUSA DOS DENTES?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

57.TEVE DIFICULDADE PARA FALAR POR CAUSA DOS SEUS DENTES?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

58.OS SEUS DENTES O FIZERAM SENTIR VERGONHA DE SORRIR OU FALAR?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

59.OS SEUS DENTES ATRAPALHARAM PARA ESTUDAR/TRABALHAR OU FAZER TAREFAS DA ESCOLA/TRABALHO?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

60. DEIXOU DE DORMIR OU DORMIU MAL POR CAUSA DOS SEUS DENTES?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

DIMENSÃO 4 - PRÁTICAS DE HIGIENE BUCAL

61. VOCÊ REALIZA A LIMPEZA DA BOCA?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

62. VOCÊ ESCOVA OS DENTES?

- 1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO

63. VOCÊ USA PASTA DE DENTES COM FLÚOR?

- 1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO

64. VOCÊ USA FIO DENTAL?

- 1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO

65. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, QUANTAS VEZES POR DIA VOCÊ GERALMENTE ESCOVOU OS DENTES?

- 0-Não escovei meus dentes diariamente 1-1 vez por dia nos últimos 30 dias
 2-2 vezes por dia nos últimos 30 dias 3-3 vezes por dia nos últimos 30 dias
 4-mais de 3 vezes por dia nos últimos 30 dias 9-IGNORADO

DIMENSÃO 5 - PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL

66. VOCÊ TEM COSTUME DE REALIZAR AS REFEIÇÕES ASSISTINDO TV, MEXENDO NO COMPUTADOR E/OU CELULAR?

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

Quais refeições você faz ao longo do dia?

67. Café da manhã

- Sim Não IGN

68. Lanche da manhã

- Sim Não IGN

69. Almoço

- Sim Não IGN

70. Lanche da tarde

- Sim Não IGN

71. Jantar

- Sim Não IGN

72. Ceia

- Sim Não IGN

Você comeu ontem?

73.FEIJÃO

1-sim 2-não 9-IGN

74.LEITE

1-sim 2-não 9-IGN

75.FRUTA FRESCA

1-sim 2-não 9-IGN

76.SALADA CRUA

1-sim 2-não 9-IGN

77.LEGUME COZIDO (não considerar batata e macaxeira)

1-sim 2-não 9-IGN

78.REFRIGERANTE/BEBIDA ADOÇADA

1-sim 2-não 9-IGN

79.DOCE / BISCOITO RECHEADO / BALA / CHOCOLATE

1-sim 2-não 9-IGN

80.MACARRÃO INSTANTÂNEO/SALGADINHO DE PACOTE/BISCOITO SALGADO

1-sim 2-não 9-IGN

81.HAMBÚRGUER / CACHORRO QUENTE

1-sim 2-não 9-IGN

82.BATATA FRITA / COXINHA / PASTEL

1-sim 2-não 9-IGN

83.VOCÊ FUMA?

1-sim 2-não 9-IGN

84.VOCÊ CONSOME BEBIDA ALCOÓLICA?

1-sim 2-não 9-IGN

85.VOCÊ CONSIDERA QUE A QUANTIDADE DE DOCES/REFREIGERANTES/BEBIDAS ADOÇADAS OU AÇÚCAR ADICIONADO QUE VOCÊ CONSUME É:

- 1-ALTA 2-NORMAL 3-BAIXA 9-IGN

86.PESO

87.ALTURA

DIMENSÃO 6 - MEDIÇÃO NORMATIVA DA SAÚDE BUCAL

88.NÚMERO DE DENTES PERMANENTES SUPERIORES

89.NÚMERO DE DENTES PERMANENTES INFERIORES

90.USUÁRIO DE PRÓTESE SUPERIOR

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

91.USUÁRIO DE PRÓTESE INFERIOR

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

92.NECESSIDADE DE PRÓTESE SUPERIOR

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

93.NECESSIDADE DE PRÓTESE INFERIOR

- 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

**DIMENSÃO 6 - DIMENSÃO NORMATIVA DA SAÚDE BUCAL
HEMIARCO SUP DIREITO**

18- COROA

18-TRATAMENTO

17- COROA

17-TRATAMENTO

16- COROA

16-TRATAMENTO

15- COROA

15-TRATAMENTO

14- COROA

14-TRATAMENTO

13- COROA

13-TRATAMENTO

12- COROA

12-TRATAMENTO

11- COROA

11-TRATAMENTO

DIMENSÃO 6 - DIMENSÃO NORMATIVA DA SAÚDE BUCAL
HEMIARCO SUP ESQUERDO

21- COROA

21-TRATAMENTO

22- COROA

22-TRATAMENTO

23- COROA

23-TRATAMENTO

24- COROA

24-TRATAMENTO

25- COROA

25-TRATAMENTO

26- COROA

26-TRATAMENTO

27- COROA

27-TRATAMENTO

28- COROA

28-TRATAMENTO

DIMENSÃO 6 - DIMENSÃO NORMATIVA DA SAÚDE BUCAL
HEMIARCO INF ESQUERDO

38- COROA

38-TRATAMENTO

37- COROA

37-TRATAMENTO

36- COROA

36-TRATAMENTO

35- COROA

35-TRATAMENTO

34- COROA

34-TRATAMENTO

33- COROA

33-TRATAMENTO

32- COROA

32-TRATAMENTO

31- COROA

31-TRATAMENTO

**DIMENSÃO 6 - DIMENSÃO NORMATIVA DA SAÚDE BUCAL
HEMIARCO INF DIREITO**

41- COROA

41-TRATAMENTO

42- COROA

42-TRATAMENTO

43- COROA

43-TRATAMENTO

44- COROA

44-TRATAMENTO

45- COROA

45-TRATAMENTO

46- COROA

46-TRATAMENTO

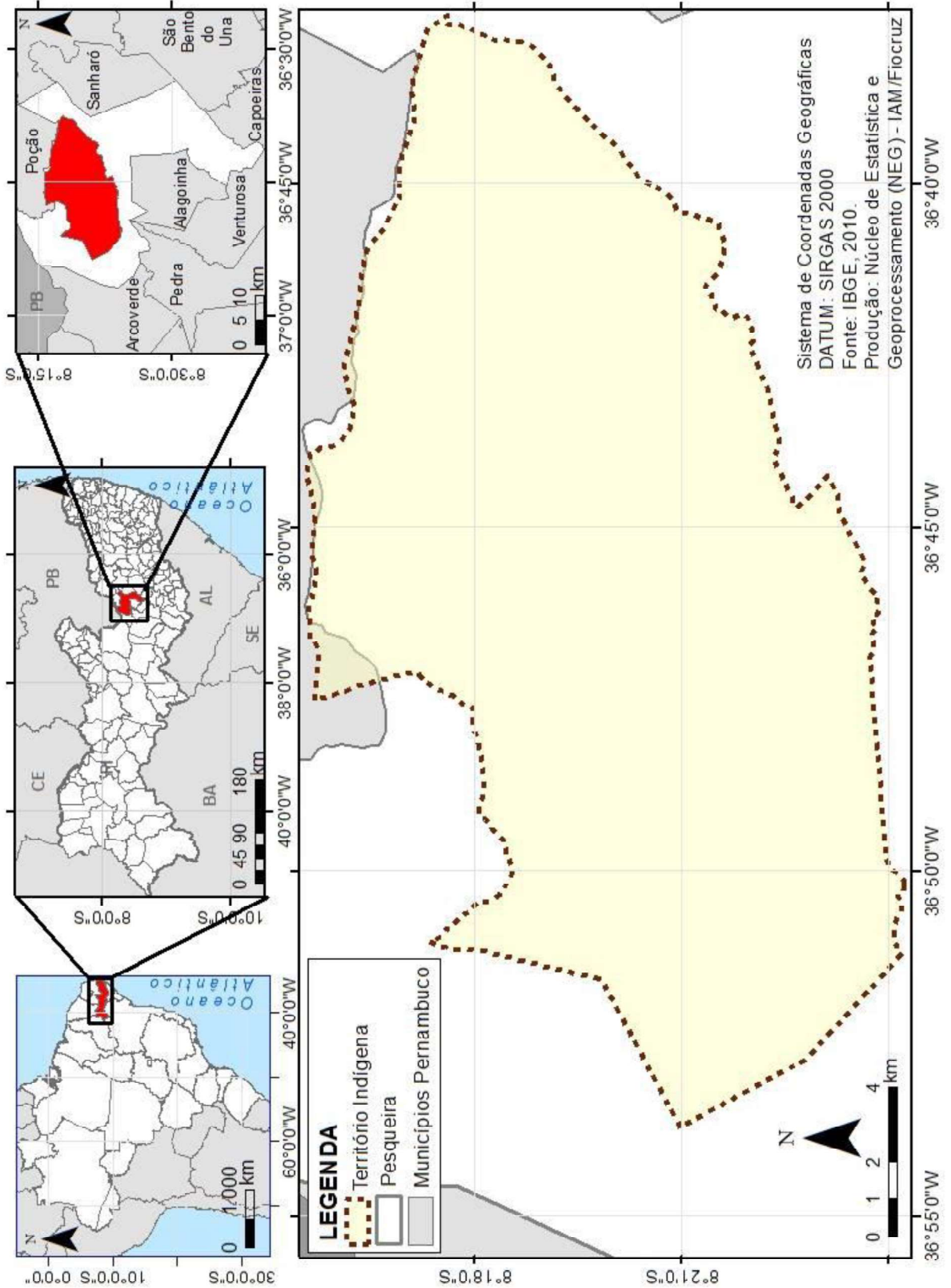
47- COROA

47-TRATAMENTO

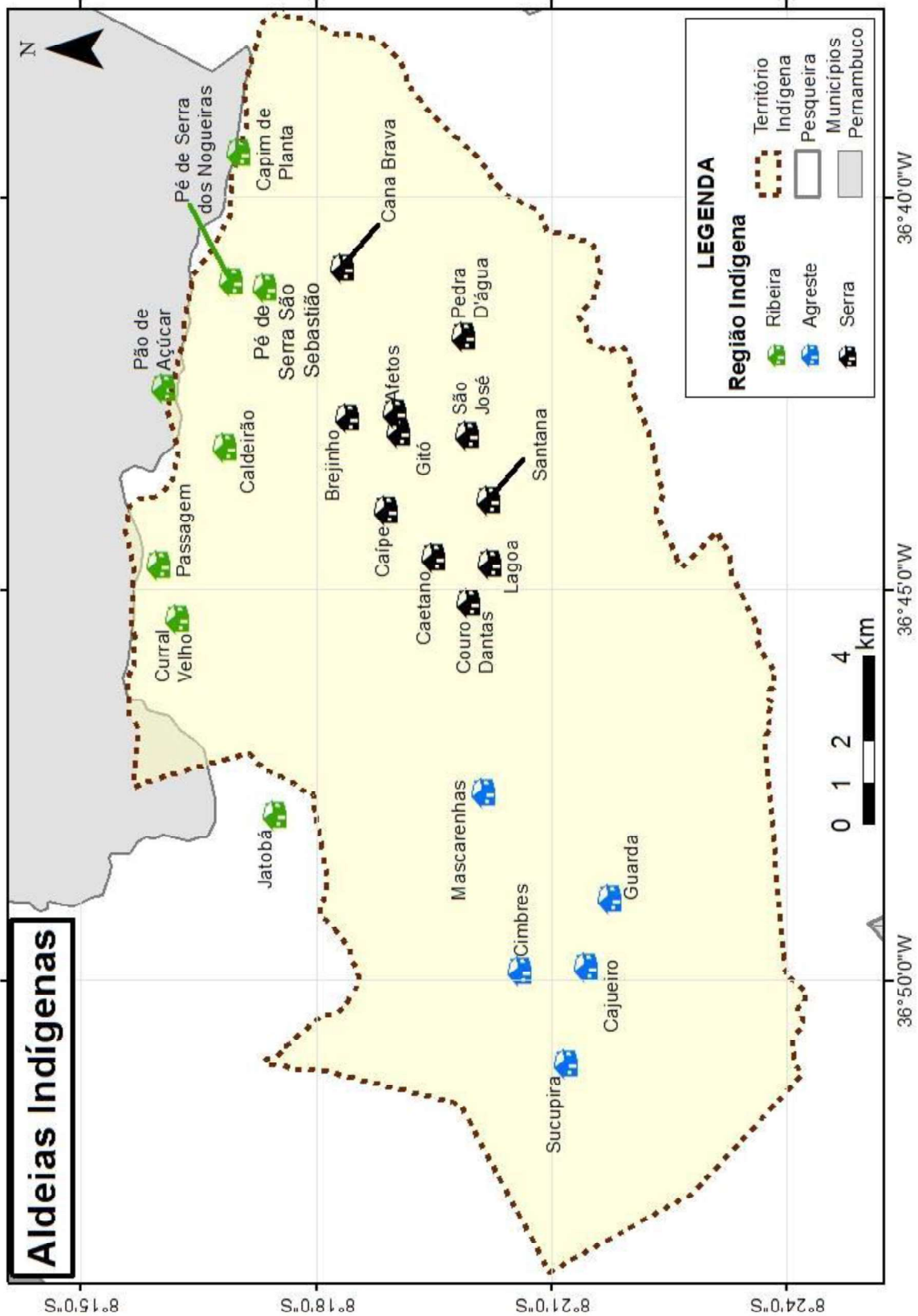
48- COROA

48-TRATAMENTO

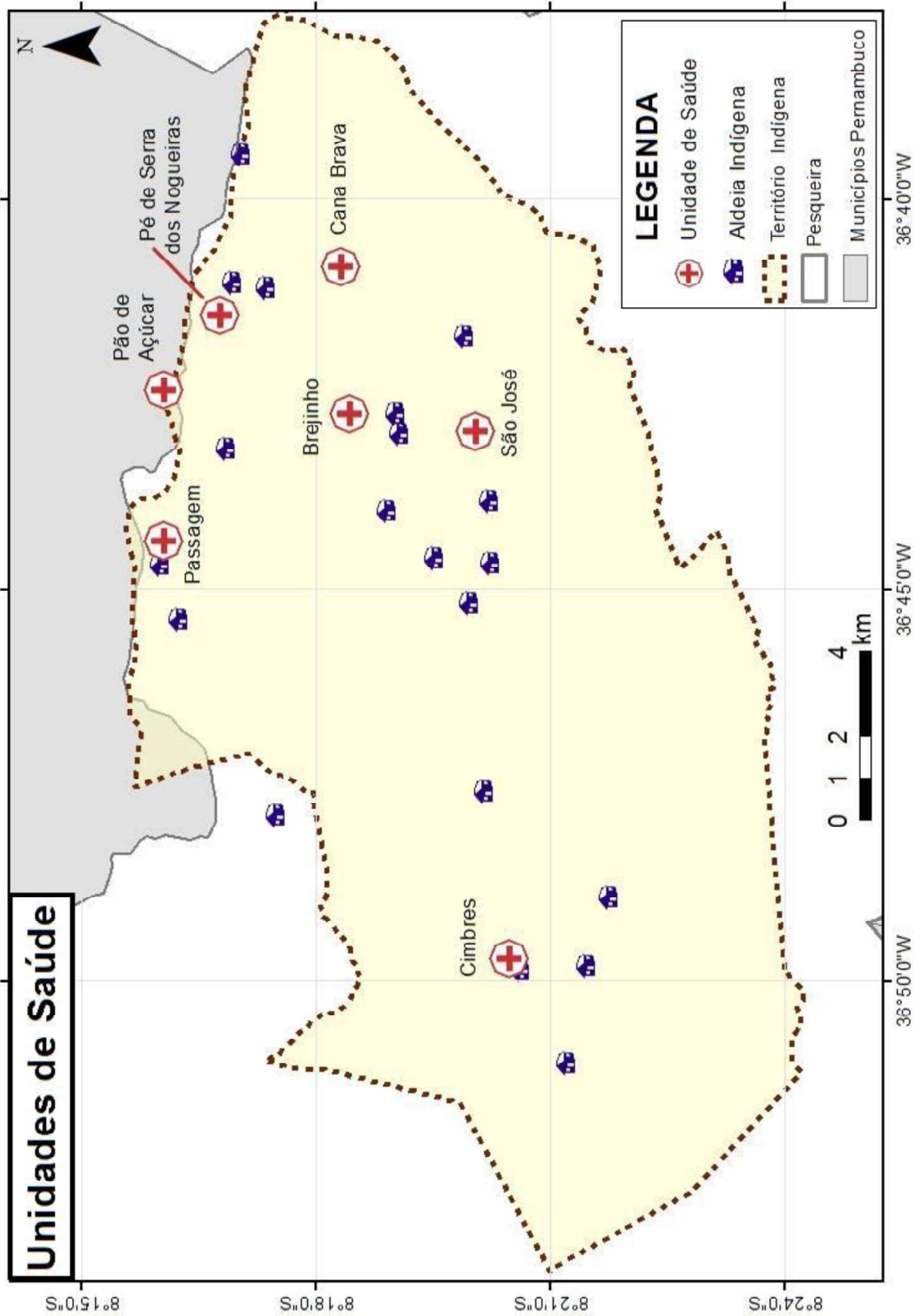
APÊNDICE C – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO TERRITÓRIO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ. PESQUEIRA, 2020.



APÊNDICE D – ORGANIZAÇÃO DO TERRITÓRIO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ SEGUNDO REGIÕES E ALDEIAS. PESQUEIRA, 2020.



APÊNDICE E – LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE COM CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO NO TERRITÓRIO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ. PESQUEIRA, 2020.



ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA CISXO



CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Título do Projeto: Saúde Bucal de um Povo Indígena no Estado de Pernambuco: um estudo coorte

Instituição Proponente: NESC/IAM/FIOCRUZ

Coordenador do Projeto: Rafael da Silveira Moreira

O Conselho de Saúde Indígena da etnia Xukuru do Ororubá/PE aprova e autoriza que os pesquisadores Rafael da Silveira Moreira, Thatiana Regina Fávaro e Herika de Arruda Mauricio realizem a pesquisa "Saúde Bucal de um Povo Indígena no Estado de Pernambuco: um estudo coorte", sob coordenação do pesquisador Rafael da Silveira Moreira vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva (NESC) do Instituto Aggeu Magalhães (IAM) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com o objetivo de analisar a incidência de cárie e fatores associados dos indígenas da etnia Xukuru do Ororubá, Pesqueira, PE.

Ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa, concordamos em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que, sejam assegurados os requisitos: o cumprimento das determinações éticas das Resoluções nº466/12 e nº 304/00 do CNS/MS; a garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa; não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa; no caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Pesqueira, 08 de novembro de 2017.

Inobel Cardina A. Koviec
 Sr. Gex Martins da Silva
 Sr. João de Almeida da Silva
 Marcos Vikmar B. Eutoga
 Antonio Marcos Marcel de Lima
 Geraldo Amalho Cardozo Duracief
 Geraldo Alves de Carvalho
 M. J.

Conselho Indígena de Saúde Xukuru do Ororubá – CISXO
 Polo Base Aldeia São José, Pesqueira, PE.
 CEP: 55200-000.

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA CONDISI



CARTA DE ANUÊNCIA

A sua senhoria a senhora
Herika de Arruda Mauricio
Doutoranda em saúde pública

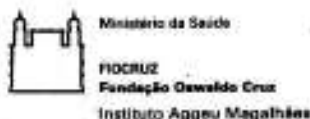
O Distrito Sanitário Especial Indígena Pernambuco em uso de suas atribuições e em consonância com CONDISI "Conselho Distrital de Saúde Indígena" declara para todos os fins e efeitos de direito que a Senhora Herika de Arruda Mauricio está autorizada a realizar a pesquisa intitulada "**A saúde bucal de um povo indígena no estado de pernambuco: um estudo coorte**", sob a orientação e supervisão do professor Rafael da Silveira Moreira e Co-orientação da professora Thatiana Regina Fávaro, conforme os termos do projeto de pesquisa apresentado a este distrito sanitário especial indígena com a anuência do CONDISI, reitero que o conselho distrital aprova as atividades atreladas ao referido projeto, elaborado de acordo com a resolução 466/2012 CNS, conforme apresentado e aprovado pelos conselheiros presentes na I reunião ordinária do conselho distrital de saúde indígena de Pernambuco, realizada aos 26 dias do mês de março de 2018, no Auditório da Pousada Vale do Moxotó, situada na Avenida Manoel Vicente, 247 – Centro – Ibirimir-PE

Por ser verdade, firma a presente declaração para que produza os efeitos legais a que se destina.

Recife, 14 de maio de 2018.


 Antônio Fernando da Silva
 Coordenador do DSEI - PE
 Portaria Nº 254 do 27/11/2012
 SAUPE 0514141
 Antonio Fernando da Silva
 Coordenador

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA GESB



CARTA DE ANUÊNCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Aceito receber as pesquisadoras (HERIKA DE ARRUDA MAURICIO e THATIANA REGINA FÁVARO), sob responsabilidade da pesquisadora principal (HERIKA DE ARRUDA MAURICIO) aluna do Programa de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães turma 2016-2020, para desenvolverem sua pesquisa intitulada (SAÚDE BUCAL DE UM POVO INDÍGENA NO ESTADO DE PERNAMBUCO: UM ESTUDO COORTE), sob minha orientação e co-orientação da Professora THATIANA REGINA FÁVARO, da Universidade Federal de Alagoas.

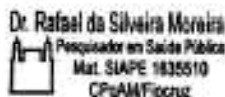
Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, disponibilizando todos os recursos do GRUPO DE ESTUDOS EM SAÚDE BUCAL – GESB desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP,
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa,
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Recife, 17 de junho de 2018.

Atenciosamente,

Rafael da Silveira Moreira
Coordenador do Grupo de Estudos em Saúde Bucal



ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA UPE

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
CAMPUS ARCOVERDE



CARTA DE ANUÊNCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Aceito os pesquisadores (HERIKA DE ARRUDA MAURICIO, RAFAEL DA SILVEIRA MOREIRA e THATIANA REGINA FÁVARO), sob responsabilidade da pesquisadora principal (HERIKA DE ARRUDA MAURICIO) da Universidade de Pernambuco, para desenvolverem sua pesquisa intitulada (SAÚDE BUCAL DE UM POVO INDÍGENA NO ESTADO DE PERNAMBUCO: UM ESTUDO COORTE), sob orientação do Professor RAFAEL DA SILVEIRA MOREIRA -FIOCRUZ/PE e co-orientação da Professora THATIANA REGINA FÁVARO-UFAL.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP,
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa,
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Arcoverde, 16 de maio de 2018.

Atenciosamente,

Humberto Gomes Vidal

Coordenador do Curso de Graduação em Odontologia
Universidade de Pernambuco – Campus Arcoverde

ANEXO E – PARECER CEP



Título do Projeto: "Saúde bucal de um povo indígena no Estado de Pernambuco: um estudo coorte"

Pesquisador responsável: Herika de Arruda Mauricio

Instituição onde será realizado o projeto: IAM/Fiocruz

Data de submissão ao CEP: 19/06/2018

Registro no CAAE: 92474818.9.0000.5190

Número do Parecer na Plataforma Brasil: 2.839.310

PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O CEP/CPqAM reforça a necessidade de entrega de relatórios parcial e final, em cumprimento à Resolução CNS 466/12, capítulo XI, artigo 2d.

Recife, 23 de Agosto de 2018

Janaina Campos de Miranda
Janaina Campos de Miranda
Coordenadora do CEP/CPqAM/Fiocruz

Janaina Campos de Miranda
Proprietária em Saúde
Coordenadora
Médica
CRM 14.457/PE
CEP

ANEXO F – PARECER CONEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde bucal de um povo indígena no Estado de Pernambuco: um estudo coorte

Pesquisador: Herika de Arruda Mauricio

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 3

CAAE: 92474818.9.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.050.331

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram copiadas do parecer pendente nº 2.937.239 emitido pela Conep em 05/10/2018.

INTRODUÇÃO

A população indígena residente no Brasil alcançou o número de 817,9 mil pessoas distribuídas em 305 etnias e falantes de 274 línguas (IBGE, 2012). Apesar destes números, não é possível traçar um panorama minimamente confiável acerca das condições de saúde dos povos indígenas no país e, muito menos, em relação às interfaces entre saúde e desigualdades sociais (COIMBRA JR; SANTOS, 2000). A cárie é uma doença detectada em todos os povos e em todas as épocas. Sua etiologia é multifatorial, permeada por amplos fatores sociais, econômicos e culturais, condicionantes dos estados de desenvolvimento e evolução da doença (PERES et al., 2003). A doença ocorre de modo diferente nas sociedades, classes e estratos de classes sociais, apesar das semelhanças biológicas entre os corpos dos seres humanos que as compõem (ALBUQUERQUE, SILVA, 2014). Valores, conhecimentos e comportamentos culturais atrelados à saúde formam um sistema sociocultural integrado, total e lógico. Portanto, as questões relativas à saúde e à doença não podem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências. Os sistemas de atenção à saúde

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.050.331

são sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais, políticas e econômicas que os produzem e replicam (LANGDON, WIIK, 2010). Schuch, Haag, Kapellas et al. (2017) compararam a magnitude das desigualdades relativas à saúde bucal entre indígenas e não-indígenas do Brasil, Nova Zelândia e Austrália. A partir de dados provenientes de inquéritos realizados no Brasil (2010), na Nova Zelândia (2009) e na Austrália (2004-06 e 2012) em populações com idade entre 35-44 anos e 65-74 anos, verificaram que independentemente do país, os indígenas apresentaram piores condições de saúde bucal. Para melhor compreender a configuração do padrão de saúde bucal de povos indígenas no Estado de Pernambuco, realizou-se um estudo epidemiológico com o povo Xukuru do Ororubá no ano de 2010. Analisando a faixa etária de 10 a 14 anos, apenas 26,61% de seus integrantes apresentaram-se livres da experiência de cárie. A análise múltipla desenvolvida revelou associação da ausência de cárie com aspectos contextuais e individuais do grupo (MAURICIO, 2012). No processo de caracterização da cárie entre povos indígenas, faz-se fundamental analisar dimensões que possibilitem um olhar mais abrangente da temática, de modo a possibilitar a superação de modelos reducionistas/biologicistas. As características socioeconômicas e demográficas configuram uma primeira dimensão (1) a ser trabalhada, que perpassa as demais. Arantes e Frazão (2016) verificaram que famílias indígenas não eleitas como beneficiárias do Programa Bolsa Família por apresentarem renda acima dos critérios do Programa apresentaram índices de cárie 40% menores. Já a nutrição apresenta-se como a segunda dimensão (2) deste contexto, e que está envolta nos mais diversos significados, desde o âmbito cultural até as experiências pessoais. Nas práticas alimentares, que incluem procedimentos relacionados desde a preparação do alimento até seu consumo propriamente dito, a subjetividade veiculada inclui a identidade cultural, a condição social, a religião, a memória familiar e a época em que vivenciam esta experiência diária (GARCIA, 1997). O quadro de transição nutricional, caracterizado pela substituição do consumo de alimentos ricos em fibras e nutrientes por alimentos industrializados ricos em gorduras e carboidratos, também faz parte da atual realidade de alguns povos indígenas no Brasil (ARANTES; SANTOS; FRAZÃO, 2010). Estudo transversal desenvolvido com a etnia Xukuru do Ororubá descreveu a distribuição de excesso de peso e obesidade e sua associação com variáveis demográficas e socioeconômicas entre 794 adultos indígenas, de 19 a 59 anos. Observou-se que excesso de peso e obesidade são altamente prevalentes entre os adultos Xukuru e sexo, idade e status econômico estiveram associados à obesidade, assim como a interação sexo masculino e renda per capita. Também foi verificada associação positiva quanto à ocorrência de sobrepeso em moradores de um mesmo domicílio. Os achados sugerem que os Xukuru estão atravessando um

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.050.331

acelerado processo de transição nutricional (FAVARO et al., 2015). A relação entre consumo de sacarose e o incremento de cárie dentária está bem estabelecida na literatura científica (FELDENS et al., 2010; SHEIHAM, 2001). Peres, Bastos e Latorrea (2000), ao analisarem aspectos comportamentais e severidade da cárie em crianças de Florianópolis – SC, mostraram que aqueles que consumiam produtos açucarados duas a três vezes por dia, todos os dias, apresentavam 4,41 vezes mais chances de ter alta severidade da doença, quando comparadas com as crianças que consumiam estes produtos no máximo uma vez ao dia. Os resultados evidenciaram que a frequência de consumo de doces e a renda familiar apresentaram-se como fatores de risco para alta severidade de cárie. Uma terceira dimensão (3) importante na caracterização da cárie é o acesso à atenção odontológica. Restrições no acesso a serviços odontológicos podem resultar em menor número de oportunidades para detecção e tratamento precoces. Aday e Forthofer (1992) verificaram que a busca por serviços de saúde entre grupos sociais distintos possui diferentes motivos: enquanto minorias étnico-raciais e grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o dentista por problemas de saúde bucal autopercebidos, indivíduos de cor branca e com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento. Na atenção odontológica, um aspecto fundamental de promoção da saúde e prevenção da cárie também é o acesso ao flúor. Narvai, Frazão e Castellanos (1999) defendem que o fenômeno de declínio na experiência de cárie em dentes permanentes ao longo dos anos está associado à oferta de água fluoretada e a disponibilidade de dentifrícios fluoretados. O comportamento individual em relação à frequência dos hábitos de higiene bucal constitui uma quarta dimensão (4). Soares, Novais e Freire (2009) estudaram a higiene bucal e verificaram maior frequência de escovação entre pessoas mais jovens, com mais tempo de escolaridade e dentadas. Em relação ao uso do fio dental, mulheres, pessoas mais jovens e com maior tempo de escolaridade fizeram uso mais frequente. Concluíram pela existência de associação dos fatores sociodemográficos, como sexo, idade e escolaridade, e a condição dentária com a prática destes hábitos. De acordo com Freire, Sheiham e Bino (2007), a pressão da sociedade em relação à beleza das mulheres como um fator sociocultural é capaz de influenciar a prática de higiene. A partir deste cenário, este projeto interessa-se por estudar a evolução da incidência de cárie na etnia Xukuru do Ororubá e suas múltiplas associações, buscando responder a seguinte pergunta: Em que medida a saúde bucal dos indígenas da etnia Xukuru do Ororubá evoluiu no período de 2010 a 2018?

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 3.050.331

HIPÓTESE

Acredita-se que serão verificados os seguintes resultados:

- a) Condições de moradia razoáveis, renda familiar média baixa, condições sanitárias dos domicílios ruins e distribuição da população entre os sexos equilibrada;
- b) Alta incidência de cárie, baixo percentual de dentes livres de cárie e alta necessidade de tratamento odontológico;
- c) Perfil nutricional caracterizado por excesso de peso e obesidade e padrão de consumo alimentar representado por processo de transição nutricional;
- d) Alta parcela da população que nunca foi ao dentista;
- e) Água consumida na Terra Indígena com aceitáveis padrões de potabilidade, sem presença de cloro ou flúor;
- f) População desenvolve regularmente a higiene bucal com uso de dentifrícios fluoretados;
- g) Admite-se que existem associações entre a incidência de cárie e os aspectos referentes ao perfil socioeconômico e demográfico, nutricional, de acesso à atenção odontológica e de hábitos de higiene bucal.

METODOLOGIA

Coleta de dados – Os exames bucais serão realizados no domicílio do participante, sob luz natural, com o examinador e pessoa examinada sentados, utilizando-se um conjunto de instrumentais composto por um espelho bucal plano nº5 com cabo e uma sonda específica, desenvolvida pela OMS, conhecida como “sonda CPI” ou sonda do tipo “ball point”. Essa sonda possui uma pequena esfera de 0,5 mm em sua ponta que permite retirar, de forma menos agressiva aos tecidos dentários, detritos que estejam situados sobre os dentes impedindo a sua visualização. O examinador também utilizará Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), tais como: gorro, máscara e luvas para procedimentos descartáveis. Para cumprimento das normas de biossegurança na realização do exame bucal, a pesquisa contará com o apoio da central de esterilização da Universidade de Pernambuco campus Arcoverde, onde será realizada a lavagem e esterilização dos materiais. A anuência de instituição está apresentada no ANEXO D. Será aplicado um questionário fechado para preenchimento dos dados coletados no exame bucal e coleta das variáveis independentes. O questionário apresenta-se concentrado em 6 dimensões (APÊNDICE B): Dimensão 1 – Investigação dos fatores socioeconômicos e demográficos; Dimensão 2 – Medição normativa da saúde bucal;

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.050.331

Dimensão 3 - Caracterização da atenção odontológica;

Dimensão 4 – Medição da autopercepção da saúde bucal;

Dimensão 5 – Definição do contexto quanto às práticas de higiene bucal; Dimensão 6 – Identificação do estado nutricional e do padrão de consumo alimentar. A coleta de dados possui previsão de 1 (um) mês de duração e se dará por meio do uso de tablets (Samsung Galaxy Tab3®). Será construído na plataforma Epi Info®, especialmente desenhada para uso em sistemas Android, um questionário digital para a realização das entrevistas.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados serão criticados de modo a corrigir falhas cometidas no preenchimento dos instrumentos de coleta. Em seguida terá início o processo de digitação com validação via dupla digitação. Antes da realização da análise, o banco de dados deve passar por um processo de limpeza no qual os dados digitados serão confrontados com as informações presentes nos instrumentos de coleta. No caso de serem encontradas divergências, o banco de dados deve ser corrigido. Para análise dos dados inicialmente será realizada a estatística descritiva por meio do programa estatístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS 20.0®), com a distribuição de frequências e descrição das medidas de tendência central e de dispersão. As análises serão apresentadas por meio de quadros, gráficos e tabelas. Os dados coletados pelo exame clínico bucal irão compor o cálculo do Índice CPO-D. A partir da significância estatística das variáveis no modelo (valor-p) será eleito o melhor modelo de análise. Para a estimativa do Risco Relativo (RR), e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95%, a variável dependente será dicotomizada em indivíduos com e sem o desenvolvimento de novas cáries (casos incidentes). Serão utilizados modelos de regressão de Poisson, com estimativa robusta da variância, cuja medida de efeito exponenciada é interpretada como o Risco Relativo, ideal para estudos de coorte (BARROS, HIRAKATA, 2003). Serão utilizados modelos hierarquizados para guiar a entrada das variáveis durante o processo de modelagem, conforme preconizado por Victora et al. (1997), nos quais as variáveis obedecem a um modelo teórico a priori, baseado em uma relação de determinação social da saúde. Também será aplicada uma abordagem multinível, com intercepto aleatório, para adequar a partição das variâncias e para medir o efeito contextual de variáveis provenientes de cada nível de análise.

DESFECHO PRIMÁRIO

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.050.331

Desenvolvimento de novas cáries (casos incidentes).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos no estudo todos os indígenas da etnia Xukuru do Ororubá participantes da etapa baseline desenvolvida no ano de 2010.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Todos os demais indígenas que não preencherem este critério de inclusão serão excluídos da amostra.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar a incidência de cárie e fatores associados dos indígenas da etnia Xukuru do Ororubá, Pesqueira - PE.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- a) Descrever o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes;
- b) Medir a incidência de cárie, sua ausência e necessidade de tratamento;
- c) Identificar o perfil nutricional e o padrão de consumo alimentar;
- d) Caracterizar a população estudada quanto ao acesso a serviços odontológicos componentes da rede da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI;
- e) Analisar a qualidade da água consumida na Terra Indígena a partir das dimensões física e química;
- f) Verificar a autopercepção da saúde bucal;
- g) Conhecer as práticas de higiene bucal e o uso de dentífricos fluoretados;
- h) Investigar possíveis associações entre a incidência de cárie e os aspectos referentes ao perfil socioeconômico e demográfico, nutricional, de acesso à atenção odontológica e de hábitos de higiene bucal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

A coleta de dados da pesquisa é capaz de gerar riscos. A realização de exames bucais pode causar

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.050.331

desconforto para os participantes em decorrência da manipulação dos tecidos bucais. Visando minimizá-los, os sujeitos que aceitarem participar da pesquisa receberão detalhada explicação sobre o desenvolvimento dos exames e estes seguirão rigorosamente a técnica preconizada, com examinadores e anotadores treinados (FOUSP, 2017). Caso o participante não se sinta confortável para a continuação do exame, bastará levantar a mão para o examinador, sendo o exame imediatamente interrompido. Pelo fato dos indígenas da etnia Xukuru do Ororubá fazerem uso da língua portuguesa em sua rotina diária, não se faz necessária a adaptação do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para um dialeto próprio, mas estes estarão adequados às peculiaridades culturais, fazendo uso de linguagem clara e objetiva. Mesmo assim, o desenvolvimento da pesquisa envolve o risco de constrangimento do participante. Visando minimizá-lo, a equipe de trabalho de campo atuará de maneira cuidadosa e respeitosa, realizando exame e entrevista em local reservado no domicílio.

BENEFÍCIOS

Simultaneamente aos exames bucais, os participantes receberão um kit de higiene bucal associado à aplicação de flúor, orientações quanto à higiene bucal e alimentação. O trabalho de campo ocorrerá de maneira articulada com os serviços de saúde ofertados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI no Território Indígena. Assim, diante da identificação de situações de urgência, os participantes receberão encaminhamento para o serviço de saúde mais próximo. Os benefícios relacionados com a participação dos membros da comunidade são no sentido de contribuir para o monitoramento da cárie e de fatores associados ao longo do tempo, e assim gerar informação para construção de ações e políticas de prevenção e mitigadoras dos danos. Os pesquisadores comprometem-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 científicos, como congressos, artigos científicos, seminários e outras atividades científicas, 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 dos pesquisadores. Dessa forma, está assegurada a confidencialidade dos dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é para obtenção de título de doutora em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.050.331

Stricto Sensu do Instituto Aggeu Magalhães.

O trabalho de campo será desenvolvido no município de Pesqueira (PE) nos limites da Terra Indígena Xukuru, ou seja, com participação da população indígena aldeada que no ano de 2010 era pertencente às faixas etárias de 10 a 14, 35 a 44 e a partir de 60 anos (estudo baseline). Atualmente, esses grupos populacionais pertencem às faixas etárias de 18 a 22, 43 a 52 e a partir de 68 anos de idade, dispensando a necessidade de Termo de Assentimento. Por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI, serão confirmados os atuais endereços dos participantes do estudo para que seja possível chegar até seus domicílios e realizar a coleta de dados.

Aspectos éticos – Em respeito à 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, este estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do IAM/FIOCRUZ, à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP e à Fundação Nacional do Índio – Funai. Atendendo ao que estabelecem as resoluções mencionadas, a etnia Xukuru do Ororubá já emitiu uma Declaração de Anuência ao projeto por meio de seu Conselho de Saúde (ANEXO A), como também o Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI (ANEXO B).

O trabalho de campo somente terá início a partir da autorização de CEP e CONEP e a entrada dos pesquisadores no Território Indígena somente ocorrerá a partir da permissão da Fundação Nacional do Índio – Funai (ANEXO E). Todos os participantes poderão optar pela participação voluntária, com possibilidade de ausentarem-se da pesquisa a qualquer momento. Diante do fato da comunidade Xukuru do Ororubá reconhecer a autoridade de 25 lideranças, no caso de concordância, essas lideranças assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). Na oportunidade, justificativa, objetivos e procedimentos da pesquisa serão apresentados às lideranças e será assegurada a leitura em voz alta e explicação do TCLE pela equipe.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

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

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.050.331

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de respostas ao parecer pendente nº 2.937.239 emitido pela Conep em 05/10/2018:

1. Quanto ao termo de consentimento livre e esclarecido – referente ao arquivo "TCLE.pdf", postado na Plataforma Brasil em 10/07/2018, seguem as considerações:

1.1. Solicita-se constar em ambas as vias do TCLE o endereço, os contatos e o horário de funcionamento da Conep (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d). Para melhor informar ao participante da pesquisa, solicita-se ainda incluir no TCLE uma breve descrição do que é a Conep e qual sua função no estudo.

RESPOSTA: Solicitação atendida por meio da inserção do texto "A Comissão Nacional de Ética Em Pesquisa – CONEP, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde possui a função de examinar os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos em áreas temáticas especiais, como a pesquisa em populações indígenas. Portanto, também pode ser contatada no endereço SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte. CEP: 70719-040, Brasília-DF, com horário de atendimento de 08h às 18h. Telefone (61)3315-5877 ou pelo e-mail: conep@saude.gov.br"

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2. De forma a garantir sua integridade, o documento deve apresentar a numeração das páginas de forma a indicar, também, o número total de páginas, como por exemplo, página 1 de 2; página 2 de 2. Solicita-se adequação".

RESPOSTA: Solicitação atendida.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.3. Na página 1 de 2, consta "DIANTE DA IDENTIFICAÇÃO DE ALGUMA SITUAÇÃO DE URGÊNCIA, VOCÊ SERÁ ENCAMINHADO PARA A UNIDADE DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA, NA QUAL A EQUIPE DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE PERNAMBUCO – DSEI/PE FARÁ O SEU ATENDIMENTO" (destaque nosso). O trecho destacado e sublinhado não está adequado, pois assistência engloba o ato no qual o pesquisador se responsabiliza pelo atendimento às complicações e danos decorrentes DIRETA OU INDIRETAMENTE do estudo, bem como atendimento de cunho emergencial. A assistência deve ser oferecida sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.050.331

todas as situações em que este dela necessite. Sendo assim, deve ser expresso, de modo claro e afirmativo no TCLE, O DIREITO A ASSISTÊNCIA INTEGRAL GRATUITA DEVIDO A DANOS DIRETOS/ INDIRETOS E IMEDIATOS/ TARDIOS, PELO TEMPO QUE FOR NECESSÁRIO AO PARTICIPANTE DA PESQUISA (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens II.3.1 e II.3.2). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Solicitação atendida por meio da inserção do texto “Diante da identificação de alguma situação de urgência decorrente de complicações e danos diretos/indiretos e imediatos/tardios, você será atendido pela equipe de pesquisa de maneira integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, sem ônus de qualquer espécie.”

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.4. Na página 02 de 02, consta: “Sua participação é voluntária, não existe nenhuma remuneração pela participação na pesquisa e você também não precisará arcar com qualquer despesa, tornando desnecessário qualquer tipo de ressarcimento OU INDENIZAÇÃO” (destaque nosso). O TCLE deve conter explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, não sendo aceitável que se exija, sob qualquer argumento, renúncia ao direito a indenização por dano (itens IV.3.h, IV.4.c e V.7 da Resolução CNS nº 466 de 2012). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Solicitação atendida por meio da inserção do texto “Diante de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa, está garantido seu direito à indenização.”

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.5. Os potenciais riscos associados à pesquisa também devem estar descritos no TCLE, sem subestimá-los. O TCLE deve explicar as providências e as cautelas que serão adotadas para evitar ou diminuir os riscos associados à pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012 item IV.3.b). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Solicitação atendida por meio da inserção do texto “A coleta de dados da pesquisa é capaz de gerar riscos. A realização de exames bucais pode causar desconforto em decorrência da manipulação dos tecidos bucais. Visando minimizá-los, serão fornecidas explicações detalhadas sobre os exames e estes seguirão rigorosamente a técnica preconizada, com examinadores e anotadores treinados. Caso você não se sinta confortável para a continuação do exame, bastará levantar a mão, que este será imediatamente interrompido. A medição de peso e altura e a aplicação do questionário envolvem o risco de constrangimento. Visando minimizá-los, a equipe de pesquisa atuará de maneira cuidadosa e respeitosa, realizando exame e entrevista em local reservado no domicílio, de modo a evitar sua exposição.”

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.050.331

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.6. A confidencialidade e o sigilo são direitos do participante de pesquisa e, para manter a eticidade na pesquisa devem ser PREVISTOS PROCEDIMENTOS QUE ASSEGUREM A CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS E A PRIVACIDADE, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Desta forma, deve ser garantido ao participante que os dados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para os fins deste estudo, bem como assegurar o anonimato quando do repasse dos dados, e explicitar como será feito a anonimização (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens III.2.i e IV.3.e). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Solicitação atendida por meio da inserção do texto “As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para os fins deste estudo, sendo apresentadas em eventos científicos como congressos, seminários, artigos científicos e outras atividades científicas. Assegura-se o anonimato das informações por meio da criação de um banco de dados com identificação numérica, sem nenhum registro de nomes, além da garantia de manutenção dos dados da pesquisa por um período de 5 anos após o seu término, sob responsabilidade dos pesquisadores.”

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.7. Prezando-se pelo esclarecimento do participante, solicita-se que os procedimentos adotados no estudo estejam explicitados de forma menos sintética no TCLE, informando-se, por exemplo, o local e o momento em que ocorrerão as entrevistas, bem como seu tempo de duração e os tópicos a serem abordados (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.a). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Solicitação atendida por meio da inserção do texto “Todos os dados serão coletados no seu domicílio, em local bem iluminado e reservado, com você e o examinador sentados, no momento em que você esteja disponível para receber a equipe de pesquisa, levando em torno de 15 minutos de duração. O exame bucal utilizará um conjunto de instrumentais odontológicos que podem gerar algum desconforto. Para diminuí-lo, o examinador utilizará uma técnica simples e rápida para a qual foi treinado, na qual os dentes são observados pelo examinador, sendo o anotador responsável pelo registro dessas observações. Caso você não se sinta confortável para a continuação do exame, basta levantar a mão e o exame será imediatamente interrompido. No momento de realização do exame bucal será entregue um kit de higiene bucal (que contém escova, pasta e fio dental) para que seja feita a escovação e aplicação de flúor. Também serão fornecidas orientações quanto à higiene bucal e alimentação. Também serão coletadas medidas de

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.050.331

peso e altura e aplicado um questionário sobre a sua condição socioeconômica, nutricional, de acesso à atenção odontológica e hábitos de higiene bucal. Você pode ficar à vontade para responder, pois não será divulgado nenhum dado que permita identificá-lo. A aplicação do questionário fará uso de linguagem clara e objetiva, sendo o mesmo aplicado de maneira cuidadosa e respeitosa para minimizar qualquer tipo de constrangimento.”

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

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

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1151723.pdf	29/10/2018 11:42:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.pdf	29/10/2018 11:41:03	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CONEP.pdf	29/10/2018 11:34:10	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/10/2018 11:32:53	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COM_DESTAQUES.pdf	29/10/2018 11:30:40	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	21/08/2018 13:53:31	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
Outros	DECLARACAO_COMPROMISSO_FUNAI.pdf	10/07/2018 16:43:29	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	10/07/2018 16:41:47	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/07/2018	Herika de Arruda	Aceito

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.050.331

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	16:36:48	Mauricio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA_GESB.pdf	18/06/2018 10:43:24	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Thatiana_Regina_Favaro.pdf	18/06/2018 10:42:48	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Rafael_da_Silveira_Moreira.pdf	18/06/2018 10:41:50	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Herika_de_Arruda_Mauricio.pdf	18/06/2018 10:39:48	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_PARTICIPACAO.pdf	18/06/2018 09:30:18	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_COMPROMISSO.pdf	18/06/2018 09:29:42	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA_UPE.pdf	18/06/2018 09:27:42	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA_CONDISI.pdf	18/06/2018 09:26:10	Herika de Arruda Mauricio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA_CONSELHO_XUKURU.jpeg	18/06/2018 09:24:44	Herika de Arruda Mauricio	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

BRASILIA, 04 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador(a))

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

ANEXO G – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO ARTIGO 1



Herika Arruda Mauricio <herika.mauricio@upe.br>

Revista Ciência & Saúde Coletiva | Seu artigo foi aprovado (Prelo)

20 mensagens

Revista Ciência & Saúde Coletiva <webmaster@fw2web.com.br>
 Responder a: Revista Ciência & Saúde Coletiva <cienciasaudecoletiva@fiocruz.br>
 Para: Herika de Arruda Mauricio <herika.mauricio@upe.br>
 Cc: Rafael da Silveira Moreira <moreirars@cpqam.fiocruz.br>

30 de abril de 2019 11:04



Prezado(a) autor(a),

Seu artigo, *Autopercepção da saúde bucal por indígenas: Uma análise de classes latentes.*, acaba de ser aprovado pela Editoria da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Neste momento, pedimos atenção especial para que mantenha seus dados cadastrais atualizados. Verifique se os nomes dos autores, ordem de importância, instituição e e-mail no artigo estão corretos. Solicitamos também que o seu Currículo Lattes esteja sempre atualizado.

Qualquer mudança ou correção, pedimos ao primeiro autor que, por favor, informe-nos no prazo de até 10 dias corridos pelo e-mail: cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Gratos pela compreensão.

Solicitação de endereço

Prezado primeiro autor,

Seu artigo foi aprovado e precisamos do endereço completo para o envio dos exemplares da revista, tão logo seja impresso. Favor enviar para o e-mail: danuziacienciasaudecoletiva@gmail.com.

O primeiro autor irá receber todos os exemplares no endereço informado e ficará responsável por distribuir cada exemplar para os demais autores.

OBS: Se for da Fiocruz/Rio, por favor, informe o número da sala e o departamento.

Atenciosamente,

Danúzia Rocha

Editoria da revista C&SC

ANEXO H – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO ARTIGO 2

[SD] Agradecimento pela submissão

Caixa de entrada x



Mariana Chastinet via Saúde em Debate <saudeemdebate-bounces@emnuven...> 8 de nov. de 2019 15:35 (há 17 horas)
para eu ▾



Herika de Arruda Mauricio,

Agradecemos a submissão do trabalho "A municipalização da atenção à saúde indígena em debate: A municipalização da atenção à saúde indígena" para a revista Saúde em Debate.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/authorDashboard/submission/3390>

Login: herikamauricio

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Mariana Chastinet

revista@saudeemdebate.org.br

ANEXO I – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO ARTIGO 3**Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health -
Manuscript ID/Número de manuscrito 2019-00940**

1 mensagem

Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

19 de dezembro de

<onbehalfof@manuscriptcentral.com>

2019 10:52

Responder a: contacto_rpsp@paho.org

Para: henika.mauricio@upe.br

Cc: henika.mauricio@upe.br, thatifavaro@gmail.com, moreirars@cpqam.fiocruz.br

19-Dec-2019

(Versión en español debajo)

Dear Professor Mauricio:

Your manuscript entitled "Desigualdade em saúde bucal: caracterização do povo indígena Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health.

Your manuscript ID is 2019-00940. Please mention this ID in all future correspondence. You can view the status of your manuscript by entering the Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/rpsp>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health.

Sincerely,

Editorial Office

Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

Estimado(a) Professor Mauricio:

Su manuscrito titulado "Desigualdade em saúde bucal: caracterização do povo indígena Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil" ha sido registrado en línea satisfactoriamente y será evaluado con detenimiento para su posible publicación en la Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health.

El número de su manuscrito es el 2019-00940. Le rogamos que se refiera a este número en toda correspondencia futura. Si desea averiguar en qué etapa del proceso de decisión se encuentra su manuscrito, puede hacerlo ingresando al sistema, bajo "Author Center".

Le agradecemos que haya elegido a la Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health para publicar su manuscrito.

Atentamente,

Oficina Editorial

Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health