

## O modelo de atenção a saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas

The oral health care model in Middle and Low Xingu: partnerships, processes, and perspectives

Pablo Natanael Lemos<sup>1</sup>  
 Lucila Brandão Hirooka<sup>1</sup>  
 Selma Aparecida Chaves Nunes<sup>1</sup>  
 Rui Arantes<sup>2</sup>  
 Soraya Fernandes Mestriner<sup>3</sup>  
 Wilson Mestriner Júnior<sup>3</sup>

**Abstract** *The purpose of this article is to present the actions developed to create the health care model at the Special Indigenous District – Xingu (DSEI-Xingu); particularly regarding oral health. An effective partnership established among the following institutions University Federal of São Paulo, University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Dentistry and Colgate®, allowed the development of social health praxis at Middle and Low Xingu. The “Social Space” DSEI, which throughout the history, communities have developed and, through the social process of production, create differentiated accesses to consumer goods, is the basis for organizing health care services for the indigenous population. The DSEI-Xingu considers that establishing institutional partnerships as well as the effective participation of indigenous populations in health management in their territory is essential. Structured by plans based on population-reported problems, it uses the collective construction of explanatory networks, presenting solutions at different levels through an intersectorial approach. By observing health indicators, the indigenous communities’ understanding of the recent primary health care model becomes perceptible, since it has been constantly applied to their culture, tradition, and uniqueness. Key words Indigenous health, Health care model, Oral health, Xingu Indigenous Park*

**Resumo** *Este artigo tem por objetivo apresentar as ações desenvolvidas na construção do modelo de atenção em saúde no Distrito Especial Indígena – Xingu (DSEI-Xingu), mais especificamente, na área de saúde bucal, com a efetiva parceria entre a Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FORP-USP) e a Colgate®, que permitiu a construção social da práxis em saúde no Médio e Baixo Xingu. Ao longo da história, o DSEI “Espaço Social” é onde as comunidades se constituem e, por meio do processo social de produção, cria acessos diferenciados aos bens de consumo, além de formar a base para a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas. Para o DSEI-Xingu, são pontos básicos o estabelecimento de parcerias institucionais e a participação efetiva dos povos indígenas na gestão da saúde em seu território. Estruturado no planejamento baseado em problemas sentidos pela população, utiliza-se da construção coletiva de redes explicativas, apontando soluções em vários planos com abordagem intersectorial. É através da observação dos indicadores de saúde que se torna perceptível a assimilação das comunidades indígenas com o recente modelo de atenção básica à saúde bucal, uma vez que constantemente está sendo adaptado à cultura, à tradição e às singularidades desses povos indígenas.*

**Palavras-chave** *Saúde indígena, Modelo de atenção, Saúde bucal, Parque Indígena do Xingu*

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo. Rua Bacelar 346, Vila Clementino. 04026-001 São Paulo SP. pablonleamos@hotmail.com

<sup>2</sup> Projeto Colgate Nativo.

<sup>3</sup> Departamento de Clínica Infantil, Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

## Introdução

A atenção básica constitui “um conjunto de saúde”, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a preservação da saúde, ações estas situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. A atenção básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem definidos, para as quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações<sup>1</sup>.

Na sua organização, um aspecto fundamental é o conhecimento do território, que não pode ser compreendido apenas como um espaço geográfico e delimitado para constituir a área de atuação dos serviços. Ao contrário, deve ser reconhecido como “Espaço Social” no qual, ao longo da história, a sociedade se constitui e por meio do processo social de produção cria acessos diferenciados aos bens de consumo, incluídos os serviços de saúde<sup>2</sup>.

A concepção trabalhada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em conjunto com povos indígenas na década de noventa, durante o movimento que levou à criação dos distritos sanitários, foi condizente com o conceito descrito acima, sendo que o compromisso com o processo social exige, até hoje, contínua reflexão. Estruturado no planejamento baseado em problemas sentidos pela população, permitiu a construção coletiva de redes explicativas, apontando soluções em vários planos com abordagem intersetorial, buscando garantir as especificidades necessárias à saúde dos povos indígenas<sup>3</sup>.

O Parque Nacional do Xingu foi criado em 1961, em defesa de povos indígenas ameaçados pela venda de terras que ocupavam desde tempos imemoráveis e, no início da década de setenta, passou a ser denominado Parque Indígena do Xingu (PIX). De acordo com o Decreto nº 51.084, de 31 de junho de 1961, da Presidência da República, o PIX tinha como um dos seus objetivos “garantir aos povos indígenas a assistência médica, social e educacional, indispensável para assegurar sua sobrevivência física e a preservação de seus atributos culturais”<sup>4</sup>.

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI-Xingu) foi instituído oficialmente em agosto de 1999, por meio de um convênio firmado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), gestora do subsistema de saúde indígena, e a UNI-

FESP, que passou a ser executora das ações de atenção básica à saúde. A decisão de estabelecer o convênio com a UNIFESP foi tomada por indicação das lideranças xinguanas.

## As parcerias

Vários são os parceiros que vêm colaborando com o Ministério da Saúde na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base para a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas. São pontos básicos o estabelecimento de parcerias institucionais e a participação efetiva dos povos indígenas na gestão da saúde em seu território. É nesta perspectiva que o Médio e Baixo Xingu vêm desenvolvendo sua práxis em saúde. Mais especificamente, na área de saúde bucal, a efetiva parceria entre três instituições: UNIFESP, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo (FORP-USP) e Colgate® possibilitou a criação de um modelo de atenção em saúde bucal.

O território do PIX está dividido em três áreas de abrangência, com sede em três polos-base: Pavuru, Diaurum e Wawi (Figura 1). Cada um deles possui uma equipe multiprofissional de saúde composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares indígenas de enfermagem (AIE) e agentes indígenas de saúde (AIS). A cada pólo são referenciadas aldeias e localidades e suas respectivas populações (Quadro 1).

As ações de saúde propostas pelas parceiras estão previstas no Plano Distrital-PIX e, em consonância com a atual Política Nacional de Saúde Bucal<sup>5</sup>, vêm sendo desenvolvidas por equipe multiprofissional contratada pela UNIFESP, que conta com a participação expressiva de egressos da FORP-USP. Atualmente, os dois cirurgiões-dentistas contratados pela UNIFESP para atuação permanente no DSEI-Xingu são egressos e participaram do estágio optativo da FORP-USP.

Além da prática tradicional de atendimento médico e a cobertura assistencial ininterrupta de equipes de saúde local, destacam-se ao longo dos anos o processo de formação técnica, universitária e de pós-graduação para profissionais de saúde, indígenas e não indígenas, e as perspectivas de construção social e conceitual de novas práticas de prevenção e promoção da saúde, na ótica da diversidade cultural.

Os objetivos específicos da área de saúde bucal da UNIFESP são a análise situacional, a formação de recursos humanos indígenas, a educação em saúde e a assistência odontológica.



**Figura 1.** O Parque Indígena do Xingu – DSEI-Xingu<sup>11</sup> – com as indicações dos quatro polos de saúde: Leonardo Villas Bóas, Pavuru, Diauarun e Wawi.

Fonte: Instituto Socioambiental<sup>6</sup>.

**Quadro 1.** Etnias do Parque Indígena do Xingu – DSEI-Xingu – distribuídas segundo as aldeias e localidades assistidas e suas populações.

<b>Etnias / Família linguística</b>	<b>Aldeias</b>	<b>População</b>
KAIABI / Tupi	Três Irmãos	63
	Barranco Alto	31
	Ilha Grande	72
	Guarujá	89
	Tuiararé	143
	Moitará	35
	Itai	14
	Piraquara	06
	Capivara	144
	Aiporé	67
	Paranaíta	13
	Fazenda Mupada	13
	Fazenda João	13
	PIV Manito	24
	Sobradinho	99
Maracá	35	
Arraia	08	
TRUMAI / Isolada	Boa Esperança	37
	Terra Nova	42
	Steinen	18
	Cristalina	15
SUIÁ / Jê	Ngoiwere	190
	Rapozão	27
	Beira Rio	14
	Ngossoko	44
JURUNA / Tupi	Tuba-tuba	149
	Parquissamba	48
	Pequizal	31
WAURÁ / Arawak	Aruak	45
KAMAIURÁ / Tupi	Morena	96
IKPENG / Karibe	Moigu	225
	Ronuro	25
IKPENG	* Polo Pavuru	113
KAIABI- SUIÁ – JURUNA	** Polo Diaurun	307
SUIÁ	*** Polo Wawi	4
TOTAL : 07 etnias	31 aldeias / 03 polos-base	2299

Fonte: Dados da UNIFESP, 2006.

Mesmo contando com a grande experiência acumulada durante os quarenta anos do programa de saúde da UNIFESP no Parque Indígena do Xingu, as instituições parceiras (Colgate® e FORP-USP) identificaram desde o início da ação conjunta a necessidade de conhecer o território onde iriam atuar, o que implicou um processo de apropriação do espaço local e das relações da população, levando em consideração dados como perfil demográfico e epidemiológico, contexto histórico e cultural, reconhecimento das lideranças locais e outros aspectos considerados relevantes para a intervenção no processo saúde-doença.

A seguir, as instituições desencadearam processos de mudança das práticas de saúde bucal, tornando-as mais adequadas aos problemas da realidade local.

Com a parceria firmada entre Colgate® e UNIFESP, em 2003, o projeto Colgate Nativo se propôs desde seu início à redução da prevalência das doenças bucais e ao aumento da porcentagem de crianças de cinco a catorze anos com boas condições de saúde bucal, mediante o desenvolvimento de programas educativo-preventivos para a população, agentes indígenas de saúde e distribuição de insumos para higiene bucal (creme, escova e fio dental).

Na proposta inicial a atuação se dava em cinco aldeias: Waurá, Moigu, Tuiararé, Ngoiwere e Tuba-Tuba. No entanto, com a impossibilidade de continuar o projeto na aldeia Waurá, devido ao encerramento do convênio UNIFESP/FUNASA na área de abrangência do Alto Xingu, em 2004, a área de atuação do projeto foi redefinida para o Médio e Baixo Xingu.

Assim, foram criados núcleos de atuação que abrangem não apenas uma aldeia, mas um grupo de aldeias próximas e afins. Desta forma, ao invés de quatro aldeias-alvo, passou-se a ter quatro núcleos de atuação, a saber: núcleo Kaiabi (aldeias Tuiararé, Capivara, Ilha Grande e Guarujá), núcleo Ikpeng (Posto Pavuru e Aldeia Moigu), núcleo Suiá (aldeias Ngoiwere, Ngosoko, Beira Rio e Raposo), núcleo Yudjá (aldeias Tuba-Tuba, Parque Samba e Pequizal).

A FORP-USP, em 2003, por convite feito pela UNIFESP, iniciou seu trabalho com o Projeto HUKA-KATU-USP<sup>7</sup>, contando com os recursos de logística e infraestrutura locais, disponibilizados pelas associações indígenas, FUNASA e UNIFESP, complementado com recursos próprios previstos em seu protocolo de intenções.

Desde o início, a FORP-USP apresentou a disposição de mobilizar recursos e apontar diretrizes para a inclusão das ações e equipes de saúde

bucal, visando à extensão e universalização da cobertura assistencial, rotinização da atenção preventivo-promocional, com vistas à alteração do perfil dos problemas de saúde/doença dos povos da área abrangência do DSEI – Xingu.

Definindo a aldeia como local preferencial de realização das atividades acadêmicas de saúde bucal, desenvolve quatro entradas por ano, com duração aproximada de vinte dias, cobrindo em média cinco aldeias por entrada. As ações expressam os princípios e diretrizes do SUS, da política Nacional de Saúde Bucal e das diretrizes curriculares para os cursos de saúde e apresentam as seguintes características operacionais: integralidade da assistência prestada à população no âmbito da atenção básica, com articulação da rede de comunicação entre os níveis de atenção; oferta de serviços de média e alta complexidade do SUS; humanização do atendimento e capacitação dos profissionais para trabalhar no contexto intercultural; abordagem multiprofissional; estímulo às ações de promoção de saúde, articulação intersectorial, participação e controle social e acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

Com a grande repercussão e boa avaliação feita pelas comunidades atendidas, no primeiro ano de sua atuação, a FORP-USP firmou, em outubro de 2004, a convite da FUNASA, convênio com o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI – Xingu). E incluiu no seu novo currículo escolar o estágio optativo, que procura proporcionar aos estudantes o contato o mais cedo possível com a realidade social e serviços de saúde, a partir da observação e pelo desenvolvimento de atividades que dão condições ao estudante de superar a dicotomia entre estudo e trabalho.

Ressaltamos que, ao realizar esta atividade acadêmica, os estudantes são levados até a realidade da população assistida, aproximando-os do contexto sociocultural, o que permite a modificação da visão mecanicista e reducionista da natureza humana para uma concepção holística da vida. Esta experiência prática de ensino-aprendizagem tem permitido uma ampliação do referencial social e cultural do processo saúde-doença e suas implicações na prática odontológica.

### **Processos e perspectivas**

São vários os produtos destas parcerias, sendo um dos principais a formação de recursos humanos na saúde indígena, com o entendimento de que a efetivação das ações da atenção básica



depende fundamentalmente de uma sólida política de educação permanente e capaz de produzir profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político em saúde.

Assegurar o acesso dos povos indígenas às ações dos povos indígenas no DSEI-Xingu tem sido uma preocupação constante, respeitando e valorizando suas práticas tradicionais, além de respeitar os limites da ética profissional. Em quatro anos, o programa de saúde bucal alcançou as seguintes metas:

- . propiciou a incorporação de procedimentos coletivos e individuais em locais onde não há consultórios odontológicos;

- . adequou à prática de controle de infecção intrabucal nas aldeias;

- . propiciou uma ação integrada com as áreas da saúde e a utilização de diversos espaços sociais para o desenvolvimento de ações coletivas de saúde bucal;

- . consolidou a prática efetiva de discussão local com a população indígena sobre as ações desenvolvidas;

- . utilizou a epidemiologia como instrumento organizador da atenção;

- . atuou em plena consonância com os AIS (agente indígena de saúde), buscando a melhoria da qualidade e do acesso às atividades em saúde bucal;

- . organizou a demanda assistencial a partir do levantamento de necessidades (programação).

Quanto à avaliação em saúde, por ser um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, deve ser contínua e sistemática e sua temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não deve ser exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Por esta razão, a avaliação é desenvolvida constantemente de forma a permitir a negociação e pactuação entre sujeitos que partilham responsabilidades<sup>8</sup>.

Na prática, as informações epidemiológicas são sempre difíceis de serem dimensionadas para os povos indígenas (que figuram como denominador do indicador), pois, via de regra, são de baixa população, o que faz com que pequenas variações no denominador impliquem alterações do indicador e dificultem sua interpretação. Em resposta a esse desafio, as parceiras estão mobilizadas para a tabulação dos resultados do le-

vantamento epidemiológico das condições de saúde bucal no DSEI-Xingu, mesmo considerando que o quadro epidemiológico dos povos indígenas é marcado por uma escassez de dados que tende a inviabilizar o conhecimento de um perfil epidemiológico amplo e robusto. O senso comum é o de que os impactos decorrentes do contato com a sociedade nacional, sobretudo nas formas de subsistência, envolvendo mudanças na dieta com a entrada de alimentos industrializados e do açúcar refinado, repercutem negativamente na saúde bucal. Finalmente, de nossa parte, é de se esperar que o conhecimento do quadro epidemiológico contribua com o esforço nacional voltado para o estudo das condições de saúde dos povos indígenas e para criação e manutenção de uma base eletrônica de dados relativa aos principais problemas, contribuindo inclusive para a estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal.

Para a ampliação das ações em desenvolvimento, as instituições parceiras têm incorporado constantemente tecnologias de elevada complexidade (baixa densidade), no intuito de atender aos problemas de saúde de maior frequência e relevância em sua área de ação, tendo como orientação os princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Concordamos com Douglas Rodrigues<sup>9</sup> quanto à possibilidade de utilização dos indicadores de saúde clássicos comparados no tempo e no espaço, ao lado de indicadores elaborados especialmente, contemplando as características e especificidades de cada projeto, não havendo oposição entre indicadores clássicos da saúde pública, indicadores específicos de cada projeto, organização ou contextos específicos e indicadores relativos às concepções, ideários e perspectivas coletivas.

As parceiras têm se empenhado na obtenção de alguns indicadores de saúde bucal definidos por representação numérica e que consideram a observação de determinados eventos (atividades realizadas, ocorrência de doenças) (Quadro 2).

As informações permitem o conhecimento (quantitativo ou qualitativo) de uma determinada situação, com o propósito de tomar decisões e agir, com o objetivo de transformar a realidade compreendida no espaço indicado. Passariam a ser ferramentas importantes para avaliação da gestão, para a aferição da eficiência e da eficácia de intervenções de projetos de modificação da realidade no setor saúde.

**Quadro 2.** Evolução dos indicadores de saúde bucal no DSEI-Xingu, 2004, 2005, 2006.

Indicadores	Descrição	2004	2005	2006
Acesso	Exames clínicos / população total da área x 100	61,05%	89,57%	117,54%
Controle doença cárie e doença periodontal	Indivíduos com 1ª fase de tratamento concluído* / população total da área x 100	24,39%	41,97%	38,33%
Relação restaurações/extrações	Total restaurações /total de extrações	2,31	5,08	5,12
Capacitação AIS	Total de AISB participantes dos cursos/total de AISB x 100	-	87,59%	100%
Promoção de saúde	Total de participantes dos eventos de educação / população total da área x 100	-	44,40%	39,71%
Ações coletivas	Total de participantes da escovação supervisionada e ATF / população total da área x 100	-	95,48%	163,85%

\* Adequação do meio bucal.

Já no tratamento reabilitador, desenvolvido no período a que se refere o artigo, foram confeccionadas um total de 313 próteses reabilitadoras (PT-PPR) com 171 pessoas beneficiadas, de um total de 1.150 indivíduos com mais de quinze anos de idade, correspondendo aproximadamente a 70% da população que necessita de próteses reabilitadoras.

Pela observação dos indicadores, já se torna perceptível a assimilação das comunidades indígenas ao recente modelo de atenção básica à saúde bucal, que a cada dia está sendo adaptado à cultura, à tradição e às singularidades desses povos indígenas.

As parcerias possibilitaram a horizontalização das ações de saúde bucal e a sua integração com outras áreas da saúde. A integralidade na atenção não se limitou ao simples atendimento à demanda espontânea, mas desenvolveu meios de sensibilizar no indivíduo a importância das ações coletivas de ampla resolução. Nesta prática, foram envolvidos estudantes das instituições conveniadas, profissionais de saúde, agentes indígenas de saúde e, até mesmo, professores que atuam nas comunidades indígenas e lideranças locais.

O modelo de atenção não introduziu apenas novas tecnologias para o tratamento da doença cárie e da doença periodontal, mas sim uma nova filosofia e conceitos: as ações de promoção de saúde são descentralizadas e multiplicativas, uma vez que são compartilhadas com agentes indígenas de saúde, professores, pajés, pais e outros, sob a responsabilidade e a orientação da equipe. Nossa principal ponte de ligação, em razão da linguagem, abordagem e convivência são os agentes indígenas de saúde bucal, que são pessoas da comunidade.

As ações coletivas e individuais promoveram a interação dos comunitários com as equipes de saúde bucal através de reuniões, palestras, oficinas de avaliação dos serviços de saúde, atenção individualizada, distribuição de escovas e dentifrícios, práticas de escovação e capacitação dos agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saúde bucal (AISB), que são os pilares do processo de educação continuada nas comunidades.

A formação dos indígenas para o trabalho em saúde foi estratégia fundamental para a construção do DESI-Xingu, pois teve como princípios a aprendizagem em serviço, dentro da realidade do

território indígena, e a concepção de prática sanitária baseada no modelo da vigilância da saúde<sup>10</sup>.

E, na construção do modelo, por ser processo social, esta situação é única, singular, histórica, não passível de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta, uma vez que os elementos e dimensões de cada

um desses processos apresentam contradições, geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos.

Por isto, a saúde bucal das populações xinguanas “não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta”<sup>11</sup>.

## Colaboradores

PL Lemos, LB Hirooka, SAC Nunes, R Arantes, SF Mestriner e W Mestriner Jr participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica n. 17: Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Mendes EV. Distrito Sanitário: **O processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
3. Baruzzi RG, Junqueira C. **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Terra Virgem; 2005.
4. Brasil. Decreto nº 51.084, de 31 de julho de 1961. Regulamenta o Decreto nº 50.455, de 14 de abril de 1961, que criou o Parque Nacional de Xingu, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1961; 8 ago.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Instituto Socioambiental. Enciclopédia. Parque Indígena do Xingu [Mapa] 2002. [site da Internet] [acessado 2007 ago 16]. Disponível em: <http://www.socioambiental.org/pib/epi/xingu/parque.shtm>
7. Oliveira C, Pacagnella RC, Chiarello MGM, Bregagnolo JC, Watanabe MGC, Mestriner JW. “Projeto Huka Katu: a FORP – USP no Parque Indígena do Xingu”. **Rev ABENO** 2005; 5(2):135-139.
8. Brasil. Ministério da Saúde. DATAUnB – Pesquisas Sociais Aplicadas. Centro de Pesquisas sobre Opinião Pública da Universidade de Brasília. Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS. [site da Internet] 2006 [acessado 2007 jun 30]; [cerca de 16 p.]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo\\_do\\_projeto\\_satisfacao\\_usuarios\\_sus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_do_projeto_satisfacao_usuarios_sus.pdf)
9. Rodrigues D. Indicadores de Saúde: uso em populações indígenas. In: **Fórum de ONGs. Associação Saúde sem Limites e a Health Unlimited**, 2003; São Paulo.
10. Teixeira C, Paim J, Villasboas AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Inf epidemiol SUS** 1998; 7(2):7-28.
11. Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA, organizadores. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 346-362.

Artigo apresentado em 19/05/2007

Aprovado em 14/12/2007