

Acesso aos serviços de saúde bucal na Terra Indígena Xukuru do Ororubá (2017-2018): análise de indicadores de desempenho

Access to oral health services in the Xukuru do Ororubá Indigenous Territory (2017-2018): analysis of performance indicators

Acceso a servicios de salud bucal en la Tierra Indígena Xukuru do Ororubá (2017-2018): análisis de indicadores de desempeño

Lucas Fernando Rodrigues dos Santos (<https://orcid.org/0000-0002-7993-0918>)^{1,7}
André Luiz Sá de Oliveira (<https://orcid.org/0000-0002-2483-550X>)²
Fabiola Bof de Andrade (<https://orcid.org/0000-0002-3467-3989>)³
Herika de Arruda Mauricio (<https://orcid.org/0000-0002-6645-457X>)⁴
Thatiana Regina Fávoro (<https://orcid.org/0000-0001-7275-3245>)⁵
Rafael da Silveira Moreira (<https://orcid.org/0000-0003-0079-2901>)^{1,6}

Resumo Analisou-se o acesso aos serviços de saúde bucal oferecidos aos indígenas Xukuru do Ororubá (Pesqueira-PE) aldeados, entre 2017 e 2018. Estudo ecológico com dados secundários extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). As unidades de análise foram as aldeias. Foram analisados os procedimentos realizados pelas equipes de saúde bucal que atuam no contexto, verificando indicadores de acesso e desempenho dos serviços e seus parâmetros. Foram caracterizadas as condições socioeconômicas e demográficas, a provisão de serviços e os componentes espaciais do território. Foram estimados coeficientes de correlação entre indicadores. Os resultados revelaram crescimento da cobertura de primeira consulta odontológica, da média de procedimentos per capita, da proporção de exodontias e da cobertura da escovação dental supervisionada e queda da taxa de tratamentos concluídos. Verificaram-se melhores oportunidades de acesso para os indígenas Xukuru do Ororubá no período analisado, com a necessidade persistente de fortalecimento da continuidade das ações, de maneira a possibilitar a conclusão dos tratamentos. Aponta-se para a necessidade de indicadores adequados ao contexto da saúde indígena e às potencialidades do SIASI para vigilância em saúde bucal.

Palavras-chave Saúde de populações indígenas, Saúde bucal, Acesso aos serviços de saúde, Indicadores de serviços

Abstract This ecological study conducted with secondary data extracted from the Indigenous Health Care Information System (SIASI) analyzed the access to oral health services provided to Xukuru do Ororubá Indigenous peoples from 2017 to 2018. The units of analysis were the Indigenous villages. The services delivered by the oral health teams working in the context were analyzed, verifying access and performance indicators and their parameters. The socioeconomic and demographic conditions, the provision of services, and the spatial components of the territory were characterized. The correlation coefficients between indicators were estimated. The results showed a growing coverage of first dental appointments, the mean number of procedures per capita, the percentage of tooth extractions, the coverage of supervised tooth brushing, and a decrease in the rate of completed treatments. There were better access opportunities for the Xukuru do Ororubá Indigenous people in the period analyzed. However, there is a persistent need to strengthen the continuity of services to complete treatments. The study points to the need for indicators suitable for the context of Indigenous health and the potential of the SIASI for oral health surveillance.

Key words Health of Indigenous peoples, Oral health, Health services accessibility, Indicators of health services

Resumen Se analizó el acceso a los servicios de salud bucal ofrecidos a los pueblos indígenas Xukuru do Ororubá (Pesqueira-PE) entre 2017 y 2018. Estudio ecológico con datos secundarios extraídos del Sistema de Información de Atención a la Salud Indígena (SIASI). Las unidades de análisis fueron las aldeas. Se analizaron los procedimientos realizados por los equipos de salud bucal que trabajan en el contexto, comprobando indicadores de acceso y desempeño de los servicios y sus parámetros. Se caracterizaron las condiciones socioeconómicas y demográficas, la prestación de servicios y los componentes espaciales del territorio. Se estimaron coeficientes de correlación entre indicadores. Los resultados revelaron crecimiento en la cobertura de la primera consulta odontológica, el promedio de procedimientos per cápita, la proporción de extracciones y la cobertura del cepillado dental supervisado; y una caída en la tasa de tratamientos completados. Hubo mejores oportunidades de acceso para el pueblo indígena Xukuru do Ororubá en el período analizado, persistiendo la necesidad de fortalecer la continuidad de las acciones, para posibilitar la culminación de los tratamientos. Se destaca la necesidad de indicadores apropiados al contexto de la salud indígena y el potencial del SIASI para la vigilancia de la salud bucal.

Palabras clave Salud de las poblaciones indígenas, Salud bucal, Acceso a los servicios de salud, Indicadores de servicios

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco. Av. Professor Moraes Rego s/n, Cidade Universitária. 50.740-465 Recife PE Brasil. santoslfrsaude@gmail.com
² Núcleo de Estatística e Geoprocessamento, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz Pernambuco. Recife PE Brasil.
³ Instituto René Rachou – Fiocruz Minas. Belo Horizonte MG Brasil.
⁴ Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco. Recife PE Brasil.
⁵ Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas. Maceió AL Brasil.
⁶ Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal de Pernambuco. Recife PE Brasil.
⁷ Curso de Saúde Coletiva, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão PE Brasil.

Introdução

As populações indígenas em todo o mundo sofrem com acentuadas iniquidades em saúde bucal, questão vinculada à determinação social da saúde, entendendo que as mediações dinâmicas de fatores como pobreza, as consequências do colonialismo, a exclusão social, a elaboração de políticas públicas, o racismo, são processos relacionados à coletividade e se refletem no caráter histórico-social do processo saúde-doença^{1,2}. O perfil epidemiológico da saúde bucal em diferentes países, incluindo o Brasil, indica a existência de disparidades nos indicadores e na oferta de serviços entre indígenas e não indígenas, com os primeiros apresentando, invariavelmente, os piores resultados^{2,3}.

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

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) definiu a reorganização do modelo de atenção em saúde bucal direcionado aos povos indígenas no país, objetivando ampliar o acesso à atenção odontológica nas aldeias, estruturando e qualificando os serviços nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Foram propostas ações de controle, promoção e recuperação da saúde bucal, planejadas com base em diagnóstico das condições de saúde-doença, subsidiadas pela epidemiologia e por informações sobre os territórios, junto ao acompanhamento do impacto das ações por meio de indicadores⁵.

Em análise agregada dos DSEI⁶, entre 2015 e 2017, concluiu-se que houve crescimento expressivo do acesso da população indígena à assistência odontológica básica e um fortalecimento do SIASI em relação à notificação de informações de saúde bucal. Já em estudo com povos do Parque Indígena do Xingu (MT)⁷, analisando a evolução de indicadores entre 2004 e 2013, identificou-se uma boa cobertura ao longo dos anos em relação ao acesso à saúde bucal, com destaque para a taxa de tratamentos concluídos.

O povo indígena Xukuru do Ororubá constituiu o maior contingente populacional indígena no estado de Pernambuco, habitando uma terra

indígena (TI) que integra o município de Pesqueira⁸. Para além dos registros oficiais sobre a saúde dessa população, estudos pontuais já se dedicaram a entender seu perfil epidemiológico^{6,9-11}. Considerando a saúde bucal, análise epidemiológica temporal evidenciou que menos de 30% dos indivíduos entre 10 e 14 anos apresentavam-se livres da experiência de cárie em 2010, com o mesmo grupo de indivíduos apresentando um incremento da doença ao longo do tempo, atingindo prevalência de 97% em 2018^{9,10}.

No contexto dos estudos de saúde bucal, o emprego de indicadores e de dados secundários extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) ainda é limitado, principalmente no que diz respeito ao acesso e uso de serviços de saúde pelos povos tradicionais que habitam a região Nordeste do Brasil. A utilização desses indicadores para avaliação dos programas de saúde bucal indígena demonstra elevado potencial como instrumento de vigilância, planejamento e avaliação de ações, serviços e situação de saúde¹². Diante do exposto, com a intenção de contribuir para o preenchimento de tal lacuna, visando a qualificação dos dados e indicadores do SIASI para o contexto social e organizacional dos povos indígenas, este estudo teve como objetivo avaliar o desempenho de indicadores de serviços de saúde bucal presentes na TI Xukuru do Ororubá e sua correlação com fatores socioeconômicos.

Métodos

Trata-se de um estudo ecológico com dados secundários organizados de maneira agregada, sendo as unidades de análise as aldeias e as regiões socioambientais da Terra Indígena Xukuru do Ororubá (TIXO).

A TIXO foi homologada em 2001 e está dividida em 24 aldeias distribuídas em três regiões socioambientais (Serra, Ribeira e Agreste) ao longo da Serra do Ororubá. A TI está localizada na zona rural do município de Pesqueira, a 216 km da capital do estado de Pernambuco, região Agreste do estado e Nordeste do Brasil (Figura 1). As três regiões socioambientais são categorias espaciais estabelecidas pelo próprio povo indígena a partir das características geoclimáticas e socioeconômicas de seu território. Nessa TI, até 2018, havia uma população de 8.002 pessoas^{10,13}.

Os dados utilizados foram obtidos em três fontes: base de dados do SIASI, em suas versões local e nacional (módulo de saúde bucal, módulo demográfico, e dados de recursos humanos e

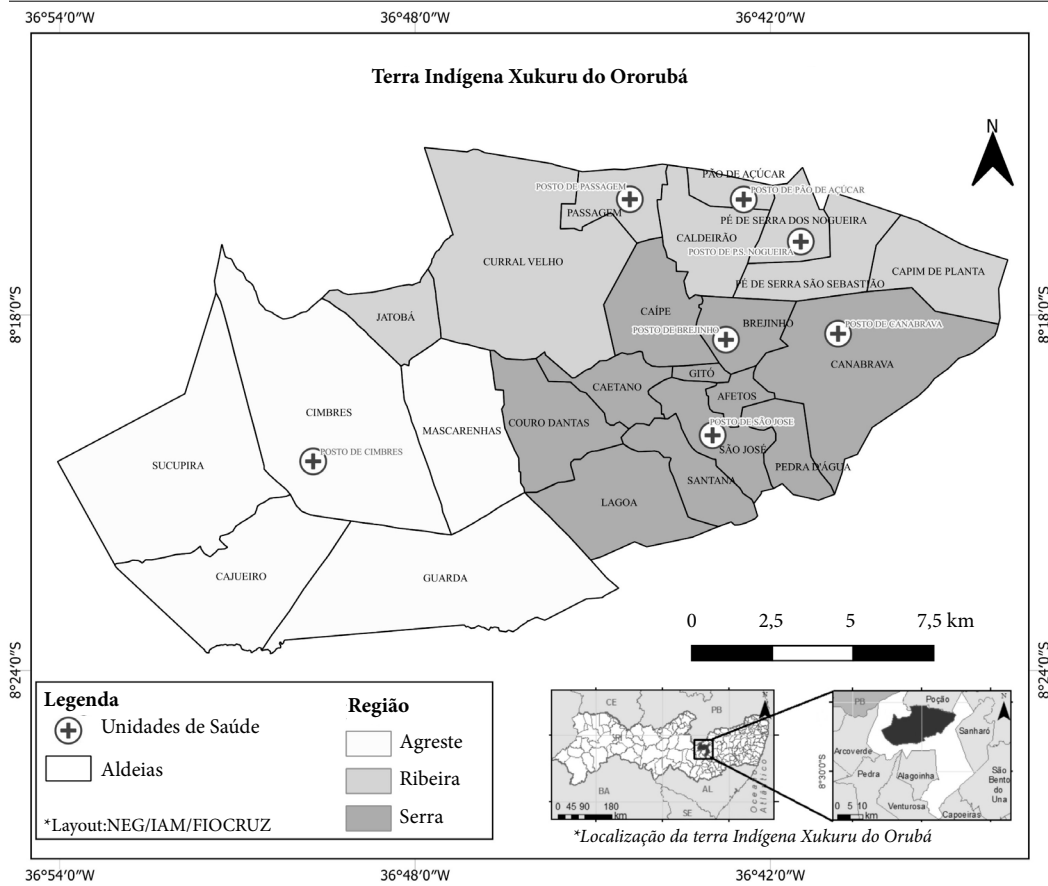


Figura 1. Localização geográfica da Terra Indígena Xukuru do Ororubá e sua divisão segundo regiões socioambientais e aldeias.

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

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

estabelecimentos de saúde); banco de dados do Censo Participativo Xukuru do Ororubá de 2010 (dados socioeconômicos agregados por domicílios e aldeias), produzido pela Fiocruz Pernambuco; e em registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS (dados sobre estabelecimentos e serviços especializados ofertados).

Foram construídos indicadores socioeconômicos para o ano de 2010, considerando preconizações do IBGE e recomendações de estudos que analisaram o perfil socioeconômico e demográfico de povos indígenas no Brasil^{8,11,14,15}. Os indicadores utilizados foram: (1) *porcentagem de domicílios com saneamento inadequado* (SIN), que corresponde aos domicílios em condições inadequadas concomitantes de abastecimento de água, esgotamento sanitário e destino/coleta

de lixo; (2) *proporção de domicílios com energia elétrica* (DEL), quantificando o percentual de domicílios com essa disponibilidade; (3) *rendimento médio dos domicílios em salários-mínimos* (RMD), representando o rendimento mensal domiciliar por aldeias, em valores de 2010; (4) *taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade* (ANF), indicando a população que não sabe ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecem.

Em relação à saúde bucal, foram utilizados dados da atenção individual e coletiva (variáveis referentes às consultas, procedimentos e ações realizadas) referentes aos anos de 2017 e 2018. A partir dessas variáveis, foi feita a seleção de indicadores de desempenho, considerando as preconizações do Ministério da Saúde e de estudos específicos, além do contexto e de dados popula-

cionais obtidos sobre o povo indígena Xukuru do Ororubá^{6,16-20}.

Foram selecionados os seguintes indicadores de saúde bucal: (1) *cobertura de primeira consulta odontológica programática* (CPC), para aferir o acesso obtido, indicando o percentual de usuários que receberam a primeira consulta odontológica em determinado ano – valores iguais ou acima de 15% foram considerados satisfatórios de acordo com parâmetro nacional¹⁸; (2) *razão entre tratamentos odontológicos básicos concluídos e primeiras consultas odontológicas* (TOC), indicando a razão de usuários que tiveram tratamento concluído em comparação aos que realizaram a primeira consulta – valores entre 0,5 e 1,0 foram considerados satisfatórios¹⁸; (3) *proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos individuais* (PEX), indicando o percentual de extrações dentárias realizadas dentro do total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos – valores igual ou abaixo de 8% foram considerados satisfatórios¹⁷; (4) *cobertura média mensal da ação coletiva de escovação dental supervisionada* (CED), para aferir o acesso realizado, indicando o percentual médio de usuários que participaram mensalmente das ações de escovação supervisionada em determinado ano – valores iguais ou acima de 8% foram considerados adequados¹⁷; (5) *média de procedimentos odontológicos básicos individuais per capita* (MPI), que afere o número médio de procedimentos básicos realizados por indivíduo em determinada população – não foram encontrados parâmetros para este indicador na literatura; (6) *cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal* (ESB) na Saúde Indígena (CESB), aplicado para aferir o acesso potencial, avaliando o número de ESB implantadas para cada grupo de 3.000 usuários em relação à população no mesmo local e período – valores iguais ou acima de 50% foram considerados satisfatórios¹⁷.

A partir dos indicadores de saúde bucal utilizados, foi calculada a razão entre taxas (RT), com a finalidade de medir o desempenho e as diferenças relativas entre as regiões socioambientais da TIXO entre os anos. A RT foi obtida pela razão entre a taxa do indicador e seu respectivo valor de referência (parâmetro), representando o quanto cada região se encontrava afastada da referência. Valores acima ou abaixo de um (1,0) correspondem a excesso ou falta, respectivamente, em relação ao parâmetro²¹. Para o indicador sem parâmetro identificado (MPI), utilizou-se como referência sua taxa geral obtida para a TIXO para cada ano.

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

A partir do teste Shapiro-Wilk, verificou-se a não normalidade na distribuição dos dados da maioria das variáveis, sugerindo a aplicação de testes não-paramétricos para análise. Assim, aplicando o teste de Spearman, examinou-se a correlação entre os indicadores, considerando um nível macrossocial da saúde, de determinação ecológica, buscando estimar a relação de influência de variações entre indicadores no conjunto de aldeias²². Os testes estimados consideraram o nível de significância estatística de 5%.

O manejo dos dados foi feito no *software* Microsoft Office 365 Excel (Versão 2106); a estatística descritiva e analítica, no Excel e no IBM SPSS Statistics (versão 22); os mapas, no QGIS (versão 3.18).

Este estudo está vinculado a um projeto de pesquisa maior intitulado “Saúde bucal de um povo indígena no Estado de Pernambuco: um estudo coorte”, que, em respeito à Resolução nº 466/12 e à Resolução nº 304/00 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), obteve anuência da etnia Xukuru do Ororubá por meio de seu Conselho de Saúde e do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), sendo aprovado 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

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

Serra representam parcelas similares da população total da TIXO, sendo aproximadamente 36% (2.869) e 37% (2.995), respectivamente.

Os indicadores socioeconômicos construídos a partir dos dados do Censo Participativo Xukuru do Ororubá 2010 são apresentados na Figura 2. Cabe destaque a maior concentração de domicílios na região Agreste (823), seguido de Ribeira (551) e Serra (520).

Mais da metade (52,3%) dos domicílios da TIXO foram identificados com condição de saneamento inadequado. A região Serra é a que apresentou maior proporção (64%). Com relação da presença de energia elétrica nos domicílios, todas as regiões atingiram valores acima de 95%. En-

tre as aldeias, somente a Guarda (região Agreste) apresentou valor abaixo de 90%.

Quanto à renda média mensal dos domicílios, a região Serra é a que apresentou maior rendimento, com média de 1,16 salário-mínimo mensal por domicílio. Em relação à taxa de analfabetos, sete aldeias da TIXO pontuaram acima dos 40%, sendo quatro delas pertencentes à região Agreste, uma à região Ribeira e duas à região Serra. A aldeia Pão de Açúcar (Ribeira) se destaca por apresentar a menor taxa de analfabetos da TIXO (13,4%). A taxa geral do território atingiu 37,3%.

No que diz respeito à provisão de serviços odontológicos na TIXO, sete aldeias têm uma

Indicadores Socioeconômicos

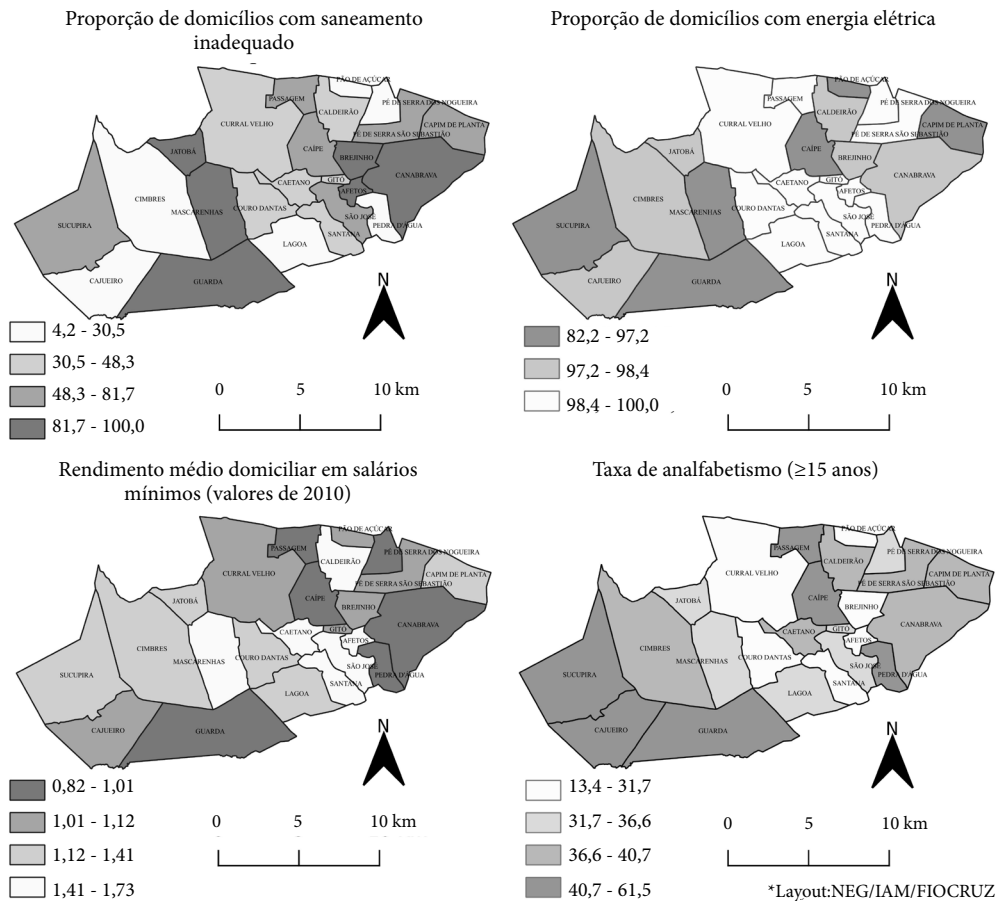


Figura 2. Condição de saneamento, presença de energia elétrica, rendimento médio mensal dos domicílios e taxa de analfabetismo (≥ 15 anos), por aldeias, 2010.

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

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

Unidade de Saúde (US) cada, todas com consultório odontológico. São três US principais (Cimbres, Canabrava e São José), as demais funcionando como pontos de apoio. São três Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) atuando em rodízios nas US, com um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal (ASB) em cada. A distribuição das US na TIXO está ilustrada na Figura 1.

Quanto à rede de atenção secundária, há o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Pesqueira-PE (em zona urbana, a cerca de 6 km de distância da TIXO) e o CEO de Caruaru-PE (Regional), município a cerca de 90 km de Pesqueira. Se diferenciam na oferta de especialidades, sendo o Regional de maior porte, com um laboratório de prótese dentária (LRPD) vinculado, referência para toda a mesorregião do Agreste Pernambucano.

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

A CPC apresentou crescimento, entre 2017 e 2018, para todas as aldeias, com valores abaixo de 30% em apenas uma delas (Lagoa). Todas as demais atingiram valores acima de 35% em 2018, com 13 aldeias variando entre 50% e 79%. A taxa para a TIXO teve incremento de 20,1% entre os anos.

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

Em relação aos PEX, houve aumento para a TIXO em geral entre os dois anos. Onze das 24 aldeias apresentaram redução na proporção de exodontias, com destaque para quatro delas (Jatobá, Brejinho, Caetano e Santana), com redução em torno da metade do valor do primeiro ano.

Com relação à CED, houve variação positiva entre os anos, com crescimento de 11,1% na taxa geral da TIXO. Apenas cinco aldeias apresentaram redução da cobertura da ação de escovação entre anos (Brejinho, Canabrava, Couro Dantas, Mascarenhas e Pé de Serra dos Nogueira).

A MPI apresentou crescimento para a TIXO em geral e para as regiões socioambientais. Só quatro aldeias indicaram redução do indicador (Capim de Planta, Curral Velho, Passagem e Caípe).

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

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

Quanto aos coeficientes de correlação entre indicadores de saúde bucal de 2017 e os indicadores socioeconômicos, houve correlação positiva e significativa entre proporção de domicílios com saneamento inadequado (SIN) e PEX (0,46 ou 46,5%; $p = 0,022$) e entre SIN e CED (0,47 ou 47,5%; $p = 0,019$).

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

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

Tabela 1. Desempenho dos indicadores de acesso à atenção primária em saúde bucal na Terra Indígena Xukuru do Ororubá, 2017-2018.

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

CPC – cobertura de primeira consulta odontológica programática. TOC – razão entre tratamentos odontológicos básicos concluídos e primeiras consultas odontológicas. PEX – proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos. CED – cobertura média mensal da ação coletiva de escovação dental supervisionada. MPI – média de procedimentos odontológicos básicos individuais *per capita*.

* Dados em branco na base

Fonte: SIASI/SESAI/MS, 2019.

Discussão

O trabalho identificou que, considerando o período de estudo, houve uma evolução favorável para os indicadores de desempenho dos serviços de saúde bucal prestados dentro da TIXO, exceto para os indicadores de tratamentos concluídos e de exodontias realizadas. Contudo, todos atingiram ou se mantiveram dentro do parâmetro estipulado para o contexto nacional da atenção primária em saúde (APS). Indicadores socioeconômicos importantes, como taxa de saneamento

inadequado e presença de energia elétrica nos domicílios, estiveram correlacionados com indicadores de saúde bucal, indicando influência sobre a variação da proporção de exodontias, da cobertura de escovação supervisionada, da conclusão de tratamentos e da média de procedimentos *per capita*.

Entre os indicadores de saúde bucal, para a CPC, realizada com objetivo de diagnóstico inicial e elaboração de um plano de cuidado para as necessidades dos usuários, sem contabilizar atendimentos de urgência/emergência ou de

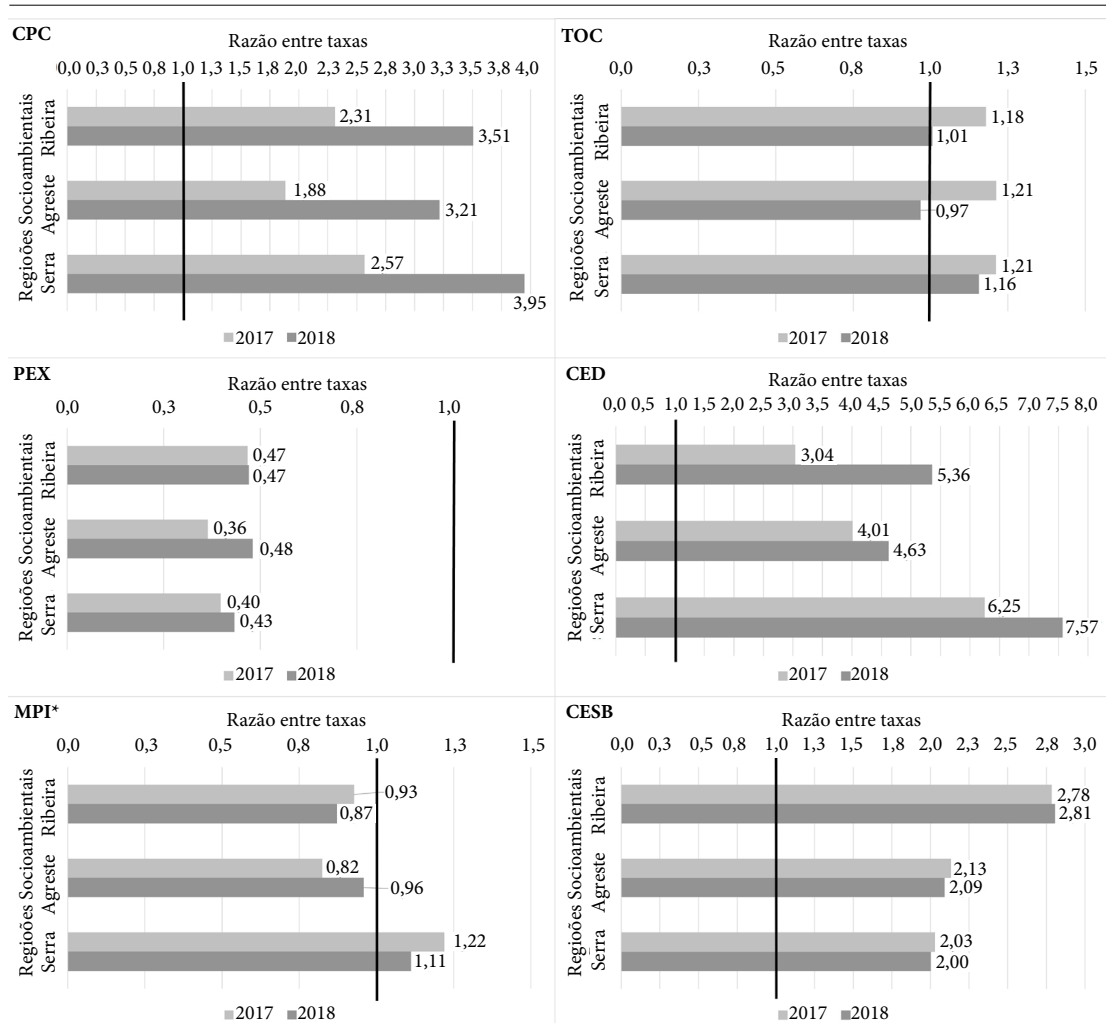


Figura 3. Razão entre taxas dos indicadores de acesso e respectivos valores de referência, para as regiões socioambientais, 2017-2018.

CPC – cobertura de primeira consulta odontológica programática. TOC – razão entre tratamentos odontológicos básicos concluídos e primeiras consultas odontológicas. PEX – proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos. CED – cobertura média mensal da ação coletiva de escovação dental supervisionada. MPI – média de procedimentos odontológicos básicos individuais *per capita*. CESB – cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal na Saúde Indígena. * O valor de referência para MPI foi a taxa geral da Terra Indígena. A linha mais espessa nos gráficos (= 1,0) demarca a igualdade entre o indicador e o valor de referência.

Fonte: SIASI/SESAI/MS, 2019; Ministério da Saúde^{17,18}.

retorno¹⁹, verificou-se crescimento geral e atendimento ao parâmetro estipulado¹⁸, chegando a mais da metade dos usuários da TIXO com realização de primeira consulta em 2018.

Em análise recente de indicadores de saúde bucal no Parque Indígena Xingu⁷, foi encontrada cobertura acima de 60% na maioria dos anos analisados, corroborando um aparente movimento de ampliação do acesso à assistência odontológica. Já em análise agregada de regiões e

DSEI do Brasil⁶ entre 2015 e 2017 foi verificado um crescimento da taxa para os povos indígenas do Nordeste, atingindo 30,2%, e redução para os povos do estado de Pernambuco, chegando a 18,3%. Portanto, os achados sugerem que a TIXO se destaca na CPC em relação aos demais povos vinculados ao DSEI Pernambuco.

Para o indicador TOC, que mensura o acesso e a resolubilidade da assistência odontológica básica^{6,20}, houve redução do desempenho geral

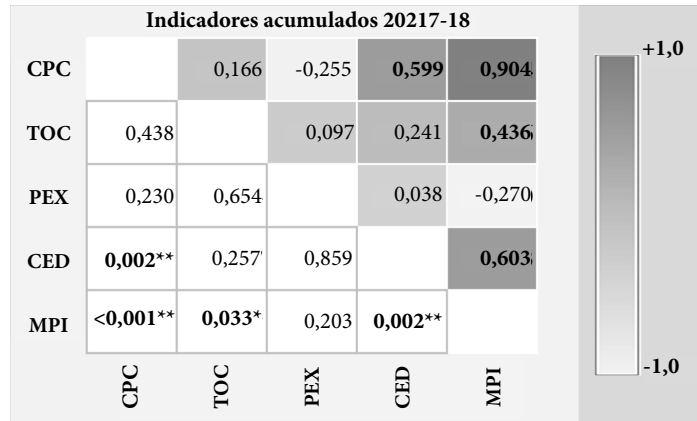


Figura 4. Matriz de correlação entre indicadores acumulados (2017-2018) de saúde bucal.

CPC – cobertura de primeira consulta odontológica programática. TOC – razão entre tratamentos odontológicos básicos concluídos e primeiras consultas odontológicas. PEX – proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos. CED – cobertura média mensal da ação coletiva de escovação dental supervisionada. MPI – Média de procedimentos odontológicos básicos individuais *per capita*. Caselas em escala de cinza apontam os coeficientes de correlação; caselas em cor branca e bordas cinza apontam o p-valor; valores em negrito indicam significância estatística.

* A correlação (teste de Spearman) é significativa no nível 0,05 (duas extremidades). ** A correlação (teste de Spearman) é significativa no nível 0,01 (duas extremidades).

Fonte: SIASI/SESAI/MS, 2019.

na TIXO. Em análise nacional dos DSEI, houve estabilidade do indicador entre 2015 e 2017, com valores em torno de 0,5. Assim, as regiões da TIXO, apesar de queda, têm seguido o comportamento dentro do padrão nacional e do intervalo do parâmetro¹⁸, representando uma conclusão de cerca de metade dos tratamentos odontológicos iniciados.

O aumento da PEX no território pode sugerir a existência de demandas acumuladas por atendimento odontológico em períodos anteriores, o que pode guardar relação com a redução da conclusão de tratamentos e com possíveis dificuldades locais de acesso aos CEOs (fora da TIXO), atreladas à evidente tendência decrescente no desempenho relacionado a endodontias nos CEOs do Brasil²³. Na medida em que menos tratamentos básicos são concluídos e/ou endodontias não são realizadas oportunamente, maior a necessidade de exodontias, devido ao acúmulo e agravamento dos quadros patológicos. Apesar do aumento, os valores da PEX estiveram sempre abaixo do parâmetro¹⁷, o que, no caso desse indicador, é o desejável, pois aponta para um reduzido nível de exodontias, portanto, condutas mais conservadoras, com adoção de mais procedimentos preventivos e restauradores^{7,19}.

O indicador CED está relacionado com um eixo da integralidade proposto pela PNSB, considerando sua articulação intersetorial e interprofissional e seu caráter coletivo, numa dimensão preventiva (de acesso ao flúor por meio do creme dental) e educativa (de cuidados em saúde bucal, através do hábito de escovação)^{7,19}. Os resultados para a TIXO demonstraram incremento substancial, mantendo-se com valores acima do parâmetro¹⁷ e alcançando quase metade da população do território no intervalo de tempo, o que indica avanços na priorização das dimensões mencionadas.

A escovação dental supervisionada é uma ação que depende da equipe de saúde bucal (ESB), da articulação com agentes indígenas de saúde (AIS) e com escolas indígenas, mas também da disponibilidade de materiais de higiene bucal a partir dos DSEI^{5,24}. Estudo no Parque Indígena Xingu identificou grande variação de valores durante de anos, de 1% a 23%, argumentando quanto à necessidade de melhoria no acesso a materiais de higiene bucal⁷.

Com relação ao indicador CESB, que visa aferir o acesso potencial aos serviços em termos de quantos usuários cada equipe foi capaz de cobrir e garantir acesso, foram encontradas taxas sem-

pre acima de 100%, muito superior ao parâmetro estipulado (50%)¹⁷, o que representaria uma excelente cobertura, com equipes capazes de atender toda a população adscrita^{17,19}.

Quanto às correlações entre as medidas de saúde bucal e as condições socioeconômicas, tomando-as em um nível ecológico, pode-se conjecturar que uma menor oportunidade de construir e manter hábitos de higiene em casa, devido ao saneamento inadequado na aldeia em que os usuários habitam¹³, pode ter produzido o agravamento de doenças bucais, levando ao aumento das necessidades da comunidade por exodontias; igualmente, a ausência de saneamento e as dificuldades de realizar escovação podem ter sido fatores que estimularam a participação dos usuários nas ações coletivas de escovação, ou mesmo como um elemento do planejamento para atuação das ESB, executando um maior número de ações nas aldeias onde as condições precárias eram sabidas.

As demais correlações confirmam os achados da literatura que demonstram que uma associação positiva entre acesso aos serviços de saúde bucal e melhores condições socioeconômicas e demográficas, favorecendo a continuidade/conclusão de tratamentos odontológicos, o impacto positivo das ações de prevenção/promoção em saúde, o menor agravamento de patologias e a menor frequência de procedimentos mutiladores^{25,26}. Piores condições socioeconômicas e de saúde bucal também estão relacionadas com menor cobertura de água fluoretada²⁵, que é outra questão crítica na TIXO, onde a fluoretação não é uma realidade⁹.

As correlações entre os indicadores acumulados de saúde bucal sugerem que a ampliação do acesso contribui positivamente para o aumento do cuidado em saúde bucal. A possibilidade de acesso à primeira consulta odontológica pode funcionar como um momento de construção de vínculo e estímulo à continuidade do tratamento odontológico^{24,27,28}, produzindo consultas subsequentes onde serão realizados os procedimentos necessários, o que gera aumento da MPI. A correlação da MPI com a TOC também se insere nesse contexto, uma vez que os planos de tratamento odontológico concluídos se fazem a partir dos procedimentos realizados e assim contabilizados no indicador.

Já a relação entre aumento da CPC e da CED pode exprimir uma maior presença das ESB em determinadas aldeias, representando uma atuação concomitante em ações individuais e coletivas, ainda que geograficamente restrita. A intera-

ção expressa entre o aumento da CED e da MPI pode ser pensada no sentido da maior presença das ESB em determinadas aldeias, mas também pela potencialidade da ação coletiva de escovação supervisionada nas dimensões preventiva e educativa, estimulando os cuidados em saúde bucal e a procura pelos serviços odontológicos^{7,10,13} para, através dos procedimentos clínicos, sanar as necessidades percebidas.

Analisando de forma crítica os resultados e a interpretação dos indicadores, são colocadas questões sobre a real adequação destes ao contexto da saúde bucal dos povos indígenas, compreendendo as particularidades sobre a composição da rede de atenção e o processo de trabalho das ESB. Na TIXO há uma distribuição desequilibrada das US entre as regiões, o que pode interferir no acesso e na continuidade da atenção, considerando barreiras/distâncias geográficas entre aldeias, contingente e pulverização populacional.

Ainda, as três ESB atuantes, ao serem inseridas pela gestão em um processo de trabalho a partir de rodízios entre unidades^{9,13}, produzem uma atenção fragmentada, que contraria as diretrizes do Programa Brasil Sorridente Indígena⁵, contribuindo para dificuldades de execução de ações e procedimentos, estorvando a construção de vínculos com as comunidades e comprometendo a integralidade, longitudinalidade e resoluibilidade dos tratamentos odontológicos²⁷.

Grande parcela da força de trabalho que atua nos DSEI (incluindo o DSEI Pernambuco) é contratada por entidades conveniadas com o poder público. Esse modelo misto adotado tem produzido dificuldades de gestão, entravando a produção de uma assistência adaptada às necessidades indígenas ao provocar atendimentos descontínuos e de baixa qualidade técnica, uma elevada rotatividade e/ou falta de profissionais, a escassez de material e equipamentos para desenvolvimento das ações de saúde, além de problemas logísticos que dificultam o deslocamento dos profissionais para atuar com regularidade nas aldeias^{29,30}.

A evidente sobrecarga de doença bucal acumulada na comunidade Xukuru do Ororubá (menos de 30% de crianças entre 10-14 anos livres da experiência de cárie em 2010⁹, 97% de prevalência de cárie em jovens adultos em 2018¹⁰), que demanda tratamentos mais complexos e extensos, dificulta a atuação das equipes, que apesar do bom desempenho identificado, não aparenta se refletir no perfil epidemiológico da saúde bucal desta população.

O emprego de dados do SIASI em estudos voltados à saúde bucal é uma abordagem ainda

pouco explorada, e, assim como neste estudo, as análises disponíveis foram feitas utilizando-se indicadores “tradicionalistas”^{6,7}. Uma variedade de indicadores de desempenho dos serviços de saúde bucal tem sido pactuada no Brasil ao longo das últimas duas décadas, com redução contínua dos indicadores em vigência^{19,20,28,31}. No entanto, embora os indicadores disponíveis constituam subsídios importantes para a gestão em saúde bucal, as evidências apontam para a necessidade de qualificação dos atuais e a incorporação de novos indicadores.

Segundo França *et al.*²⁰, na proposta metodológica de avaliação e monitoramento das ações e do desempenho dos serviços públicos de saúde, é essencial ampliar o foco para contemplar elementos que favoreçam a análise do cumprimento dos princípios do SUS, e aqui se inclui a adequação a diferentes realidades socioculturais, para que assim a gestão possa fortalecer e qualificar o sistema.

Entretanto, no campo da saúde bucal, nota-se que os indicadores ainda contemplam poucas dimensões²⁰, incluindo um baixo nível de adequação à realidade sociocultural dos povos indígenas, com indicadores e parâmetros de desempenho que não foram desenhados para as particularidades do modelo organizacional adotado pelo Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SASI-SUS) e ao contexto socioespacial das terras indígenas no Brasil. Como consequência, produzem-se contradições quanto às diretrizes do modelo proposto, além de análises pouco precisas quanto às necessidades em saúde bucal dos povos indígenas, super/subestimando o desempenho das ESB que atuam nos territórios e as condições de acesso aos serviços nesse contexto, devido à tentativa de adequar os indicadores já utilizados no contexto da APS “urbana” às variáveis registradas e disponibilizadas no SIASI.

Reforçando a necessidade de qualificação das análises e dos indicadores de saúde bucal, Jamieson *et al.*¹ argumentam que as atuais medidas utilizadas para aferir as desigualdades em saúde bucal dos povos indígenas não capturam suficientemente as iniquidades decorrentes de influências coloniais que resultaram na perda contínua de terras, identidade, línguas e controle para viver as práticas culturais tradicionais, aspectos significativos para os povos indígenas. Portanto, indicadores elaborados dentro dessa perspectiva permitirão uma melhor avaliação e monitoramento da saúde bucal dos povos indígenas, de maneira que interrelacionem fatores geográficos,

de estrutura da rede local, do processo de trabalho específico das equipes de saúde, de público-alvo e frequência para determinadas ações, de práticas tradicionais e outros fatores contextuais/culturais sócio-históricos.

A impossibilidade de conclusões em níveis individuais, bem como a respeito da população que não fez uso do SASI-SUS, está entre as limitações do estudo. Também não é possível demonstrar associações causais, mas são colocados caminhos de pesquisa promissores nas projeções de associações e para a avaliação da atenção à saúde bucal dos povos indígenas. Além disso, diante da utilização de dados secundários, a verificação de incompletude de variáveis não pode ser corrigida no banco de dados, com as análises estando sujeitas a vieses de informação relacionados à qualidade e à precisão dos dados armazenados no SIASI. Quanto aos resultados de desempenho acima de 100%, apesar da impossibilidade de verificação das causas a partir dos bancos, sugere-se que podem indicar registro errôneo em relação à aldeia a que o usuário pertence, superestimando a produção referente a determinada aldeia na base de dados, assim como corroborar a crítica sobre a inadequação dos indicadores.

Finalmente, cabe destacar que o módulo de saúde bucal do SIASI foi implantado entre 2007 e 2008 com o objetivo de monitorar indicadores epidemiológicos de cárie e doença periodontal, os procedimentos individuais e coletivos, além da produtividade, por aldeia e pelos diferentes povos indígenas. No entanto, os dados hoje disponíveis se referem apenas aos indígenas que são atendidos pelos serviços de saúde bucal, restringindo-se a informações sobre cobertura e uso dos serviços^{12,32,33}. Estudos apontam para uma não efetivação do SIASI com dados consistentes e públicos. São diversos os problemas enfrentados para a consolidação do sistema, o que dificulta elaborar um quadro fidedigno do perfil demográfico e epidemiológico dos povos indígenas, limitando a possibilidade de funcionamento do sistema como instrumento para planejamento, monitoramento e avaliação em saúde^{12,29,30,34}.

Apesar dessas dificuldades, há evidências de um aumento da notificação das informações de saúde bucal no SIASI durante a última década, o que fortalece e qualifica o sistema de informação como estratégia fundamental para aprimoramento das políticas públicas no âmbito do SASI-SUS⁶. O estudo se propôs a dar um passo no sentido da análise para identificação de inconsistências e possibilidades de melhorias, visando reafirmar a importância do SIASI como sistema

que visa contemplar as dinâmicas socioterritoriais próprias dos povos indígenas, e a integralidade, ao agregar múltiplas informações acerca da realidade desses povos^{12,29,34}.

Conclusões

O estudo expõe as dificuldades socioeconômicas existentes no território do povo Xukuru do Ororubá, com generalizadas más condições de saneamento e baixa renda domiciliar, ficando evidente seus impactos sobre as práticas de higiene bucal, no provável agravamento coletivo de doenças bucais e sobre a oportunidade de acesso aos serviços odontológicos.

São ilustradas as particularidades geográficas e da provisão de serviços de saúde na terra indígena, que apresenta grande extensão, distribuição populacional pulverizada, unidades de saúde concentradas em poucas aldeias, com a necessidade de deslocamento motorizado dos usuários para

fora da TI quando se precisa acessar a rede especializada, ao mesmo tempo em que o processo de trabalho das EMSI, de composição reduzida, é baseado em rodízios sazonais. O acúmulo dessas características se expressa em dificuldades para a continuidade dos cuidados em saúde bucal, fragmentação da atenção e redução da capacidade de resolução dos tratamentos odontológicos.

Houve melhora no acesso aos serviços de saúde bucal nos anos analisados, com crescimento para todos os indicadores (exceto o de conclusão dos tratamentos odontológicos). No entanto, aponta-se para a necessidade de qualificação dos indicadores e parâmetros utilizados, visando a adequação à realidade sociocultural e territorial dos povos indígenas. Além disso, estão postos desafios relacionados à completude e à confiabilidade dos dados registrados no SIASI, um sistema com ampla potencialidade para ser um instrumento qualificado para a vigilância integral da saúde e das condições de vida dos povos indígenas no Brasil.

Colaboradores

LFR Santos, FB Andrade, HA Mauricio e RS Moreira: concepção e delineamento do estudo; análise e interpretação dos dados; redação, revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada. ALS Oliveira e TR Fávoro: análise e interpretação dos dados; revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Agradecimentos

À Secretaria de Saúde Indígena – SESAI (Ministério da Saúde) e ao povo indígena Xukuru do Ororubá, por viabilizarem este estudo.

Financiamento

Este estudo aplica dados do subprojeto intitulado “A saúde bucal de um povo indígena no estado de Pernambuco: estudo exploratório de uma realidade pouco explorada”, aprovado pelo edital de fomento do Programa de Excelência em Pesquisa – PROEP/IAM/Fiocruz-PE/CNPq – Chamada nº 39/2018 – Faixa B, processo nº 400784/2019-0.

O artigo é fruto de dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, com concessão de bolsa de estudos (processo nº 88887.494487/2020-00) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através do Programa de Demanda Social.

Referências

1. Jamieson L, Haag D, Schuch H, Kapellas K, Arantes R, Thomson WM. Indigenous oral health inequalities at an international level: a commentary. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(11):3958.
2. Borde E, Hernández M. Revisiting the social determinants of health agenda from the global South. *Glob Public Health* 2018; 14(6-7):847-862.
3. Schuch HS, Haag DG, Kapellas K, Arantes R, Peres MA, Thomson WM, Jamieson LM. The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 2017; 45(5):434-441.
4. Tiwari T, Jamieson L, Broughton J, Lawrence HP, Batliner TS, Arantes R, Albino J. Reducing Indigenous Oral Health Inequalities: A Review from 5 Nations. *J Dent Res* 2018; 97(8):869-877.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS*. Brasília: MS; 2019.
7. Lemos PN, Rodrigues DA, Frazão P, Hirooka LB, Guisilini AC, Narvai PC. Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: um olhar a partir de indicadores de avaliação. *Cad Saude Publica* 2018; 34(4):e00079317.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Características gerais dos indígenas – Censo demográfico 2010 – resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
9. 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.
10. Mauricio HA. *Saúde bucal da população indígena Xukuru do Ororubá (PE)* [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
11. Fávaro TR, Ferreira AA, Cunha GM, Coimbra Jr CEA. Excesso de peso em crianças indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. *Cad Saude Publica* 2019; 35(Supl. 3):e00056619.
12. Reis AC, Casanova AO, Cruz MMD, Cunha MLS, Gomes MF, Suárez-Mutis MC, Souza MSE, Peiter PC, Marchón-Silva V, Nascimento JVD, Rodrigues KO, Costa MD, Alves MDS. Estudo de avaliabilidade do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena: potencialidades e desafios para apoiar a gestão em saúde no nível local. *Cad Saude Publica* 2022; 38(5):PT021921.
13. Santos LFR, Mauricio HA, Lins FM, Silva IKS, Moreira RS. Formação ampliada durante residência multiprofissional em saúde: relato de experiência de um cirurgião-dentista com o povo Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil). *Interface (Botucatu)* 2021; 25:e200549.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Resultados do universo do censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

15. Raupp L, Cunha GM, Fávoro TR, Santos RV. Condições sanitárias entre domicílios indígenas e não indígenas no Brasil de acordo com os Censos nacionais de 2000 e 2010. *Cien Saude Colet* 2020; 25(10):3753-3763.
 16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 493, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 13 mar.
 17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. *Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Fichas técnicas dos indicadores*. Brasília: MS; 2013.
 18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. *Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), terceiro ciclo 2015-2017*. Brasília: MS; 2017.
 19. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-igualdade? *Cad Saude Publica* 2016; 32(2): e00021115.
 20. França MASA, Freire MCM, Pereira EM, Marcelo VC. Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(1):e2018406.
 21. Vianna SM, Nunes A, Santos JRS, Barata RB. Notas Metodológicas. In: Vianna SM, Nunes A, Santos JRS, Barata RB. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: OPAS, Ipea; 2001. p. 33-52.
 22. Pagano M, Gauvreau K. *Princípios de bioestatística*. São Paulo: Cengage Learning; 2017.
 23. Andrade FB, Pinto RS, Antunes JLF. Tendências nos indicadores de desempenho e monitoramento de produção dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. *Cad Saude Publica* 2020; 36(9):e00162019.
 24. Bertanha WDF. Atenção à saúde bucal nas comunidades indígenas: evolução e desafios – uma revisão de literatura. *Rev Bras Cienc Saude* 2012; 16(1):105-112.
 25. Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(1):126-138.
 26. Arantes R, Welch JR, Tavares FG, Ferreira AA, Vettore MV, Coimbra CEA. Human ecological and social determinants of dental caries among the Xavante Indigenous people in Central Brazil. *PLoS One* 2018; 13(12):e0208312.
 27. Mendonça SBM, Rodrigues D, Pereira PPG. Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu. *Cad Saude Publica* 2019; 35(Supl. 3):4-6.
 28. Leme PAT, Seiffert OMLB. Indicadores no contexto da Política Nacional de Saúde Bucal: uma revisão integrativa. *Physis* 2021; 31(2):e310211.
 29. Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI; 2012. p. 18-59.
 30. Cardoso AM, Santos RV, Garnelo L, Coimbra Jr CEA, Chaves MBG. Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 911-932.
 31. Narvai PC, Frazão P. Avaliação da atenção à saúde bucal. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL, organizadores. *Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano*. 2017. p. 185-200.
 32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas, 2018 - Projeto Técnico*. Brasília: MS; 2017.
 33. Fundação Nacional de Saúde (FNS). *Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena*. Brasília: FNS; 2009.
 34. Sousa MDC, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cad Saude Publica* 2007; 23(4):853-861.
- Artigo apresentado em 15/09/2023
 Aprovado em 29/02/2024
 Versão final apresentada em 26/04/2024
- Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva