

Desigualdade em saúde bucal: caracterização do povo indígena Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil

Oral health inequality: characterization of the indigenous people Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brazil

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

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

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

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

Resumo O objetivo deste artigo é caracterizar indígenas de 18 a 23 anos de idade da etnia Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil, quanto à utilização de serviços odontológicos, autopercepção da saúde bucal, práticas de higiene bucal e experiência de cárie, aspectos socioeconômicos e demográficos. Estudo de corte transversal de base populacional, aninhado a um estudo de coorte iniciado em 2010, desenvolvido na referida terra indígena em 2018. Exames bucais e questionários foram conduzidos com 131 indígenas. Os dados foram coletados por meio do software Epi-Info e o programa estatístico SPSS 20.0 foi aplicado na estatística descritiva. Para comparar os resultados de experiência de cárie obtidos com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010), utilizou-se o software R. A experiência de cárie verificada pelo Índice CPO-D obteve média 7,4, com a média dos componentes do índice correspondentes a 22,8 para elementos dentários hígidos, 2,4 para cariados, 0,2 para obturados/cariados, 3,5 para obturados e 1,4 para perdidos. A condição de saúde bucal dos indígenas se caracteriza por expressiva desigualdade quando comparada aos resultados de levantamento epidemiológico realizado no país envolvendo outros grupos populacionais.

Palavras-chave Indígenas sul-americanos, Saúde de populações indígenas, Disparidades nos níveis de saúde, Saúde bucal, Índice CPO

Abstract This article aims to characterize Indigenous people aged 18-23 of the Xukuru do Ororubá ethnic group, Pernambuco state, Brazil, regarding the use of dental services, self-perceived oral health, oral hygiene practices and caries experience, and socioeconomic and demographic aspects. This population-based cross-sectional study is nested in a cohort study that started in 2010 and was conducted in the Indigenous territory in 2018. Oral examinations and questionnaires were conducted with 131 Indigenous people. Data were collected using Epi-Info software and the SPSS 20.0 statistical program was used for descriptive statistics. R software was adopted to compare the caries experience results obtained with the National Oral Health Survey (SB Brasil 2010). The caries experience verified by the DMFT Index had a mean of 7.4, with the mean Index components corresponding to 22.8 for healthy teeth, 2.4 for decayed teeth, 0.2 for filled/carious teeth, 3.5 for filled teeth, and 1.4 for missing teeth. The oral health condition of Indigenous people is characterized by significant inequality when compared to the results of epidemiological surveys conducted in the country involving other population groups.

Key word South American indigenous, Health of indigenous peoples, Health status disparities, Oral health, DMFT index

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.

Introdução

Saúde, bem-estar e qualidade de vida podem ser significativamente afetados pelas doenças bucais, especialmente quando os recursos para prevenção, diagnóstico e tratamento são limitados¹.

Desde 1971, a Organização Mundial de Saúde (OMS) padroniza a realização de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal e a mensuração da experiência de cárie por meio do índice CPO-D. Medido por exames bucais, o índice expressa a contagem de dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados, indo da amplitude de zero (ausência de cárie) a 32 (número de dentes cariados, perdidos e obturados), sendo seu resultado capaz de expressar o grau de severidade da doença².

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

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

A cárie permanece como um importante problema de saúde pública entre povos indígenas da América do Sul. As populações indígenas de Brasil, Chile, Uruguai e Venezuela apresentaram, em todas as faixas etárias investigadas, médias do índice CPO-D mais elevadas do que a população geral dos respectivos países. No grupo de indígenas entre 15 e 19 anos, os resultados apontam para grande heterogeneidade nos valores, com média de 5,53 (2,97-8,09) para o índice CPO-D. No Brasil, foi realizado em 2010 o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal, intitulado SB Brasil 2010. Examinando a população brasileira de forma geral, sem representatividade por critério raça/cor, o levantamento verificou média do índice CPO-D equivalente a 4,25 (3,86-4,65) nessa mesma faixa etária⁵.

O povo Xukuru do Ororubá, um dos maiores contingentes populacionais indígenas no Nordeste do Brasil e o maior no estado de Pernambuco⁶, teve sua condição de saúde bucal verificada pela primeira vez por meio de um levantamento

epidemiológico no ano de 2010. Na faixa etária de 10 a 14 anos, o índice CPO-D médio verificado foi de 2,38 (2,04-2,72), com cerca de 27% de seus integrantes livres da experiência de cárie, ausência associada a aspectos contextuais e individuais do grupo⁷.

Na perspectiva de atender à recomendação da OMS de condução regular de levantamentos epidemiológicos a cada cinco ou seis anos na mesma comunidade² e medir as desigualdades em saúde bucal, este estudo objetivou desenvolver um novo levantamento epidemiológico com a etnia Xukuru do Ororubá, a fim de caracterizar indígenas da faixa etária de 18 a 23 anos de idade quanto à utilização de serviços odontológicos, à autopercepção da saúde bucal, a práticas de higiene bucal e experiência de cárie, bem como em relação a aspectos socioeconômicos e demográficos.

Métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal e base populacional, aninhado a uma coorte iniciada em 2010⁷, realizada na Terra Indígena Xukuru do Ororubá, localizada no município de Pesqueira, Pernambuco, Brasil. A etnia Xukuru do Ororubá era composta, no ano de 2018, por 7.857 pessoas⁸ distribuídas em um território indígena de 27.550 hectares, organizado em três regiões socioambientais (Serra, Ribeira e Agreste) e 24 aldeias⁹.

O estudo teve como população-alvo indígenas residentes no referido território integrantes da amostra do estudo *baseline* realizado no ano de 2010⁷, quando os participantes se encontravam faixa etária de 10 a 14 anos. Na ocasião, o grupo etário foi selecionado a partir da compatibilização da distribuição populacional com a faixa índice de 12 anos, que a OMS estabelece para monitoramento da cárie². O cálculo da amostra buscou representar 871 indivíduos entre 10 e 14 anos, assumindo-se a prevalência de 20% para cárie, precisão de 5% e intervalo de confiança de 95% (IC95%), com o acréscimo de 20% para amenizar perdas e recusas. A amostra obtida para o estudo de 2010 foi de 233 participantes.

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

Coleta de dados

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

O questionário digital do tipo fechado construído na plataforma Epi Info, versão 3.4 (2007), possibilitou a coleta de dados por meio do uso de *tablets* (Samsung Galaxy Tab3). Para a coleta de dados, fez-se necessário um treinamento com a equipe de campo, seguido de aplicação do estudo-piloto no território indígena envolvendo 11 participantes que não compunham a amostra. A partir do estudo-piloto, instrumentos de coleta e processo de trabalho foram ajustados.

A equipe de trabalho de campo foi constituída por dois alunos de graduação em odontologia e dois cirurgiões-dentistas, que atuaram em duplas de trabalho, sendo cada dupla composta por examinador e anotador. Os exames bucais seguiram as orientações da OMS². Para cumprimento das normas de biossegurança, a pesquisa teve o apoio da central de esterilização da Universidade de Pernambuco, campus Arcoverde, onde foi realizada a lavagem e a esterilização dos instrumentais.

Para que os exames bucais tivessem parâmetros aceitáveis de consistência interna e externa aos examinadores, previamente ao início do trabalho de campo foi realizado o treinamento de calibração. Trata-se de um método de capacitação teórica e prática utilizado para conhecer o grau de concordância alcançado intra/inter examinadores durante a coleta dos dados².

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

Pelo fato de os indígenas da etnia Xukuru do Ororubá fazerem uso da língua portuguesa em sua rotina diária, não se fez necessária a

adaptação do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para um dialeto próprio, mas esses foram adequados às peculiaridades culturais, fazendo uso de linguagem clara e objetiva. Para minimizar o risco de constrangimento ao participante, a equipe de trabalho de campo atuou de maneira cuidadosa e respeitosa, realizando exame e entrevista em local reservado no domicílio.

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

Variáveis de estudo

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

As demais variáveis investigadas foram organizadas em três categorias: individuais, domiciliares e de saúde bucal. As variáveis individuais investigadas foram idade, sexo, raça/cor, estado civil, saber ler/escrever, curso mais elevado concluído, ocupação principal, disponibilidade de trabalhadores/funcionários, renda familiar, benefício do Programa Bolsa Família e estilo de vida (consumo de fumo, bebida alcoólica e açúcar).

Entre as variáveis domiciliares, investigou-se região socioambiental, aldeia, condições de moradia (material do piso, telhado e paredes externas), número de cômodos no domicílio, número de cômodos utilizados como dormitório, número de moradores por domicílio, distribuição de moradores por cômodo, forma de obtenção de água, tratamento aplicado à água de beber, disponibilidade de banheiro no domicílio, destino dos dejetos do banheiro, destino do lixo, disponibilidade de iluminação elétrica e forma de cozinhar.

Sobre a saúde bucal, as variáveis buscaram identificar a utilização de serviços odontológicos (realização de consulta odontológica e características da última consulta, como período, local, motivo, forma de marcação, tempo de espera entre marcação e atendimento, prescrição e acesso

a medicamentos e exames, avaliação da consulta e localização de cirurgião-dentista no território indígena), além da autopercepção de saúde e higiene bucal (necessidade de tratamento odontológico, presença de dor de dente nos seis meses anteriores à entrevista, intensidade da dor, necessidade de uso de prótese, realização e frequência da higiene bucal com escova, pasta fluoretada e fio dental).

Análise dos dados

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

Com a utilização do *software* R, as desigualdades existentes entre a condição de saúde bucal verificada e os resultados disponibilizados pelo SB Brasil 2010¹¹ referentes ao Brasil, às regiões Nordeste e interior do Nordeste, além do município de Recife (capital do estado de Pernambuco), foram medidas a partir dos gráficos construídos.

Aspectos éticos

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

Resultados

Entre os 233 participantes do estudo *baseline* realizado em 2010, 174 permaneciam no território em 2018, sendo obtida uma amostra composta por 131 indígenas, correspondendo a 24,7% de perda em relação ao quantitativo que permanecia vivendo na localidade. Os resultados obtidos a partir desses participantes são apresentados em três tópicos, a saber: caracterização dos indivíduos; caracterização dos domicílios; caracterização da saúde bucal.

Caracterização dos indivíduos

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

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

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

Caracterização dos domicílios

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

A estrutura física predominante entre os domicílios é formada por paredes externas de alvenaria (88,5%), piso de cimento (74,0%) e telhado de barro (93,9%). A maioria dos participantes não tem acesso a água por meio de torneiras no domicílio (59,5%), precisando recorrer, em sua maioria, à água proveniente de poços, com ou sem bomba (29,0%), aplicando principalmente o tratamento com hipoclorito de sódio (87,0%) na água de beber. A maioria dos domicílios tem banheiro (77,9%), localizado dentro de casa (64,1%), com fossa séptica para destino dos deje-

tos (59,5%). Os que não têm banheiro no domicílio utilizam predominantemente o mato (19,1%). A coleta de lixo ainda não é uma realidade para a maioria, sendo a queimada o destino da maior parte do lixo (65,6%). Quase a totalidade da população conta com energia elétrica (99,2%) e a principal forma de cozinhar é por meio da combinação de gás, carvão ou lenha (51,9%).

Caracterização da saúde bucal

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

Os exames bucais entre os Xukurus mediram a experiência de cárie por meio do índice CPO-D, obtendo média de 7,4 (DP = 5,1), com valor mínimo de 0 e máximo de 27. No Gráfico 1, a distribuição do índice é apresentada de forma bem semelhante em relação ao sexo, a partir da mediana e dos quartis, com três casos de valores discrepantes.

A média de elementos dentários permanentes superiores foi de 14,5, e de elementos dentários permanentes inferiores, 14,4. Quanto ao uso de prótese, três participantes (2,3%) afirmaram ser usuários de prótese superior, enquanto ninguém informou ser usuário de prótese inferior.

O Gráfico 2 apresenta a distribuição da média dos componentes do índice CPO-D (cariados, perdidos e obturados), dos elementos hígidos e cariados/obturados do presente levantamento epidemiológico indígena, juntamente com os resultados referentes à faixa etária de 15 a 19 anos examinada pelo SB Brasil 2010. Por local de residência, evidencia-se que Recife apresenta a melhor situação de saúde bucal, com a menor média do índice CPO-D (3,9) e de elementos cariados (1,3) e a média mais alta de dentes hígidos (25,0). Os elementos cariados/obturados que em algum momento receberam tratamento, mas precisam ser retratados, expressaram o mesmo valor de 0,2 em todas as localidades investigadas.

Discussão

“Iniquidades em saúde são diferenças sistemáticas, evitáveis e injustas nos resultados de saúde,

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

Variáveis de utilização de serviços odontológicos	n	%
Já realizou consulta odontológica (n = 131)		
Sim	129	98,5
Não	2	1,5
Período da última consulta (n = 129)		
Menos de um ano	105	81,4
Um a dois anos	19	14,7
Três anos ou mais	5	3,9
Local da última consulta (n = 129)		
Serviço público	102	79,1
Serviço particular	27	20,9
Marcação da última consulta (n = 129)		
Agente indígena de saúde	83	64,3
Presencialmente	40	31,0
Telefone/internet	6	4,7
Tempo de espera entre a marcação e o atendimento (n = 129)		
1 a 2 semanas	115	89,1
3 a 4 semanas	7	5,4
1 a 2 meses	4	3,1
Mais de 2 meses	3	2,3
Motivo da última consulta (n = 129)		
Tratamento	80	62,0
Exodontia	22	17,1
Dor	16	12,4
Revisão, prevenção ou check-up	11	8,5
Houve prescrição de medicamento na consulta (n = 129)		
Sim	25	19,4
Não	104	80,6
Houve acesso ao medicamento prescrito pelo SUS (n = 25)		
Sim	21	84,0
Não	4	16,0
Houve prescrição de exames na consulta (n = 129)		
Sim	8	6,2
Não	121	93,8
Houve acesso aos exames prescritos pelo SUS (n = 8)		
Sim	4	50,0
Não	4	50,0
Como avalia a consulta (n = 131)		
Muito Boa/boa	109	84,5
Regular	18	14,0
Ruim/muito ruim	2	1,6
Sabe onde encontrar o dentista no Território Indígena (n = 131)		
Sim	130	99,2
Não	1	0,8

Fonte: Autores.

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

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

Fonte: Autores.

que podem ser observadas entre populações, grupos sociais dentro da mesma população ou como gradiente em uma população classificada por posição social¹². Sendo as iniquidades em saúde consideradas a partir de um juízo de valor, é de responsabilidade inicial dos pesquisadores produzir conhecimento capaz de evidenciar as desigualdades existentes entre os subgrupos populacionais¹³.

Sabe-se que as doenças bucais afetam de maneira desigual os grupos mais pobres e marginalizados da sociedade, apresentando-se associadas ao *status* socioeconômico e aos determinantes sociais da saúde¹⁴. Contudo, sendo a desigualdade uma característica central e constituinte das sociedades, ainda se faz necessário estudá-la, de maneira a promover entendimento e superação dessa realidade¹⁵.

Este trabalho estabeleceu como foco medir as desigualdades em saúde bucal a partir de dois aspectos: experiência de cárie e etnicidade. Apesar da redução das desigualdades em saúde bucal apresentar-se como objetivo global¹⁶, a caracterização da experiência de cárie entre os Xukurus do Ororubá na faixa etária de 18 a 23 anos classifica a severidade da doença como muito alta a partir do resultado médio obtido para o índice CPO-D¹⁷.

Na aplicação de métodos de mensuração das desigualdades, um aspecto relevante é a disponibilidade de dados, bem como a comparabilidade entre diferentes estudos¹³. Nesse sentido, foram utilizados como referência dados provenientes do SB Brasil 2010. Para comparação com a faixa etária aqui estudada, o grupo mais semelhante é o de adolescentes de 15 a 19 anos examinados em 2010. Entre os resultados comparados por locais de residência, a média do índice CPO-D verificada no interior da região Nordeste foi a mais próxima dos indígenas, correspondendo a 6,22¹¹. Mesmo assim, os indígenas ainda apresentam resultados piores.

Uma questão também relevante nesse processo é a análise do índice CPO-D a partir de seus componentes. A desigualdade verificada na distribuição do componente cariado, com a existência de quase o dobro de dentes cariados por indígena em relação à população de Recife, é um provável reflexo da dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte dos indígenas.

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

O adoecimento bucal entre os indígenas apresenta-se complexo e diverso¹⁹. A pluralidade de línguas, costumes e culturas se expressa também na relação com a saúde bucal. Entre os Guaranis moradores do Sul do Brasil, o índice

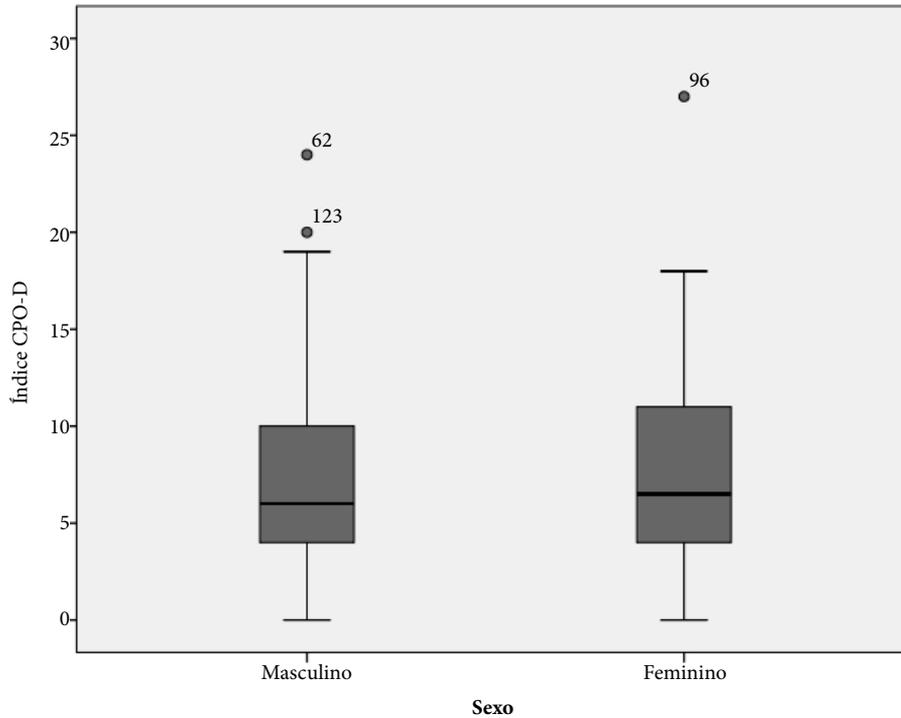


Gráfico 1. Boxplot do índice CPO-D em relação ao sexo da população estudada. Pesqueira, 2018.

Fonte: Autores.

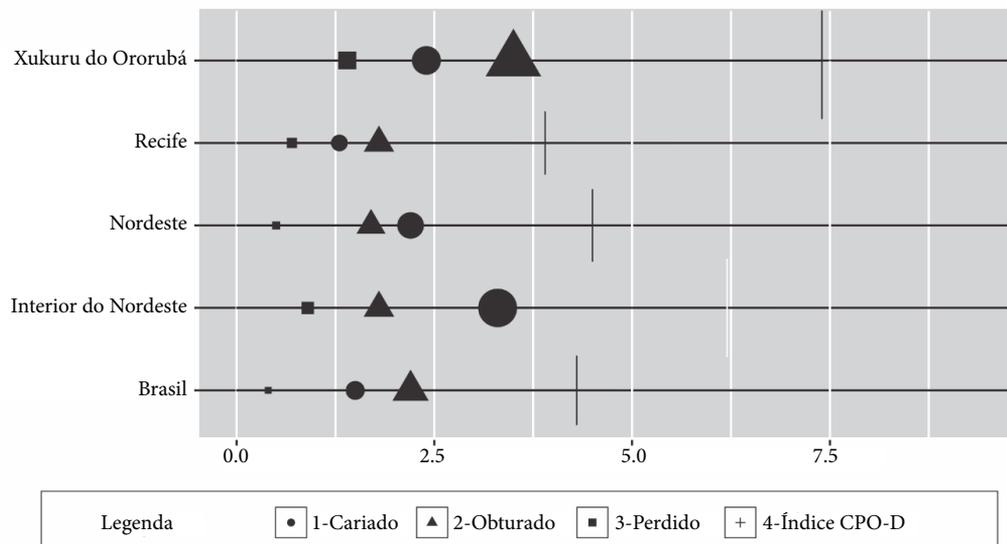
CPO-D médio verificado no grupo de 15 a 19 anos foi de 3,4²⁰. Condição bem mais favorável do que a identificada entre os Xukurus, que pode ser explicada pelo bom acesso dos Guaranis à água tratada, seja por meio de sua própria rede de abastecimento (poços artesianos) ou por abastecimento público, ao uso e disponibilidade de escova e pasta de dentes fluoretada, bem como pela permanência de hábitos alimentares saudáveis, além do fornecimento de assistência especializada à saúde.

Os Xukurus do Ororubá autopercebem sua condição de saúde bucal com necessidade de realização de tratamento odontológico. É muito provável que essa percepção seja decorrente da presença de sinais e sintomas de adoecimento bucal. Aday e Forthofer²¹ verificaram que a busca por serviços de saúde entre grupos sociais distintos apresenta diferentes motivos: enquanto minorias étnico-raciais e grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o dentista em resposta a problemas bucais autopercebidos, indivíduos de cor branca e com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento.

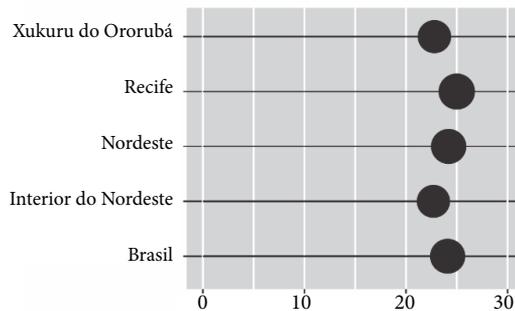
Entre as práticas de higiene bucal, o uso do fio dental não se apresenta como um hábito consolidado entre os indígenas. Em estudo desenvolvido por Smith *et al.*²² buscando identificar percepções, barreiras, educação em saúde bucal do paciente e efeito sobre a motivação para o controle do biofilme interdental, os participantes relataram incerteza sobre a técnica correta do uso do fio dental, crença sobre este causar problemas estéticos ou de saúde, além de dor e desconforto no seu uso. Essa caracterização revela a necessidade de as equipes de saúde bucal reforçarem suas ações voltadas à educação em saúde, de forma a incorporar demonstrações sobre o uso do fio dental às práticas tradicionais de higiene bucal, além de abordagens motivacionais e de fácil compreensão para os indígenas.

Já a maioria utilização de serviços odontológicos se deu no âmbito público, com agendamento pelo agente indígena de saúde e com disponibilidade de medicamentos e exames, denotando a importância da atenção primária à saúde prestada pela SESAI. Incorpora-se a esse panorama a avaliação positiva emitida para a consulta odontológica realizada, configurando

A) Distribuição da média dos componentes do índice CPO - D



B) Hígido



C) Obturado/Cariado

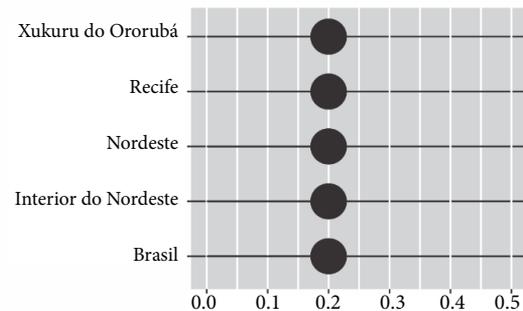


Gráfico 2. Distribuição da média dos componentes do índice CPO-D por local de residência. Brasil, 2010-2018.

Fonte: Autores.

uma percepção de qualidade no atendimento recebido. Os resultados revelam ser nessa rede de serviços, formada por profissionais que conhecem o território e as especificidades culturais desse povo, que os indígenas se sentem confortáveis para o cuidado da saúde.

O comportamento de saúde é um fenômeno híbrido construído em função de um quadro social e cultural específico, que precisa ser compreendido pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), para que essas possam então influenciar positivamente o acesso dos indígenas aos serviços de saúde²³. A discriminação por prestadores de serviços de saúde contra as minorias étnicas apresenta-se como uma barreira pri-

mária ao acesso da atenção à saúde de qualidade na América Latina. Práticas discriminatórias são capazes de dissuadir a busca por atendimento à saúde²⁴. Por isso, a abordagem diferenciada dos profissionais de saúde, baseada em práticas interculturais, precisa ser efetivada nas práticas dos sujeitos que ofertam cuidado em saúde aos povos indígenas²⁵.

A média de elementos dentários cariados que precisam receber tratamento (2,4) e a autopercepção de necessidade de tratamento odontológico relatada por 77,9% dos participantes são respectivamente medidas normativas e subjetivas que confirmam a existência de barreiras de acesso do povo Xukuru ao atendimento odontológi-

co. Apesar disso, aspectos positivos são verificados na organização dessa rede de cuidados, com a grande maioria dos entrevistados com consulta odontológica já realizada (98,5%), sendo a última consulta há menos de um ano (81,4%) e com o tempo de espera entre a marcação e o atendimento de uma a duas semanas (89,1%).

O desempenho dos serviços nos anos de 2017 e 2018 envolvendo todos os grupos etários residentes no território Xukuru do Ororubá também foi analisado a partir de indicadores construídos com dados secundários extraídos do SIA-SI. Corroborando um quadro de progressos, os resultados revelaram crescimento da cobertura de primeira consulta odontológica e de escovação dental supervisionada, além de crescimento da média de procedimentos *per capita*. Quanto aos entraves que permeiam esse acesso à saúde bucal indígena, verificou-se queda da taxa de tratamentos odontológicos concluídos e aumento da proporção de exodontias realizadas²⁶. A proporção de exodontias confirma a média elevada de elementos perdidos entre os Xukurus, evidenciada no Gráfico 2, o que, apesar de ser uma forma de acesso ao serviço odontológico, se dá em um momento tardio, com comprometimento já avançado do elemento dentário, além de contribuir para a elevação do índice CPO-D e implicar consequências negativas para os indivíduos mutilados, como vergonha, dificuldade de se alimentar, prejuízo ao relacionamento social e sentimento de incompletude²⁷.

Sobre as condições de moradia, o perfil se assemelha ao das comunidades rurais do Nordeste brasileiro. Um resultado preocupante sobre essa caracterização se dá em relação às condições sanitárias dessas residências. Uma parcela importante não tem banheiros no domicílio, há dificuldade de acesso à água encanada e serviços de coleta de lixo não contemplam a totalidade da população. Esse contexto exige das EMSI uma atenção especial para a prevenção de doenças de veiculação hídrica, com necessidade de fortalecimento de ações de educação sanitária.

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

Com renda familiar mensal média inferior a um salário-mínimo, 73,3% dos participantes afirmaram ter no domicílio algum integrante da

família como beneficiário do Bolsa Família (BF). Implementado em 2003, o programa é uma estratégia de transferência condicional de renda destinada às famílias pobres que cumpram certas condições relacionadas à saúde e à educação, sendo capaz de impactar positivamente na condição de saúde²⁸. Resultados obtidos por Arantes e Frazão²⁹ apontaram que famílias indígenas não eleitas como beneficiárias do BF, por apresentarem renda acima dos critérios do programa, apresentaram índices de cárie 40% menores. A atuação da renda como fator protetor para a condição de saúde bucal sugere a existência de desigualdades também entre os indígenas.

Iniciativas que visam reduzir as desigualdades em saúde bucal indígena têm sido documentadas na Austrália, no Canadá, nos Estados Unidos e no Brasil³⁰. Com o povo Xavante foi implementado um programa de saúde bucal baseado na incorporação de três componentes: educação, prevenção e atendimento clínico, promovendo redução significativa na experiência de cárie¹⁹. Assim, já é possível apontar que o caminho de enfrentamento desse cenário passa por iniciativas sensíveis às especificidades locais e com garantia de sustentabilidade³¹.

Ainda que o ineditismo na apresentação de dados sobre a condição de desigualdade em saúde bucal para uma população indígena no Nordeste brasileiro justifique a relevância do presente estudo, é importante destacar algumas limitações, como número de participantes e faixa etária investigada (o estudo não foi conduzido na faixa etária índice de monitoramento da OMS). Tais limitações se deram em função da opção metodológica de priorização do monitoramento dos mesmos indivíduos integrantes de estudo anteriormente desenvolvido com a etnia e impedem que os resultados aqui apresentados sejam extrapolados para os demais grupos etários indígenas.

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

Colaboradores

HA Mauricio concebeu o artigo e executou a coleta, o processamento e a análise dos dados, além da redação do texto. TR Fávoro e RS Moreira analisaram os dados e revisaram criticamente o texto. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Referências

- World Health Organization (WHO). *Report of the Global mOralHealth Workshop*. Geneva: WHO; 2019.
- Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo (FOUSP). *Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos*. São Paulo: USP; 2017.
- 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.
- 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.
- 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.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2022: indígenas: primeiros resultados do universo: segunda apuração*. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
- 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.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Relatório de dados populacionais de 2018*. Brasília: MS; 2019.
- 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.
- Pereira MG. *Epidemiologia – teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília: MS; 2012.
- McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. *Public Health* 2019; 172:22-30.
- 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.
- 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.
- 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.
- Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J* 2003; 53(5):285-288.
- World Health Organization (WHO). *Oral health surveys: basic methods*. Geneva: WHO; 1987.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Silva MES. Perda dentária e expectativa de reposição protética: estudo qualitativo. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):813-820.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

Artigo apresentado em 15/09/2023

Aprovado em 29/02/2024

Versão final apresentada em 19/04/2024

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