

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

Maria Clara Chaves Miranda

Prática odontológica indígena: um olhar crítico sobre a ausência de programas
interinstitucionais entre universidades e DSEI

Governador Valadares

2026

Maria Clara Chaves Miranda

Prática odontológica indígena: um olhar crítico sobre a ausência de programas interinstitucionais entre universidades e DSEI

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, *Campus* Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Bello Corrêa

Governador Valadares

2026



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**

Maria Clara Chaves Miranda

Prática odontológica indígena: um olhar crítico sobre a ausência de programas interinstitucionais entre universidades e DSEI

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, *Campus* Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Aprovado em 13 de janeiro de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Fernanda de Oliveira Bello Corrêa – Orientador (a)
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Prof. Especialista Alison Araújo de Freitas Lima
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Prof. Especialista João Pedro Teixeira de Faria Viana
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda de Oliveira Bello Correa, Professor(a)**, em 13/01/2026, às 11:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alison Araujo de Freitas Lima, Usuário Externo**, em 13/01/2026, às 11:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **JOÃO PEDRO TEIXEIRA DE FARIA VIANA, Usuário Externo**, em 13/01/2026, às 18:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2813929** e o código CRC **DDE3B570**.

Referência: Processo nº 23071.900582/2026-35 SEI nº 2813929 ADM:Geral 003 - Declaração 2813929 SEI
23071.900582/2026-35 / pg. 1

RESUMO

O presente trabalho analisa criticamente a ausência de programas interinstitucionais entre universidades públicas e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e suas implicações na formação odontológica e na atenção à saúde bucal dos povos indígenas brasileiros, especialmente em Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa narrativa, de caráter descritivo e exploratório, baseada em revisão bibliográfica e documental, que abordou dados epidemiológicos, políticas públicas de saúde bucal e documentos oficiais, com levantamento em bases como SciELO, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde. A análise evidenciou alta prevalência de doenças bucais, dificuldades no acesso aos serviços, descontinuidade do cuidado, escassez de dados padronizados e limitações estruturais e institucionais nos DSEIs, como a rotatividade de profissionais, precariedade da infraestrutura e insuficiência de ações preventivas e educativas. Identificou-se também fragilidade na formação odontológica para atuação em contextos interculturais, resultando em práticas pouco resolutivas. O estreitamento das relações entre universidades públicas e DSEIs é apresentado como estratégia central para aprimorar a atenção em saúde, valorizar o protagonismo indígena e os saberes tradicionais, além de formar profissionais críticos e socialmente comprometidos. Propõe-se a implementação de um programa de articulação entre a Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares, o DSEI regional e o povo Krenak, com enfoque intercultural e atividades participativas, visando promover a formação de estudantes sensíveis às especificidades indígenas e a melhoria da assistência odontológica. Conclui-se que essa articulação é fundamental para superar as limitações estruturais e garantir um cuidado culturalmente adequado, promovendo autonomia das comunidades indígenas, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, e contribuindo para a promoção da equidade, justiça social e do direito à saúde desses povos.

Palavras-chave: Saúde bucal; Saúde de Populações Indígenas; Política de saúde

ABSTRACT

This study critically analyzes the absence of interinstitutional programs between public universities and Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) and their implications for dental training and oral health care for Brazilian indigenous peoples, especially in Minas Gerais. This is a narrative, descriptive, and exploratory study based on a review of the literature, documents, and legislation, which addressed epidemiological data, public oral health policies, and official documents, with surveys in databases such as SciELO, PubMed, and the Virtual Health Library. The analysis showed a high prevalence of oral diseases, difficulties in accessing services, discontinuity of care, a lack of standardized data, and structural and institutional limitations in the DSEIs, such as staff turnover, poor infrastructure, and insufficient preventive and educational measures. We also identified weaknesses in dental training for working in intercultural contexts, resulting in practices that are not very effective. Strengthening relations between public universities and DSEIs is presented as a central strategy for improving health care, valuing indigenous leadership and traditional knowledge, and training critical and socially committed professionals. The implementation of a program of coordination between the Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares, the regional DSEI, and the Krenak people is proposed, with an intercultural focus and participatory activities, aiming to promote the training of students sensitive to indigenous specificities and the improvement of dental care. It is concluded that this articulation is fundamental to overcome structural limitations and ensure culturally appropriate care, promoting the autonomy of indigenous communities, in line with the guidelines of the National Policy for Health Care for Indigenous Peoples, and contributing to the promotion of equity, social justice, and the right to health of these peoples.

Keywords: Oral health; Health of Indigenous Peoples; Health Policy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AgSUS	Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
CES	Câmara de Educação Superior
CEOs	Centros de Especialidades Odontológicas
CNE	Conselho Nacional de Educação
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEIs	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
FORP-USP	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SB Brasil	Projeto Nacional de Saúde Bucal
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
UFJF-GV	Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	METODOLOGIA.....	10
3	ARTIGO CIENTÍFICO	11
3.1	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL.....	11
3.2	SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SAÚDE BUCAL INDÍGENA NO BRASIL.....	13
3.3	DETERMINANTES ESTRUTURAIS, CULTURAIS E INSTITUCIONAIS DA SAÚDE BUCAL INDÍGENA.....	16
3.4	PROPOSTA DE ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL PARA A SAÚDE INDÍGENA EM MINAS GERAIS: O PAPEL DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS.....	21
4	CONCLUSÃO	25
	REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal é fundamental para a manutenção da qualidade de vida de qualquer indivíduo. Quando se trata de serviço público, ela deve ser analisada em macro e micro populações, levantando suas demandas para destinação de serviços, verbas, e políticas públicas. No contexto dos povos originários brasileiro, observa-se uma grande defasagem de dados e assistência para atingir os objetivos da Política Nacional de Saúde Bucal, seja pela dificuldade de acesso ou até mesmo má gestão de recursos.¹⁻³

Estudos recentes mostram que pessoas indígenas apresentam três vezes mais chances de nunca terem visitado um consultório odontológico, também demonstram maior prevalência de cárie dentária e doença periodontal e, consequentemente, maior perda dentária do que a população urbana brasileira.^{4,5} Esses indicadores refletem não apenas na desigualdade do acesso à saúde, mas também na ausência de políticas públicas longitudinais e formação profissional direcionada à essa população.³

Pode-se afirmar que existe uma lacuna entre o conhecimento acadêmico e a prática clínica integrada a esta demanda, pois é ínfimo o número de projetos de universidades federais e estaduais que abrangem e conectam os alunos à população indígena. Há modelos nacionais e internacionais que podem ser seguidos e replicados para o efetivo cumprimento das atuais diretrizes curriculares nacionais do curso de Odontologia (Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021), aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), por meio da sua Câmara de Educação Superior (CES).⁶

A formação acadêmica deveria contemplar todas as nuances da saúde pública brasileira. A criação de convênios e vínculos entre universidades e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) é de fundamental importância para um crescimento e aprimoramento individual dos alunos e também, a longo prazo, para melhoria significativa dos indicadores da saúde bucal dos povos originários. É possível desenvolver uma formação emancipadora dos acadêmicos respeitando o protagonismo indígena, e os saberes tradicionais, estimulando equidade e integração cultural, a colaboração da ciência moderna com a tradicional.

A promoção da saúde bucal dos povos indígenas não deve restringir-se às ações curativas, mas contemplar uma abordagem ampliada e integral, com foco na

prevenção.¹ Essa perspectiva inclui a educação em saúde voltada às boas práticas de higiene oral, bem como a atenção à saúde geral, reconhecendo que o funcionamento integrado do organismo humano influencia diretamente o estilo de vida do indivíduo.³ Nesse contexto, o estímulo à autopercepção em saúde constitui também uma estratégia fundamental de cuidado.^{1,3}

Em concordância, o estudo de Maciel et al.⁷ que realizou um inquérito autoaplicado com indígenas brasileiros para investigar suas percepções sobre a saúde bucal. Os resultados mostraram que os indígenas avaliaram sua saúde oral como regular ou insatisfatória, relatando dor e impacto no cotidiano, além de enfrentar barreiras significativas de acesso ao atendimento odontológico. Esses achados evidenciam a sensação de desassistência e reforçam a necessidade de políticas culturalmente adequadas para essa população.

A nível internacional, espelha-se em países como Austrália que apresenta experiências consolidadas de integração de universidades e serviços de saúde indígena, gerando os impactos esperados supracitados.⁸ Há também experiências brasileiras como da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, uma unidade da Universidade de São Paulo (FORP-USP) com o projeto “Huka Katu” que de maneira multidisciplinar capacitou Agentes Indígenas de Saúde (AIS) para vigilância em saúde de suas próprias comunidades, demonstrando assim a possibilidade dessa integração em diferentes ambientes, mas com o mesmo propósito, promoção de saúde indígenas.⁹

Nesse contexto, o presente trabalho também se fundamenta em uma experiência prática vivenciada durante a formação acadêmica, decorrente da participação em estágio extracurricular realizado em uma aldeia da etnia Xakriabá, no estado de Minas Gerais, devidamente autorizado pelos representantes da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

A vivência em campo possibilitou o contato direto com a realidade dos serviços de saúde bucal ofertados à população indígena, bem como a compreensão dos desafios estruturais, culturais e organizacionais enfrentados tanto pelos profissionais de saúde quanto pela própria comunidade. Despertou questionamentos relacionados à formação odontológica, ao preparo dos acadêmicos para atuar em contextos interculturais e à ausência de vínculos institucionais mais consistentes entre as universidades e os serviços de saúde indígena, configurando-se como o ponto inicial da problematização desenvolvida.

Diante desse cenário, o presente trabalho tem como objetivo analisar de forma crítica a ausência de programas interinstitucionais entre universidades e DSEI e suas implicações na formação odontológica e na atenção à saúde bucal indígena, partindo da hipótese de que, se houvesse vínculos efetivos entre essas instituições, a saúde bucal indígena seria mais assistida e de melhor qualidade.

Adicionalmente, visa elaborar ideias de programas interinstitucionais entre universidades públicas e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) a fim de colaborar para a melhoria do quadro geral da saúde bucal dos povos indígenas de Minas Gerais.

A discussão proposta pretende contribuir para o debate sobre a inclusão das temáticas indígenas na formação odontológica, ressaltando a importância da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão na construção de uma odontologia socialmente comprometida e culturalmente inclusiva.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa narrativa, de abordagem descritiva e exploratória, desenvolvida por meio de revisão bibliográfica e documental, com o objetivo de descrever o panorama da saúde bucal dos povos indígenas brasileiros, identificar desafios no acesso aos serviços odontológicos e analisar a contribuição do vínculo interinstitucional entre universidades e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) para o fortalecimento das políticas públicas de saúde bucal indígena.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir do levantamento de artigos científicos, dissertações e documentos oficiais relacionados à saúde bucal indígena, às políticas públicas de saúde, ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Política Nacional de Saúde Bucal. O estudo também incluiu pesquisa documental de caráter histórico e jurídico, por meio da análise de legislações, normas, portarias e diretrizes que fundamentam a atenção à saúde indígena no Brasil. As bases de dados utilizadas incluíram SciELO, PubMed e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de documentos de órgãos oficiais, como o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Foram utilizados descritores de forma isolada ou combinada, como: saúde bucal, população indígena, políticas públicas de saúde, atenção primária à saúde, Sistema Único de Saúde, odontologia, saúde bucal indígena e universidade nas aldeias. A seleção dos materiais considerou a relevância temática, priorizando publicações em português e inglês, com recorte temporal dos últimos dez anos, além da inclusão de estudos clássicos.

A análise dos dados foi realizada de forma crítica e interpretativa, buscando identificar padrões, lacunas, desafios e avanços relacionados à saúde bucal indígena e à efetividade das políticas públicas. Os resultados foram organizados de maneira temática, contribuindo para a sistematização e discussão dos achados ao longo do trabalho.

Por se tratar de pesquisa baseada exclusivamente em fontes secundárias de domínio público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Segundo o Censo Populacional de 2022 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem cerca de um milhão e setecentas mil pessoas indígenas no país, pertencentes a 391 etnias, e destes 46% residem em territórios indígenas.¹⁰ Esses dados demonstram a ampla diversidade cultural, social e territorial existente nessa população. Essa pluralidade é marcada por diferentes tradições, línguas, formas de organizações e práticas de cuidado com a saúde. Dessa forma, torna-se imprescindível que as políticas públicas de saúde sejam orientadas pela equidade, garantindo a essa população uma atenção compatível com suas especificidades.

O Brasil, através de sua Carta Magna, promulgada em 1988, reconhece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, para além disso, reconhece que os povos originários têm direitos sobre as terras que tradicionalmente ocupam.¹¹ Sendo assim, é um dever do Estado brasileiro garantir e promover políticas públicas de saúde, mesmo dentro do território indígena, que podem ser em áreas remotas ou perto de centros urbanos.

Historicamente, a população indígena brasileira enfrenta lutas diárias, seja pelo processo colonizador europeu que dizimou grande parte das comunidades, ou pela dificuldade de demarcação de terra, até mesmo atualmente, como o marco temporal, ou também pela invasão das mesmas por urbanizados, como garimpeiros ilegais. As populações autóctones frequentemente necessitam buscar a garantia dos seus direitos, e no parâmetro saúde não seria diferente.¹²

Nesse contexto, o marco temporal destaca-se como uma controvérsia contemporânea relacionada aos direitos territoriais indígenas. Constitui de uma tese jurídica que condiciona a demarcação de terras à comprovação de ocupação na data da promulgação da Constituição Federal de 1988, desconsiderando históricos processos de expulsão e deslocamento forçado. Essa interpretação representa um retrocesso na garantia dos direitos originários dos povos indígenas.¹²

A aplicação do marco temporal impacta diretamente a saúde indígena, uma vez que o território é um determinante central do processo saúde-doença. A insegurança desse espaço social intensifica conflitos, favorece invasões e degrada o

ambiente, comprometendo a segurança alimentar, o acesso à água e as práticas tradicionais de cuidado, além de dificultar a organização e a continuidade das ações dos serviços de saúde nos territórios indígenas.

A primeira política pública voltada aos povos indígenas foi o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), criado no início do século XX, com o objetivo de integrá-los à sociedade nacional.¹³ Posteriormente, durante o regime militar, o SPI foi substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que passou a atuar na execução das políticas indigenistas.¹⁴ Em 1973, foi promulgada a Lei nº 6.001, o Estatuto do Índio, que buscou tutelar e regularizar a situação jurídica dessas populações, prevendo a preservação de suas culturas e a participação ativa em projetos e programas voltados às suas comunidades.¹⁵

Durante a década de 1980, o debate sobre saúde pública se intensificou, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Índio foram marcos que impulsionaram a criação de um Sistema Único de Saúde vinculado ao Ministério da Saúde. Com a Constituição Federal de 1988, esses direitos foram reconhecidos, estabelecendo a universalidade, a equidade, a descentralização e a participação comunitária como princípios fundamentais do SUS.

Nos anos 1990, os Decretos Presidenciais nº 23, 24, 25 e 26 de 1991 deram base legal à política indigenista e instituíram os primeiros Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), como o Distrito Yanomami, no Amazonas e em Roraima.^{1,16-19} Poucos anos depois, a Lei Arouca nº 9.836/1999 criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), integrando-o ao SUS.

A gestão administrativa ficou a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), responsável por coordenar as ações nos DSEIs. Com o crescimento da rede, foi criado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) para registrar dados sobre nascimentos, óbitos, morbidades, imunização e infraestrutura. Em 2002, foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que consolidou as diretrizes de equidade, integralidade e respeito às especificidades culturais.¹

Em 2004, surgiu o Programa Brasil Sorridente, dentro da Política Nacional de Saúde Bucal, com foco em ampliar o acesso da população ao tratamento odontológico gratuito. Porém, a saúde bucal indígena ainda recebia atenção pontual, somente em 2007 foram publicadas as Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal dos

Povos Indígenas, com orientações específicas aos serviços odontológicos nas aldeias.²⁰

A incompatibilidade entre o modelo distrital indígena e o SUS, somada à insatisfação com a gestão da FUNASA, levou à criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) pela Lei nº 12.314/2010, vinculada ao Ministério da Saúde.²¹ A SESAI passou a gerenciar diretamente os DSEIs, levando em conta aspectos culturais e epidemiológicos de cada povo.

Em 2011, foi lançado o Programa Brasil Sorridente Indígena, com o objetivo de estruturar e qualificar os serviços de saúde bucal nos DSEIs.²² A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2014) reforçou a importância da autonomia dos distritos e da participação comunitária nas decisões sobre saúde.

Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, a saúde indígena no Brasil sofre impactos diretos das políticas neoliberais, que reduzem investimentos públicos, terceirizam serviços e fragmentam ações em territórios vulneráveis. No caso concreto da atenção à saúde indígena, a AgSUS (Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS) assumiu, por meio de contrato de gestão com a SESAI, a responsabilidade pela contratação de profissionais para os 34 DSEIs, em regime celetista.²³ Essa mudança institucional ilustra como o modelo neoliberal organiza a gestão da saúde pública: delegar ao setor privado autônomo funções antes públicas, mantendo a lógica de mercado ao mesmo tempo em que fragiliza a presença estatal direta.²⁴

Na saúde bucal, esse cenário manifesta-se na escassez e elevada rotatividade de profissionais, na precariedade da infraestrutura disponível e na inexistência de programas contínuos de formação e capacitação, agravadas pelas limitações das universidades públicas em estabelecer e manter vínculos efetivos com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).²⁵

O estudo de Poirier et al. (2022) evidencia esse cenário ao identificar como o neoliberalismo prejudica a saúde indígena, desde a exploração dos recursos naturais até a desvalorização de práticas coletivas de promoção à saúde. Os autores defendem a necessidade de políticas que valorizem epistemologias indígenas e ampliem o protagonismo comunitário na construção de ações em saúde.²⁴

3.2 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SAÚDE BUCAL INDÍGENA NO BRASIL

A saúde bucal dos povos originários permeia as desigualdades históricas que eles enfrentaram. Segundo o estudo de Souza, et al.⁴, os indígenas possuem maior prevalência de cárie dentária, doença periodontal, e consequentemente, perdas dentárias tanto em adultos quanto em crianças, refletindo as dificuldades de promoção e prevenção em saúde bucal. Outrossim, a oferta de serviços é limitada, que apresenta que uma porção significativa da população nunca teve acesso a atendimento odontológico.

Essa realidade também é comprovada em um estudo realizado na Reserva Indígena Mãe Maria, no Pará, o qual identificou elevada prevalência de cárie dentária nas crianças e baixo índice de tratamento, reforçando a ausência de acesso oportuno ao cuidado. Os valores encontrados foram superiores às médias nacionais referentes à faixa etária infantil avaliadas pelo SB Brasil, demonstrando a desigualdade vivenciada por essa população.²⁶

Vale ressaltar que essa dificuldade muitas vezes se dá pela localização das aldeias e dos polos-base, o que torna o deslocamento até os serviços de saúde um processo demorado e, muitas vezes, inviável devido às condições geográficas e à insuficiência de transportes disponíveis. Além disso, a falta de referenciamento aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) impede a continuidade de tratamentos especializados, afetando a evolução dos processos de doença e cura e ampliando ainda mais as barreiras ao cuidado odontológico.²⁷

É importante destacar que há uma insuficiência de profissionais de saúde bucal atuando nas comunidades indígenas, o que se deve à falta de infraestrutura adequada para a instalação de equipamentos odontológicos, às unidades improvisadas em espaços físicos temporários sem saneamento básico adequado, e à alta rotatividade dos trabalhadores. Essa instabilidade compromete o vínculo de continuidade proposto pelo SUS, e consequentemente dificulta a implementação de estratégias de prevenção. Ademais, nota-se também a existência da barreira cultural, principalmente causada pela falta de fornecimento de formação adequada para que os profissionais atuem em um contexto intercultural dentro do território indígena.²⁷

Tudo isso corrobora para a ausência de ações contínuas, que muitas vezes ficam restritas a visitas esporádicas à comunidade, e campanhas pontuais nas escolas, as quais são incapazes de garantir um acompanhamento longitudinal efetivo.⁷ Somado a isso, observa-se a quase inexistente presença das universidades

e projetos de extensão nos territórios indígenas, o que limita as oportunidades de educação permanente para os acadêmicos, a produção de conhecimento local e científico e desenvolvimento de estratégias e tecnologias sociais e medicinais adequadas à realidade dos indígenas.²⁷

Dessa forma, os desafios estruturais que perpassam o acesso, a continuidade do cuidado, e a formação profissional, revelam uma situação epidemiológica de saúde bucal indígena que permeia as desigualdades, que se manifestam nos indicadores de saúde e também no acesso aos serviços.

Nesse sentido, a pesquisa realizada com o Povo Tremembé, no Ceará, evidenciou as barreiras vivenciadas diariamente pela comunidade, como as longas distâncias até os serviços, a falta de transporte, as esperas prolongadas, o atendimento centrado apenas nas urgências e a ausência frequente de profissionais, impedem o acompanhamento regular das doenças. Os autores também apontam que esses e outros desafios fazem com que muitos indígenas recorram ao autocuidado ou a práticas tradicionais diante da impossibilidade de receber atendimento. Esses achados reforçam que, enquanto se mantiver as limitações estruturais, logísticas e profissionais, as desigualdades de saúde bucal também se perpetuarão.⁷

Contudo, pesquisas envolvendo este mesmo objeto, evidenciam as dificuldades na localização de pesquisas epidemiológicas recentes e abrangentes sobre a saúde bucal da população indígena, o que reforça a reconhecida escassez de dados. Essa limitação é apontada no Projeto Técnico do Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas, realizado em 2018, que destaca que os dados disponíveis até então eram majoritariamente oriundos da atenção primária à saúde indígena e restritos aos registros do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), os quais não contemplam avaliações epidemiológicas padronizadas.²

Além disso, os poucos estudos existentes apresentam grande heterogeneidade metodológica, com diferenças nos critérios diagnósticos, e sendo frequentemente conduzidos em grupos étnicos específicos e em contextos locais.²

A ausência de dados padronizados e comparáveis, aliada à diversidade metodológica e aos recortes populacionais restritos, contribui para análises com viés, de modo que os estudos disponíveis acabam sustentando predominantemente revisões narrativas, baseadas em evidências fragmentadas e incapazes de

representar de forma consistente a situação de saúde bucal do conjunto da população indígena.

3.3 DETERMINANTES ESTRUTURAIS, CULTURAIS E INSTITUCIONAIS DA SAÚDE BUCAL INDÍGENA

A compreensão da saúde bucal indígena exige uma análise integrada dos fatores estruturais, culturais e institucionais que moldam as condições de vida, os modos de cuidado e o acesso aos serviços de saúde. Esses determinantes atuam de forma interdependente no processo saúde-doença, influenciando tanto os padrões de adoecimento quanto às possibilidades de prevenção e atenção odontológica nos territórios indígenas. Nesse sentido, faz-se necessário aprofundar a discussão sobre os aspectos estruturais e socioculturais que atravessam a saúde bucal dessas populações.

3.3.1 Aspectos estruturais e socioculturais da saúde bucal indígena

A saúde indígena brasileira deve ser abordada além dos indicadores epidemiológicos e da organização dos serviços, ela deve ser analisada também a partir dos determinantes socioculturais territoriais e históricos, que influenciam diretamente o processo saúde-doença.

A doença periodontal é fortemente associada ao uso de tabaco, e nas populações indígenas ele está presente em contextos culturais específicos como práticas rituais, medicinais e simbólicas. O seu uso contínuo está relacionado ao aumento da inflamação gengival, à perda de inserção periodontal e perda óssea e ao agravamento das doenças periodontais, sobretudo quando associado à ausência de ações preventivas regulares e ao acesso limitado ao acompanhamento odontológico. Em um estudo realizado com aborígenes australianos o uso de tabaco aumentou a prevalência da doença periodontal. Apesar dessa pesquisa não encontrar levantamentos semelhantes sobre a população originária brasileira, pode-se concluir que o uso do tabaco, seja mascado ou fumado, é prejudicial para a saúde bucal.^{5,27,29,30}

As práticas tradicionais de cuidado em saúde bucal também ocupam papel central no cotidiano das comunidades indígenas. As técnicas de higiene bucal

indígena, transmitidas entre gerações, incluem o uso de galhos mastigáveis, fibras vegetais, cinzas, ervas e outros recursos naturais empregados na limpeza dos dentes e da cavidade oral. Essas práticas expressam um saber empírico acumulado e uma relação próxima dos povos com a natureza. No entanto, a ausência de diálogo intercultural entre os serviços de saúde e esses saberes limita sua incorporação em estratégias preventivas ampliadas, reduzindo sua efetividade quando dissociadas do cuidado profissional.³¹

Nesse mesmo contexto, destaca-se o uso de plantas com efeito anestésico e analgésico no manejo da dor odontológica. Utilizadas de forma tópica, essas plantas representam alternativas terapêuticas diante da dificuldade ou inexistência de acesso aos serviços odontológicos. Embora constituam importantes recursos culturais de cuidado, seu uso isolado evidencia lacunas assistenciais, uma vez que atuam predominantemente no alívio sintomático, sem abordar as causas das patologias bucais.³²

3.3.2 Transição alimentar, agravos bucais e situação epidemiológica

Outro determinante estrutural relevante é a transição alimentar vivenciada por muitos povos indígenas, marcada pelo aumento do consumo de açúcares e alimentos industrializados.³¹ Esse processo rompe com dietas tradicionais menos cariogênicas e, associado à fragilidade das ações de educação em saúde e à baixa disponibilidade de produtos de higiene bucal fluoretados, contribui para o agravamento dos problemas de saúde bucal nessas populações.

Como consequência, observa-se o aumento da incidência e da recorrência da cárie dentária entre crianças, adolescentes e adultos indígenas. A cárie assume caráter cumulativo, frequentemente não tratado ou tratado apenas em situações de urgência, evoluindo para perdas dentárias precoces e comprometimento funcional e estético. A ocorrência frequente de dor associada à cárie reforça que essa condição não resulta apenas de comportamentos individuais, mas de um contexto de vulnerabilidade estrutural, marcado por barreiras geográficas, fragilidade dos serviços de saúde e insuficiência de estratégias preventivas.³⁻⁵

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde Bucal dos Povos Indígenas,² essa realidade se expressa na elevada prevalência de agravos bucais, como cárie dentária não tratada, doença periodontal e perdas dentárias precoces,

especialmente entre crianças e adultos jovens. O inquérito também evidencia falhas na cobertura e na regularidade da atenção odontológica, indicando que, embora existam políticas específicas, sua implementação ocorre de forma desigual entre os diferentes Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

3.3.3 Crises macro e microestruturais e impactos na saúde indígena

As crises de ordem macroestrutural, como instabilidades políticas e econômicas, impactam diretamente o sistema de saúde brasileiro, refletindo-se de maneira mais intensa nas populações em situação de maior vulnerabilidade social, entre elas os povos indígenas. A redução de investimentos públicos, a fragilização da gestão, como a terceirização do serviço, e a descontinuidade de políticas públicas comprometem a efetivação dos princípios do SUS, especialmente no que se refere à equidade e à integralidade do cuidado.^{24,31}

No âmbito microestrutural, esses impactos tornam-se evidentes no cotidiano dos serviços de saúde indígena, manifestando-se por meio da escassez e da alta rotatividade de profissionais, da precariedade da infraestrutura, da limitação de recursos materiais e das dificuldades logísticas de acesso aos territórios indígenas. Esses fatores contribuem para a baixa resolutividade das ações em saúde bucal, dificultando a continuidade do cuidado e a consolidação de práticas preventivas e educativas.

3.3.4 Programa Brasil Sorridente Indígena: avanços e limites na atenção à saúde bucal indígena

O Programa Brasil Sorridente Indígena insere-se nesse cenário das crises supracitadas como uma estratégia voltada à ampliação do acesso à atenção em saúde bucal nos territórios indígenas, articulando-se ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) e à atuação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Ele representa um avanço ao reconhecer as especificidades socioculturais dos povos indígenas e ao propor a inserção de equipes de saúde bucal nos DSEIs, com ênfase em ações preventivas, educativas e de atenção básica. Entretanto, sua operacionalização enfrenta limitações citadas anteriormente.²⁰

Essas fragilidades indicam que, apesar de contribuir para o fortalecimento da atenção à saúde bucal indígena, sua efetividade depende do aprimoramento da gestão e da integração com outras iniciativas institucionais. Nesse sentido, a articulação interinstitucional apresenta-se como um elemento estratégico para ampliar a sustentabilidade das ações e qualificar a atenção prestada nos territórios indígenas.

3.3.5 Articulação interinstitucional e fortalecimento das políticas públicas

A responsabilidade pela formulação, coordenação e execução das políticas públicas de saúde indígena é atribuída ao Estado brasileiro, especialmente por meio do Ministério da Saúde, com destaque para a atuação da SESAI e dos DSEIs. Contudo, diante da complexidade das demandas apresentadas por essa população, torna-se imprescindível a adoção de estratégias interinstitucionais que fortaleçam a gestão, a assistência e a formação profissional.

Nesse sentido, a articulação entre a SESAI e as instituições de ensino superior, especialmente as universidades públicas federais, mostra-se como uma estratégia para a formação intercultural de profissionais, a produção de conhecimento científico destinado à essa população, e o fortalecimento das ações de saúde nos territórios indígenas. Experiências consolidadas demonstram o potencial dessa integração, como o projeto Huka Katu, desenvolvido pela o FORP-USP no território do Xingu.⁹

A iniciativa baseia-se na formação interprofissional e intercultural em saúde indígena, promovendo a inserção de estudantes e docentes em contextos reais de atenção, respeitando os saberes tradicionais e fortalecendo o vínculo entre universidade, serviços de saúde e comunidades indígenas. Os resultados dessa experiência evidenciam que a aproximação entre universidades públicas e os DSEIs contribui para a qualificação da assistência em saúde bucal, para a formação de profissionais mais sensíveis às especificidades socioculturais dos povos indígenas e para o enfrentamento dos efeitos das crises macro e microestruturais que limitam a efetividade das políticas públicas.

Dessa forma, a ampliação de iniciativas semelhantes configura-se como uma estratégia viável e necessária para o fortalecimento da saúde indígena no Brasil, contribuindo para a superação de modelos assistenciais fragmentados e para a

consolidação de políticas públicas que promovam equidade, respeito à diversidade cultural e protagonismo indígena na construção do cuidado em saúde.

A literatura aponta que a formação histórica dos profissionais de saúde no Brasil, incluindo o cirurgião-dentista, desenvolveu-se de forma dissociada das reais necessidades sociais do país, contribuindo para a reprodução de desigualdades em saúde e para a fragilidade da atenção ofertada às populações em situação de vulnerabilidade, como os povos indígenas. Essa desconexão formativa desconsidera, muitas vezes, os determinantes sociais da saúde, as especificidades étnicas e os contextos interculturais que atravessam os territórios indígenas, refletindo diretamente na saúde bucal dessas populações.^{9,31}

Diante desse cenário, experiências de integração ensino-serviço-comunidade, especialmente aquelas protagonizadas por universidades públicas, assumem papel estratégico na reorientação da formação em saúde. Parte-se do entendimento de que a educação constitui um instrumento de transformação social, não restrito ao ensino formal, mas ampliado por vivências que estimulam a reflexão crítica, a reformulação de práticas e a incorporação de novos valores profissionais e éticos (Huka Katu, FORP-USP).⁹

A inserção de estudantes nos territórios indígenas, em articulação com os DSEIs, possibilita o desenvolvimento de competências fundamentais ao trabalho interprofissional e colaborativo. Nesse processo, a cultura indígena favorece práticas baseadas no diálogo, no cuidado centrado na comunidade e na negociação coletiva, elementos essenciais para a construção de modelos de atenção interculturais e resolutivos.

No âmbito operacional, o modelo utilizado pelo projeto da FORP-USP demonstra um potencial de replicabilidade, a estratégia pedagógica consiste no uso do diário de campo e nas rodas de conversa que permitem a construção de relatos crítico-reflexivos sobre as experiências vivenciadas, favorecendo a aprendizagem significativa e a avaliação contínua das ações desenvolvidas. Além disso, a elaboração de relatórios com análise de indicadores de saúde bucal em séries históricas contribui para o planejamento, a gestão e a qualificação da atenção ofertada nos territórios.

Compreendendo o cuidado em saúde como um processo ampliado, que vai além da execução de procedimentos clínicos, experiências como o projeto “Huka Katu” demonstram a viabilidade de modelos de atenção em saúde bucal no âmbito

dos DSEIs que estimulam a educação permanente, fortalecem vínculos entre indígenas, estudantes, lideranças e docentes, e promovem autonomia e empoderamento comunitário. Assim, a articulação entre SESAI, DSEIs e universidades públicas, especialmente federais, configura-se como estratégia fundamental para enfrentar as limitações estruturais da política de saúde indígena e qualificar a formação profissional e a assistência prestada.

3.4 PROPOSTA DE ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL PARA A SAÚDE INDÍGENA EM MINAS GERAIS: O PAPEL DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS

A articulação interinstitucional no campo da saúde indígena configura-se como um eixo estratégico para enfrentar as fragilidades estruturais e operacionais que limitam a efetividade das políticas públicas. Ao integrar diferentes atores institucionais, saberes e práticas, essas iniciativas ampliam as possibilidades de qualificação da atenção em saúde bucal e da formação profissional. Assim, torna-se pertinente aprofundar a análise das experiências de integração ensino-serviço-comunidade, destacando seus fundamentos, estratégias e impactos.

3.4.1 Povos indígenas em Minas Gerais e o contexto da saúde indígena no estado

O estado de Minas Gerais apresenta expressiva diversidade étnica indígena, abrigando atualmente dezoito etnias reconhecidas: Maxakali, Xakriabá, Krenak, Aranã, Mukuriñ, Pataxó, Pataxó Hã-Hã-Hãe, Catu-Awá-Arachás, Kaxixó, Puris, Xukuru-Kariri, Tuxá, Kiriri, Canoeiros, Kamakã, Karajá, Guarani e Pankararu. Essa pluralidade étnica distribui-se em diferentes regiões do estado, com realidades territoriais, culturais e epidemiológicas distintas, o que exige estratégias específicas e regionalizadas de atenção à saúde indígena.³³

Entre esses povos, destaca-se o povo Krenak, historicamente estabelecido às margens do Rio Doce, no município de Resplendor, região Leste de Minas Gerais. A trajetória desse povo é marcada por intensos processos de violência histórica, deslocamentos forçados e impactos socioambientais, como a degradação do Rio Doce, elemento central de sua organização social, espiritual e cultural. Esses fatores repercutem diretamente nas condições de saúde da comunidade, inclusive na saúde

bucal, ampliando situações de vulnerabilidade e demandando ações de cuidado que considerem o território, a memória coletiva e os saberes tradicionais.

3.4.2 Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e lacunas na implementação

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) estabelece diretrizes claras para a organização da atenção à saúde indígena no Brasil, baseadas no reconhecimento da diversidade sociocultural e na participação comunitária. Entre seus princípios, destaca-se que a definição e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem ocorrer por meio de debates que envolvam lideranças e organizações indígenas, o órgão indigenista oficial, antropólogos, universidades, instituições governamentais e não governamentais, além das secretarias estaduais e municipais de saúde.¹

Entretanto, observa-se que, na prática, essa diretriz nem sempre é plenamente cumprida, especialmente no que se refere à participação sistemática das universidades e à construção de redes locais de ensino, pesquisa e extensão vinculadas aos DSEIs. A política também prevê que a capacitação dos recursos humanos seja priorizada como instrumento fundamental para adequar as ações dos profissionais de saúde às especificidades indígenas, por meio de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização voltados a gestores, profissionais e assessores técnicos, indígenas e não indígenas. Ainda assim, a formação intercultural permanece pontual e insuficiente, contribuindo para práticas descontextualizadas e baixa resolutividade das ações em saúde.

Outro aspecto frequentemente negligenciado refere-se ao estímulo às instituições de ensino e pesquisa para a produção de conhecimentos e tecnologias adequadas às necessidades das comunidades indígenas, bem como à proposição de programas especiais de acesso e permanência de estudantes indígenas no ensino superior. A PNASPI reconhece que os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma concepção holística, que compreende a saúde como harmonia entre indivíduos, comunidade, território e espiritualidade, e que tais saberes não devem ser substituídos pela biomedicina, mas dialogar com ela de forma complementar. A fragilidade desse diálogo evidencia o distanciamento entre o que a política propõe e o que efetivamente se concretiza nos territórios.¹

3.4.3 Universidades federais de Minas Gerais e potencial de atuação na saúde indígena

Minas Gerais concentra um número expressivo de universidades federais, com potencial estratégico para atuar na formação profissional, na produção de conhecimento e na extensão universitária voltadas à saúde indígena. Entre elas destacam-se a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), a Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), a Universidade Federal de Viçosa (UFV), a Universidade Federal de Lavras (UFLA), a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), a Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) e a Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI).³⁴

Apesar dessa capilaridade institucional, observa-se a quase inexistência de vínculos estruturados e contínuos entre essas universidades e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas que atendem as populações do estado. Essa ausência compromete a efetivação de diretrizes da PNASPI relacionadas à educação permanente, à pesquisa aplicada e ao fortalecimento das ações de promoção e prevenção em saúde, especialmente na saúde bucal.

3.4.4 Proposta de articulação entre a UFJF – *campus* Governador Valadares, o DSEI e o povo Krenak

Diante desse cenário, propõe-se a construção de um vínculo institucional entre a Universidade Federal de Juiz de Fora – *campus* Governador Valadares (UFJF-GV), o Distrito Sanitário Especial Indígena responsável pela região e o povo Krenak, como estratégia concreta para operacionalizar as diretrizes da PNASPI no território mineiro. A UFJF-GV, por sua localização geográfica estratégica no Vale do Rio Doce e por sua inserção regional, apresenta condições favoráveis para desenvolver ações integradas de ensino, pesquisa e extensão junto às comunidades indígenas da região.

A proposta prevê a implementação de um projeto de articulação institucional nos moldes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde),

com enfoque intercultural, envolvendo cursos da área da saúde, especialmente Odontologia. O projeto teria como objetivos a formação de estudantes sensíveis às especificidades étnicas e culturais, o fortalecimento da atenção à saúde bucal indígena e a valorização dos saberes tradicionais do povo Krenak.

Entre as ações propostas, incluem-se a inserção longitudinal de estudantes no território indígena, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde construídas de forma participativa com a comunidade, a realização de diagnósticos situacionais em saúde bucal e a utilização de ferramentas pedagógicas como diários de campo e rodas de conversa para reflexão crítica das práticas. Também se prevê a articulação com o Ministério da Educação e com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Educação, conforme orienta a PNASPI, visando à integração curricular, à capacitação e certificação de agentes indígenas de saúde e ao fortalecimento da educação comunitária em bases culturalmente adequadas.

Essa proposta reconhece que a melhoria das condições de saúde indígena não ocorre pela simples transferência de tecnologias biomédicas, mas pela construção coletiva do cuidado, respeitando a lógica interna dos sistemas tradicionais de saúde e promovendo o protagonismo comunitário. Assim, a articulação entre universidade, DSEI e povo Krenak configura-se como uma estratégia viável e necessária para qualificar a atenção à saúde indígena em Minas Gerais, fortalecer a formação profissional e contribuir para a efetivação das políticas públicas no território.

4 CONCLUSÃO

A saúde bucal dos povos indígenas no Brasil permanece profundamente desigual, refletindo não apenas deficiências na organização dos serviços, mas também a negligência histórica do Estado em garantir os direitos constitucionais. Este trabalho evidenciou que, apesar da existência de políticas públicas específicas, como a PNASPI e o Programa Brasil Sorridente Indígena, a ausência de articulação efetiva entre universidades e DSEIs compromete a qualidade da atenção prestada e a formação de profissionais preparados para atuar em contextos interculturais. A saúde indígena, portanto, continua vulnerável aos impactos de políticas neoliberais, terceirização de serviços e fragmentação das ações públicas.

A análise da literatura e dos documentos encontrados demonstrou que a situação epidemiológica da saúde bucal indígena é caracterizada por elevada prevalência de doenças bucais, dificuldades de acesso aos serviços, descontinuidade do cuidado e escassez de dados padronizados e abrangentes. Esses fatores são potencializados por limitações estruturais dos DSEIs, como a alta rotatividade de profissionais, a precariedade da infraestrutura e insuficiência de ações contínuas de promoção e prevenção em saúde bucal. Além disso, é notória a fragilidade da formação odontológica no que se refere à preparação para atuação em contextos interculturais, o que contribui para práticas descontextualizadas e pouco resolutivas.

O fortalecimento de vínculos interinstitucionais entre universidades públicas e DSEIs surge, portanto, como uma estratégia central para enfrentar essas desigualdades. Experiências de integração ensino-serviço-comunidade demonstram que a articulação pode promover não apenas a qualificação da atenção à saúde, mas também a valorização do protagonismo indígena, o respeito aos saberes tradicionais e a formação de profissionais críticos, socialmente comprometidos e capazes de atuar de forma ética e intercultural.

Nesse contexto, a proposta de articulação entre a Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares, o DSEI responsável pela região, e o povo Krenak, apresenta-se como uma alternativa viável para operacionalizar as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em Minas Gerais. Essa iniciativa contribui para a construção de modelos de atenção interculturais, sustentáveis e alinhados às necessidades reais das comunidades,

pois valoriza o protagonismo indígena, os saberes tradicionais e a inserção longitudinal de estudantes nos territórios.

Conclui-se, portanto, que o fortalecimento da saúde bucal indígena demanda não apenas a ampliação do acesso aos serviços, mas também o investimento em políticas públicas integradas, na produção de conhecimento científico contextualizado e na reorientação da formação em Odontologia, cumprindo o que as diretrizes curriculares nacionais do curso propõe.

A atuação das universidades públicas, de forma articulada aos DSEIs e às comunidades indígenas, constitui um eixo estratégico para a melhoria da promoção da equidade, da justiça social e do direito à saúde dos povos indígenas no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Secretaria de Atenção à Saúde. Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas 2018: projeto técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2017/arquivos/ProjetoTecnicoInqueritoNacionaldaSaudeBucalIndigenaconsultapublica28082017.pdf>
3. Bertanha WFF, et al. Atenção à saúde bucal nas comunidades indígenas: evolução e desafios – uma revisão de literatura. *Rev Bras Cienc Saude*. 2012;16(1):105-12 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/468048/10116-18084-1-pb.pdf>
4. Souza TAC. Oral health disparities among Brazilian self-identified indigenous individuals. *Tempus Actas Saude Coletiva*. 2019;13(3):153-68 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2753>
5. Figueiredo A, Soares MS, Batista L, Cangussu MCT, Vianna MIP. Destructive periodontal disease in adult Indians from Northeast Brazil: cross-sectional study of prevalence and risk indicators. *J Clin Periodontol*. 2013;40(11):1001-6 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12147>
6. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília: Ministério da Educação; 2021 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=191741-rces003-21&category_slug=junho-2021-pdf&Itemid=30192
7. Maciel JAC, et al. “With a toothache, everything seems to be bad in life!”: oral health in the indigenous community of Tremembé, Ceará, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:e220239 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface220567>
8. Mangoyana C, et al. Positive oral health outcomes: a partnership model improves care in a rural Indigenous community. *Aust J Rural Health*. 2023;31(3):452-63 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajr.12960>
9. Mestriner Junior W, et al. A formação interprofissional na saúde indígena: a experiência do projeto “Huka Katu” – a FORP-USP no Xingu. *Rev ABENO*. 2021;21(1):1670 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/revabeno.v21i1.1670>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: população indígena – primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/censo/2022/populacao-indigena>

2026]. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/44848-censo-2022-brasil-tem-391-etnias-e-295-linguas-indigenas>

11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Arts. 196 e 231. Brasília: Senado Federal; 1988 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
12. Fundação Nacional dos Povos Indígenas. Marco temporal: uma ameaça aos direitos indígenas no Brasil. Brasília: FUNAI; 2023 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco-temporal-uma-ameaca-aos-direitos-indigenas-no-brasil-8>
13. Brasil. Decreto nº 8.072, de 20 de junho de 1910. Cria o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais e aprova o respectivo regulamento. Diário Oficial da União. 1910 jun 24 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8072-20-junho-1910-504520-publicacaooriginal-58095-pe.html>
14. Brasil. Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967. Autoriza a instituição da Fundação Nacional do Índio e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1967 dez 6 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l5371.htm
15. Brasil. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Diário Oficial da União. 1973 dez 21 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htm
16. Brasil. Decreto nº 23, de 4 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Diário Oficial da União. 1991 fev 5 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1991/decreto-23-4-fevereiro-1991-342597-publicacaooriginal-1-pe.html>
17. Brasil. Decreto nº 24, de 4 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre ações visando à proteção do meio ambiente em terras indígenas. Diário Oficial da União. 1991 fev 5 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1991/decreto-24-4-fevereiro-1991-342599-publicacaooriginal-1-pe.html>
18. Brasil. Decreto nº 25, de 4 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre programas e projetos para assegurar a autossustentação dos povos indígenas. Diário Oficial da União. 1991 fev 5 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1991/decreto-25-4-fevereiro-1991-342601-publicacaooriginal-1-pe.html>
19. Brasil. Decreto nº 26, de 4 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre a Educação Indígena no Brasil. Diário Oficial da União. 1991 fev 5 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1991/decreto-26-4-fevereiro-1991-342604-publicacaooriginal-1-pe.html>

20. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
21. Brasil. Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010. Cria a Secretaria Especial de Saúde Indígena no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. 2010 ago 20 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12314.htm
22. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente Indígena: atenção à saúde bucal dos povos indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
23. Brasil. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Dispõe sobre a criação da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS). Diário Oficial da União. 2023 jul 14.[Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14621.htm
24. Poirier B, et al. The impact of neoliberal generative mechanisms on Indigenous health: a critical realist scoping review. *Global Health*. 2022;18(1):61 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00852-2>
25. Rodrigues FI, et al. Análise documental dos serviços de saúde bucal ofertados à população indígena no Brasil. *Cienc Plural*. 2018;4(1):7-21 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13529/9825>
26. Branco DC, Souza Santos AM, Nascimento LS. Saúde bucal da criança indígena: estudo em uma reserva indígena da Amazônia. *Arq Odontol*. 2018;54 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.7308/aodontol/2018.54.e18>
27. Nascimento JS, Silva VCS, Santos AB. Saúde bucal da população indígena brasileira: uma revisão integrativa da literatura. *Braz J Implantol Health Sci*. 2024;6(4):699-713 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1860/2082>
28. Alves Filho P, Santos RV, Vettore MV. Fatores associados à cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35:67-77 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v35n1/10.pdf
29. Silva H. Tobacco use and periodontal disease: the role of microvascular dysfunction. *Biology (Basel)*. 2021;10(5):441 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/biology10050441>
30. Jamieson L, Gunthorpe W, Cairney S, Sayers S, Roberts-Thomson K, Slade G. Substance use and periodontal disease among Australian Aboriginal young adults. *Addiction*. 2010;105(4):719-26 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02851.x>
31. Coimbra Junior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575412619>
32. Silva DD, Calcia TBB, Daroit NB. Phytotherapy used in the treatment of oral diseases: a cross-sectional study in indigenous population. *Arch Health Invest*. 2023;12(7):1495-9 [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.21270/archi.v12i7.5967>

33. Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva. Povos indígenas em Minas Gerais. Belo Horizonte: CEDEFES [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em:
<https://www.cedefes.org.br/artigo-povos-indigenas-em-minas-gerais/>
34. Brasil. Ministério da Educação. Universidades federais: Minas Gerais. Brasília: MEC [Internet]. [citado 5 jan 2026]. Disponível em:
<https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/es/universidades-federais/minas-gerais>