



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

DIANA LEITE BATISTA

**OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NAS COMUNIDADES INDÍGENAS  
DE ABRANGÊNCIA DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LITORAL  
SUL NO ANO 2023**

Porto Alegre  
2024

DIANA LEITE BATISTA

**OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NAS COMUNIDADES INDÍGENAS  
DE ABRANGÊNCIA DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LITORAL  
SUL NO ANO 2023**

Trabalho de conclusão de especialização apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Caprio Leite de Castro

Porto Alegre

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Batista, Diana Leite  
OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NAS COMUNIDADES  
INDÍGENAS DE ABRANGÊNCIA DO DISTRITO SANITÁRIO  
ESPECIAL INDÍGENA LITORAL SUL NO ANO 2023 / Diana  
Leite Batista. -- 2024.  
59 f.  
Orientador: Rodrigo Caprio Leite de Castro.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Medicina, Saúde Pública, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Saúde Indígena. 2. Saúde Bucal. 3. Povos  
indígenas. I. Castro, Rodrigo Caprio Leite de, orient.  
II. Título.

DIANA LEITE BATISTA

OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE  
ABRANGÊNCIA DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LITORAL SUL  
NO ANO 2023

Trabalho de conclusão de especialização apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: 13/09/2024

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Roger Santos Rosa  
UFRGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roberta Alvarenga Reis  
UFRGS

---

Prof. Dr. Rodrigo Caprio Leite de Castro  
UFRGS

*“Não sabendo que era impossível, foi lá e fez.”*

*(Jean Cocteau)*

## AGRADECIMENTOS

*Aos meus professores,  
que me ofertaram o que há de mais valioso, o conhecimento.*

*À minha família,  
que me ensinou a ver beleza em cada ser no mundo.*

## RESUMO

A saúde dos povos indígenas no Brasil foi consideravelmente influenciada por mudanças sociais, econômicas e ambientais resultantes do período colonial. Desde o período colonial, houve uma redução significativa na população indígena, acompanhada de uma assistência em saúde inicialmente emergencial. A partir de 1950, o Ministério da Saúde começou a oferecer serviços de atenção à saúde indígena, culminando na criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) em 1991. O DSEI Litoral Sul, um dos 34 DSEIs existentes, presta assistência às comunidades indígenas dos estados do Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro, garantindo o acesso à serviços de saúde para os povos aldeados localizados nessas regiões. Com o intuito de caracterizar essa população e a oferta dos serviços de saúde bucal no DSEI Litoral Sul, foi realizado um estudo descritivo retrospectivo com análise dos dados secundários do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) referente às consultas odontológicas de janeiro a dezembro de 2023. Os dados incluíram variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, etnia, e participação no Programa Bolsa Família, além de informações sobre cobertura de serviços odontológicos, pré-natal odontológico, tratamentos concluídos e referências para atenção de média e alta complexidade. O estudo revelou desigualdade na distribuição de profissionais de saúde, e apesar da infraestrutura de atendimento existente em algumas localidades, o acesso a serviços odontológicos ainda é limitado, com apenas metade da população usufruindo desses serviços. A inclusão de ações educativas e preventivas, junto ao fortalecimento das políticas públicas, é fundamental para superar os desafios históricos e garantir uma assistência odontológica adequada e contínua para essas populações.

Unitermos do DeCS: Povos Indígenas; Saúde Indígena; Saúde Bucal.

## ABSTRACT

The health of Indigenous peoples in Brazil has been significantly influenced by social, economic, and environmental changes resulting from the colonial period. Since then, there has been a marked reduction in the Indigenous population, accompanied by initial emergency health care assistance. In 1950, the Ministry of Health began providing health services to Indigenous populations, culminating in the establishment of the Special Indigenous Health Districts (DSEIs) in 1991. DSEI Litoral Sul, one of the 34 existing DSEIs, provides healthcare services to Indigenous communities in the states of Paraná, São Paulo, and Rio de Janeiro, ensuring access to health services for Indigenous populations in these regions. Aiming to characterize this population and the provision of oral health services within DSEI Litoral Sul, a descriptive retrospective study was conducted, analyzing secondary data from the Indigenous Health Care Information System (SIASI) concerning dental consultations from January to December 2023. The data included sociodemographic variables such as gender, age, ethnicity, and participation in the Bolsa Família Program, as well as information on dental service coverage, prenatal dental care, completed treatments, and referrals to medium and high-complexity care. The study revealed inequalities in the distribution of healthcare professionals, and despite the existing infrastructure in some areas, access to dental services remains limited, with only half of the population benefiting from these services. The inclusion of educational and preventive actions, alongside the strengthening of public policies, is essential to overcome historical challenges and ensure adequate and continuous dental care for these populations.

DeCS Keywords: Indigenous Peoples; Indigenous Health; Oral Health.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Distribuição dos Distritos Sanitários Indígenas no Brasil. ....	14
Figura 2. Localização e delimitação do Distrito Especial Indígena Litoral Sul. ....	16
Figura 3. Localização e abrangência Distrito Especial Indígena Litoral Sul nos estados brasileiros do Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro. ....	16
Figura 4. Distribuição de unidades básicas de saúde indígena. ....	37
Gráfico 1. Percentual da população de acordo com o nível de escolaridade. ....	36
Gráfico 2. Proporção entre população e quantidade de atendimentos realizados. ...	46
Gráfico 3. Percentual de referências realizadas de acordo com a especialidade no DSEI LSUL. ....	47
Gráfico 4. Percentual de referências realizadas de acordo com a especialidade no DSEI LSUL. ....	49
Gráfico 5. Percentual das referências realizadas de acordo com o Polo Base. ....	49
Gráfico 6. Percentual das referências realizadas de acordo com o Polo Base. ....	50

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Demonstrativo da população por Polo Base do DSEI LSUL .....	34
Tabela 2. Quantitativo e subtipos de unidades de saúde.....	37
Tabela 3. Distribuição das unidades por UF, Polo Base, município, aldeia, população, existência de UBSI e se sim, o subtipo. ....	38
Tabela 4. População assistida por profissional dentista.....	43
Tabela 5. Quantitativo de Cobertura de 1ª Consulta Programática.....	44
Tabela 6. Quantitativo de 1ª Consulta Programática com tratamento básico odontológico concluído.....	45
Tabela 7. Quantitativo de atendimentos efetuados por cirurgiões dentistas. ....	46

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CASAI - Casa de Saúde Indígena.

DSEI - Distrito Sanitário Especiais Indígenas.

DSEI LSUL - Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul

EMSI - Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.

PB - Polo Base

PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

SasiSUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena.

SESANI - Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena

SIASI - Sistema de Informação à Atenção indígena

SPI - Serviço de Proteção aos Índios

UBSI - Unidade Básica de Saúde Indígena.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
1.1	DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	17
1.2	JUSTIFICATIVA .....	17
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>31</b>
4.1	LOCAL DO ESTUDO:.....	31
4.2	DELINEAMENTO: .....	31
4.3	POPULAÇÃO DE PESQUISA E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	31
4.4	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....	31
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>32</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO .....	32
5.2	INFRAESTRUTURA DE SAÚDE: .....	37
5.3	A ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NO DSEI LITORAL SUL .....	42
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os povos indígenas apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país.<sup>12</sup>

No período da chegada dos colonizadores portugueses ao Brasil, estima-se que existiam pouco menos de 1 milhão até 3 a 5 milhões de indígenas no país. Esse quantitativo caiu rapidamente durante o período colonial, chegando entre 500 e 800 mil em 1822 e 300 mil em 1900, atingindo seu quantitativo populacional mínimo na década de 50, na qual os dados populacionais registrados chegam a menos que 100 mil habitantes.<sup>16</sup>

Durante esse período, a assistência em saúde dos povos originários era realizada apenas de forma emergencial, através do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI), vinculado ao Ministério da Agricultura, tendo envolvimento do Ministério da Saúde apenas da década de 50, com o oferecimento do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), que ofertavam serviços de atendimento odontológico, vacinação, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, o SPI foi extinto e foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), através do Decreto Lei nº 5.371, vinculada ao Ministério da Justiça, que atuou até 1999. O modelo de atenção das SUSA permaneceu em vigor com as Equipes Volantes de Saúde, mantendo-se um perfil curativo e emergencial da atenção em saúde. Menedez enfatiza o reconhecimento da existência de diferentes formas de atenção na nossa sociedade, sendo que, nas análises das políticas de saúde no Brasil, as iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Ou ainda pior, negavam a existência dessa pluralidade da assistência.<sup>19</sup>

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena - tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência

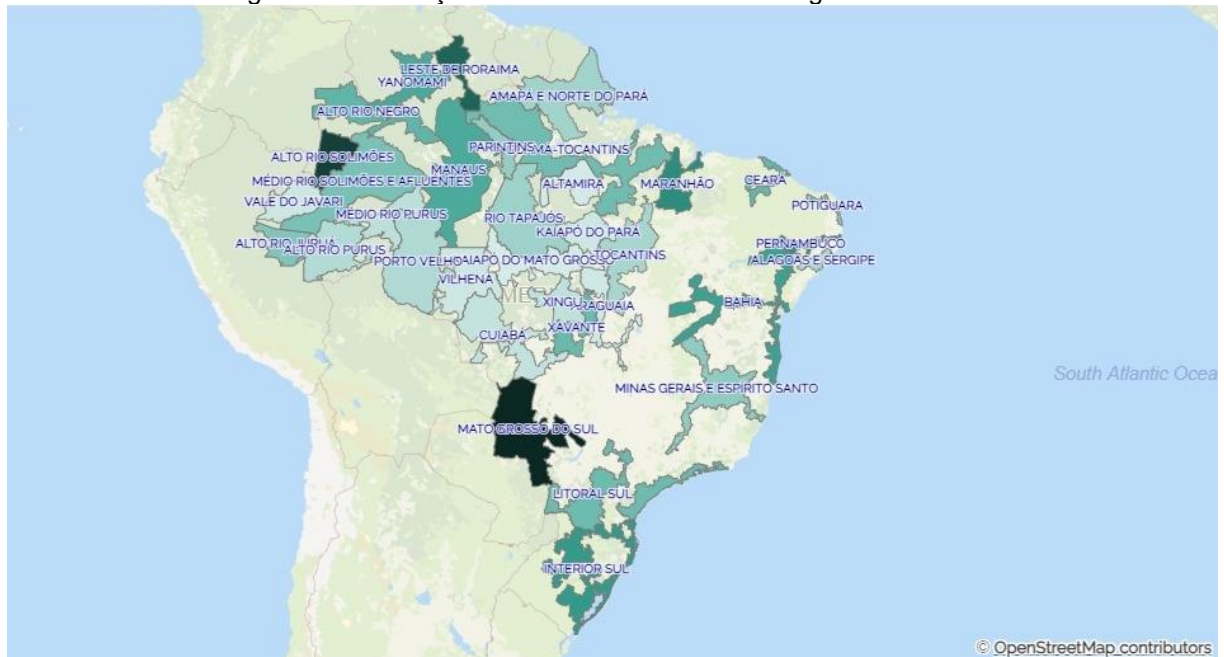
privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transfere para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde. E em 1999, através da Lei nº 9.836, é estabelecido o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A criação dos DSEIs teve como objetivo garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI) objetifica o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado - que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.<sup>11</sup>

A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas passa a levar em consideração, dentre alguns fatores, a população, a área geográfica, o perfil epidemiológico, a acessibilidade aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS, as relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

Figura 1. Distribuição dos Distritos Sanitários Indígenas no Brasil.



Fonte: Brasil, 2024<sup>9</sup>

As equipes de profissionais passam a ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários, dando surgimento às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), atuantes nas Unidades Básicas de Saúde Indígena e Pólos-Base. Cada Pólo-Base tem responsabilidade sobre um conjunto de aldeias localizadas em sua área de abrangência.

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, passam a ser definidos procedimentos de referência, contrarreferência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço. Devem ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde.

Tais serviços sendo de responsabilidade das Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das

Casas do Índio. Que, além de alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso, são adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.<sup>11</sup>

A assistência à saúde prestada passa a assumir como princípios o respeito pelos seus sistemas tradicionais e o reconhecimento da sua diversidade social e cultural.

Em 1999, por meio do Decreto Lei nº. 3.156, de 27/9/1999, a Fundação Nacional de Saúde assume a responsabilidade pelos cuidados e atendimentos aos povos indígenas, permanecendo até 2010, quando finalmente é criada a Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI), através do Decreto 7.336, passando definitivamente a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde. Essa mudança iniciou uma nova etapa na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e na relação entre o Estado e esses povos.<sup>4,15</sup>

Com mais de 22 mil profissionais de saúde, sendo 52% indígenas, a SESAI é responsável pela promoção da atenção primária à saúde e ações de saneamento, de maneira participativa e diferenciada, respeitando as especificidades epidemiológicas e socioculturais desses povos.<sup>7</sup>

Atualmente, a população autodeclarada indígena no Brasil é de 1.694.836 habitantes, sendo 796.654 desses habitantes pertencentes ao Subsistema de Atenção Indígena. A responsabilidade pela assistência dessa parcela da população de abrangência do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, atualmente, está dividida entre os 34 Distritos Sanitários de Saúde Indígena. São mais de 6 mil comunidades indígenas localizadas em 24 estados brasileiros.<sup>5, 9</sup>

Localizado na região sul e sudeste do Brasil, o DSEI Litoral Sul atende a diversas comunidades indígenas, garantindo o acesso a serviços de saúde que considerem suas especificidades culturais, sociais e territoriais, coordenando e executando





## 1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Nos últimos anos, tem havido um crescente interesse em melhorar o acesso e a qualidade dos serviços odontológicos prestados à população indígena no Brasil. Diversos estudos têm destacado a importância da saúde bucal para a saúde geral e bem-estar dessas comunidades, bem como os desafios enfrentados na oferta de cuidados adequados.

Um dos principais desafios identificados é a distribuição desigual de profissionais nas regiões onde vivem as comunidades indígenas.<sup>20</sup> Isso resulta em dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, especialmente em áreas remotas e de difícil acesso. Além disso, a falta de estrutura adequada nos postos de saúde e a carência de materiais e equipamentos odontológicos são outras questões que impactam a prestação de serviços de saúde bucal para a população indígena.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Um grande fator contribuinte para com os efeitos deletérios à saúde bucal da população indígena é a mudança na dieta alimentar desses indivíduos, associado ao contato recente e inicialmente deficiente em assistência em saúde de maneira não só terapêutica, mas também preventiva e de promoção, respeitando as especificidades dessas populações. As populações indígenas em todo o mundo apresentam geralmente um contexto de desvantagem social e econômica em relação aos seus congêneres não indígenas, com efeitos no seu estado de saúde. A disparidade em saúde bucal entre indígenas e não indígenas é relatada em alguns estudos, ficando as populações indígenas em suscetibilidade de diversas doenças, dentre elas a doença cárie.<sup>2,23,26</sup>

Na literatura, por muitos anos, a assistência em saúde bucal foi majoritariamente emergencial e curativa, por muitas vezes o profissional de saúde bucal atuando de forma volante e pontual no atendimento dessas populações. Com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e do Brasil Sorridente Indígena, profissionais de saúde bucal assumem papel indispensável nas equipes. Atualmente e, graças ao aprimoramento das políticas públicas, a realidade é distinta de anos atrás. Ainda assim, a assistência odontológica em saúde indígena ainda está longe do ideal e sofre

das consequências históricas apresentadas neste estudo. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo caracterizar a oferta de serviços de saúde bucal nas comunidades indígenas de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul no 2023.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Caracterizar a oferta e demanda dos serviços de saúde bucal nas comunidades indígenas de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul no ano 2023.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a. Descrição da Infraestrutura de Saúde: Levantar dados sobre o número de Polo Bases, Unidades Básicas de Saúde Indígenas e profissionais de saúde bucal atuantes no território abrangido pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul durante o ano de 2023.
- b. Caracterização Demográfica da População: Analisar as características demográficas da população, incluindo número de habitantes, faixa etária, etnia, sexo, bem como distinguir entre população indígena e não indígena no território do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul no ano de 2023.
- c. Análise do Perfil Epidemiológico da Cárie Dentária: Investigar o perfil epidemiológico relacionado à doença cárie dentária na população adscrita.
- d. Avaliação da Cobertura Odontológica: Avaliar a oferta por serviços de saúde bucal, incluindo número de atendimentos, procedimentos realizados, atividades de educação em saúde, tratamentos básicos odontológicos concluídos, e calcular a cobertura odontológica no território do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul durante o ano de 2023.
- e. Descrição das Referências Realizadas: Detalhar o número e tipo de referências realizadas por profissionais de saúde bucal no território do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul durante o ano de 2023.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Foi realizada pesquisa na base de dados PubMed, Scielo, Lilacs, Cochrane, com as palavras-chave Health of Indigenous Peoples; Oral Health; Brazil. Além disso procedeu-se uma pesquisa na plataforma Sabi+ da UFRGS chegando-se a anais e plataformas do Governo Federal. Foram selecionados, após a leitura de todos os título

e resumos, 27 publicações que abordavam a temática da pesquisa nos idiomas português, inglês e espanhol e classificadas no quadro a seguir.

Quadro 1. Identificação dos artigos inseridos na revisão de literatura segundo referência teórica, objetivo do estudo, metodologia e principais resultados.

Referência teórica	Objetivo do estudo	Metodologia	Principais resultados	Observações
<b>ALVES FILHO, P. Determinantes sociais e iniquidades em saúde bucal indígena: uma coorte com os índios Guarani no Estado do Rio de Janeiro. 2012. 167 f. Tese (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em <a href="https://api.saudeindigena.icict.fiocruz.br/api/core/bitstreams/c3820c26-36f2-44d9-ab05-681016ecfa58/content">https://api.saudeindigena.icict.fiocruz.br/api/core/bitstreams/c3820c26-36f2-44d9-ab05-681016ecfa58/content</a>. Acesso em 11 de fev de 2024.</b>	Investigar os determinantes sociais e as iniquidades na saúde bucal da população indígena Guarani no Estado do Rio de Janeiro.	Abordagem qualitativa e quantitativa, utilizando métodos de coleta de dados como entrevistas, observações e exames clínicos.	Falta de acesso regular a serviços odontológicos, a precariedade das condições de saúde nas aldeias, a escassez de profissionais qualificados e a inadequação de materiais e equipamentos odontológicos, altas taxas de prevalência de cárie e doenças periodontais.entr e os indígenas Guarani	As conclusões do estudo destacaram a importância de abordagens integradas que considerem os determinantes sociais da saúde e respeitem as especificidades culturais das populações indígenas no planejamento e execução de ações voltadas para a melhoria da saúde bucal.
<b>ARANTES, R.; FRAZÃO, P. Income as a Protective Factor for Dental Caries among Indigenous People from Central Brazil. J Health Care Poor Underserved, v. 27, n. 1A, p. 81-89, 2016. DOI: 10.1353/hpu.2016.0043. PMID: 27763432.</b>	Relação entre a renda e a prevalência de cárie dentária entre a população indígena da região central do Brasil.	Estudo quantitativo, com coleta de dados através de exames clínicos e questionários,	Indivíduos de famílias com maior poder aquisitivo apresentavam menor prevalência de cárie em comparação com aqueles de famílias com menor renda.	O estudo ressaltou a necessidade de políticas públicas e estratégias de intervenção que visem reduzir as desigualdades socioeconômicas em saúde bucal e garantir o acesso equitativo a serviços odontológicos de qualidade para a população indígena, contribuindo assim para a melhoria das

				condições de saúde oral e o bem-estar dessas comunidades.
<b>BALDISSEROTT O, J.; FERREIRA, A. M.; WARMLING, C. M. Condições de saúde bucal da população indígena guarani moradora no Sul do Brasil. Cadernos Saúde Coletiva, v. 27, n. 4, p. 468–475, 2019. DOI: 10.1590/1414-462X201900040354.</b>	Analisar as condições de saúde bucal da população indígena Guarani residente no Sul do Brasil.	Estudo transversal; inquérito.	A população indígena guarani da região Sul do Brasil apresentou alguns indicadores de saúde bucal melhores do que os relatados no inquérito epidemiológico de saúde bucal de 2010, exceto para para doença periodontal. Ainda assim uma prevalência significativa de cárie dentária e doenças periodontais.	O CPOD médio em diferentes idades foi menor no povo guarani do que na população em geral. O acesso a itens de higiene bucal e a serviços de saúde pode explicar alguns desses resultados.
<b>BERTANHA, W. F. F. et al. Atenção À Saúde Bucal Nas Comunidades Indígenas: Evolução E Desafios – Uma Revisão De Literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 16, n. 1, p. 105–112, 2011. Disponível em: <a href="https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/arti">https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/arti</a></b>	Apontar os aspectos relativos à atenção à saúde bucal nas comunidades indígenas, identificando os principais desafios enfrentados e as transformações ocorridas ao longo do tempo.	Revisão de literatura	Foi observada uma evolução nas políticas e ações voltadas para a saúde bucal indígena, com avanços na inclusão de práticas culturais e na promoção da participação comunitária. No entanto, foram identificados desafios persistentes, como a falta de infraestrutura adequada, a escassez de profissionais	Torna-se importante que o profissional adquira competência cultural, transcendendo os limites de um modelo assistencialista com foco no indivíduo, privilegiando a prevenção com o olhar voltado à coletividade, respeitando e valorizando os aspectos sociais e culturais dos povos indígenas

<p>cle/view/10116. Acesso em: 12 fev. 2024.</p>			<p>qualificados, as barreiras de acesso aos serviços de saúde e a necessidade de políticas mais abrangentes e eficazes para atender às demandas específicas dessas populações.</p>	
<p><b>BRASIL.</b> <b>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).</b> <b>Panorama - Indicadores Sociais.</b> Disponível em: &lt;<a href="https://censo2022.ibge.gov.br/p-anorama/indicadores.html?localidade=N2[4]">https://censo2022.ibge.gov.br/p-anorama/indicadores.html?localidade=N2[4]</a>&gt;. Acesso em: 11 de fevereiro de 2024.</p>				
<p><b>BRASIL.</b> <b>Ministério da Saúde. Anexo XIII - Relatório Situacional Litoral Sul, p. 15. 2023. Disponível em:</b> <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/chamamentos-publicos/2023/camamento-publico-sesais-no-2-2023/anexo-xiii-relatorio-">https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/chamamentos-publicos/2023/camamento-publico-sesais-no-2-2023/anexo-xiii-relatorio-</a></p>	<p>Fornecer uma análise detalhada da situação de saúde e das condições de atendimento às populações indígenas sob responsabilidade do DSEI Litoral Sul.</p>	<p>Coleta de dados quantitativos e qualitativos.</p>	<p>Descrição detalhada da situação de saúde das populações indígenas sob responsabilidade do DSEI Litoral Sul, com informações sobre as condições de atendimento e acesso aos serviços de saúde, a prevalência de determinadas doenças, as práticas de cuidado e as</p>	

<p>situacional-litoral-sul.pdf. Acesso em: 24 de fevereiro de 2024.</p>			<p>necessidades identificadas.</p>	
<p><b>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Disponível em: <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai">https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai</a>. Acesso em: nov. de 2021</b></p>				
<p><b>BRASIL. Painel de atendimentos SESAI. Disponível em: <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai">https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai</a>. Acesso em 11 fev. 2024.</b></p>	<p>Quantificar, no âmbito da SESAI, atendimentos realizados nos anos 2001, 2002 e 2023.</p>	<p>Quantitativa</p>		<p>Dado quantitativo a ser utilizado de referência para esse estudo apenas do ano 2023.</p>
<p><b>BRASIL. Painel população indígena SESAI. Disponível em: <a href="https://infos.saude.gov.br/extensions/sesai_pop_indigena/sesai_pop_indigena.html">https://infos.saude.gov.br/extensions/sesai_pop_indigena/sesai_pop_indigena.html</a>. Acesso em 11 fev. 2024.</b></p>	<p>Dados demográficos da população indígena de jurisdição da SESAI até 29 de janeiro de 2024.</p>	<p>Quantitativa</p>		
<p><b>BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 254,</b></p>	<p>Estabelecer diretrizes para a promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento adequado das populações indígenas do Brasil.</p>	<p>Coleta de dados, inquéritos, revisão de literatura.</p>	<p>Sistematização de diretrizes para a prática da saúde indígena; definição de estratégias para a organização e oferta de serviços de saúde adaptados às necessidades</p>	



<p>de 31 de janeiro de 2002. Disponível em: <a href="https://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf">https://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf</a>. Acesso em: 02 fev. 2024.</p>			<p>das comunidades indígenas.</p>	
<p>CARDOSO, A. M. et al. Políticas públicas de saúde para os povos indígenas. In: GIOVANELLA, L. et al. (Eds.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 911-932. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.7476/9788575413494.0033">https://doi.org/10.7476/9788575413494.0033</a>. Acesso em: 11 fev. 2024.</p>	<p>Avaliar a efetividade das políticas existentes, identificar lacunas e desafios na atenção à saúde indígena, e propor recomendações para aprimorar a promoção da saúde e o acesso equitativo aos serviços de saúde para essas populações.</p>	<p>Revisão de literatura.</p>	<p>Importância de fortalecer a atenção à saúde indígena, promover a autonomia e participação das comunidades, assegurar o respeito às tradições e saberes indígenas, e garantir a efetivação do direito à saúde para os povos originários, contribuindo assim para o desenvolvimento de políticas mais eficazes e inclusivas nessa área.</p>	
<p>DANTAS, E. L. et al. Acesso à odontologia indígena no Brasil: desafios e perspectivas. Revista de Saúde Indígena, v. 7, n. 2, p. 45-56, 2020.</p>	<p>Principais desafios enfrentados no acesso à odontologia nesse contexto.</p>	<p>Revisão de literatura.</p>	<p>Escassez de profissionais qualificados, falta de estrutura e insumos nas unidades de saúde e barreiras geográficas e socioeconômicas.</p>	
<p>DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. Univ. Humanist., Bogotá, n. 80, p. 213-236, dez. 2015. Disponível em:</p>	<p>Mudanças e evoluções na forma como a atenção à saúde das populações indígenas é prestada no Brasil</p>	<p>Revisão de literatura.</p>	<p>Identificação de mudanças significativas na atenção à saúde indígena, incluindo avanços, retrocessos, resistências e adaptações no sistema de saúde em relação às demandas e necessidades</p>	

<p><a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0120-48072015000200009&amp;lng=en&amp;nrn=iso">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0120-48072015000200009&amp;lng=en&amp;nrn=iso</a>. Acesso em: 11 fev. 2024. <a href="https://doi.org/10.11144/Javeriana.UH80.tasi">https://doi.org/10.11144/Javeriana.UH80.tasi</a>.</p>			das populações indígenas	
<p><b>FERREIRA, L. B.; PORTILLO, J. A. C.; NASCIMENTO, W. F. A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Rev Tempus Actas Saúde Col, v. 7, n. 4, p. 83-95, 2013.</b></p>	<p>Investigar os motivos, as demandas, as justificativas e os desafios que levaram à criação de uma estrutura específica para a saúde indígena no âmbito do sistema de saúde brasileiro.</p>	<p>Revisão de literatura.</p>	<p>Descrição do contexto político, social e institucional que levou à criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena.</p>	
<p><b>KENNEDY, D.; PERZ, S. Who Are Brazil's Indígenas? Contributions of Census Data Analysis to Anthropological Demography of Indigenous Populations. Human Organization, v. 59, p. 311-324, 2000. DOI: 10.17730/humo.59.3.m7123363v260841w.</b></p>	<p>Analisar a população indígena do Brasil por meio de uma abordagem quantitativa.</p>	<p>Revisão de literatura, análise de dados</p>	<p>Caracterização da população indígena do Brasil com base em dados censitários.</p>	
<p><b>LEMOS, P. N. et al. Dental caries in peoples of Xingu Indigenous Park, Brazil, 2007 and 2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 27, n. 1, e20171725, mar. 2018. Disponível em: <a href="http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1679-49742018000100">http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1679-49742018000100</a></b></p>	<p>Descrever a prevalência de cárie e provisão de cuidados odontológicos na população do Parque Indígena do Xingu, Brasil, aos 5, 12 e 15-19 anos de idade, 2007 e 2013.</p>	<p>Estudos transversal, com dados secundários</p>	<p>A prevalência de cárie permaneceu elevada em crianças e reduziu-se em adolescentes (15-19 anos); a provisão de cuidados odontológicos decresceu.</p>	

<p>007&amp;lng=en&amp;nr m=iso. Acesso em: 11 fev. 2024. Epub Jan 11, 2018. <a href="http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100005">http://dx.doi.org/ 10.5123/s1679- 49742018000100 005.</a></p>				
<p><b>MAURICIO, H. A.; MOREIRA, R. S.</b> <b>Autopercepção da saúde bucal por indígenas: uma análise de classes latentes.</b> <i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i>, v. 25, n. 10, p. 3765–3772, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202510.26492018.</p>	<p>Verificar a associação do impacto autopercebido da saúde bucal na vida diária com aspectos sociodemográficos e de caracterização da saúde bucal entre indígenas de 10 a 14 anos da etnia Xukuru do Ororubá, Pesqueira – PE, Brasil.</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>O resultado apontado pode retratar uma percepção cultural dos indígenas de que a boa condição de saúde bucal não está vinculada a fatores estéticos ou a adoção de práticas preventivas, mas sim à ausência de experiência de dor e sofrimento, não sendo a busca pelo serviço odontológico necessária na ausência dessas características. Esse tipo de perfil precisa ser atentamente acompanhado pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) por conduzir os indígenas a buscar tardiamente a assistência odontológica e, dessa forma, reduzir suas oportunidades para detecção e tratamento precoces.</p>	<p>Aday e Forthofer verificaram que a busca por serviços de saúde entre distintos grupos sociais possui motivos diferentes: enquanto minorias étnico-raciais e grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o dentista por problemas de saúde bucal autopercebidos, indivíduos de cor branca e com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento.</p>
<p><b>MENÉNDEZ, E. L.</b> <b>Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y</b></p>	<p>Analisar modelos de atenção à saúde.</p>	<p>Revisão de literatura.</p>	<p>Possíveis estratégias para promover uma melhor integração e eficácia dos</p>	

<p>articulaciones prácticas. <i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i>, v. 8, n. 1, p. 185–207, 2003. DOI: 10.1590/S1413-81232003000100014</p>			<p>modelos de atenção.</p>	
<p><b>OLIVEIRA, L. M. et al. Políticas públicas de saúde bucal para populações indígenas no Brasil: uma análise crítica. <i>Revista de Odontologia Social</i>, v. 13, n. 1, p. 78-92, 2016.</b></p>	<p>Avaliação crítica das políticas públicas de saúde bucal direcionadas às populações indígenas no Brasil</p>	<p>Revisão de literatura.</p>	<p>Dificuldades de acesso aos serviços, desigualdades na distribuição de recursos, falta de integração entre a saúde bucal e a atenção primária.</p>	
<p><b>PONTES, A. L. M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. <i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i>, v. 20, n. 10, p. 3199–3210, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152010.18292014.</b></p>	<p>Analisar o modelo de atenção à saúde diferenciada implementado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com foco na região do Alto Rio Negro, no Amazonas, Brasil</p>	<p>Qualitativa (observação participante, entrevistas e análise documental).</p>	<p>Ao analisar a organização do subsistema a partir do trabalho dos AIS, não foi constatada a inclusão ou o reconhecimento das representações e das práticas indígenas de saúde e doença nas atividades ou nos registros do subsistema.</p>	
<p><b>ROCHA, D. F.; PORTO, M. F. S.; PACHECO, T. A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999-2014). <i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i>, v. 24, n. 2, p. 383-392, 2019.</b></p>	<p>Investigar as consequências dos impactos ambientais sobre a saúde das comunidades indígenas.</p>	<p>Revisão de literatura.</p>	<p>Identificação dos efeitos dos conflitos ambientais na saúde dos povos indígenas, a descrição das estratégias de luta e resistência adotadas pelas comunidades indígenas para proteger sua saúde.</p>	

<p><b>SCHUCH, H. S. et al. The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia. Community Dent Oral Epidemiol, v. 45, n. 5, p. 434-441, 2017. DOI: 10.1111/cdoe.12307.</b></p>	<p>Comparar a magnitude das desigualdades relativas em saúde bucal entre indígenas e não indígenas do Brasil, Nova Zelândia e Austrália.</p>	<p>Revisão de literatura; análise de dados.</p>	<p>Os povos indígenas têm uma saúde oral pior do que os seus homólogos não indígenas.</p>	
<p><b>SILVA, R. M. et al. Saúde bucal nas comunidades indígenas do Brasil: uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Saúde Coletiva, v. 25, n. 3, p. 321-336, 2018.</b></p>	<p>Situação da saúde bucal, as necessidades de cuidados odontológicos, os desafios enfrentados e as intervenções realizadas nas populações indígenas.</p>	<p>Revisão de literatura.</p>	<p>Principais condições de saúde bucal prevalentes, os fatores de risco associados, as práticas de cuidado e prevenção, os impactos das políticas de saúde bucal existentes e as necessidades não atendidas dessas comunidades.</p>	
<p><b>SOARES, G. H. et al. Household food insecurity, dental caries and oral-health-related quality of life in Brazilian Indigenous adults. Ciência &amp; Saúde Coletiva, v. 26, n. 4, p. 1489-1500, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021264.06472019.</b></p>	<p>Avaliar a prevalência e severidade da cárie, além dos fatores associados à necessidade de nutrição dentária entre adultos indígenas Kaingang</p>	<p>Estudo transversal; inquérito.</p>	<p>Indígenas adultos Kaingang apresentaram alta prevalência de cárie dentária e necessidades de tratamento não atendidas. Maior frequência de necessidade de extração dentária foi associada a diferenças regionais no acesso a cuidados bucais especializados, horário da última consulta odontológica e maior número de dentes cariados.</p>	<p>O desenvolvimento de políticas e ações destinadas a enfrentar os fatores estruturais associados à ocorrência de cáries e perda de dentes nas populações indígenas é fundamental, caso contrário, as desigualdades sociais e de saúde permanecerão praticamente inalteradas.</p>

<p><b>SOARES, G. H. et al. Epidemiological profile of caries and need for dental extraction in a Kaingang adult Indigenous population. Revista Brasileira De Epidemiologia, v. 22, p. e190042, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190042.</b></p>	<p>Investigar a relação entre insegurança alimentar domiciliar, cárie dentária, qualidade de vida relacionada à saúde bucal e determinantes sociais de saúde entre adultos indígenas</p>	<p>Estudo transversal.</p>	<p>Demonstrou que a insegurança alimentar domiciliar em famílias indígenas está associada à pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal, ao maior tamanho da família e ao benefício do Bolsa Programa Família.</p>	<p>Aproximadamente 95% dos participantes viviam em famílias com insegurança alimentar. A insegurança alimentar grave esteve presente em 58% dos domicílios. A aparência foi associada ao Bolsa Família, densidade familiar e percepção dos impactos da saúde bucal na qualidade de vida. O alto número de famílias afetadas pela insegurança alimentar revela a vulnerabilidade social do povo Kaingang. A insegurança alimentar em adultos Kaingang está associada à percepção da saúde bucal e aos determinantes sociais da saúde.</p>
<p><b>SOUZA, A. C. et al. Desafios e perspectivas dos serviços odontológicos na saúde indígena: uma revisão da literatura. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 8, e00102318, 2019.</b></p>	<p>Identificar e analisar os desafios enfrentados na oferta de serviços odontológicos em atenção à saúde indígena.</p>	<p>Revisão de literatura.</p>	<p>Os desafios para o atendimento odontológico em área indígena são diversos, onde os aspectos geográficos, linguísticos e culturais representam dificuldades na atenção à saúde desta população.</p>	

<p><b>VICENTE, R. M. et al. Condições de trabalho dos profissionais de saúde indígena no maior Polo Base do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, n. 12, e00110321, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT110321.</b></p>	<p>investigar e comparar as condições de trabalho entre os profissionais de saúde indígena do Polo Base de Dourados</p>	<p>Estudo transversal; questionário semi-estruturado.</p>	<p>dados apresentados evidenciam que é essencial o desenvolvimento de melhores condições de trabalho na saúde indígena, especialmente para AIS, AISAN e profissionais com maior tempo de serviço, visto que podem estar mais desgastados e desmotivados por vivenciarem os problemas da comunidade e as condições precárias de trabalho durante vários anos</p>	<p>Destaca-se também a necessidade de um quantitativo maior de profissionais no Polo Base de Dourados e de mais investimento para diminuir a sobrecarga e valorizar esses profissionais.</p>
---	---	---	---	--

Estudos indicam uma prevalência significativa de cárie dentária e doenças periodontais nas populações indígenas.<sup>3,23,25</sup> Essas condições são frequentemente associadas a uma série de desafios, incluindo desigualdades socioeconômicas<sup>2,25</sup>, acesso irregular aos serviços odontológicos<sup>20</sup>, falta de infraestrutura adequada e condições precárias de saúde nas aldeias.<sup>1</sup> Além disso, a percepção limitada da saúde bucal por parte dessas comunidades, muitas vezes associada apenas à ausência de dor e ao aspecto estético, pode resultar em uma menor busca por cuidados odontológicos, mesmo quando necessários.<sup>4,12,13,17,18,27</sup>

Os desafios para a prestação de serviços odontológicos em áreas indígenas são multifacetados, abrangendo aspectos geográficos, linguísticos e culturais, o que pode dificultar a oferta de cuidados de saúde adequados a essa população. Os estudos ressaltam a importância de políticas públicas e estratégias de intervenção que visem reduzir as desigualdades socioeconômicas em saúde bucal e garantir o acesso equitativo a serviços odontológicos de qualidade para a população indígena, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde oral e o bem-estar dessas comunidades.<sup>1, 2, 4, 25</sup>

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 LOCAL DO ESTUDO:**

Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul.

### **4.2 DELINEAMENTO:**

Estudo de oferta, do tipo retrospectivo, descritivo, de serviços de saúde odontológicos.

### **4.3 POPULAÇÃO DE PESQUISA E SELEÇÃO DA AMOSTRA**

Foram incluídos, nesse estudo, a população sob responsabilidade do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul e todos os atendimentos realizados por profissionais de saúde bucal das unidades de saúde indígena de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul, no período de janeiro a dezembro de 2023.

### **4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS**

Foram utilizados dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul, de oferta às consultas odontológicas observados no período de janeiro a dezembro de 2023, e de relatórios públicos disponibilizados eletronicamente.

De todos os pacientes foram avaliadas as *variáveis de sexo, idade, etnia e usuário ou não do Programa Bolsa Família*. Também foram utilizados dados de oferta incluindo a *população total sob reponsabilidade de cada equipe e a população atendida*, dados de consultas de: *1ª consulta programática odontológica, acompanhamento, tratamento concluído, e acompanhamento gestacional odontológico*. Tipo de atendimento, se agendado ou espontâneo. Índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados). Referências para atenção de média e alta complexidade em assistência em saúde bucal. Quantitativo e tipo de prescrição medicamentosa. Atividades coletivas e educacionais em saúde bucal, incluindo escovações supervisionadas. E pacientes com necessidade ou não de prótese dentária.



Foram descritas todas as unidades de saúde do território de abrangência do DSEI Litoral Sul.

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas, de oferta, utilizando-se quantitativos e porcentagens.

Os dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) foram disponibilizados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul, em conformidade com a Nota Técnica Nº 16/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS.

As análises foram realizadas no software Microsoft® Excel® para Microsoft 365 MSO (Versão 2401 Build 16.0.17231.20236) 64 bits.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO**

O Distrito Sanitário Especial Indígena LSUL cobre uma área de 491.268,891 km<sup>2</sup>, com sede em Curitiba. Esse distrito abrange municípios com população indígena nos estados do Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro.

No Paraná, as cidades com presença indígena incluem Espigão Alto do Iguaçu, Nova Laranjeiras, Laranjeiras do Sul, Manoel Ribas, Turvo, Clevelândia, Inácio Martins, Chopinzinho, Palmas, Coronel Vivida, União da Vitória, Campo Mourão, Cândido de Abreu, Vitorino, Barracão, Mangueirinha, Tamarana, São Jerônimo da Serra, Santa Amélia, Abatiá, Tomazina, Sapopema, Ortigueira, Santa Helena, São Miguel do Iguaçu, Planalto, Diamante D'Oeste, Itaipulândia, Paranaguá, Pontal do Paraná, Guaraqueçaba, Curitiba, Rio Negro, Piraquara, Campo Largo, Morretes, Terra Roxa, Guaíra e Umuarama.

Em São Paulo, os municípios atendidos são São Paulo, São Bernardo do Campo, Miracatu, Iguape, Tapiraí, Itanhaém, Mongaguá, Praia Grande, São Vicente, Ubatuba, Bertioga, Pariqueira-Açu, Registro, Cananéia, Sete Barras, Eldorado, Peruíbe, Itariri, Barão de Antonina, São Miguel Arcanjo, Itaporanga, Avaí, Braúna e Arco Íris.

No Rio de Janeiro, os municípios sob a jurisdição incluem Angra dos Reis, Paraty e Maricá.

A população indígena total atendida em 2023, de acordo com dados do Sistema de Informação à Saúde Indígena, foi de 23.872 pessoas, distribuídas em 15 etnias diferentes: Atikum, Cinta Larga, Fulni-Ô, Guarani, Kaingang, Krenák, Kuruayá, Pankararú, Pataxó Hã-Hã-Hãe, Terena, Tukano, Tupi-Guarani, Wassú Cocal, Xetá e Xoklém.

O perfil sociodemográfico dos povos indígenas atendidos pelo DSEI LSUL revela uma população diversificada, distribuída em diferentes Pólos-Base nos estados do Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro. Com um total de 23.872 indígenas, a população é marcada por uma distribuição equilibrada de gênero e uma predominância de jovens e adultos.

A distribuição etária no DSEI LSUL mostra que a maioria da população está concentrada nas faixas de 0 a 49 anos, com um número expressivo de crianças e jovens, especialmente nas faixas etárias de 0 a 4 anos e 5 a 9 anos. No entanto, também há uma presença significativa de adultos, principalmente na faixa de 20 a 39 anos. A população idosa, embora em menor número, está presente em todos os Pólos-Base, destacando a importância da continuidade das tradições e do cuidado com as gerações mais velhas.

Em termos de gênero, a distribuição é bastante equilibrada em todos os Pólos-Base, com uma ligeira maioria feminina em alguns deles. Este equilíbrio sugere uma comunidade coesa, com homens e mulheres desempenhando papéis importantes em suas sociedades.

A questão linguística é outro aspecto relevante. A maioria da população indígena se comunica em português, o que reflete um processo de integração cultural, mas também aponta para desafios na preservação das línguas nativas. Em alguns Pólos-Base, como Itaporanga e Londrina, 100% da população se comunica em português, o que pode indicar uma perda significativa das línguas tradicionais.<sup>8</sup>

Analisando os Pólos-Base individualmente, percebe-se uma variação considerável na composição populacional. Por exemplo, o Polo-Base Guarapuava é o maior em termos de população, com 10.225 indígenas distribuídos em 24 aldeias.

Este Polo apresenta uma distribuição etária variada, com uma presença significativa de idosos, o que sugere um núcleo familiar e comunitário sólido. Em contraste, o Polo-Base Itaporanga é um dos menores, com apenas 181 indígenas, mas destaca-se por sua completa adoção do português como idioma principal.

Outros Pólos-Base, como Angra dos Reis e Guaíra, têm populações de 717 e 2.296 habitantes, respectivamente. Em ambos, a maioria da população é jovem, com a comunicação em português predominando, mas ainda mantendo uma conexão cultural indígena forte.

Por fim, Pólos-Base como Mongaguá e Paranaguá também ilustram a diversidade presente no DSEI LSUL. Enquanto Mongaguá abriga 802 pessoas e tem uma alta proporção de jovens, Paranaguá é menor, com 245 pessoas, mas com uma distribuição etária que inclui uma quantidade significativa de crianças e adultos jovens.

Em suma, o perfil da população indígena atendida pelo DSEI LSUL é marcado pela diversidade cultural e demográfica, com uma forte presença de jovens e uma predominância do português como língua de comunicação. Este panorama reflete tanto os desafios quanto as oportunidades de preservação cultural e fortalecimento comunitário entre os povos indígenas na região.

Esse Distrito conta com 14 Pólos-Base, 48 UBSI (Unidades Básicas de Saúde Indígena), uma CASAI (Casa de Apoio à Saúde Indígena) e cobre 139 aldeias.

Os meios de transporte utilizados para acessar as comunidades são predominantemente terrestres (94%), seguidos por fluviais (4%) e mistos (fluvial/terrestre) em menor proporção (2%).<sup>8</sup>

A tabela 1 apresenta o quantitativo populacional e por Polo Base e a proporção de cada Polo na população total do DSEI LSUL.

Tabela 1. Demonstrativo da população por Polo Base do DSEI LSUL

Polo Base	População	%
<b>GUARAPUAVA</b>	10225	<b>42,83%</b>
<b>LONDRINA</b>	4384	<b>18,36%</b>
<b>GUAÍRA</b>	2296	<b>9,62%</b>

<b>SANTA HELENA</b>	1709	<b>7,16%</b>
<b>BAURU</b>	1021	<b>4,28%</b>
<b>MONGAGUÁ</b>	802	<b>3,36%</b>
<b>ANGRA DOS REIS</b>	717	<b>3,00%</b>
<b>RIO SILVEIRA</b>	535	<b>2,24%</b>
<b>MIRACATU</b>	494	<b>2,07%</b>
<b>REGISTRO</b>	495	<b>2,07%</b>
<b>PERUÍBE</b>	459	<b>1,92%</b>
<b>UBATUBA</b>	309	<b>1,29%</b>
<b>PARANAGUÁ</b>	245	<b>1,03%</b>
<b>ITAPORANGA</b>	181	<b>0,76%</b>
<b>Total</b>	<b>23.872</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: SIASI

Com relação à escolaridade dos habitantes cadastrados e pertencentes ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena nesse Distrito, de acordo com o PDSI 20204-2027 e dados obtidos no SIASI, informa-se que 18% dos indígenas não possuíam escolaridade, 24% tinham ensino fundamental incompleto, 17% fundamental completo, 12% médio incompleto, 17% médio completo, 3% superior incompleto, 3% superior completo. Não foi possível estimar a escolaridade de 6% da população indígena do DSEI (Gráfico 1).<sup>8</sup>

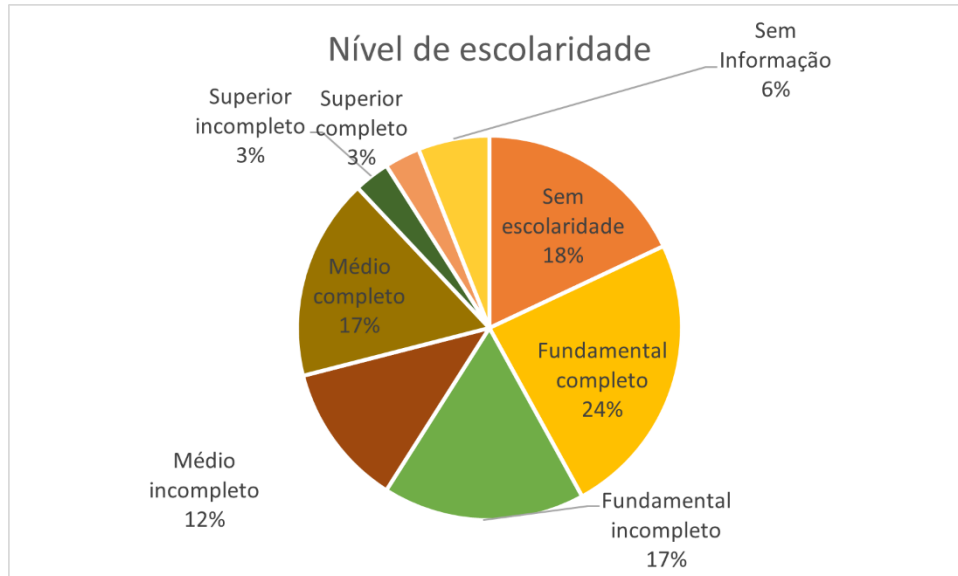
De acordo com os dados levantados por estado, observa-se que em São Paulo 28% dos indígenas possuem fundamental incompleto, seguido de 17% com fundamental completo e 17% com ensino médio completo. Apenas 3% possuem ensino superior incompleto, representando cerca de 140 indígenas, e cerca de 4% possuem superior completo.<sup>8</sup>

Com relação ao estado do Rio de Janeiro, mais da metade da população, cercade 60%, possui ensino fundamental completo. Foi informado que apenas 0,1% dos indígenas cadastrados no Polo Base de Angra dos Reis (RJ) possui ensino superior completo.<sup>8</sup>

Já nas aldeias do estado do Paraná, informa-se que foi identificado que 23% da população possuem ensino fundamental incompleto, 21% não possuem

escolaridade, 18% possuem ensino médio completo, 16% da população cadastrada possui ensino fundamental completo e 13% possuem ensino médio incompleto.<sup>8</sup>

Gráfico 1. Percentual da população de acordo com o nível de escolaridade.



Quanto à participação em programas de benefícios sociais, mais da metade da população indígena cadastrada (66%) recebe o Bolsa Família. Outros 15% dos habitantes recebem aposentadoria, enquanto 8% não recebem nenhum benefício social. Adicionalmente, 5% são beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e 4% recebem outros tipos de benefícios.<sup>8</sup>

De acordo com os dados levantados por estado, observa-se que em São Paulo 45% dos indígenas recebem o Bolsa Família, 26% não recebe nenhum benefício social, 7% são aposentados e apenas 1% recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Não foi possível discriminar os benefícios sociais de 20% da população do estado de São Paulo.<sup>8</sup>

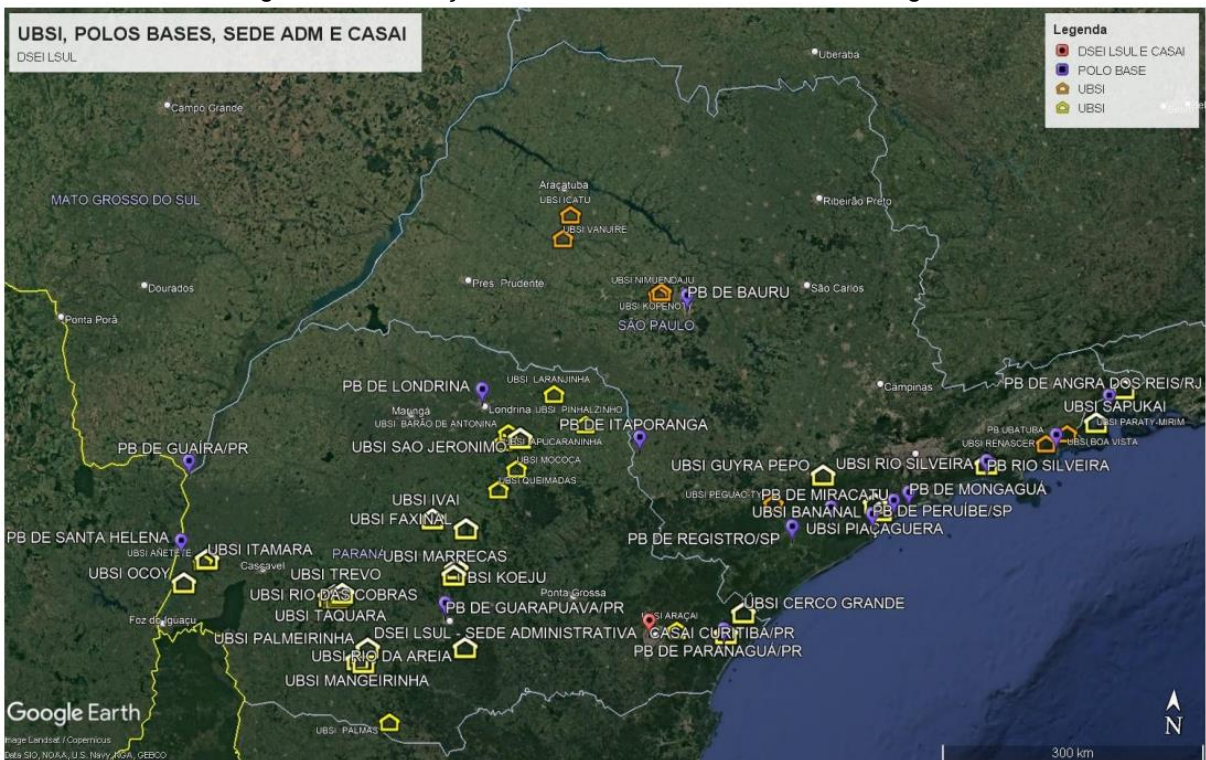
Com relação ao estado do Rio de Janeiro, 38% dos indígenas recebem Bolsa Família, 28% são aposentados e 26% recebem outro tipo de benefício, como o Auxílio Doença.<sup>8</sup>

Já nas aldeias do estado do Paraná, 70% dos indígenas recebem benefícios sociais, 15% são aposentados e 6% recebem Benefício de Prestação Continuada (BPC). Também foi identificado que 4% da população indígena do Paraná, atendida pelo DSEI LSUL, recebe outros tipos de benefícios.<sup>8</sup>

## 5.2 INFRAESTRUTURA DE SAÚDE:

A infraestrutura do DSEI LSUL está distribuída na seguinte forma: 1 Polo-Base Tipo I – Itaporanga; 13 Pólos-Base Tipo III – Angra dos Reis, Bauru, Guáira, Guarapuava, Londrina, Miracatu, Mongaguá, Paranaguá, Peruíbe, Registro, Rio Silveira, Santa Helena, Ubatuba; 1 CASAI (em Curitiba); 26 UBSI Tipo I; 9 UBSI Tipo II; 13 UBSI Tipo III; 2 Unidades Odontológicas Móveis (UOM), além de atendimentos realizados com o auxílio de Unidades Odontológicas Portáteis em regiões em estrutura específica.<sup>6</sup>

Figura 4. Distribuição de unidades básicas de saúde indígena.



Fonte: Brasil, 2024.<sup>6</sup>

De acordo com o relatório situacional realizado em 2023, o DSEI Litoral Sul possui 51 unidades de saúde, incluindo a unidade administrativa Sede DSEI, localizada em Curitiba. As tabelas abaixo demonstram a distribuição de unidades pertencentes ao Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul (DSEI LSUL): Sede do DSEI, Pólos-Base, Casa de Saúde Indígena (CASAI) e Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI).

Tabela 2. Quantitativo e subtipos de unidades de saúde.

SUBTIPO DE ESTABELECIMENTO	QUANTIDADE
----------------------------	------------

<b>DSEI – SEDE</b>	<b>1</b>
<b>CASAI</b>	<b>1</b>
<b>POLO BASE</b>	<b>14</b>
<b>UBSI TIPO I</b>	<b>26</b>
<b>UBSI TIPO II</b>	<b>9</b>
<b>UBSI TIPO III</b>	<b>13*</b>
<b>TOTAL DE UNIDADES</b>	<b>51</b>

Fonte: Brasil, 2024.<sup>6</sup>

Tabela 3. Distribuição das unidades por UF, Polo Base, município, aldeia, população, existência de UBSI e se sim, o subtipo.

UF	POLO BASE	MUNICÍPIO	ALDEIA	POPULAÇÃO	TEM UBSI	TIPO
PR	GUAÍRA	GUAIRA	TEKOHA GUARANÍ	160	NÃO	
PR	GUAÍRA	GUAIRA	TEKOHA JEHY	321	NÃO	
PR	GUAÍRA	GUAIRA	TEKOHA KARUMBEÍ	48	NÃO	
PR	GUAÍRA	GUAIRA	TEKOHA MARANGATÚ	370	NÃO	
PR	GUAÍRA	GUAIRA	TEKOHA MIRÍ	65	NÃO	
PR	GUAÍRA	GUAIRA	TEKOHÁ PORÃ	234	NÃO	
PR	GUAÍRA	GUAIRA	TEKOHÁ TATURI	75	NÃO	
PR	GUAÍRA	GUAIRA	TEKOHA Y'HOVY	338	NÃO	
PR	GUAÍRA	TERRA ROXA	TEKOHÁ ARAGUAJY	209	NÃO	
PR	GUAÍRA	TERRA ROXA	TEKOHA NHAMBOETE	47	NÃO	
PR	GUAÍRA	TERRA ROXA	TEKOHA POHÁ RENDA	78	NÃO	
PR	GUAÍRA	TERRA ROXA	TEKOHA TAJY POTY	94	NÃO	
PR	GUAÍRA	TERRA ROXA	TEKOHA YVY	170	NÃO	
PR	GUAÍRA	TERRA ROXA	TEKOHA YVYRATY PORÃ	154	NÃO	
PR	GUARAPUAVA	CANDIDO DE ABREU	FAXINAL	735	SIM	TIPO III
PR	GUARAPUAVA	CHOPINZINHO	MATO BRANCO	94	NÃO	
PR	GUARAPUAVA	CHOPINZINHO	PALMEIRINHA	592	SIM	TIPO III
PR	GUARAPUAVA	CLEVELANDIA	ALTO PINHAL	97	NÃO	
PR	GUARAPUAVA	CORONEL VIVIDA	PASSO LISO	694	SIM	TIPO III
PR	GUARAPUAVA	ESPIGAO ALTO DO IGUACU	PINHAL - PR	376	SIM	TIPO II
PR	GUARAPUAVA	INACIO MARTINS	RIO DA AREIA	133	SIM	TIPO I
PR	GUARAPUAVA	LARANJEIRAS DO SUL	BOA VISTA	78	SIM	TIPO I
PR	GUARAPUAVA	MANGUEIRINHA	CAMPINA	901	SIM	TIPO III

PR	GUARAPUAVA	MANGUEIRINHA	PAIOL QUEIMADO	143	NÃO	
PR	GUARAPUAVA	MANOEL RIBAS	IVAI – PR	1883	SIM	TIPO III
PR	GUARAPUAVA	NOVA LARANJEIRAS	ÁGUA SANTA	82	NÃO	
PR	GUARAPUAVA	NOVA LARANJEIRAS	CAMPO DO DIA	357	SIM	TIPO II
PR	GUARAPUAVA	NOVA LARANJEIRAS	ENCRUZILHADA	348	NÃO	
PR	GUARAPUAVA	NOVA LARANJEIRAS	JACUTINGA	27	NÃO	
PR	GUARAPUAVA	NOVA LARANJEIRAS	LEBRE	294	SIM	TIPO II
PR	GUARAPUAVA	NOVA LARANJEIRAS	SEDE - RIO DAS COBRAS	1019	SIM	TIPO III
PR	GUARAPUAVA	NOVA LARANJEIRAS	TAQUARA	203	SIM	TIPO II
PR	GUARAPUAVA	NOVA LARANJEIRAS	TREVO	825	SIM	TIPO III
PR	GUARAPUAVA	NOVA LARANJEIRAS	VILA NOVA - RC	190	NÃO	
PR	GUARAPUAVA	PALMAS	PALMAS	800	SIM	TIPO III
PR	GUARAPUAVA	PALMAS	VILA NOVA – PALMAS	29	NÃO	
PR	GUARAPUAVA	TURVO	KO'EJU	67	SIM	TIPO I
PR	GUARAPUAVA	TURVO	MARRECAS	487	SIM	TIPO II
PR	LONDRINA	ABATIA	POSTO VELHO	55	SIM	TIPO I
PR	LONDRINA	ORTIGUEIRA	MOCÓCA	136	SIM	TIPO I
PR	LONDRINA	ORTIGUEIRA	QUEIMADAS	822	SIM	TIPO III
PR	LONDRINA	SANTA AMELIA	LARANJINHA	204	SIM	TIPO I
PR	LONDRINA	SAO JERONIMO DA SERRA	BARÃO DE ANTONINA	377	SIM	TIPO II
PR	LONDRINA	SAO JERONIMO DA SERRA	CEDRO	101	NÃO	
PR	LONDRINA	SAO JERONIMO DA SERRA	SÃO JERÔNIMO	647	SIM	TIPO III
PR	LONDRINA	TAMARANA	ÁGUA BRANCA	606	NÃO	
PR	LONDRINA	TAMARANA	APUCARANINHA	1279	SIM	TIPO III
PR	LONDRINA	TAMARANA	APUCARANINHA - BARREIRO	100	NÃO	
PR	LONDRINA	TAMARANA	SERRINHA	13	NÃO	
PR	LONDRINA	TOMAZINA	PINHALZINHO – PR	147	SIM	TIPO I
PR	PARANAGUÁ	ANTONINA	KUARAY-HAXA	14	NÃO	
PR	PARANAGUÁ	GUARAQUECABA	CERCO GRANDE	31	NÃO	
PR	PARANAGUÁ	MORRETES	DEUSES DA MONTANHA	25	NÃO	



PR	PARANAGUÁ	PARANAGUA	ILHA DA COTINGA	50	NÃO	
PR	PARANAGUÁ	PIRAQUARA	ARAÇA-Í	83	SIM	TIPO I
PR	PARANAGUÁ	PONTAL DO PARANA	GUAVIRATY	28	NÃO	
PR	PARANAGUÁ	PONTAL DO PARANA	SAMBAQUI	9	NÃO	
PR	SANTA HELENA	DIAMANTE D'OESTE	TEKOHÁ AÑETETE	314	SIM	TIPO II
PR	SANTA HELENA	DIAMANTE D'OESTE	TEKOHA ITAMARA	199	SIM	TIPO I
PR	SANTA HELENA	ITAIPULANDIA	ALDEIA YVA RENDA	33	NÃO	
PR	SANTA HELENA	ITAIPULANDIA	ARA PORÃ	2	NÃO	
PR	SANTA HELENA	ITAIPULANDIA	ATY MIRIM	163	NÃO	
PR	SANTA HELENA	SANTA HELENA	ARA PORÃ	57	NÃO	
PR	SANTA HELENA	SANTA HELENA	MOKOI JEOGUA	37	NÃO	
PR	SANTA HELENA	SANTA HELENA	TAPE JERE	29	NÃO	
PR	SANTA HELENA	SANTA HELENA	TEKOHA PYAHU	46	NÃO	
PR	SANTA HELENA	SANTA HELENA	TEKOHA VY'A RENDA POTY	126	NÃO	
PR	SANTA HELENA	SAO MIGUEL DO IGUACU	OCOY	738	SIM	TIPO III
RJ	ANGRA DOS REIS	ANGRA DOS REIS	IRIRI	33	NÃO	
RJ	ANGRA DOS REIS	ANGRA DOS REIS	SAPUKAI	378	SIM	TIPO II
RJ	ANGRA DOS REIS	MARICA	SÃO JOSÉ	98	NÃO	
RJ	ANGRA DOS REIS	PARATY	ARANDU MIRIM	2	NÃO	
RJ	ANGRA DOS REIS	PARATY	GUYRAITAPÚ	36	NÃO	
RJ	ANGRA DOS REIS	PARATY	ITAXI MIRIM	176	NÃO	
RJ	ANGRA DOS REIS	PARATY	JHAPE	22	NÃO	
SP	BAURÚ	ARCO-IRIS	VANUIRE	244	SIM	TIPO I
SP	BAURÚ	AVAI	EKERUÁ	170	SIM	TIPO I
SP	BAURÚ	AVAI	KOPENOTY	259	SIM	TIPO II
SP	BAURÚ	AVAI	NIMUENDAJÚ	108	SIM	TIPO I
SP	BAURÚ	AVAI	TEREGUA	112	SIM	TIPO I
SP	BAURÚ	BRAUNA	ICATÚ	146	SIM	TIPO I
SP	ITAPORANGA	AVAI	TEKOÁ PORÃ	1	NÃO	
SP	ITAPORANGA	BARAO DE ANTONINA	KARUGWÁ	77	NÃO	

SP	ITAPORANGA	BARAO DE ANTONINA	PYAU	25	NÃO	
SP	ITAPORANGA	BARAO DE ANTONINA	TXONDAROS TEKOÁ MBAÉ	32	NÃO	
SP	ITAPORANGA	ITAPORANGA	TEKOÁ PORÃ	46	NÃO	
SP	ITAPORANGA	SAO MIGUEL ARCANJO	NHANDERU PORÃ	9	NÃO	
SP	MIRACATU	IGUAPE	GUAVIRA-TY (SUBAUMA)	56	NÃO	
SP	MIRACATU	IGUAPE	ITAPUÃ - ICAPARA I (ITAGUÁ)	42	NÃO	
SP	MIRACATU	IGUAPE	ITAPUÃ - ICAPARA II (JURÉIA)	54	SIM	TIPO I
SP	MIRACATU	IGUAPE	JEJI-TY	89	NÃO	
SP	MIRACATU	IGUAPE	TAKUATY	20	NÃO	
SP	MIRACATU	MIRACATU	AMBA PORÃ	60	NÃO	
SP	MIRACATU	MIRACATU	DJAIKOA-TY	34	NÃO	
SP	MIRACATU	MIRACATU	URU ITY	22	NÃO	
SP	MIRACATU	TAPIRAI	GUYRA PEPO	129	SIM	TIPO I
SP	MONGAGUÁ	ITANHAEM	ALDEINHA	49	NÃO	
SP	MONGAGUÁ	ITANHAEM	NHAMANDU- OWÁ	26	NÃO	
SP	MONGAGUÁ	ITANHAEM	NHANDEREKOÁ	50	NÃO	
SP	MONGAGUÁ	ITANHAEM	POTY'I	11	NÃO	
SP	MONGAGUÁ	ITANHAEM	RIO BRANCO	66	SIM	TIPO I
SP	MONGAGUÁ	ITANHAEM	TANGARÁ	20	NÃO	
SP	MONGAGUÁ	ITANHAEM	YAKÃ MIRIM	47	NÃO	
SP	MONGAGUÁ	MONGAGUA	AGUAPEÚ	85	SIM	TIPO I
SP	MONGAGUÁ	MONGAGUA	ARAPYAÚ	32	NÃO	
SP	MONGAGUÁ	MONGAGUA	BARIGUI	12	NÃO	
SP	MONGAGUÁ	MONGAGUA	CERRO CORÁ	63	NÃO	
SP	MONGAGUÁ	MONGAGUA	ITAÓCA GUARANI	70	SIM	TIPO I
SP	MONGAGUÁ	MONGAGUA	ITAÓCA TUPI	100	SIM	TIPO I
SP	MONGAGUÁ	MONGAGUA	NHANDERUPÓ	39	NÃO	
SP	MONGAGUÁ	MONGAGUA	TEKOA MIRÍ*	45	NÃO	
SP	MONGAGUÁ	PRAIA GRANDE	TEKOA MIRÍ	28	SIM	TIPO I
SP	MONGAGUÁ	SAO VICENTE	PARANAPUÃ	66	NÃO	
SP	PERUÍBE	IGUAPE	PARAÍSO	15	NÃO	
SP	PERUÍBE	ITARIRI	CAPOEIRÃO	42	NÃO	
SP	PERUÍBE	ITARIRI	RIO DO AZEITE	20	NÃO	
SP	PERUÍBE	PERUIBE	BANANAL	37	SIM	TIPO I
SP	PERUÍBE	PERUIBE	END. DE LOGRADOURO	2	NÃO	
SP	PERUÍBE	PERUIBE	MARAMBÁ	15	NÃO	

SP	PERUÍBE	PERUIBE	NHAMANDU MIRIM	58	NÃO	
SP	PERUÍBE	PERUIBE	PIAÇAGUERA-	69	NÃO	
SP	PERUÍBE	PERUIBE	PORUNGAWA	27	NÃO	
SP	PERUÍBE	PERUIBE	TABAÇU YPY	47	NÃO	
SP	PERUÍBE	PERUIBE	TANIGUÁ	16	NÃO	
SP	PERUÍBE	PERUIBE	TAPIREMA	29	NÃO	
SP	PERUÍBE	PERUIBE	TEKOA GWARADJÁ	11	NÃO	
SP	PERUÍBE	PERUIBE	TEKOA KWARAY	44	NÃO	
SP	PERUÍBE	PERUIBE	TEKOA PORÃ	23	NÃO	
SP	PERUÍBE	PERUIBE	TENGWAETE	23	NÃO	
SP	PERUÍBE	SAO PAULO	END. DE LOGRADOURO	2	NÃO	
SP	REGISTRO	CANANEIA	MAENDUA PORÃ	16	NÃO	
SP	REGISTRO	CANANEIA	PAKURI-TY (SANTA CRUZ)	42	NÃO	
SP	REGISTRO	CANANEIA	TAKUARI-TY (JAKAREY)	87	NÃO	
SP	REGISTRO	CANANEIA	TAPYI (RIO BRANQUINHO)	28	NÃO	
SP	REGISTRO	ELDORADO	TAKUARI	72	NÃO	
SP	REGISTRO	PARIQUERA-ACU	ARAÇA-MIRIM	56	NÃO	
SP	REGISTRO	PARIQUERA-ACU	PINDO-TY	83	NÃO	
SP	REGISTRO	REGISTRO	ITAPU-MIRIM	29	NÃO	
SP	REGISTRO	SETE BARRAS	PEGUAO-TY	60	SIM	TIPO I
SP	UBATUBA	UBATUBA	AKARAY	19	NÃO	
SP	UBATUBA	UBATUBA	BOA VISTA	185	SIM	TIPO I
SP	UBATUBA	UBATUBA	RENASCER	70	SIM	TIPO I
SP	UBATUBA	UBATUBA	RIO BONITO	40	SIM	TIPO I

Fonte: Brasil, 2024. <sup>6</sup>

### 5.3 A ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NO DSEI LITORAL SUL

O Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul conta em sua força de trabalho com 61 profissionais de saúde bucal, sendo 32 cirurgiões-dentistas e 28 auxiliares de saúde bucal atuantes em área e 1 Responsável Técnico Cirurgião-Dentista na DIASI. Polo Base Itaporanga, por ser um polo mais recente, que antes era parte do Polo Base Bauru, não possui ainda profissionais de Saúde Bucal, sendo os habitantes dessas comunidades atendidos pela rede municipal. O Polo-Base São Paulo tem sua atenção

à saúde indígena gerida pela rede municipal e por isso não possui dados provenientes do Sistema da Informação de Atenção à Saúde Indígena até o presente momento.

A tabela 4 representa o percentual da população assistida por cada profissional Cirurgião-Dentista.

Tabela 4. População assistida por profissional dentista.

<b>POLO BASE</b>	<b>PROFISSIONAL</b>	<b>POPULAÇÃO ASSISTIDA (%)</b>
<b>CIRURGIÃO DENTISTA 40H</b>		69,02%
<b>POLO BASE SANTA HELENA</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 1	3,03%
<b>POLO BASE GUARAPUAVA</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 2	8,41%
	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 3	7,73%
	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 4	3,55%
	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 5	2,23%
	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 6	4,29%
	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 7	7,19%
<b>POLO BASE BAURU</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 8	2,66%
<b>PLO BASE REGISTRO</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 9	1,95%
<b>POLO BASE LONDRINA</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 10	2,66%
	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 11	1,06%
	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 12	8,20%
	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 13	3,37%
<b>POLO BASE UBATUBA</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 14	1,29%
<b>POLO BASE ANGRA DOS REIS</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 15	3,06%
<b>POLO BASE MONGAGUA</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 16	3,32%
<b>POLO BASE PARANAGUA</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 17	0,99%
<b>POLO BASE MIRACATU</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 18	2,08%
<b>POLO BASE PERUÍBE</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 40H 19	1,97%
<b>CIRURGIÃO DENTISTA 20h</b>		30,98%
<b>POLO BASE SANTA HELENA</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 20H 1	2,02%
	CIRURGIÃ DENTISTA 20H 2	2,09%
<b>POLO BASE GUARAPUAVA</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 20H 3	3,39%
	CIRURGIÃ DENTISTA 20H 4	3,02%
	CIRURGIÃ DENTISTA 20H 5	2,82%
	CIRURGIÃ DENTISTA 20H 6	0,40%
	CIRURGIÃ DENTISTA 20H 7	0,55%
<b>POL BASE BAURU</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 20H 8	1,60%
<b>POLO BASE LONDRINA</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 20H 9	0,56%

	CIRURGIÃ DENTISTA 20H 10	1,96%
	CIRURGIÃ DENTISTA 20H 11	0,60%
<b>PLO BASE GUAÍRA</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 20H 12	6,61%
	CIRURGIÃ DENTISTA 20H 13	3,09%
<b>POLO BASE RIO SILVEIRA</b>	CIRURGIÃ DENTISTA 20H 14	2,27%
		100,00%

Fonte: SIASI

A Cobertura de 1ª Consulta Programática Odontológica foi de 50%, o que significa que metade da população teve acesso a serviços de saúde bucal pelo menos uma vez durante o ano 2023 como demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5. Quantitativo de Cobertura de 1ª Consulta Programática.

<b>POLO BASE</b>	<b>POPULAÇÃO</b>	<b>1ª CONSULTA (N)</b>	<b>1ª CONSULTA (%)</b>
<b>ANGRA DOS REIS</b>	717	376	52%
<b>BAURÚ</b>	1021	614	60%
<b>GUARAPUAVA</b>	10225	4536	44%
<b>GUAÍRA</b>	2296	1243	54%
<b>ITAPORANGA*</b>	181	0	0%
<b>LONDRINA</b>	4384	1931	44%
<b>MIRACATU</b>	494	353	71%
<b>MONGAGUÁ</b>	802	611	76%
<b>PARANAGUÁ</b>	245	190	78%
<b>PERUÍBE</b>	459	242	53%
<b>REGISTRO</b>	495	357	72%
<b>RIO SILVEIRA</b>	535	415	78%
<b>SANTA HELENA</b>	1709	855	50%
<b>SÃO PAULO*</b>	0	0	0%
<b>UBATUBA</b>	309	271	88%
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>23872</b>	<b>11994</b>	<b>50%</b>

Fonte: SIASI

Dos pacientes que realizaram a 1ª Consulta Programática Odontológica, 49% concluíram o tratamento básico odontológico (Tabela 6).

Tabela 6. Quantitativo de 1ª Consulta Programática com tratamento básico odontológico concluído.

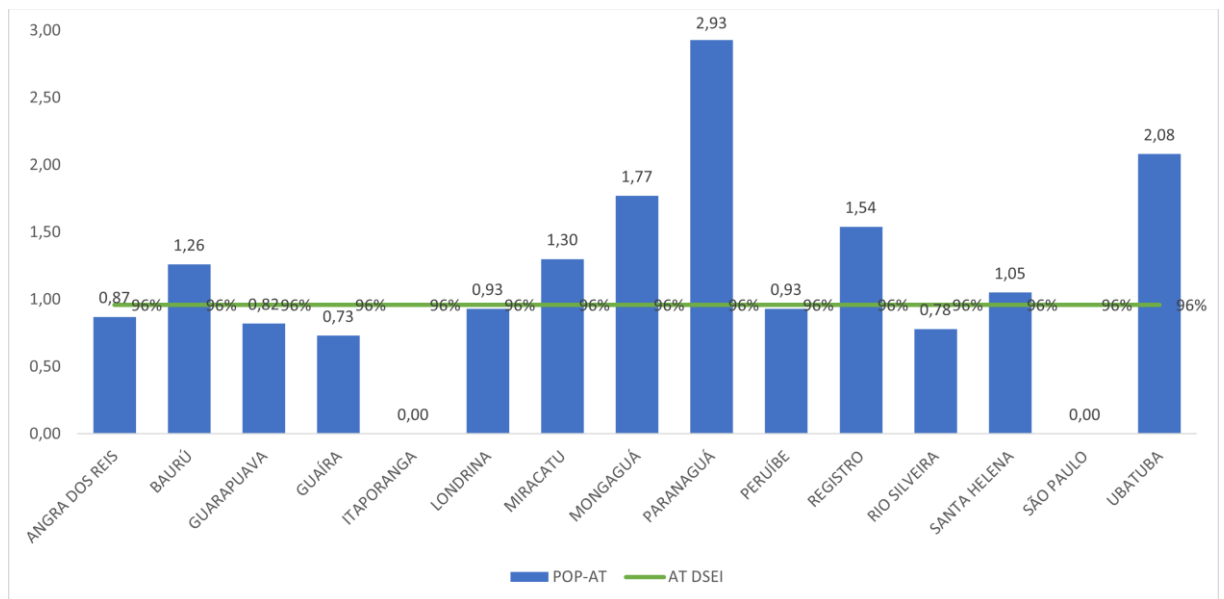
<b>POLO BASE</b>	<b>POPULAÇÃO COM PRIMEIRA CONSULTA</b>	<b>TRATAMENTO BÁSICO ODONTOLÓGICO CONCLUÍDO (N)</b>	<b>TRATAMENTO BÁSICO ODONTOLÓGICO CONCLUÍDO (%)</b>
<b>ANGRA DOS REIS</b>	376	251	67%
<b>BAURÚ</b>	614	387	63%
<b>GUARAPUAVA</b>	4536	1554	34%
<b>GUAÍRA</b>	1243	626	50%
<b>ITAPORANGA*</b>	0	0	0%
<b>LONDRINA</b>	1931	721	37%
<b>MIRACATU</b>	353	205	58%
<b>MONGAGUÁ</b>	611	486	80%
<b>PARANAGUÁ</b>	190	173	91%
<b>PERUÍBE</b>	242	140	58%
<b>REGISTRO</b>	357	277	78%
<b>RIO SILVEIRA</b>	415	239	58%
<b>SANTA HELENA</b>	855	503	59%
<b>SÃO PAULO*</b>	0	0	0%
<b>UBATUBA</b>	271	267	99%
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>11994</b>	<b>5829</b>	<b>49%</b>

Fonte: SIASI

No ano 2023, foram realizados 22841 atendimentos efetuados por Cirurgiões-Dentistas (Tabela 7) e 18.304 por auxiliares de saúde bucal. O gráfico 2 ilustra a relação atendimento-população realizada por Cirurgiões-Dentistas nas diferentes regiões. A linha verde de 96% representa o indicador de atendimento comparado com a população total atingido pelo DSEI no ano 2023. O ideal seria que esse indicador atingisse o percentual de 100% (1:1), que constataria a possibilidade de cada usuário ter tido acesso ao atendimento odontológico pelo menos uma vez ao ano. Observa-se que em várias localidades, a proporção de atendimento por habitante está abaixo de 1, o que significa que não se atingiu o ideal de um atendimento para cada habitante.

Pólos-Base como Guaíra, Itaporanga, e São Paulo tiveram proporções significativamente baixas, enquanto Paranaguá e Ubatuba se destacaram com valores bem acima da média (2,93 e 2,08, respectivamente). Isso indica uma concentração maior proporção atendimento-população nessas regiões.

Gráfico 2. Proporção entre população e quantidade de atendimentos realizados.



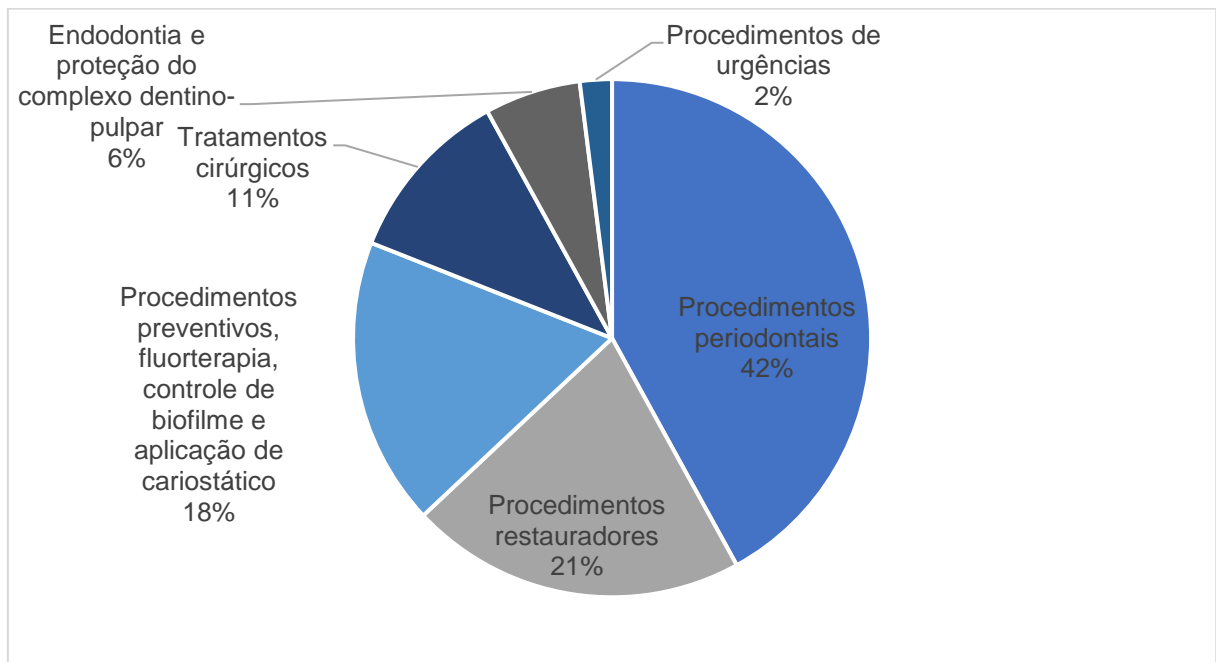
Foram realizados no total 55213 procedimentos relacionados à assistência odontológica, dentre eles: 42% foram procedimentos periodontais (n=23129), 21% foram procedimentos restauradores (n=11645), 18% preventivos, tratamentos com flúor, de controle de biofilme e aplicação de agente cariostático (n=9760), 11% forma tratamentos cirúrgicos, 6% endodônticos e procedimentos de proteção do complexo dentino-pulpar (n=3260) e cerca de 2% procedimentos foram de urgências (n=1013).

Tabela 7. Quantitativo de atendimentos efetuados por cirurgiões dentistas.

POLO BASE	POPULAÇÃO	DEMANDA ESPONTÂNEA	DEMANDA AGENDADA	TOTAL ATENDIMENTOS	TOTAL ATENDIMENTOS (%)
ANGRA DOS REIS	717	39	583	622	87%
BAURÚ	1021	123	1165	1288	126%
GUARAPUAVA	10225	4239	4139	8378	82%
GUAÍRA	2296	592	1078	1670	73%
ITAPORANGA	181			0	0%
LONDRINA	4384	1436	2626	4062	93%
MIRACATU	494	353	288	641	130%
MONGAGUÁ	802	609	813	1422	177%

<b>PARANAGUÁ</b>	245	16	701	717	293%
<b>PERUÍBE</b>	459	77	352	429	93%
<b>REGISTRO</b>	495	48	712	760	154%
<b>RIO SILVEIRA</b>	535	415	0	415	78%
<b>SANTA HELENA</b>	1709	1409	384	1793	105%
<b>SÃO PAULO</b>	0			0	0%
<b>UBATUBA</b>	309	232	412	644	208%
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>23872</b>	<b>9588</b>	<b>13253</b>	<b>22841</b>	<b>96%</b>

Gráfico 3. Percentual de referências realizadas de acordo com a especialidade no DSEI LSUL.



O levantamento das referências odontológicas realizadas no DSEI LSUL, através do SIASI, demonstrou que a Endodontia foi a especialidade mais referenciada, com 312 encaminhamentos. A Prótese aparece em segundo lugar, com 284 referências, sugerindo que uma parcela da população necessitou de reabilitação protética, seja por perda dentária ou outras condições que afetam a função mastigatória e a estética. A Cirurgia Buco-maxilo Facial, com 265 referências, também se destaca, indicando a frequência de casos que necessitam de intervenções cirúrgicas complexas. Outras especialidades, como Radiologia (171 referências),



Periodontia (144 referências) e Ortodontia (45 referências), também são mencionadas, mas em menor número. A menor quantidade de referências pode estar relacionada a fatores como a menor demanda ou a falta de acesso a essa especialidade em algumas regiões.

O gráfico 4 mostra uma distribuição desigual das referências odontológicas por polo base. Guarapuava domina com realização das 51,9% das referências do Distrito, seguido por Mongaguá com 24,0% e Santa Helena com 11,2%. Os outros polos, como Bauru (6,4%), Londrina (2,9%), Rio Silveira (1,6%), Guaíra (1,0%), Ubatuba (0,6%), e Peruíbe (0,3%), têm participações menores. Isso indica que a maior parte das referências está concentrada nos Polos Bases Guarapuava, Mongaguá e Santa Helena.

É importante destacar que a ausência de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de referência em algumas áreas pode impactar o número de encaminhamentos realizados, possivelmente restringindo o acesso a determinados serviços e contribuindo para uma distribuição desigual de cuidados especializados. A necessidade de deslocamento para outras regiões com CEO pode ser um fator limitante para muitas comunidades indígenas, afetando o acesso aos tratamentos necessários.

Gráfico 4. Percentual de referências realizadas de acordo com a especialidade no DSEI LSUL.

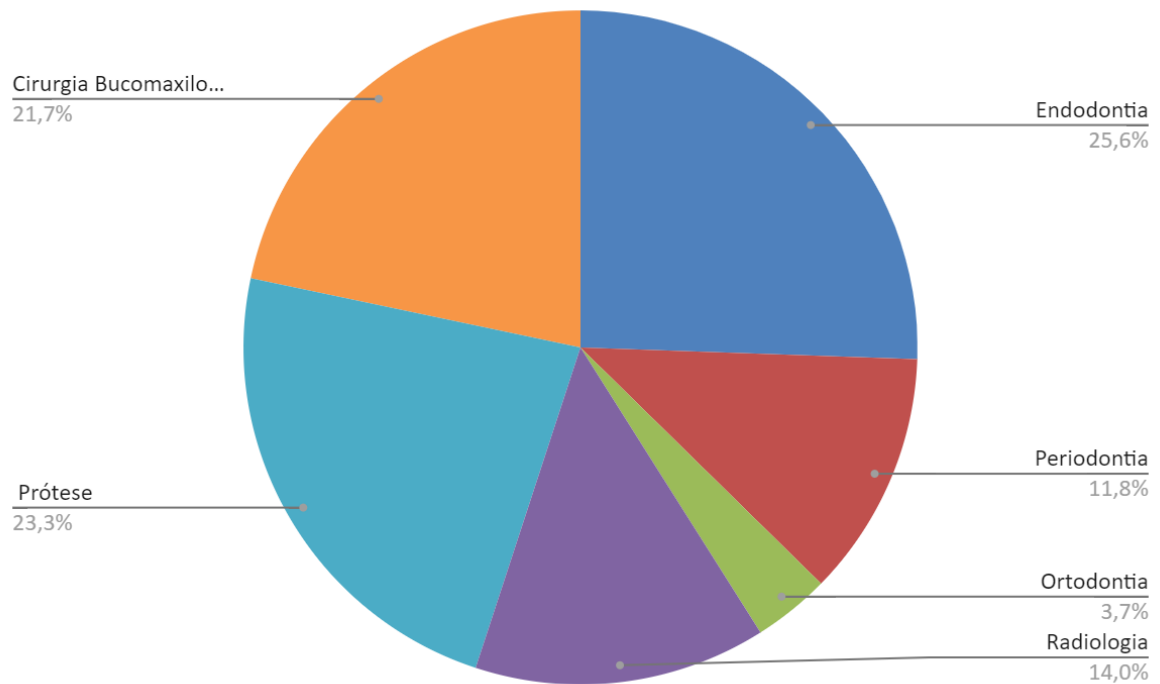
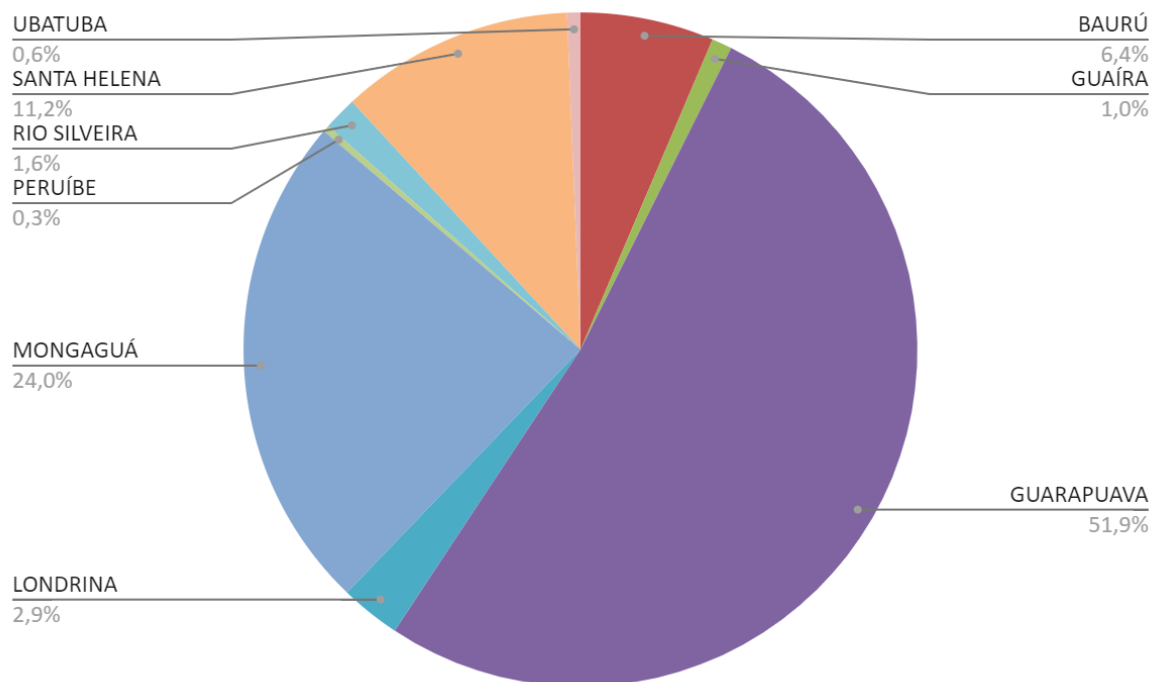


Gráfico 5. Percentual das referências realizadas de acordo com o Polo Base.

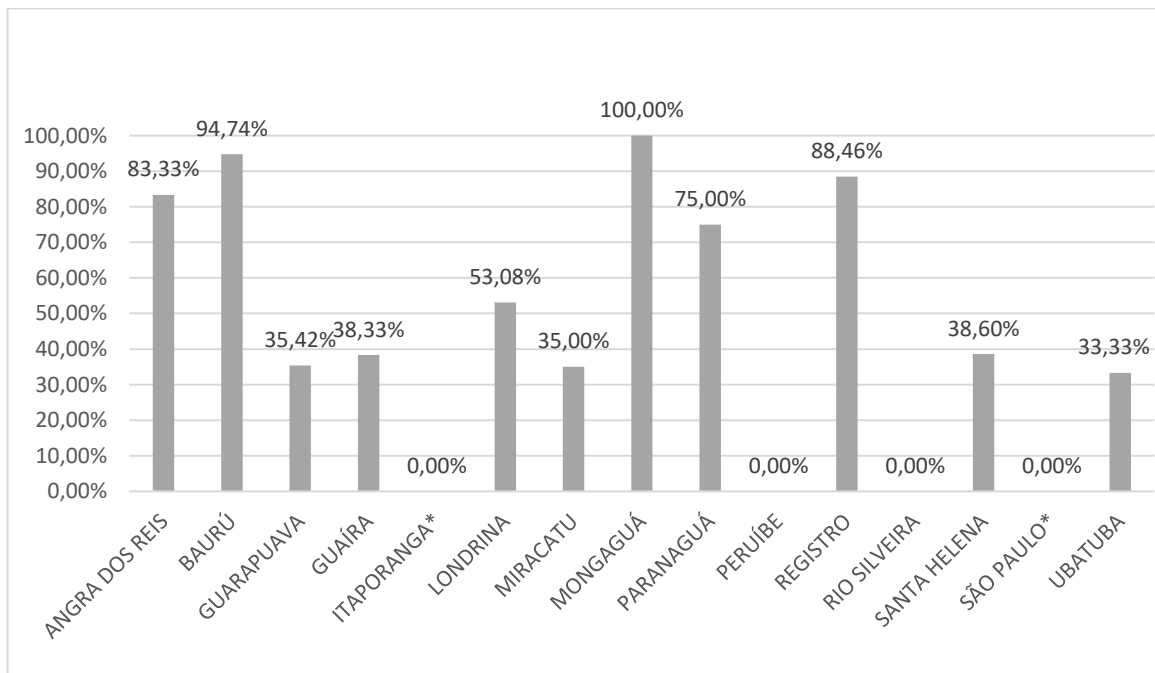


A análise dos dados sobre consultas odontológicas em gestantes revela diferenças significativas entre os polos base. Em Angra dos Reis e Bauru, a cobertura

é alta, com 83,33% e 94,74% das gestantes recebendo atendimento odontológico, respectivamente. Mongaguá também se destaca com 100% de cobertura. No entanto, locais como Itaporanga e Peruíbe não registraram nenhuma consulta odontológica, o que é preocupante. Guarapuava e Guaíra têm taxas mais baixas, com 35,42% e 38,33% de cobertura, refletindo desafios no acesso aos serviços. Londrina alcançou 53,08% de cobertura, enquanto Paranaguá e Registro apresentam resultados positivos com 75% e 88,46%, respectivamente (Gráfico 5).

A média geral de 44,98% de cobertura sugere a necessidade de melhorias na oferta e acesso a serviços odontológicos para gestantes.

Gráfico 6. Percentual das referências realizadas de acordo com o Polo Base.



No mesmo ano, foram realizadas também 902 atividades coletivas de educação em saúde por esses profissionais, 42.523 escovações supervisionadas e 13.983 aplicações tópicas de flúor. Destaca-se que as populações adscritas ao DSEI não contam com sistema de abastecimento de água fluoretada, uma das principais e mais importantes medidas de saúde pública no controle da cárie dentária, portanto a EMSI utiliza estratégias nas ações coletivas para mitigar essas inequidades.

## 6 CONCLUSÃO

A análise dos dados sobre a assistência odontológica no DSEI LSUL revela uma complexa rede de desafios e oportunidades que impactam a saúde bucal das comunidades atendidas.

A cobertura da 1ª Consulta Programática Odontológica alcançou 50% em 2023, sugerindo que metade da população teve acesso a pelo menos uma consulta odontológica ao longo do ano. No entanto, a cobertura de 49% de conclusão do tratamento básico para aqueles que receberam a 1ª consulta indica que a continuidade dos cuidados ainda é um desafio.

A distribuição desigual das referências odontológicas, com Guarapuava, Mongaguá e Santa Helena concentrando a maioria dos encaminhamentos, sugere uma concentração de serviços especializados nesses pólos. Isso pode ser um reflexo da presença de Centros de Especialidades Odontológicas em certas áreas e outras não. A ausência de CEOs em algumas localidades é um fator crítico, contribuindo para a desigualdade na oferta de tratamentos especializados e na eficácia geral do atendimento.

A qualidade das vias e o tempo de deslocamento são fatores determinantes na eficácia do atendimento odontológico. Comunidades com acesso difícil enfrentam barreiras adicionais que podem limitar a frequência e a qualidade dos atendimentos.

O atendimento odontológico nas comunidades indígenas deve considerar a diversidade cultural para ser eficaz. As percepções e práticas de saúde bucal variam entre as culturas, afetando a adesão aos tratamentos e a participação nas consultas. Adaptar os serviços às tradições locais e respeitar as crenças culturais é essencial para melhorar a aceitação e a eficácia do atendimento.

Engajar a comunidade e adaptar estratégias educativas às práticas culturais locais pode aumentar a participação. A comunicação deve ser clara e sensível às diferenças culturais para construir confiança e promover um ambiente de cuidado respeitável. Integrar práticas tradicionais de saúde bucal com métodos modernos pode também ajudar a respeitar as tradições enquanto se promove a saúde.

O estudo identificou importantes aspectos relacionados à oferta de serviços de saúde bucal nas comunidades indígenas do DSEI Litoral Sul, mas apresenta

limitações. A abordagem quantitativa não considera as subjetividades e peculiaridades culturais dessas populações, o que limita a compreensão das reais necessidades e percepções sobre a saúde bucal. A análise depende fortemente de dados secundários do SIASI, o que significa que os resultados estão diretamente relacionados à qualidade e à completude dos registros inseridos no sistema, os quais podem conter inconsistências ou omissões. Além disso, a ausência de uma avaliação mais qualitativa das condições de saúde bucal e das dinâmicas socioculturais limita a compreensão mais profunda das necessidades e desafios enfrentados por essas comunidades. Portanto, é essencial que estudos que adotem metodologias qualitativas e mistas, que explorem mais profundamente as vivências, expectativas e especificidades culturais dessas comunidades, a fim de construir políticas e práticas de saúde bucal mais efetivas e sensíveis às realidades locais.

Uma abordagem culturalmente sensível é crucial para oferecer um atendimento odontológico equitativo e eficaz às comunidades indígenas.

## 7 REFERÊNCIAS

1. ALVES FILHO, P. Determinantes sociais e iniquidades em saúde bucal indígena: uma coorte com os índios Guarani no Estado do Rio de Janeiro. 2012. 167 f. Tese (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em <https://api.saudeindigena.iciict.fiocruz.br/api/core/bitstreams/c3820c26-36f2-44d9-ab05-681016ecfa58/content>. Acesso em 11 de fev de 2024.
2. ARANTES, R.; FRAZÃO, P. Income as a Protective Factor for Dental Caries among Indigenous People from Central Brazil. *J Health Care Poor Underserved*, v. 27, n. 1A, p. 81-89, 2016. DOI: 10.1353/hpu.2016.0043. PMID: 27763432.
3. BALDISSEROTTO, J.; FERREIRA, A. M.; WARMLING, C. M. Condições de saúde bucal da população indígena guarani moradora no Sul do Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, p. 468–475, 2019. DOI: 10.1590/1414-462X201900040354.
4. BERTANHA, W. F. F. et al. Atenção À Saúde Bucal Nas Comunidades Indígenas: Evolução E Desafios – Uma Revisão De Literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 16, n. 1, p. 105–112, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10116>. Acesso em: 12 fev. 2024.
5. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama - Indicadores Sociais. Disponível em: [https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=N2\[4\]](https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=N2[4]). Acesso em: 11 de fevereiro de 2024.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo XIII - Relatório Situacional Litoral Sul, p. 15. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/chamamentos-publicos/2023/chamamento-publico-sesai-ms-no-2-2023/anexo-xiii-relatorio-situacional-litoral-sul.pdf>. Acesso em: 24 de fevereiro de 2024.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em: nov. De 2021.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI Litoral Sul, 2024-2027. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/planos-distritais-2024-2027/plano-distrital-litoral-sul#:~:text=BRASIL.%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.%20Secretaria%20de>. Acesso em 14 de set. 2024.
9. BRASIL. Painel de atendimentos SESAI. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em 11 fev. 2024.
10. BRASIL. Painel população indígena SESAI. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/sesai\\_pop\\_indigena/sesai\\_pop\\_indigena.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/sesai_pop_indigena/sesai_pop_indigena.html). Acesso em 11 fev. 2024.
11. BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 254, de 31 de janeiro de 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso em: 02 fev. 2024.
12. CARDOSO, A. M. et al. Políticas públicas de saúde para os povos indígenas. In: GIOVANELLA, L. et al. (Eds.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 911-932. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0033>. Acesso em: 11 fev. 2024.
13. DANTAS, E. L. et al. Acesso à odontologia indígena no Brasil: desafios e perspectivas. Revista de Saúde Indígena, v. 7, n. 2, p. 45-56, 2020.
14. DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. Univ. Humanist., Bogotá, n. 80, p. 213-236, dez. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-48072015000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48072015000200009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 fev. 2024. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UH80.tasi>.
15. FERREIRA, L. B.; PORTILLO, J. A. C.; NASCIMENTO, W. F. A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Rev Tempus Actas Saúde Col, v. 7, n. 4, p. 83-95, 2013.
16. KENNEDY, D.; PERZ, S. Who Are Brazil's Indígenas? Contributions of Census Data Analysis to Anthropological Demography of Indigenous Populations.

- Human Organization, v. 59, p. 311-324, 2000. DOI: 10.17730/humo.59.3.m7123363v260841w.
17. LEMOS, P. N. et al. Dental caries in peoples of Xingu Indigenous Park, Brazil, 2007 and 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 27, n. 1, e20171725, mar. 2018. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742018000100007&lng=en&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000100007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 fev. 2024. Epub Jan 11, 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100005>.
  18. MAURICIO, H. A.; MOREIRA, R. S. Autopercepção da saúde bucal por indígenas: uma análise de classes latentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 10, p. 3765–3772, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202510.26492018.
  19. MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185–207, 2003. DOI: 10.1590/S1413-81232003000100014.
  20. OLIVEIRA, L. M. et al. Políticas públicas de saúde bucal para populações indígenas no Brasil: uma análise crítica. *Revista de Odontologia Social*, v. 13, n. 1, p. 78-92, 2016.
  21. PONTES, A. L. M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3199–3210, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152010.18292014.
  22. ROCHA, D. F.; PORTO, M. F. S.; PACHECO, T. A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999-2014). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p. 383-392, 2019.
  23. SCHUCH, H. S. et al. The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 45, n. 5, p. 434-441, 2017. DOI: 10.1111/cdoe.12307.
  24. SILVA, R. M. et al. Saúde bucal nas comunidades indígenas do Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 321-336, 2018.
  25. SOARES, G. H. et al. Household food insecurity, dental caries and oral-health-related quality of life in Brazilian Indigenous adults. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1489-1500, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021264.06472019.



26. SOARES, G. H. et al. Epidemiological profile of caries and need for dental extraction in a Kaingang adult Indigenous population. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, v. 22, p. e190042, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190042.
27. SOUZA, A. C. et al. Desafios e perspectivas dos serviços odontológicos na saúde indígena: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 8, e00102318, 2019.
28. VICENTE, R. M. et al. Condições de trabalho dos profissionais de saúde indígena no maior Polo Base do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 12, e00110321, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT110321.

Diana Leite Batista, cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal de Alagoas (2013). Especialista em Implantodontia. Bolsista do Programa de Valorização do Profissional à Atenção Básica em 2014. Desde 2015 atuando na Atenção Básica à Saúde Indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul.