

Desigualdad en salud bucal: caracterización del pueblo indígena Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil

1

ARTÍCULO TEMÁTICO

Herika de Arruda Mauricio (<https://orcid.org/0000-0002-6645-457X>)¹

Thatiana Regina Fávaro (<https://orcid.org/0000-0001-7275-3245>)²

Rafael da Silveira Moreira (<https://orcid.org/0000-0003-0079-2901>)³

Resumen El objetivo de este artículo es caracterizar a los indígenas de 18 a 23 años de la etnia Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil, en términos de uso de servicios odontológicos, autopercepción de salud bucal, prácticas de higiene bucal y experiencia de caries, aspectos socioeconómicos y demográficos. Estudio transversal de base poblacional, anidado dentro de un estudio de cohortes que se inició en 2010 y se llevó a cabo en el territorio indígena en 2018. Se realizó examen bucal y se aplicó cuestionarios a los 131 indígenas. Los datos se recogieron utilizando el software Epi-Info y se utilizó el programa estadístico SPSS 20.0 para la estadística descriptiva. Se utilizó el software R para comparar los resultados de experiencia de caries obtenidos con la Investigación Nacional de Salud Bucal (SB Brasil 2010). La experiencia de caries verificada por el Índice CPO-D tuvo una media de 7,4, correspondiendo la media de los componentes del Índice a 22,8 para dientes sanos, 2,4 para dientes cariados, 0,2 para dientes obturados/cariosos, 3,5 para dientes obturados y 1,4 para dientes perdidos. El estado de salud bucal de los indígenas se caracteriza por una desigualdad significativa cuando se compara con los resultados de levantamientos epidemiológicos realizadas en el país con otros grupos de población.

Palabras clave Indígenas sudamericanos, Salud de las poblaciones indígenas, Disparidades en los niveles de salud, Salud bucal, Índice CPO

¹ Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco. R. Arnóbio Marquês 310, Santo Amaro. 50100-130. Recife PE Brasil. herika.mauricio@upe.br

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

³ Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco. Recife PE Brasil.

Introducción

La salud, el bienestar y la calidad de vida pueden verse afectados significativamente por las enfermedades bucales, especialmente cuando los recursos para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento son limitados¹.

Desde 1971, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estandariza el levantamiento epidemiológico de salud bucal y la medición de la experiencia de caries mediante el índice CPO-D. Medido mediante exámenes bucales, el índice expresa el número de dientes permanentes cariados, perdidos u obturados, oscilando entre cero (ausencia de caries) y 32 (número de dientes cariados, perdidos y obturados), y su resultado puede expresar el grado de gravedad de la enfermedad².

Los resultados de la aplicación del método han podido demostrar que la presencia de caries y su gravedad se asocian a un impacto negativo en la calidad de vida. Actividades cotidianas como masticar/alimentación y dormir se ven afectadas por la presencia de lesiones cariosas no tratadas^{3,4}.

En el proceso de caracterización de la salud bucal de los pueblos indígenas, seguir los criterios establecidos por la OMS significa garantizar un estándar internacional de comparabilidad de los resultados, de modo que no sólo se proporcione una base para el conocimiento del perfil de salud de estos pueblos, sino que también se ponga de manifiesto la magnitud de las desigualdades entre indígenas y no indígenas.

La caries sigue siendo un importante problema de salud pública entre los pueblos indígenas de Sudamérica. Las poblaciones indígenas de Brasil, Chile, Uruguay y Venezuela presentaron medias de CPO-D superiores a las de la población general de sus respectivos países en todos los grupos de edad investigados. En el grupo de indígenas de entre 15 y 19 años, los resultados apuntan a una gran heterogeneidad en los valores, con una media de 5,53 (2,97-8,09) para el índice CPO-D. En Brasil, en 2010 se llevó a cabo el cuarto estudio epidemiológico de salud bucal a escala nacional, titulado SB Brasil 2010. Examinando a la población brasileña en general, sin representación por criterios de raza/color, el levantamiento encontró un índice CPO-D promedio equivalente a 4,25 (3,86-4,65) en este mismo grupo de edad⁵.

El pueblo Xukuru del Ororubá, una de las mayores poblaciones indígenas del nordeste de Brasil y la mayor del estado de Pernambuco⁶, se sometió por primera vez a un control de su estado de salud bucal mediante un levantamiento epidemiológico realizado en 2010. En el grupo de edad de 10 a 14 años, el índice medio de CPO-D

fue de 2,38 (2,04-2,72), con cerca del 27% de sus miembros libres de caries, una ausencia asociada a aspectos contextuales e individuales del grupo⁷.

Para cumplir con la recomendación de la OMS de realizar levantamientos epidemiológicos periódicos cada cinco o seis años en la misma comunidad² y medir las desigualdades en salud bucal, este estudio se propuso desarrollar un nuevo levantamiento epidemiológico con el grupo étnico Xukuru del Ororubá para caracterizar a los indígenas de 18 y 23 años en cuanto al uso de servicios odontológicos, la autopercepción de la salud bucal, las prácticas de higiene bucal y la experiencia de caries, así como aspectos socioeconómicos y demográficos.

Métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional transversal de base poblacional, anidado en una cohorte iniciada en 2010⁷, realizado en el Territorio Indígena Xukuru del Ororubá, situado en el municipio de Pesqueira, Pernambuco, Brasil. En 2018, la etnia Xukuru do Ororubá contaba con 7.857 personas⁸ distribuidas en un Territorio Indígena de 27.550 hectáreas, organizado en 3 regiones socioambientales (Sierra, Ribera y Agreste) y 24 aldeas⁹.

La población objetivo del estudio fueron los indígenas que viven en el Territorio y que formaron parte del estudio *de* referencia realizado en 2010⁷, cuando los participantes tenían entre 10 y 14 años. En aquel momento, el grupo de edad se seleccionó en función de la compatibilidad de la distribución de la población con el intervalo de índices de 12 años establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el monitoreo de las caries². La muestra se calculó para representar a 871 individuos entre 10 y 14 años, asumiendo una prevalencia de caries del 20%, una precisión del 5% y un intervalo de confianza del 95% (IC95%), con la adición de un 20% para minimizar pérdidas y rechazos. La muestra obtenida para el estudio de 2010 fue de 233 participantes.

En esta investigación, se pretendió reclutar a los mismos participantes, que en ese momento tenían entre 18 y 23 años, utilizando como criterio de inclusión su estancia en el Territorio Indígena.

Recopilación de los datos

Utilizando una estrategia de búsqueda en el Sistema de Información de Atención de Salud In-

dígena (SIASI), el equipo profesional del Centro Base Xukuru del Ororubá identificó la ubicación actual de los participantes en el estudio de 2010 y pasó esta información al equipo de investigación. Con los datos de localización y el apoyo de los Agentes de Salud Indígena (AIS), el equipo de investigación inició la recolección de datos en diciembre de 2018, lo que involucró la aplicación de cuestionarios y exámenes bucales.

El cuestionario digital de preguntas cerradas construido sobre la plataforma Epi Info® versión 3.4 (2007) hizo posible la recogida de datos mediante tabletas (Samsung Galaxy Tab³). Para llevar a cabo la recogida de datos, fue necesario formar al equipo de campo, seguido de la aplicación del estudio piloto en el Territorio Indígena con 11 participantes que no formaban parte de la muestra. Basándose en el estudio piloto, se ajustaron los instrumentos de recogida y el proceso de trabajo.

El equipo de trabajo de campo estaba formado por dos estudiantes de odontología y dos cirujanos dentistas, que trabajaron en parejas, cada una de ellas compuesta por un examinador y un tomador de notas. Los exámenes bucales siguieron las directrices de la OMS². Para cumplir las normas de bioseguridad, el estudio contó con el apoyo de la central de esterilización del campus Arcoverde de la Universidad de Pernambuco, donde se lavaron y esterilizaron los instrumentos.

Para que los exámenes bucales tuvieran unos parámetros de coherencia interna y externa aceptables para los examinadores, se llevó a cabo un entrenamiento de calibración antes de comenzar el trabajo de campo. Se trata de un método de formación teórico-práctico utilizado para determinar el grado de acuerdo alcanzado (intra/inter) entre los examinadores durante la recogida de datos².

La concordancia de los resultados obtenidos se comprobó mediante el coeficiente Kappa (k)¹⁰. La calibración entre examinadores obtuvo una media = 0,84, con valores que oscilaron entre 0,80 y 0,89, lo que permitió clasificar la concordancia entre los examinadores como óptima. Para la calibración intraexaminador, la media fue de 0,92, con valores que oscilaron entre 0,85 y 1,00, y la concordancia también se clasificó como excelente, lo que permitió realizar el levantamiento epidemiológico.

Dado que los indígenas de la etnia Xukuru del Ororubá utilizan el portugués en su rutina diaria, no fue necesario adaptar el cuestionario y el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (TCLE) a su propio dialecto, sino que se adaptaron a las peculiaridades culturales, utilizando un lenguaje claro y objetivo. Para minimizar el riesgo

de vergüenza para el participante, el equipo de trabajo de campo actuó de forma cuidadosa y respetuosa, realizando el examen y la entrevista en un lugar privado del domicilio.

Antes de los exámenes bucales, los participantes recibieron un kit de higiene bucal con aplicación de flúor y orientación sobre higiene bucal y alimentación. El trabajo de campo se realizó conjuntamente con los servicios sanitarios que ofrece la Secretaría Especial de Salud Indígena – SESAI en el Territorio Indígena. Cuando se detectaron situaciones de emergencia, los participantes fueron remitidos al servicio de salud más cercano.

Variables del estudio

El resultado primario del estudio se investigó mediante el índice CPO-D. Éste se calculó realizando un examen bucal y rellenando los criterios y códigos estandarizados para el índice. Al analizar los datos, se tuvo en cuenta el índice CP0-D medio.

Las demás variables investigadas se organizaron en tres categorías: individuales, familiares y de salud bucal. Las variables individuales investigadas fueron la edad, el sexo, la raza/color, el estado civil, la capacidad de leer/escribir, el título más alto completado, la ocupación principal, la disponibilidad de trabajadores/empleados, los ingresos familiares, la prestación del Programa Bolsa Familia y el estilo de vida (consumo de tabaco, alcohol y azúcar). Entre las variables domiciliarias, investigamos la región socioambiental, el pueblo, las condiciones de la vivienda (material del suelo, tejado y paredes exteriores), el número de habitaciones del domicilio, el número de habitaciones utilizadas como dormitorios, el número de residentes por domicilio, la distribución de los residentes por habitación, la forma de obtener el agua, el tratamiento aplicado al agua potable, la disponibilidad de cuarto de baño en el domicilio, el destino de los desechos del baño, el destino de la basura, la disponibilidad de iluminación eléctrica y forma de cocinar. En cuanto a la salud bucal, las variables buscaban identificar el uso de los servicios odontológicos (citas con el dentista y características de la última cita como periodo, lugar, motivo, método de cita, tiempo de espera entre la cita y el servicio, prescripción y acceso a medicamentos y pruebas, evaluación de la cita y localización de un cirujano dentista en el territorio indígena), así como la autopercepción de la salud y la higiene bucal (necesidad de tratamiento dental, presencia de dolor de diente en los seis meses anteriores a la entrevista, intensidad del dolor, necesidad de prótesis dentales, realización

y frecuencia de la higiene bucal con cepillo de dientes, pasta fluorada e hilo dental).

Análisis de los datos

Los datos se sometieron a crítica para corregir los errores cometidos al cumplimentar los instrumentos de recogida de datos. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva con el paquete estadístico para ciencias sociales de IBM (IBM SPSS 20.0), con distribución de frecuencias y descripción de las medidas de tendencia central y dispersión. Los análisis se presentaron mediante gráficos y tablas.

Utilizando el *software* R, se midieron las desigualdades entre el estado de salud bucal verificado y los resultados proporcionados por SB Brasil 2010¹¹ respecto a Brasil, las regiones Nordeste e Interior del Nordeste, así como el municipio de Recife (capital del estado de Pernambuco), mediante los gráficos construidos.

Aspectos éticos El estudio obtuvo el consentimiento de la etnia Xukuru del Ororubá a través de su Consejo de Salud Indígena Xukuru del Ororubá – CISXO y del Consejo Distrital de Salud Indígena – CONDISI, y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación – CEP del IAM/FIOCRUZ en el dictamen n° 2.839.310/2018 y por la Comisión Nacional de Ética en Investigación – CONEP en el dictamen n° 3.050.331/2018.

Resultados

De los 233 participantes en el estudio de *referencia* realizado en 2010, 174 seguían viviendo en el Territorio en 2018, lo que da como resultado una muestra de 131 indígenas, lo que corresponde a una pérdida del 24,7% en relación con el número de indígenas que seguían viviendo en el Territorio Indígena. Los resultados obtenidos de estos participantes se presentan en tres temas, a saber: Caracterización de los individuos; Caracterización de los domicilios; Caracterización de la salud bucal.

Caracterización de los individuos

La investigación contó con una muestra de 131 participantes repartidos entre las tres regiones socioambientales que componen el Territorio Indígena. El mayor porcentaje de individuos de la muestra fue residentes de la región socioambiental de Sierra (39,7%), la más poblada del Territorio, seguida de la región de Agreste (38,9%) y de la región de Ribera (21,4).

Todos los participantes se declararon indígenas de la etnia Xukuru del Ororubá, con edades comprendidas entre 18 y 23 años y con una distribución similar entre los sexos, con un 50,4% de mujeres. El estado civil predominante fue soltero (55,7%), todos declararon saber leer y escribir y 80,2% informaron que ya no estudiaban. El nivel de estudios más alto de los que ya no estudian es el 3er curso de secundaria (45,8%). En cuanto a las condiciones de trabajo, la mayoría de los participantes trabajaba en la agricultura y la ganadería (36,6%) y todos declararon no tener trabajadores ni empleados. La renta familiar media en el mes anterior a la entrevista era de 821,12 reales (DP = 651,5), y el 73,3% de los participantes tenían un familiar beneficiario del Programa Bolsa Familia.

En cuanto al estilo de vida de los indígenas, la mayoría no fuma (93,9%), no bebe alcohol (54,2%) y afirma consumir regularmente azúcar (45%).

Caracterización de los domicilios

El número total de residentes por domicilio corresponde a una media de 4,5 habitantes (DP = 2,0), con domicilios caracterizados por 5,7 habitaciones en media (DP = 1,7), con 2,3 habitaciones de media utilizadas como dormitorios (DP = 0,9). La distribución de residentes por habitación del domicilio tuvo una media equivalente a 0,8 (DP = 0,4).

La estructura física predominante de los domicilios está formada por paredes exteriores de mampostería (88,5%), suelos de cemento (74,0%) y tejados de arcilla (93,9%). La mayoría de los participantes no tiene acceso al agua a través de grifos en el domicilio (59,5%), necesita recurrir, en su mayor parte, al agua proveniente de pozos, con o sin bomba (29,0%), utilizando principalmente el tratamiento con hipoclorito de sodio (87,0%) en el agua potable.

La mayoría de los domicilios tienen cuarto de baño (77,9%), situado dentro del domicilio (64,1%), con una fosa séptica para destino de los desechos (59,5%). Los que no tienen cuarto de baño en su domicilio utilizan predominantemente el monte (19,1%). La recogida de basuras sigue sin ser una realidad para la mayoría, y la mayor parte de la basura se quema (65,6%). Casi toda la población dispone de electricidad (99,2%) y la principal forma de cocinar es una combinación de gas, carbón o leña (51,9%).

Caracterización de la salud bucal

La caracterización de la salud bucal se basó en cuatro ejes: “utilización de servicios odontológi-

cos”, “autopercepción de la salud bucal”, “prácticas de higiene bucal” y “experiencia de caries”. Los resultados de los tres primeros ejes se muestran en las Tablas 1 y 2, basados en los cuestionarios aplicados, mientras que el último eje se refiere a los resultados obtenidos de los exámenes bucales realizados.

Los exámenes bucales entre los Xukurus midieron la experiencia de caries mediante el Índice CPO-D, con una media de 7,4 (DP = 5,1), con un valor mínimo de 0 y un máximo de 27.

El Gráfico 1 muestra la distribución del Índice de forma muy similar en relación con el sexo, basándose en la mediana y los cuartiles, con tres casos de valores discrepantes.

El número medio de dientes permanentes superiores era de 14,5 y el de dientes permanentes inferiores de 14,4. En cuanto al uso de prótesis, tres participantes (2,3%) afirmaron llevar prótesis superiores, mientras que nadie dijo llevar prótesis inferiores.

El Gráfico 2 muestra la distribución promedio de los componentes del Índice CPO-D (cariado, faltante y obturados), de los elementos sanos y cariados/obturados en este levantamiento epidemiológico indígena, junto con los resultados para el grupo de 15 a 19 años examinado por SB Brasil 2010.

Según el lugar de residencia, se verifica que Recife presenta la mejor situación de salud bucal, con la media más baja de índice CPO-D (3,9) y de dientes cariados (1,3) y la media más alta de dientes sanos (25,0). Los dientes cariados/obturados, que en algún momento recibieron tratamiento, pero necesitan ser tratados de nuevo, tuvieron el mismo valor de 0,2 en todas las localidades investigadas.

Discusión

*“Las inequidades en salud son diferencias sistemáticas, evitables e injustas en los resultados de salud, se puede observar entre poblaciones, grupos sociales dentro de una misma población o como gradiente en una población clasificada por posición social”*¹². Dado que las desigualdades en salud se consideran basadas en un juicio de valor, es responsabilidad inicial de los investigadores producir conocimientos capaces de poner de manifiesto las desigualdades que existen entre subgrupos de población¹³.

Se sabe que las enfermedades bucales afectan de forma desigual a los grupos más pobres y marginados de la sociedad, y que están asociadas al estatus socioeconómico y a los determinantes

Tabla 1. Frecuencia absoluta y relativa de las variables de utilización de servicios odontológicos. Pesqueira, 2018.

Variables de utilización de los servicios odontológicos	n	%
¿Ha tenido alguna vez una cita con el dentista? (n = 131)		
Si	129	98,5
No	2	1,5
Período de la última consulta (n = 129)		
Menos de un año	105	81,4
De uno a dos años	19	14,7
Tres años o más	5	3,9
Local de la última consulta (n = 129)		
Servicio público	102	79,1
Servicio particular	27	20,9
Última cita reservada (n = 129)		
Agente Indígena de Salud	83	64,3
Presencialmente	40	31,0
Teléfono/Internet	6	4,7
Tiempo de espera entre la cita y el atendimento (n = 129)		
1 a 2 semanas	115	89,1
3 a 4 semanas	7	5,4
1 a 2 meses	4	3,1
Mas de 2 meses	3	2,3
Motivo de la última consulta (n = 129)		
Tratamiento	80	62,0
Exodoncia	22	17,1
Dolor	16	12,4
Revisión, prevención u revisión	11	8,5
Se prescribió medicación durante la consulta (n = 129)		
Si	25	19,4
No	104	80,6
Había acceso a la medicación prescrita por el SUS (n = 25)		
Si	21	84,0
No	4	16,0
Se prescribieron prueba en la consulta (n = 129)		
Si	8	6,2
No	121	93,8
Hubo acceso a pruebas prescritas por el SUS (n = 8)		
Si	4	50,0
No	4	50,0
Cómo valora la consulta (n = 131)		
Muy bueno/bueno	109	84,5
Regular	18	14,0
Malo/muy malo	2	1,6
¿Sabes dónde encontrar al dentista en el Territorio Indígena? (n = 131)		
Si	130	99,2
No	1	0,8

Fuente: Autores.

Tabla 2. Frecuencia absoluta y relativa de variables de autopercepción y higiene bucal. Pesqueira, 2018.

VARIABLES DE AUTOPERCEPCIÓN Y HIGIENE BUCAL	n	%
Necesita tratamiento dental (n = 131)		
Si	102	77,9
No	29	22,1
Ha tenido dolor de dientes en los últimos 6 meses (n = 131)		
Si	32	24,4
No	99	75,6
Intensidad del dolor (n = 131)		
De 1 a 7 (hasta la mediana)	21	16,0
De 8 a 10 (por encima de la mediana)	11	8,4
No presenta dolor de dientes	99	75,6
Satisfacción con los dientes/boca (n = 130)		
Muy satisfecho / satisfecho	40	30,5
Ni satisfecho ni insatisfecho	51	38,9
Muy insatisfecho / insatisfecho	39	29,8
Considera que necesita utilizar una prótesis o sustituir la que está utilizando (n = 131)		
Si	16	12,2
No	113	86,3
Ignorado	2	1,5
Realiza higiene bucal (n = 131)		
Si	131	100,0
No	0	0,0
Cepillarse los dientes (n = 131)		
Si	131	100,0
No	0	0,0
Utiliza pasta de dientes con flúor (n = 131)		
Sim	131	100,0
No	0	0,0
Utiliza hilo dental (n = 131)		
Si	65	49,6
No	66	50,4
Frecuencia de cepillado diario en el último mes (n = 131))		
1	14	10,7
2	49	37,4
3 o mas	68	51,9

Fuente: Autores.

sociales de la salud¹⁴. Sin embargo, dado que la desigualdad es una característica central y constitutiva de las sociedades, sigue siendo necesario estudiarla para promover la comprensión y la superación de esta realidad¹⁵.

Este estudio se centró en la medición de las desigualdades en salud bucal a partir de dos aspectos: la experiencia de caries y el origen étnico.

Aunque la reducción de las desigualdades en salud bucal se estableció como objetivo global¹⁶, la caracterización de la experiencia de caries entre los Xukurus del Ororubá en el grupo de edad de 18 a 23 años clasifica la gravedad de la enfermedad como muy alta a partir del resultado medio obtenido para el Índice CPO-D¹⁷.

Cuando se aplican métodos para medir desigualdades, un aspecto importante es la disponibilidad de datos, así como la comparabilidad entre diferentes estudios¹³. En este sentido, se utilizaron como referencia los datos del SB Brasil 2010. Para comparación con el grupo de edad aquí estudiado, el grupo más semejante es el de los adolescentes de 15 a 19 años examinados en 2010. Entre los resultados comparados por lugar de residencia, el Índice CPO-D promedio encontrado en el interior de la Región Nordeste fue el más próximo al indígena, correspondiendo a 6,22¹¹. Aun así, los indígenas presentaron los peores resultados.

Otra cuestión relevante en este proceso es el análisis del Índice CPO-D a partir de sus componentes. La desigualdad observada en la distribución del componente cariado, con casi el doble de dientes cariados por indígena en comparación con la población de Recife, es un probable reflejo de la dificultad de los indígenas para acceder a los servicios de salud.

Entre los pueblos indígenas del nordeste de Brasil, los Potiguaras fueron estudiados por Sampaio *et al.*¹⁸, mostrando resultados similares a los Xukurus. De los 1.461 exámenes bucales realizados, 507 correspondían al grupo de edad de 15 a 19 años, con un índice CPO-D medio de 7,13, siendo el 6,11% de los individuos con un índice CPO-D igual a cero. El número medio de dientes sanos fue de 21,83, cariados 3,47, perdidos 1,44 y obturados 1,94.

Las enfermedades bucales entre los pueblos indígenas son complejas y diversas¹⁹. La pluralidad de lenguas, costumbres y culturas también se expresa en la relación con la salud bucal. Entre los Guaranís que viven en el sur de Brasil, el índice medio de CPO-D en el grupo de edad de 15 a 19 años fue de 3,4²⁰.

Una condición mucho más favorable que la identificada entre los Xukurus puede explicarse por el buen acceso de los Guaranís al agua tratada, ya sea a través de su propia red de abastecimiento (pozos artesianos) o mediante abastecimiento público de agua, el uso y la disponibilidad de cepillos y pastas dentales fluorados, el mantenimiento de hábitos alimentarios saludables, así como la prestación de atención sanitaria especializada.

Los Xukurus del Ororubá autoperceben su estado de salud bucal como una necesidad de trata-

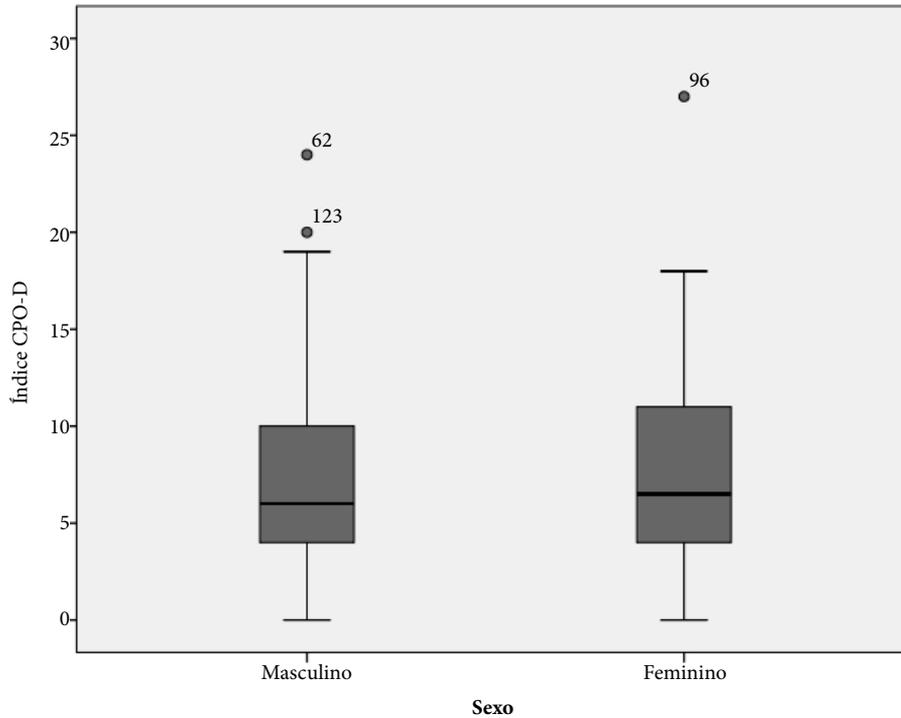


Gráfico 1. Diagrama de caja del Índice CPO-D en relación con el sexo de la población estudiada. Pesqueira, 2018.

Fuente: Autores.

miento odontológico. Es muy probable que esta percepción se deba a la presencia de signos y síntomas de enfermedad bucal. Aday y Forthofer²¹ encontraron que la búsqueda de servicios de salud entre diferentes grupos sociales tiene diferentes motivos: mientras que las minorías étnico-raciales y los grupos de población con menor nivel de escolaridad visitan al dentista en respuesta a problemas bucales autopercebidos, los individuos blancos con mayor nivel de escolaridad lo hacen para citas preventivas o de seguimiento. Entre las prácticas de higiene bucal, el uso del hilo dental no es un hábito bien establecido entre la población indígena.

En un estudio llevado a cabo por Smith et al.²² para identificar las percepciones, las barreras, la educación en salud bucal del paciente y el efecto sobre la motivación para controlar el biofilm interdental, los participantes manifestaron incertidumbre sobre la técnica correcta de uso del hilo dental, la creencia de que el hilo dental causa problemas estéticos o de salud, así como dolor e incomodidad al usarlo.

Esta caracterización revela la necesidad de que los Equipos de Salud Bucal refuercen sus

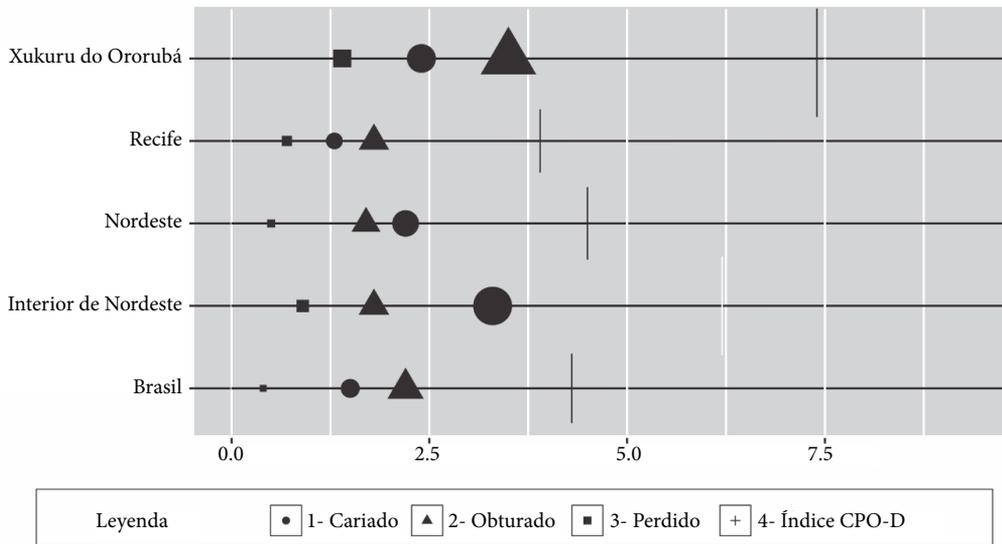
actividades de educación para la salud, a fin de incorporar demostraciones sobre el uso del hilo dental en las prácticas tradicionales de higiene bucal, así como enfoques motivacionales de fácil comprensión para los indígenas.

Por otro lado, la mayoría de las personas utilizó los servicios odontológicos en el ámbito público, reservado por el Agente de Salud Indígena y con disponibilidad de medicamentos y exámenes, denotando la importancia de la Atención Primaria de Salud prestada por el SESAI. A esto se suma la evaluación positiva dada a la consulta odontológica, lo que muestra una percepción de calidad en la atención recibida.

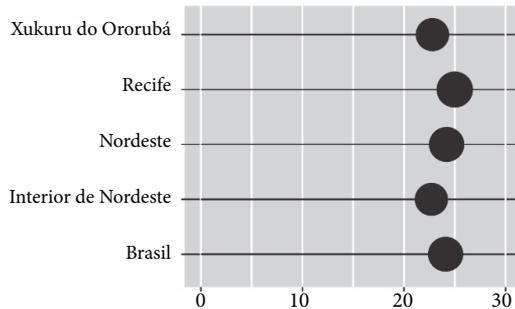
Los resultados muestran que es en esta red de servicios, formada por profesionales que conocen el Territorio y las especificidades culturales de este pueblo, donde los indígenas se sienten cómodos con el cuidado de la salud.

El comportamiento de salud es un fenómeno híbrido construido en torno a un marco social y cultural específico, que debe ser comprendido por los Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena (EMSI) para que puedan influir positivamente en el acceso de los indígenas a los servicios de salud²³.

A) Distribución de los componentes medios del Índice CPO-D



B) Sano



C) Obturado/Cariado

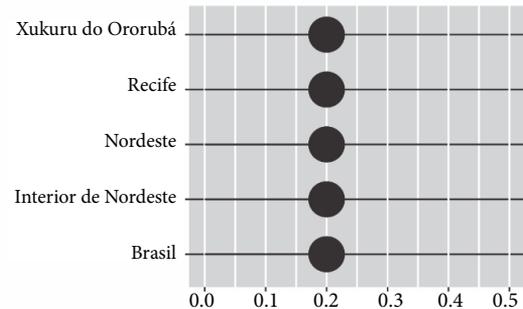


Gráfico 2. Distribución de los componentes medios del Índice CPO-D por lugar de residencia. Brasil, 2010-2018.

Fuente: Autores.

La discriminación de las minorías étnicas por parte de los proveedores de servicios de salud es una barrera primaria para acceder a una atención sanitaria de calidad en América Latina. Las prácticas discriminatorias pueden disuadir a las personas de buscar atención sanitaria²⁴. Por esta razón, es necesario que el enfoque diferenciado de los profesionales de la salud, basado en prácticas interculturales, se materialice en las prácticas de los sujetos que ofrecen atención de salud a los pueblos indígenas²⁵.

El número medio de dientes cariados que necesitan tratamiento (2,4) y la autopercepción de la necesidad de tratamiento dental declarada por el

77,9% de los participantes son, respectivamente, medidas normativas y subjetivas que confirman la existencia de barreras de acceso a la atención dental para el pueblo Xukuru.

A pesar de ello, se observan aspectos positivos en la organización de esta red asistencial, ya que la gran mayoría de los entrevistados ya había acudido a una consulta con el dentista (98,5%), siendo la última cita hace menos de un año (81,4%) y el tiempo de espera entre cita y atención odontológico fue de una a dos semanas (89,1%).

También se analizó el desempeño de los servicios en 2017 y 2018 que involucran a todos los grupos de edad que viven en el territorio Xukuru

del Ororubá utilizando indicadores construidos con datos secundarios extraídos del SIASI.

Corroborando un cuadro de progreso, los resultados revelaron un crecimiento en la cobertura de la primera consulta odontológica y del cepillado dental supervisado, además del crecimiento en el número promedio de procedimientos per cápita.

En cuanto a los obstáculos que permean este acceso a la salud bucal indígena, se observa una caída en la tasa de tratamientos odontológicos concluidos y un aumento en la proporción de extracciones realizadas²⁶. La proporción de extracciones confirma el alto promedio de dientes perdidos entre los Xukurus que se muestra en el Gráfico 2, que, a pesar de ser una forma de acceso a los servicios odontológicos, se produce en una etapa tardía, con deterioro ya avanzado del elemento odontológico, además de contribuir al aumento del Índice CPO-D e implicar consecuencias negativas para las personas mutiladas, como vergüenza, dificultad para comer, daño a las relaciones sociales y sensación de incompletitud²⁷.

En lo que se refiere a las condiciones de las viviendas, el perfil es similar al de las comunidades rurales del nordeste de Brasil. Un resultado preocupante de esta caracterización son las condiciones sanitarias de estas viviendas. Una proporción significativa de ellas no tiene cuanto de baño en sus domicilios, hay dificultades para acceder al agua corriente y los servicios de recogida de basura no cubren a toda la población. Este contexto exige que la EMSI preste especial atención a la prevención de las enfermedades transmitidas por el agua, siendo necesario reforzar las acciones de educación sanitaria.

Los indígenas investigados se caracterizan por resultados positivos en cuanto a su escolaridad, con un porcentaje significativo de ellos que ha concluido el tercer año de secundaria. Entendiendo el proceso educativo como indispensable para una mejor comprensión de su pueblo y de sus necesidades, se cree que este nivel de formación podrá impulsar un mayor cuidado de la salud.

Con unos ingresos familiares medios mensuales inferiores a un salario mínimo, el 73,3%

de los participantes afirmaron tener un familiar en su domicilio como beneficiario del Programa Bolsa Familia (PBF). Implementado en 2003, el programa es una estrategia de transferencia condicionada de efectivo dirigida a las familias pobres que cumplen ciertas condiciones relacionadas con la salud y la educación, y es capaz de tener un impacto positivo en la salud²⁸. Los resultados obtenidos por Arantes y Frazão²⁹ mostraron que las familias indígenas que no fueron elegidas beneficiarias del PBF, porque sus ingresos estaban por encima de los criterios del programa, tenían tasas de caries un 40% más bajas. El papel de la renta como factor protector de la salud bucal sugiere que también existen desigualdades entre los indígenas.

En Australia, Canadá, Estados Unidos y Brasil se han documentado iniciativas destinadas a reducir las desigualdades en la salud bucal indígena³⁰. El pueblo Xavante implementó un programa de salud bucal basado en la incorporación de tres componentes: educación, prevención y atención clínica, promoviendo una reducción significativa en la experiencia de caries¹⁹. Así, ya es posible señalar que la forma de abordar este escenario es a través de iniciativas sensibles a las especificidades locales y que garanticen la sostenibilidad³¹.

Aunque la presentación inédita de datos sobre la condición de desigualdad en salud bucal de una población indígena del Nordeste brasileño justifique la relevancia de este estudio, es importante destacar algunas limitaciones, como el número de participantes y el grupo etario investigado (el estudio no se realizó en el grupo etario del índice de vigilancia de la OMS).

Estas limitaciones se produjeron a la elección metodológica de priorizar el seguimiento de los mismos individuos que formaron parte de un estudio anterior desarrollado con este grupo étnico e impiden que los resultados aquí presentados se extrapolen a los demás grupos de edad indígenas.

El estado de salud bucal observado entre los indígenas se caracteriza por una importante desigualdad en comparación con los resultados de los levantamientos epidemiológicos realizados en el país con otros grupos de población.

Colaboradores

HA Mauricio concibió el artículo y llevó a cabo la recogida, el tratamiento y el análisis de los datos, así como la redacción del texto. TR Fávoro y RS Moreira analizaron los datos y revisaron críticamente el texto. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). *Report of the Global mOralHealth Workshop*. Geneva: WHO; 2019.
2. Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo (FOUSP). *Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos*. São Paulo: USP; 2017.
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.
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.
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(2):142-152.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2022: indígenas: primeiros resultados do universo: segunda apuração*. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
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.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Relatório de dados populacionais de 2018*. Brasília: MS; 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. *Saude Soc* 2012; 21(4):1001-1012.
10. Pereira MG. *Epidemiologia – teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília: MS; 2012.
12. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. *Public Health* 2019; 172:22-30.
13. Silva ICM, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, Ewerling F, Hellwig F, Ferreira LZ, Ruas LPV, Joseph G, Barros AJD. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol Serv Saude* 2018; 27(1):e000100017.
14. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, Listl S, Celeste RK, Guarnizo-Herreño CC, Kearns C, Benzian H, Allison P, Watt RG. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* 2019; 394(10194):249-260.
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.
16. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J* 2003; 53(5):285-288.
17. World Health Organization (WHO). *Oral health surveys: basic methods*. Geneva: WHO; 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 Publica* 2010; 27(4):246-251.
19. Arantes R, Santos RV, Frazão P. Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil. *Int Dent J* 2010; 60(3 Suppl. 2):235-240.
20. Baldisserotto J, Ferreira AM, Warmling CM. Condições de saúde bucal da população indígena guarani moradora no Sul do Brasil. *Cad Saude colet* 2019; 27(4):468-475.
21. 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):210-215.
22. 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 Hyg* 2019; 17(4):369-380.
23. Errico LSP. *Acesso e utilização dos serviços de saúde pela população da etnia Xakriabá, Norte de Minas Gerais* [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
24. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Rev Panam Salud Publica* 2015; 38(2):96-109.
25. 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 Publica* 2018; 42:e178.
26. Santos LFR. *Atenção à saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos no Território Indígena Xukuru do Ororubá (Pernambuco, Brasil)* [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2022.
27. Silva MES. Perda dentária e expectativa de reposição protética: estudo qualitativo. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):813-820.
28. Silva ESA, Paes NA. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. *Cien Saude Colet* 2019; 24(2):623-630.
29. 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.
30. 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.
31. Arantes R, Frazão P. Cárie dentária entre os povos indígenas do Brasil: implicações para os programas de saúde bucal. *Tempus* 2013; 7(4):169-180.

Artículo presentado en 15/09/2023

Aprobado en 29/02/2024

Versión final presentada en 19/04/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva