



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

PROGRAMA BRASIL SONRIENTE INDÍGENA: ANÁLISIS DEL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL Y SU EFICACIA EN LA SEDE DEL DSEI ALTO RIO NEGRO EN EL PERÍODO ENTRE 2008 Y 2018.

Tesista: WAGNER VICENTE DE MORAIS SILVA

Director: MÓNICA CRISTINA PADRÓ

Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias de la Salud Pública,
con mención en Sistemas y Servicios de Salud

Año 2020



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

WAGNER VICENTE DE MORAIS SILVA

PROGRAMA BRASIL SONRIENTE INDÍGENA: ANÁLISIS
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD BUCAL Y SU EFICACIA EN
LA SEDE DEL DSEI ALTO RIO NEGRO EN EL PERÍODO
ENTRE 2008 Y 2018.

Buenos Aires

2020

WAGNER VICENTE DE MORAIS SILVA

**PROGRAMA BRASIL SONRIENTE INDÍGENA: ANÁLISIS DE
LA ATENCIÓN DE LA SALUD BUCAL Y SU EFICACIA EN
LA SEDE DEL DSEI ALTO RIO NEGRO EN EL PERÍODO
ENTRE 2008 Y 2018.**

Tesis presentada a la Universidad de Ciencias
Empresariales y Sociales como uno de los requisitos
para obtener el título de Doctor en Salud Pública.

Directora de tesis: Dra. Mónica C. Padró.

Buenos Aires

2020

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

XXX

Morais-Silva, Wagner Vicente de

Programa Brasil Sonriente Indígena: análisis de la atención a la salud bucal y su efectividad en el municipio Sede del DSEI Alto Río Negro en el período entre 2008 y 2018 / Wagner Vicente de Moraes Silva. – Buenos Aires: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, 2020.

190 f.

Directora de tesis: Dra. Mónica C. Padró.

Tesis (Doctorado) - Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

I. Contextualización de la Tesis. II. Metodología. III. Referencial Teórico. IV. O DSEI ARN y atención a la salud por la SESAI. V. Discusión. VI. Resultados.

WAGNER VICENTE DE MORAIS SILVA

**PROGRAMA BRASIL SONRIENTE INDÍGENA: ANÁLISIS DEL CUIDADO DE LA
SALUD BUCAL Y SU EFICACIA EN LA SEDE DEL DSEI ALTO RIO NEGRO EN
EL PERÍODO ENTRE 2008 Y 2018**

Tesis presentada a la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, como requisito para obtener el título de Doctor en Salud Pública.

COMISIÓN EXAMINADORA

Dr. Marcuce Antônio Miranda dos Santos
Centro Universitario Aparício Carvalho- UNINFIMCA
União das Escolas Superiores de Rondônia-UNIRON

Nomenclatura del jurado
Institución de origen



Prof^a. Directora Dra. Mónica C. Padró
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales
Profesora Orientadora – Presidentede la Banca Examinadora

Buenos Aires, dede 2020.

Dedico el presente trabajo a mi padre, por haberme apoyado y ayudado en todas las fases de mis estudios, desde mi niñez hasta ahora.
¡A mis amigos AydyllKalline y ValterStanise, que tuve la oportunidad de conocerlos en el doctorado, por la sincera amistad, por todos los momentos de relajación, ayuda, consejos, paseos, grupos de estudio!
¡Gracias POR TODO!

AGRADECIMIENTOS

Primero a dios, por haber concedido la salud para poder hacer estos cuatro módulos de doctorado, por la inteligencia, por su protección diaria y por poder vivir momentos increíbles.

A todas las personas que he conocido en ese doctorado, por el cambio de experiencias y ayuda en momentos difíciles.

A todos los mis amigos por la comprensión de mi ausencia por ese tiempo.

A laIESLA y UCES por ese bárbaro intercambio de conocimientos y aprendizaje.

El equipo de maestros tan calificados que ayudaron mucho en mi conocimiento y crecimiento personal.

A mi directora de tesis, Mónica Padró, por toda paciencia, cuidado, cariño y el excelente camino que dirigió mi tesis.

Al coordinador de salud bucal del DSEI ARN Hélio Mello por haberme ayudado a aclarar dudas sobre el municipio de estudio y compartir informaciones tan importantes para el desarrollo del trabajo.

Al excoordinador Ariel Gualtieri por atenderme siempre con buen humor, contestando y quitando todas las dudas acerca de todo lo relacionado con la tesis.

Resumo

Morais-Silva, Wagner Vicente de. (2020). Programa Brasil Sorridente Indígena: Análise da atenção à saúde bucal e sua efetividade no município sede do DSEI alto rio negro no período entre 2008 e 2018 (Tese de Doutorado). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociale, Buenos Aires, Argentina.

Sete anos após a implantação do Brasil Sorridente em 2004 (Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira), foi lançado o programa Brasil Sorridente Indígena visando zerar as necessidades de atendimento odontológico nas comunidades indígenas, com ênfase nos casos mais graves e urgentes, e levar atendimento em saúde bucal às aldeias, garantindo assistência odontológica integral desde a prevenção até a reabilitação protética. Sendo assim, o intuito da pesquisa é de analisar a efetividade do programa Brasil Sorridente Indígena, desde a Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal Indígena em 2008, passando pelo início do programa em 2011 até sete anos após sua implantação em 2018, no município com maior contingente populacional indígena do país. Realizou-se para isso um método analítico, descritivo, com abordagem quali-quantitativa, do tipo estudo de caso e pesquisa bibliográfica e documental. Apesar de observar uma melhora, a passos lentos, da atenção à saúde bucal indígena no condizente aos índices epidemiológicos de cárie e doença periodontal, ainda assim há um contraste considerável quando comparado com a população não indígena. Aliados a esses resultados pode-se verificar que a estruturação da rede de atenção à saúde indígena no município está aquém do desejado e houve dificuldade de cumprimento das diretrizes preconizadas pelo programa Brasil Sorridente indígena e constatou-se problemas relacionados a interculturalidade, de logística e acesso, de referência e contra referência, de alimentação do sistema de informação, de gestão e outros. Logo, faz-se necessária a reorganização dessa atenção a essa população para que em longo prazo esses índices mudem até chegar ao objetivo do programa.

Palavras-chave: Análise de política. Indígenas. Políticas públicas. Saúde bucal.

Resumen

Morais-Silva, Wagner Vicente de. (2020). Programa Indígena de Brasil Sonriente: Análisis de la atención de la salud bucal y su efectividad en el municipio de DSEI alto río negro en el período comprendido entre 2008 y 2018 (Tesis de Doctorado). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires, Argentina.

Siete años después de la implantación de Brasil Sonriente en 2004 (Política Nacional de Salud Bucal Brasileña) fue lanzado el programa Brasil Sonriente Indígena para enfocar las necesidades de atención odontológica en las comunidades indígenas, con énfasis en los casos más graves y urgentes, y llevar atención en salud bucal a las aldeas, garantizando asistencia odontológica integral desde la prevención hasta la rehabilitación protética. Por lo tanto, la intención de la investigación es analizar el programa Brasil Sonriente Indígena, desde la Implantación de la Política nacional de salud bucodental en 2008, pasando por el inicio del programa en 2011 hasta siete años después de su implantación en 2018, en el municipio con mayor contingente poblacional indígena del país. Para esto, se realizó una metodología analítica, descriptiva con un enfoque cualitativo y cuantitativo, del tipo estudio de caso, investigación bibliográfica y análisis documental. A pesar de la lenta mejora en la atención de salud bucal indígena en línea con los índices epidemiológicos de caries y enfermedad periodontal, todavía hay un contraste considerable en comparación con la población no indígena. Aliado a estos resultados, se puede ver que la estructura de la red de atención de salud indígena en el municipio está por debajo de lo deseado y hubo dificultades para cumplir con las pautas recomendadas por el programa indígena Brasil sonriente y hubo problemas relacionados con la interculturalidad, la logística y el acceso, referencia y contra referencia, poder del sistema de información, gestión entre otros. Por lo tanto, es necesario una reorganización de esta atención a esta población para que a largo plazo estas tasas cambien hasta alcanzar la meta del programa.

Palabras clave: Análisis de políticas. Indígena Políticas Públicas. Salud bucal.

Abstract

Morais-Silva, Wagner Vicente de. (2020). Programa Indígena de Brasil Sonriente: Análisis de la atención de la salud bucal y su efectividad en el municipio de DSEI alto río negro en el período comprendido entre 2008 y 2018 (Tesis de Doctorado). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires, Argentina.

Seven years after the implementation of Smiling Brazil in 2004 (Brazilian National Oral Health Policy), the Indigenous Smiling Brazil program was launched to address the need of dental care in indigenous communities, with emphasis on the most serious and urgent cases, and to provide care in oral health to the villages, ensuring comprehensive dental care from prevention to prosthetic rehabilitation. Thus, the purpose of the research is to analyze the effectiveness of the Indigenous Smiling Brazil program, from the implementation of the National Policy of Indigenous Oral Health in 2008, through the beginning of the program in 2011 until seven years after its implementation in 2018, in the municipality with the largest indigenous population contingent in the country. For this, an analytical, descriptive methodology with a qualitative and quantitative approach, case study and as bibliographic and documentary research. Despite the slow improvement in indigenous oral healthcare in line with the epidemiological indices of caries and periodontal disease, there is still considerable contrast when compared to the non-indigenous population. Allied to these results it can be seen that the structure of the indigenous healthcare network in the municipality is below the desired and there was difficulty in complying with the guidelines recommended by the indigenous smiling Brazil program and there were problems related to interculturality, logistics and access. ,reference and counterreference, information system power, management among others. Therefore, it is necessary a reorganization of this attention to this population so that in the long run these rates change until reaching the goal of the program.

Keywords: Policy Analysis. Indigenous Public policy. Oral health.

Lista de Figuras

Figura 1-Mapa Cabeza de Cachorro, San Gabriel da Cachoeira.....	31
Figura 2-Disposición Metodológica de la Tesis.....	44
Figura 3-Esquema visual de la PNSB y sus especificidades.....	48
Figura 4-Modelo Lógico de la Atención a la Salud Bucal	50
Figura 5 - Mapa de Distribución de los (DSEI), en Brasil.....	52
Figura 6 - Van UOM Consultório Movil.....	54
Figura 7 - Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas.	56
Figura 8 - Departamento de Salud Indígena (DESAI	57
Figura 9 - Coordinaciones Regionales (Colores) de la Funasa.....	58
Figura 10 - Organização dos (DSEI), e modelos assistenciais.....	59
Figura 11 - Modal de Transporte de la Multidisciplinar de salud Indígena (EMSI)..	60
Figura 12 - Organización de la Atención Prestada a la Comunidad Indígena por el (DSEI's).....	63
Figura 13- Mapa ilustrativo del DSEI ARN.....	79
Figura 14-Imágenes del DSEI ARN.....	79
Figura 15- Município de Barcelos.....	80
Figura 16-Município de Santa Isabel do Negro.....	81
Figura 17 Flujograma de identificación de los estudios	118
Figura 18- Flujograma da transmissão de dados.....	146
Figura 19- Unidades de atención de salud Indígena.....	150

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Cobertura de primera consulta odontológica programática en indígenas asistidos por él, por fuente de información SasiSUS.....	82
Gráfico 2 – Primeras consultas odontológicas programáticas (COP), atenciones odontológicas (AT) y Tratamiento Odontológico Básico Concluido (TC).....	83
Gráfico 3 – Números de procedimientos odontológicos básicos realizados en la población indígena, 2015 a 2018.....	84
Gráfico 4 – Cantidad de artículo seleccionado para el estudio.....	127
Gráfico 5 – Levantamiento de artículos publicados por Estado.....	129
Gráfico 6 – Metodología utilizada en el desarrollo de los artículos.....	130
Gráfico 7 – Aspectos más acordados en los artículos seleccionados.....	132
Gráfico 8 – Cobertura de la primera consulta odontológica indígena 2017/2018... 	175
Gráfico 9 – Desempeño de los DSEI en la cualificación para el trabajo en contexto intercultural.....	177

Lista de Tablas

Tabla 1 - Bases de datos/palabras claves.....	36
Tabla 2 - Bases de datos/descriptor.....	37
Tabla 3 - Items esenciales que deben ser descriptos en estudios observacionales, según la declaración Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), 2007	39
Tabla 4 - Características de las referencias	41
Tabla 5 - Organización de la Atención en el (PST) Tipo I.	64
Tabla 6 - Organización de la Atención en el Puesto de Salud Tipo II.	65
Tabla 7 - Organización de la Atención en el Puesto de Salud Tipo II.	65
Tabla 8 - Organización de la Atención en el Puesto de Salud Tipo II (cont.)..	66
Tabla 9 - Organización de la Atención en el Polo-Base Tipo II	67
Tabla 10 - Organización de la Atención en el Polo-Base Tipo I (cont.)	67
Tabla 11- Organización de la Atención en el Polo-base Tipo II.....	68
Tabla 12- Organización de la Atención en la Casa del Indio.....	69
Tabla 13- Artículos seleccionados con mayor poder de evidencia.....	119
Tabla 14- Necesidad de Profesionales en el DSEI ARN.....	147
Tabla 15- Cuadro de profesionales de Salud Bucal.....	149
Tabla 16- Cuadro de profesionales del CASAI.....	150
Tabla 17- Cuantitativo de profesionales en la sede del DSEI.....	151
Tabla 18- Atención a la Salud Bucal – 2015	157
Tabla 19- Análisis crítico de los resultados de la ejecución de saneamiento en área indígena.....	160
Tabla 20- Infraestructura en salud.....	161
Tabla 21- Descripción de los resultados programados y ejecutados referentes al control social.....	162
Tabla 22- Resultados inherentes a la educación permanente ejecutada en el DSEI ARN.....	163
Tabla 23- Distribución del dimensionamiento de las necesidades del DSEI ARN.....	169

Lista de Abreviaturas y Siglas

AIS	Agente Indígena de Salud
AISAN	Agente Indígena de Saneamiento
AM	Amazonas
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria
ARN	Alto Río Negro
ART	Tratamiento Restaurador Atraumático
ATF	Aplicación Tópica de Flúor
APS	Atención Primaria en la Salud
BPA	Boletín de Producción Ambulatoria
CAN	Correo Aéreo Nacional
CASAI	Casa de Salud del Indio
CD	Cirujano Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CGSB	Coordinación General de Salud Bucal
CIV	Cimiento de Ionómero de Vidro
CLSI	Consejos Locales de Salud Indígena
CNES	Registro Nacional de Establecimientos de Salud
CONDISI	Consejo Distrital de Salud Indígena
CTBMF	Cirugía Buco maxilofacial
DATASUS	Departamento de Informática del SUS
DENSP	Departamento de Ingeniería de Salud Pública
DESAI	Departamento de Salud Indígena
DSEI	Distrito Sanitario Especial Indígena.
EMSI	Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena
ESB	Equipe de Salud Bucal
ESF	Estrategia Salud de la Familia
FAB	Fuerza Aérea Brasileña
FPCONDISI	Fórum de Presidentes de Condisi
FUNAI	Fundación Nacional del Indio
FUNASA	Fundación Nacional de Salud
IBGE	Instituto Brasileño de Geografía y Estadística

IDH	Índice de Desarrollo Humano
ISA	Instituto de Salud de la Amazonia
ISC	Instituciones de la Sociedad Civil
LRPD	Laboratorio Regional de Prótesis Dentaria
MS	Ministerio da Salud
OMS	Organización Mundial de Salud
ONGS	Organizaciones No Gubernamentales
PDSI	Plan Distrital de Salud Indígena (PSDI)
PMAQAB	Programa Nacional de Mejoría y Acceso y de la Calidad de la Atención Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Muestra de Domicilios
PNSB	Política Nacional de Salud Bucal
PNSBI	Política Nacional de Salud Bucal Indígena
PST	Puesto de Salud Tipo
RDC	Resolución de la Directoria Colegiada
SAA	Sistemas de Abastecimiento de Agua
SAS	Secretaria de Atención a la Salud
SASISUS	Subsistema de Atención a la Salud Indígena
SBBRASIL	Salud Bucal Brasil
SEMSA	Secretaria Municipal de Salud
SESAI	Secretaria Especial de Salud Indígena
SGC	San Gabriel da Cachoeira
SIA	Sistema de Información Ambulatoria
SIAB	Sistema de Información de la Atención Básica
SIASI	Sistema de Información de la Atención a la Salud Indígena
SINDCOPSI	Sindicato de los Profesionales y Trabajadores de la Salud Indígena.
SISABI	Sistema de Información de Saneamiento en Áreas Indígenas
SPI	Servicio de Protección al Indio
SUS	Sistema Único de Salud
SUSA	Servicio de Unidades Sanitarias Aéreas
UBS	Unidad Básica de Salud
UNA-SUS	Universidad Abierta del SUS
USF	Unidad Salud de la Familia

SUMARIO

CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZACIÓN DE LA TESIS	16
1 INTRODUCCIÓN	16
1.1 Objetivo General	19
1.2 Objetivos Específicos	19
1.3 Justificativa	19
1.4 Hipótesis	211
1.5 Marco Conceptual	21
1.6 Organización estructural de la Tesis	255
CAPÍTULO II - METODOLOGÍA	26
2 PROCESOS METODOLÓGICOS	26
2.1 Tipo de Trabajo	26
2.2 Lugar de Estudio, Historicidades, Conocimiento y Particularidades	30
2.3 Unidades de Análisis	33
2.4 Variables	33
2.5 Procedimientos	¡Error! Marcador no definido.
2.6 Técnicas e instrumentos	334
2.7 Universo y Muestra de la Pesquisa	422
2.8 Selección de Sujeto de la Pesquisa	43
2.9 Limitaciones del Método	433
CAPÍTULO III - REFERENCIAL TEÓRICO	465
3 POLÍTICAS DE SALUD BUCAL BRASILEÑA EN EL CONTEXTO DEL SUS Y EN EL SUBSISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD INDÍGENA	45
3.1 Programa Brasil Sonriente (SUS)	45
3.2 Programa Brasil Sonriente Indígena (SASISUS)	51
3.3 Organización del modelo asistencial a la salud/Distrito Sanitário Especial Indígena	55
3.3.1 <i>Distrito Sanitário Especial Indígena</i>	56
3.3.2 <i>Puestos de Salud Tipo I y II</i>	61
3.3.3 <i>Polo-Base Tipo I y II y CASAI</i>	61
3.3.4 <i>Estructuración de la Red Física de Establecimientos de Salud en Área Indígena</i>	63

3.3.5	<i>Referenciamiento a CASAI y su importancia a los indígenas desaldeados.</i>	69
3.3.6	<i>Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAL)</i>	71
3.3.7	<i>Sistema Único de Salud (SUS) y la atención a las especificidades culturales.</i>	72
3.3.8	<i>Consejos Locales de Salud Indígena (CLSI)</i>	74
3.3.9	<i>Consejos Districtales de Salud Indígena (CONDISIS)</i>	75
3.3.10	<i>Sistema de Información de Salud Indígena (SIASI)</i>	75
3.3.11	<i>Comisión Intersectorial de Salud Indígena (CISI)</i>	77

CAPÍTULO IV–EL DSEI ARN Y ATENCIÓN A LA SALUD POR LA SESAL. 78

4 CARACTERIZACIÓN DEL DISTRITO SANITARIO ESPECIAL INDÍGENA DEL ALTO RÍO NEGRO (DSEI ARN)..... 78

4.1 Indicadores de salud bucal en el panorama de atención primaria indígena.....82

CAPÍTULO V- DISCUSIÓN..... 86

5 DISCUSIÓN SOBRE EL PANORAMA DE SALUD BUCAL DE LOS INDÍGENAS.....86

5.1 Concepto amplio de salud887

5.2 Integralidad de la atención888

5.3 Abordaje multiprofesional, humanización de la atención e interculturalidad91

5.4 Articulación de la referencia y contra referencia en la continuidad de los servicios93

5.5 Gestión y financiamiento94

5.6 Educación permanente y capacitación para actuación en contexto intercultural.96

5.7 Condiciones de trabajo e infraestructura en la red de atención98

5.8 Sistema de Información103

5.9 Gestión participativa105

5.10 Experiencia de enfermedades bucales en poblaciones indígenas107

5.11 Acceso y acogimiento.....113

CAPÍTULO VI– RESULTADOS1198

6 RESULTADOS INHERENTES A LA PRODUCCIÓN DE ESTUDIOS QUE REFERENCIAN LA ATENCIÓN A LA SALUD INDÍGENA.1198

6.1	Análisis de la efectividad del programa Brasil Sonriente Indígena en el municipio de San Gabriel da Cachoeira-Am.	13433
6.1.1	<i>Gestiones en salud en la perspectiva de los entes federativos</i>.....	14443
6.1.2	<i>Municipalización del subsistema de atención a la salud indígena</i>.....	144
6.2	Sistema de Información de Salud Indígena – SIASI.....	1465
6.3	Recursos Humanos.....	1487
6.4	Participación indígena y su importancia en la búsqueda para mejoría en salud indígena y la necesidad de una gestión fuerte para adquisición de estos objetivos.....	152
6.5	Panorama actual de la actuación de los 34 DSEI en las acciones en salud bucal indígena.	17474
	CONCLUSIÓN.....	18181
	REFERENCIAS.....	¡Error! Marcador no definido.86

CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZACIÓN DE LA TESIS

1 Introducción

La Constitución Federal de Brasil de 1988 reconoce el Estado brasileño como siendo pluriétnico. Siendo así, entre los más diversos grupos, están los indígenas que se destacan por la socioculturalidad, poseen sus derechos garantizados por la constitución, en que les son asegurados el respeto a sus costumbres, creencias, tradiciones, orden social y lenguas, garantizándoles los derechos sociales de educación, salud, trabajo, protección, entre otros. todavía, apesar de esos pueblos serán asegurados constitucionalmente, su reconocimiento tardío y dispar, equiparándose a los demás pueblos pertenecientes a la sociedad brasileña, acarrea una serie de problemas de desigualdades sociales, económicas y políticas.

En lo que se refiere al contexto de políticas públicas asociadas a los pueblos indígenas, Brasil aún vive en constantes mudanzas y adaptaciones de leyes, decretos, programas sociales y políticos que atiendan de hecho a esta población minoritaria. Visto que, geográficamente estos pueblos se localizan en áreas aisladas y de difíciles accesos, la atención a la población indígena demanda atención, principalmente en lo que dice respecto a la salud.

La diversidad sociocultural de los pueblos indígenas en Brasil, incorporada al panorama de salud y vida revelan de manera áspera, la inopia del conocimiento de los distintos perfiles epidemiológicos y de acciones de vigilancia en salud que abarcan la realidad de la salud bucal de los indios brasileños en su ambiente nativo. Al tratarse de proyectos y programas de políticas públicas establecidos por gobiernos federal, estatal y municipal, la aplicabilidad demanda recursos distintos para cada población indígena encontrada. Visto que, en Brasil, de acuerdo con el IBGE de 2010, 0,4% de la población es formada por indios, totalizando 800 mil habitantes, entre 225 pueblos indígenas.

El presente estudio tiene como objeto, el Programa Brasil Sonriente Indígena, que se trata de un conjunto de acciones realizadas por el Ministerio de la Salud del Gobierno Federal, que buscan promover la salud bucal a través de actividades de prevención, promoción y rehabilitación en las comunidades indígenas, que tratan la concientización de los individuos y enfatizan la importancia de los cuidados con la salud bucal. Tales acciones son ejecutadas por los EMSI y AIS.

Late se construye el asunto sobre el Programa Brasil Sonriente Indígena, con un mirar destinado para el análisis de la atención y efectividad a la salud bucal luego de 10 años de implantación de la política en el municipio sede del Distrito Sanitario Especial Indígena Alto Río Negro (DSEI ARN), San Gabriel da Cachoeira (SGC), en el período comprendido entre 2008 y 2018.

El municipio de San Gabriel da Cachoeira está localizado en el extremo noroeste del estado del Amazonas y posee cerca de 10% del total de indígenas de Brasil. Es el lugar con mayor contingente poblacional indígena del país, de estos, aproximadamente 85% de la población son nativos. De este modo, políticas de salud bucal se activarán a partir de 2008 y desde entonces, forma parte de la realidad de los pueblos existentes en la región. Entretanto, la aplicabilidad del programa no se muestran efectiva como su objeto.

Algunos estudiosos de esta temática como: Chaves (2012); Soares (2012); Garnelo & otros (2015), y Miranda & otros (2018) se destacan en la literatura con publicaciones relacionadas a la atención a la salud destinada a la población, prestada por los servicios de salud bucal indígena que demuestran resultados preocupantes, sea en la falla de la estructura y proceso de la ejecución de la política, así como en los resultados demostrados a través de trabajos epidemiológicos que contrastan índices mayores en patologías bucales en la población indígena cuando es comparada con la población no indígena.

Apesar de estos estudios relacionados al análisis y evaluación de políticas de salud bucal indígena ser escasos en la literatura, principalmente los relacionados con la evaluación de esta atención prestada por los DSEI a la comunidad indígena, la complejidad del contexto en que se insiere la población objeto de estudio se hace enumerar diversos factores como problemas de logística (aislamiento geográfico), de financiamiento de las pesquisas debido a la onerosidad de las mismas, de fallas en el sistema de información indígena con casos de sub-notificación y sesos presentados en datos que a veces no concuerdan con la verdad, todo esto, se justifica con la tan inferioridad de estudios cuando son comparados con la de la población de los grandes centros urbanos.

Con esta problematización, se tendrá una profundización acerca de la temática estudiada y extraer datos reales para entender la actual conjuntura del funcionamiento de esta política recién-implantada, pudiendo haber una mejor comprensión y ejecución hasta educación de esa política para los beneficios de la población.

Se observa que el panorama histórico de la atención a la salud bucal indígena pasa por un proceso evolutivo de políticas de salud bucal. Es nítida su fragilidad, motivo por el cual siempre está en proceso de perfeccionamiento y mudanzas, objetivando siempre la

mejoría para su ejecución. La implantación de estas políticas es reciente, a partir de 2007, pero en largo plazo se objetiva una reducción en índices de las principales patologías de salud bucal.

Prontamente, se abre un abanico de indagaciones a ser cuestionadas, como: ¿De hecho las políticas públicas de atención a la salud bucal están siendo implantadas de forma coherente y eficaz? ¿Y sus formas de aplicabilidad son condicentes con la realidad de la población indígena? ¿Se reconoce la existencia de muchos agravios en salud bucal y dificultad de acceso a los sistemas de salud, la intervención gubernamental basada en las políticas existentes no está siendo eficaz? ¿Qué significa para la población indígena la salud bucal? ¿Qué datos encontrados en plataformas como el (DATASUS), pueden contribuir para el perfeccionamiento de políticas públicas? A la evaluación de la estructura y el proceso durante la estimativa de los servicios de salud bucal, preconizado por la política de salud bucal indígena, a respecto y particularidades relacionadas a la cultura, logística y el difícil acceso a los servicios, ¿si hubiera ¿por qué existe esta deficiencia de atención? ¿Las inversiones presentadas por la política de Brasil Sonriente Indígena, lanzado en (2011), fueron adecuadamente repasados? ¿Los planes distritales en salud indígena planeados alcanzarán los objetivos deseados? ¿Analizando a través de bases de datos nacionales en estos 10 años de implantación, se consigue ver reducción de los agravios en salud bucal? ¿La mala gestión político-administrativa-financiera resulta en la desorganización del sistema y falla en los resultados esperados en relación con la efectividad de una política de salud a través de investigación evaluativa de la estructura, proceso y resultados?

A través de estos cuestionamientos, se procura contestarlos de manera objetiva y clara contrastándolos con los datos encontrados en las literaturas especializadas.

Por lo tanto, al pensarse en prevención de salud bucal indígena, no solamente debe pesar la cuestión de la salud en sí, sino el respeto a la interculturalidad de esos pueblos, que en su mayoría poseen tradiciones y costumbres desiguales a otras etnias, y aún en la situación epidemiológica presente intensifica en la región amazónica.

Es concomitante, analizar los objetivos de las políticas públicas de salud bucal indígena junto a la realidad obsoleta de los indios se hace esencial para mejorar las políticas aplicadas en este ámbito, a fin de que se pueda vislumbrar la necesidad real de desarrollar programas y políticas más activas a los pueblos indígenas.

De esta manera, en lo que se refiere al proceso de implantación de Brasil Sonriente Indígena se notan frentes constructivos en el proceso continuo de ejecución de las directrices preconizadas por esta política, a través de un sistema complejo y estructurado que trata de un

buen funcionamiento necesario para proveer atención a la salud de estos pueblos, con este análisis se generarán herramientas necesarias para el poder de decisión, perfeccionamiento de las políticas y servirá de bases para el planeamiento y mejoras de las políticas asistencialistas de salud bucal indígena así como la ejecución de los planes distritales de salud y pautas en discusiones de consejos y conferencias de salud indígena.

1.1 Objetivo General

Analizar el modelo de atención de la salud bucal y su efectividad a la población Gabrielense, por medio del Programa Brasil Sonriente Indígena, luego de diez años de su implantación, entre 2008 a 2018.

1.2 Objetivos Específicos

- a) Evidenciar la Política Nacional de Salud Bucal Indígena, inserida en el subsistema de salud indígena y su evolución en el proceso histórico y legal;
- b) Describir la estructura y funcionamiento de la Política Nacional de Salud Bucal Indígena;
- c) Generar informaciones acerca de las prácticas destinadas a la red de servicios de salud bucal indígena;
- d) Identificar el impacto de la Política Nacional de Salud Bucal Indígena en las condiciones de salud bucal de la población indígena atendida en el (DSEI ARN), caracterizándola por medio de fuentes primarias y secundarias;
- e) Estimar el grado de efectividad de la Política Nacional de Salud Bucal Indígena, en el municipio de San Gabriel da Cachoeira en el Amazonas.

1.3 Justificativa

Los estudios que abordan la pesquisa descriptiva son de gran valía para una mejor comprensión de temas de grande interés a la comunidad científica, como los del área de la atención a la salud, en específico, análisis de implantación de políticas.

En la construcción de políticas, programas y/o investigaciones epidemiológicas diversas etapas son elaboradas para obtenerse el producto final, entre estas etapas existentes hay previamente proyectos pilotos, calibración de ejecutores de alguna herramienta, conocimiento y estudio del público objeto, levantamientos epidemiológicos previos, incidencia y prevalencia de acontecimientos en salud, entre otras, pero, posteriormente es necesario el estudio de la aplicabilidad y resultados de esta política direccionada al grupo objeto.

Cuando se trabaja con políticas y/o programas de salud indígena diversos obstáculos son encontrados para la obtención de una buena revisión literaria, como la tímida expansión de estudios en esa área, sea por onerosidad de las mismas, sea por sub-notificación y/o no alimentación de fuentes primarias de pesquisas encontradas en Bases Nacionales de pesquisa como el DATASUS, SIASI. Todo lo que se relaciona con datos de los nativos se puede decir que no apenas estimativas, volviendo difícil a los gestores, por ejemplo, una gestión basada en datos reales.

La complejidad del sistema de salud indígena carece de pesquisas que abordan esos cuestionamientos vagos del cumplimiento de principios, directrices y acciones de las políticas destinadas a este contingente poblacional. Se necesita de un mayor fortalecimiento de grupo de pesquisas con indígenas para una creciente gama de material para el entendimiento de cualquier factor relacionado con esta población.

Un estudio profundizado dentro del contexto de un municipio con el mayor contingente poblacional de aborígenes del país con la cobertura del programa Brasil Sonriente Indígena, con el entendimiento de que en este local debe haber una provisión pautada en los principios y directrices de esta política, se hace necesario.

Delante de lo expuesto, se justifica la tesis por medio del análisis de las políticas de salud bucal indígena por el hecho de dar soporte a todo proceso decisorio en el ámbito del Sistema de Salud y subsidiar en la identificación de problemas y la reorientación de acciones y servicios desarrollados, evaluando la incorporación de nuevas prácticas sanitarias en las rutinas de los profesionales y mensurar el impacto de las acciones implementadas por los servicios y programas sobre el estado de salud de la población.

1.4 Hipótesis

El grado de implantación insatisfactorio relacionado a la fragilidad y eminencia del proceso evolutivo de la PNSBI, en el juego al traspaso de responsabilidades y cumplimiento de directrices y metas es causador del aumento de la morbilidad en salud bucal;

La mala gestión político-administrativo-financiera resulta en la desorganización del sistema y falla en los resultados esperados con relación a la efectividad de una política de salud a través de investigación evaluativa de la estructura, proceso y resultados.

1.5 Marco Conceptual

Antes de la llegada de los portugueses, los cuidados con la salud del indio eran realizados dentro de sus aldeas a través de rituales, creencias y prácticas curativas. A partir de 1500, con el descubrimiento de Brasil y la llegada de los portugueses, la atención a la salud estaba por cuenta de chamanes, boticarios (actuales farmacéuticos), y de las misiones religiosas. Los médicos eran prácticamente inexistentes, amenizando un escuadro a partir de 1808, por medio de la fundación de dos escuelas de medicina en el país que prestaban atención inicial a la nobleza de la corte portuguesa.

En 1910 fue fundado el Servicio de Protección al Indio – SPI, cuyo objetivo era proteger a los indígenas de los ataques hechos por no indígenas, bien como integrarlos a la sociedad nacional. Con su fundación, la política indigenista pasó a ser de responsabilidad del Estado brasileño y no de instituciones religiosas, como era realizado desde el período colonial. Pero, el SPI, no conseguía mejorar, controlar o erradicar enfermedades y endemias adquiridas en esa época, luego, nace el Servicio de Unidades Sanitarias Aéreas (SUSA), dirigido por Nutels (médico sanitarista) que con el apoyo del Correo Aéreo Nacional – CAN, y la Fuerza Aérea Brasileña – FAB, combatieron endemias rurales, surtos epidémicos y la tuberculosis entre los indios.

En (1967), sucediendo el SPI, fue creada la Fundación Nacional del Indio – FUNAI. El 19 de diciembre de (1973), fue promulgada la Ley 6.001 (conocida como Estatuto del Indio), formalizando las políticas a ser adoptadas por la FUNAI, para la protección de las poblaciones indígenas. Desde su creación distintas instituciones y órganos gubernamentales se responsabilizaron por la atención a los indios. Las directrices

fueron alteradas innumerables veces, pero, con excepción de casos puntuales, en ningún momento la mejoría de la salud en las aldeas fue realmente satisfactoria.

Siendo así la constitución Federal Brasileña, en 1988, reconoció a las organizaciones socioculturales de los pueblos indígenas, asegurándoles la capacidad civil plena y estableció la competencia privativa de la Unión para legislar y tratar sobre la cuestión indígena. (Brasil, 1998).

Los cuidados con la salud, a partir de la era postdictadura militar e inicio de la República, vieron a partir de la construcción del Subsistema de Atención a la Salud Indígena a través de la Ley n.º 9.836/99, componente del Sistema Único de Salud – SUS, reglamentado a partir de la ley orgánica de 8.080/90 y de la Ley 1.142/90, que disponía sobre la prestación de acciones y servicios de salud destinados para la atención de las poblaciones indígenas, en todo el territorio nacional, colectivo o individualmente, por lo tanto funcionará en perfecta integración y complementariedad.

En 1999, una política de descentralización de la atención, mediante la asignatura de convenios con prefecturas, Instituciones de la Sociedad Civil (ISC), y Organizaciones no gubernamentales – ONGS redujo la acción directa del Estado e implementó 34 Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI), generando algunos resultados positivos. El subsistema de salud indígena del (SUS), era entonces gestionado por la Fundación Nacional de Salud (Funasa), que, durante años, fue público de denuncias ligadas a la corrupción y deficiencia en la atención. El movimiento indigenista batalló para que la gestión de la salud indígena pasase a las manos de una secretaria específica, directamente vinculada al Ministerio de la Salud – demanda que fue atendida por la gestión del entonces presidente Luiz Inácio Lula da Silva. (ISA, 2006 p.16).

Los DSEI son, actualmente, de responsabilidad de la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI), en consonancia con el artículo 6 del Decreto n.º 7.336 de 2010, alterado por el Decreto n.º 7.461 de 2011, y fueron delimitados a partir de criterios epidemiológicos, geográficos y etnográficos. Cada DSEI posee una red de atención que permite la realización de la atención de procedimientos en nivel de atención básica, quedando las ocurrencias de alta complejidad a cargo de hospitales regionales, implicando en un aparato para remoción de los enfermos.

A partir de ahí la legislación destinada a la salud indígena, aún enfocada en la atención médico generalista, paso por una serie de Leyes, Decretos y Ordenanzas, además de vetar algunos (as) y revigorar otros (as), tratando el perfeccionamiento de la atención a la salud a esta población (Brasil, 2002).

Entre ellos se pueden destacar:

- a) El Decreto n° 3.156/1999 que dispone sobre las condiciones para la prestación de asistencia a la salud de los pueblos indígenas, en el ámbito del (SUS), por el Ministerio de la Salud (MS), objetivando la universalidad, la integralidad y la equidad de los servicios de salud;
- b) La Ordenanza n° 852/1999 que reglamenta la creación de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas – DSEI, actuantes como una unidad de ejecución de las acciones destinadas a la promoción, protección y recuperación de la salud del individuo, objetivando el alcance de equilibrio biopsicosocial, con el reconocimiento del valor y de la complementariedad de las prácticas de la medicina indígena, según las peculiaridades y el perfil epidemiológico de cada comunidad;
- c) La Ordenanza n° 479/2001 establece las directrices para elaboración de proyectos de establecimientos de salud, de abastecimiento de agua, mejoras y agotamiento sanitarios, en áreas indígenas;
- d) La Ordenanza n° 254/2002 que aprueba la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI), en la cual se tiene el propósito de garantizar participación indígena en todas las etapas de formulación, implantación, evaluación y perfeccionamiento de esta Política, estableciendo y conceptualizando los DSEI, como un modelo de organización de servicios que contempla un conjunto de actividades técnicas, tratando medidas racionalizadas y calificadas de atención a la salud considerando criterios que contemplan la diversidad social, cultural, geográfica, histórica y política de modo de favorecer la superación de los factores que vuelven esa población más vulnerable a los agravios a la salud.

Hasta mediados de 2006 el enfoque de esta política era la promoción, protección y recuperación de la salud de una forma general. En 2007, el Departamento de Salud Indígena (DESAI), en su gestión Nacional, priorizó una organización de los servicios de salud bucal de los pueblos indígenas por medio de acciones de control de infecciones intrabucales y de la promoción de salud, viniendo a concretizar con el documento “Directrices para la Atención a la Salud Bucal en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas”.

Con este documento el DESAI, definió como prioridad la organización de los servicios de salud bucal direccionado a los pueblos indígenas, por medio de la elaboración

de directrices para la ejecución de las acciones de control de las enfermedades bucales buscando la promoción de la salud para cada región (Brasil, 2007, p. 2).

La organización de servicios de salud bucal comprende el control de infección intrabucal que busca la promoción de salud y remoción de los focos de infección en el ámbito individual y colectivo; la rehabilitación constituida por la rehabilitación funcional y social, por medio de tratamientos con prótesis totales, parciales y otras, bien como la reconstitución estético-funcional con material restaurador indicado; la asistencia especializada a través de la garantía de sistemas de referencia y contra referencia, para asegurar a la población indígena el acceso a este nivel de asistencia. Esto se dará por las pautas efectuadas entre el DSEI/conveniada – municipio y/o estado (Brasil, 2007).

El último ítem de la organización de los servicios es la información como recurso estratégico de la atención. Para auxiliar en este trabajo fue desarrollado el Sistema de Información de la Salud Bucal que será alimentado en el ámbito de cada DSEI, generando informes, indicadores que posibilitarán el acompañamiento, evaluación y planeamiento. “Además de aspectos relacionados a la localidad, acceso, productividad, organización y funcionamiento, el sistema de información contiene datos epidemiológicos y antropológicos de la población asistida” (Brasil, 2007, p. 2).

En 2011, el Ministerio de la Salud en convenio con la Secretaria Especial de Salud Indígena formula el documento intitulado como directrices del componente indígena de la política nacional de salud bucal que presenta las directrices nacionales de salud bucal para la organización de la atención a la salud bucal de los pueblos indígenas en el ámbito del SUS, teniendo como meta la producción del cuidado, respetando la autonomía, las diferencias culturales y el mosaico extremadamente diversificado formado por los pueblos indígenas de Brasil (Brasil, 2011).

Siete años después de la implantación de Brasil Sonriente en 2004, así como la inserción del equipo de salud bucal en la Estrategia Salud de la Familia en los municipios brasileños a través de la Ordenanza nº 1.444/2000, fue lanzado el Brasil Sonriente Indígena tratando de eliminar las necesidades de atención odontológico en las comunidades indígenas y llevar atención en salud bucal a las aldeas, garantizando asistencia odontológica integral. “Este programa más allá de tener un equipo especializado, pondrá a disposición consultorios portátiles para llegar a los lugares de difícil acceso, la instalación de centros especializados y laboratorios de prótesis, y con tendencia a expansión para abarcar todos los DSEI de Brasil” (Brasil, 2011, p 4).

1.6 Organización estructural de la Tesis

Esta Tesis está organizada en seis capítulos: introducción, procesos metodológicos, referencial teórico, levantamiento del nivel de criticidad en la discusión, resultados y consideraciones finales del trabajo.

CAPÍTULO I–Presentada una breve contextualización de la Tesis, en la cual se identifica el problema, los objetivos, la justificativa, las hipótesis del trabajo, el marco conceptual y la estructuración de la Tesis.

CAPÍTULO II–Versa sobre las técnicas de elaboración de la tesis en lo que se refiere a los procesos metodológicos utilizados para la construcción y validación del trabajo.

CAPÍTULO III–Referencial teórico acerca de la legislación indígena y del Programa Brasil Sonriente Indígena.

CAPÍTULO IV–Caracterización del DSEI ARN luego del análisis y entendimiento del contexto organizacional e intercultural en la cual el municipio está inserto, pasando por las herramientas evaluativas de la estructura, del proceso y de los resultados a fin de solucionar los eventuales problemas y sugerir mejoras, para futuras intervenciones.

CAPÍTULO V–Discrepa sobre las discusiones sobre el Programa Brasil Sonriente Indígena, abordando todos los cuestionamientos presentados en la introducción del trabajo, así como, las directrices establecidas en la política nacional de salud bucal indígena.

CAPÍTULO VI–Son enunciados los principales resultados del análisis de la atención y efectividad de la salud bucal en San Gabriel da Cachoeira entre 2008 y 2018, abordando las limitaciones del estudio, las consideraciones finales y la vasta referencial a la cual fue pesquisada para la construcción de esta tesis.

CAPÍTULO II - METODOLOGÍA

2 PROCESOS METODOLÓGICOS

2.1 Tipo de Trabajo

En cuanto al abordaje la pesquisa se clasifica como **cualitativa**. En este análisis el autor se vuelve a la esencia del trabajo a donde irá a realizar la colecta de los datos, interpretarlos y conceptualizarlos relacionándolos con principios, relaciones y definiciones de los objetos de las cosas. La subjetividad del carácter de este tipo de estudio y el criterio utilizado para la identificación de los resultados no se tiene un valor exacto numérico, pero sí valorativo.

Freitas & Jabbour (2011) explican que cuando la finalidad del estudio es de describir o explicar un evento o un fenómeno insertado en un contexto, el abordaje utilizada debe ser la cualitativa. Pero, destacan que nada impide que en el transcurrir del trabajo necesite complementar en su metodología elementos que contengan un carácter cuantitativo derivado de las herramientas utilizadas para la finalización de un evento, mezclando así los métodos de pesquisas y que se pasa a llamar triangulación de métodos, lo que enriquece bastante el trabajo luego de una amplia búsqueda en diferentes modalidades metodológicas.

Godoy & Silva, 1995; Menezes, 2005 apud Freitas & Jabbour (2011) comentan que:

El enfoque cualitativo presenta las siguientes características: el investigador es el instrumento-clave, el ambiente es la fuente directa de los datos, no requiere el uso de técnicas y métodos estadísticos, tiene carácter descriptivo, el resultado no es el foco del abordaje, sino si el proceso y su significado, o sea, el principal objetivo es la interpretación del fenómeno objeto de estudio.

Gerhardt & Silveira (2009) versan sobre esta temática contribuyendo que los investigadores que emplean los abordajes cualitativos buscan aclarar el porqué de las cosas, expresando el que de hecho conviene para ser realizado, pero no cuantifican valores, pues los datos analizados son no métricos, son subjetivos y carecen de diferentes abordajes.

Gil (2010, p. 31), defiende que “la pesquisa cualitativa es utilizada cuando la información disponible es pobre en datos, pero rica en descripciones de las variables y no fácilmente tratable con datos estadísticos”.

Luego el abordaje escogido en estas investigaciones justificado porque durante todo el abordaje fueron consultados decretos, leyes y ordenanzas, ya con las recientes y respectivas mudanzas en la legislación. Apoyado en un estudio de caso y pesquisa bibliográfica y documental acerca de la historia y de la legislación de la salud bucal indígena y de la evolución de las prácticas de políticas de salud indigenista en Brasil, de sus primordios hasta los días actuales.

En cuanto a los objetivos la pesquisa es clasificada como **descriptiva** por ser un estudio que busca comprender la frecuencia de la ocurrencia de un fenómeno, su relación y conexión con otros de la misma naturaleza y las principales características, sin manipularlos, además de captar datos de la realidad (Thomas & Nelson, 1996).

Vergara (2011), define pesquisa descriptiva como:

Un proceso de resolver problemas concretos de soluciones más inmediatas, uno, con finalidades prácticas que pretenden alcanzar y aplicar las teorías por medio de las necesidades humanas y tecnológicas, sus principales características son: aplicación de los conocimientos básicos; puede ser reservada; producen productos, procesos y patentes; genera nuevas tecnologías y conocimientos resultantes del proceso de pesquisa. (Vergara, 2011, p. 43)

Gil (2010) caracteriza las pesquisas descriptivas como:

Estudios que buscan determinar status, opiniones o proyecciones futuras en las respuestas obtenidas. Basados en estas situaciones, su valorización está basada en la premisa que los problemas pueden ser resueltos y las prácticas pueden ser mejoradas a través de descripción y análisis de observaciones objetivas y directas. (Gil, 2010, p. 32)

Según Yin (2012, p. 23), “las pesquisas descriptivas describen las características de la población, pero explica las razones y el porqué de las cosas”.

Lima-Costa y Barreto (2003) afirman que los estudios epidemiológicos descriptivos pueden hacer uso de datos disponibles en fuentes primarias (datos encontrados in situ para el desarrollo del estudio como informes, formularios, actas de reuniones, material colectado por medio de entrevistas y/u observación participante) y datos oriundos de fuentes secundarias (datos preexistentes en Bases Nacionales de pesquisa, por ejemplo, DATASUS, SIAB, SIA-SUS, SIAFI, IBGE, CNES).

Siendo así la pesquisa descriptiva se propone a verificar y explicar problemas, hechos o fenómenos de la vida real, con la precisión posible, observando y haciendo relaciones, conexiones a la luz de la influencia que el ambiente ejerce sobre ellos.

Contodono interfiere en el ambiente, pues el objetivo es aplicar los fenómenos, relacionados conel ambiente.

En cuanto a lainferenciadelestudio se clasifica como **observacional**. El autor no tiene el poder de manipular, intervenir o modificar cualesquiera aspectos durante la ejecución de la inspección. Es bastante utilizada en estudios de las ciencias sociales y biológicas, especialmente para investigaciones epidemiológicas.

En cuanto al período de segmento del estudio es clasificado como Longitudinal (estudio de seguimiento, secuencial, *follow up*) por presentar una secuencia temporal y estar un proceso a lo largo del tiempo; Es "**retrospectivo**" "**ex post facto**" o "**cohorte histórica**" con relación a la direccionalidad temporal del estudio (Hochman et al., 2005).

En cuanto a los procedimientos técnicos y estrategia de la pesquisa, el estudio está compuesto de tres modalidades: **el Estudio de Caso, la Pesquisa Bibliográfica y Pesquisa Documental**.

Gil (2008) define estudio de caso como "estudio profundo y exhaustivo de uno o pocos objetos, de manera que permita su amplio y detallado conocimiento".

Yin (2004) alega que esta estrategia "es el método que trata de comprender fenómenos sociales complejos, preservando las características holísticas y significativas de los eventos de la vida real". El mismo autor complementa aún que, este procedimiento técnico trata de comprender el evento en estudio y al mismo tiempo desarrollar teorías más genéricas a respecto del fenómeno observado. Va más allá de describir los hechos o situaciones, sino que busca proporcionar conocimiento acerca del fenómeno estudiado y comprobar o contrastar relaciones evidenciadas en el caso. El objetivo del estudio de caso es explorar, describir, explicar, evaluar y/o transformar.

Como propósitos de estudio de caso, Yin (2004), clasifica como estudios de caso exploratorio y descriptivo, este último, objeto de nuestro estudio describe uno o algunos ejemplos. Ayuda a la comprensión de acontecimientos, se centra en las cuestiones "Como" y "Porque". Poseen objetivos bien definidos, con procedimientos formales estructurados y dirigidos para la solución de problemas o evaluación de alternativas de cursos de acción. La descripción trata a la comprensión completa del fenómeno.

En verdad, estos estudios constituyen un paso inicial o una base de datos para pesquisas comparativas subsecuentes y construcción de teorías (Fachin, 2010, p. 33).

Con relación a la validez de este estudio de caso, Yin (2004) discrepa:

La teoría es específica con un conjunto claro de proposiciones, así como las circunstancias en las cuales se acredita que las proposiciones sean verdaderas. Para confirmar, contestar o extender la teoría, debe existir un caso único, que satisfaga todas las condiciones para testear la teoría. El caso único puede, entonces, ser utilizado para determinar si las proposiciones de una teoría son correctas o si algún otro conjunto alternativo de explicaciones pueda ser más relevante. (p.62)

En esta misma línea, entre los principales beneficios en la conducción de estudio de caso, se destacan: (1a) el aumento de la comprensión y del entendimiento sobre los eventos reales contemporáneos, además de permitir una descripción (Eisenhardt, 1989; Roesch, 1999 *apud* Freitas & Jabbour, 2011).

Hartz (1997) agrega que el estudio de caso único, crítico puede tratarse, en el área de análisis de implantación de programas o políticas, del estudio del funcionamiento de un programa que envuelve una problemática poco desarrollada. Lo que se hace referencia a esta tesis donde se investiga la efectividad de un programa reciente a una población compleja y reducida, en un contexto intercultural particular.

En el estudio del caso único, del tipo crítico, el investigador confronta un modelo-teórico con una realidad empírica, este modo de estudio ofrece conclusiones que podrán eventualmente servir para explicar situaciones análogas (Denis & Champagne, 1997). Luego, un modelo-lógico fue elaborado de acuerdo con las Directrices de la Política Nacional de Salud Bucal y Directrices del componente indígena en la política nacional de salud bucal con el objetivo de explicitar los componentes de la (PNSB) y sus interrelaciones, bien como los factores relevantes del contexto donde se desarrollan, describiendo sus potenciales influencia sobre los resultados esperados.

La investigación también fue **bibliográfica y documental**, según fuente de informaciones que fueron colectadas en levantamiento de campo y publicados y por medio de todo tipo de publicaciones.

Furasté (2015) defiende que:

El trabajo bibliográfico es un método de abordaje de todos los tipos de pesquisas, tales como: fuentes secundarias que abarcan bibliografías relacionadas al tema de estudio, que va desde revistas, publicaciones concretas, internet, acervos y libros". De esta forma tiene como objetivo colocar al investigador en contacto directo con todo lo que fue escrito, dicho, o filmado sobre el respectivo asunto. (Furasté, 2015, p. 42)

Yin (2012), explica que:

La pesquisa documental es la que utiliza fuentes de informaciones que aún no recibieron organización, tratamiento analítico y publicación como tablas estadísticas, informes de empresas, documentos archivados en reparticiones públicas, asociaciones, iglesias, hospitales, sindicatos, fotografías, epitafios, obras originales de cualquier naturaleza, correspondencia personal o comercial entre otros. (Yin, 2012, p. 23)

De esta forma la pesquisa documental busca información directamente con el grupo de interés a respecto de los datos que se desea obtener.

2.2 Lugar de Estudio, Historicidades, Conocimientos y Particularidades

Con los viajes de los jesuitas al territorio brasileño con el fin de catequizar, evangelizar y volver cristianos a los indios que habitaban en estas tierras, el poblamiento del alto río negro tuvo sus primeros registros en 1667, cuando estos religiosos fundaron en la desembocadura del río Tarumã una aldea indígena (Dias, 2008, p. 31).

Pero fue con la expulsión de estos catequistas de la Amazonia que la aldea quedó abandonada. Posteriormente, por medio de otras expediciones, varios otros poblados fueron creados para catequización de los indios.

En los años 60, un destacamento militar es establecido en la región y se construyó un fuerte. Se forma en torno de él una población reconocida en 1833, con el nombre de San Gabriel. En el mismo año fue elevada a la sede de Freguesia creada con la denominación del mismo nombre. Se elevó a categoría de villa en 1891, extinta en 1931 y anexado su territorio al municipio de Barcelos. En 1935 es recreado como municipio de San Gabriel y tres años después es denominado a la condición de ciudad. A partir de ahí a través de innumerables leyes estatales, varios distritos fueron adquiridos y componiendo como perteneciente al municipio de San Gabriel.

San Gabriel da Cachoeira es un municipio del estado de Amazonas situado en el extremo noroeste del estado, en frontera con Colombia y Venezuela, teniendo como municipios limítrofes Japurá y Santa Isabel del Río Negro.

Es el tercer mayor municipio del país en extensión, con 109.660,39 km², dista 852 km de la capital amazense. Su extensión territorial abarca 19 Polos Base y su Índice de Desarrollo Humano – IDH medio es de 0,609, lo que sitúa a este municipio en la franja de Desarrollo Humano Medio (IDHM entre 0,600 y 0,699). Entre 2000 y 2010, el IDHM pasó de 0,478 en 2000 para 0,609 en 2010 - una tasa de crecimiento de 27,41%. El hiato de

demográfica es de 0,35hab/km². Este municipio tiene la particularidad de tener la población rural con el mayor contingente indígena, 95,5%, hecho este de ser la razón de la elección para el presente estudio, teniendo en vista que se tendrá una representatividad de todos los otros municipios brasileños gerenciados y cuidados por el Subsistema de Atención a la Salud Indígena a través de los DSEI en que teóricamente toda la atención de las políticas públicas de salud bucal indígena se ejecutará y los resultados de ella alcanzados de manera satisfactoria para la mejoría de la atención a la salud bucal, tratando de solucionar las necesidades en la odontología (IBGE, 2010).

Nakano (2006) complementa en la descripción del municipio que:

San Gabriel da Cachoeira es accesible por transportes aéreos y fluviales. En su principal aeropuerto aterrizan y despegan, semanalmente, aviones oriundos de Manaus. Está a una distancia fluvial de 1.061 km por el Río Negro hasta Manaus. No hay conexiones terrestres con otros municipios de la región. La única vía abierta a través de la floresta es la BR 307 que liga la sede municipal al núcleo de Cucuí, localizado en la divisa entre Brasil y Venezuela. Esavía, construida por el Programa Calha Norte, no está pavimentada y no se encuentra en buenas condiciones. Por estar en la franja de frontera entre Brasil, Colombia y Venezuela e insertarse en región de gran interés nacional e internacional, San Gabriel da Cachoeira fue incluido en área de seguridad nacional por medio de la Ley Federal n. 5.449 de 1968. Esta condición estratégica intensifica la presencia del Ejército y de la Aeronáutica en el municipio. (Nakano, 2006, p. 17).

Siendo una región de Frontera, el ejército está presente en la sede del municipio, con el 5º BIS y seis pelotones de Frontera siendo ellos Maturacá, Iuarete, Querari, San Joaquim, Pará Cachoeira y Cucuí (Nunes, 2003).

La ejecución de los servicios de salud bucal en la región se da por medio de la Prefectura Municipal de San Gabriel da Cachoeira (SEMSA/SGC) donde la población urbana es asistida por las cuatro Estrategias Salud de la familia (ESF) (atención básica) y por el CEO y LRPD (atención especializada). La población rural está sobre responsabilidad del DSEI. Los casos de no resolución en la red de atención del DSEI/ARN son referenciados para las unidades de la prefectura. Así actúa el SUS y su Subsistema de Atención a la Salud Indígena de forma complementar. (Morais-Silva, 2013).

Este municipio es sede del Distrito Sanitario Especial Indígena del Alto Río Negro, perteneciente también a los de Barcelos y Santa Isabel del Río Negro. Descripción de este distrito en el capítulo 3.

2.3 Unidades de Análisis

Población y el municipio de San Gabriel da Cachoeira y Documentos (nacionales, regionales y locales) referentes a las políticas públicas de salud bucal indígena.

2.4 Variables

- a) La población será analizada a través de las siguientes variables: Etnia (indígena); zona de ocupación de vivienda (urbana y rural); asistencia a la salud (pública y prestada por el DSEI ARN) y el programa de salud de asistencia (salud bucal-programa Brasil sonriente);
- b) El municipio tendrá como variables para estudiar la efectividad del programa Brasil Sonriente prestada por el DSEI ARN, el acceso a los servicios de salud, el sistema de información indígena, recursos humanos, infraestructura de la red de salud indígena, educación permanente, documentos inherentes a la temática indígena, gestión participativa y salud bucal de la población local.

2.5 Procedimientos

Fueron realizadas la lectura, la individualización y el análisis del material colectado, todo esto, de acuerdo con la cronología de los hechos abordados. Para la organización y análisis de estos referidos datos se seguirán, por lo tanto, las siguientes etapas: un análisis previo, a partir de las reglas de amplitud, representatividad y relevancia, seguida por la demarcación de lo que será considerado como el tema central – salud bucal indígena, además de la selección de artículos y documentos posteriores a la implantación de la política en estudio.

2.6 Técnicas e instrumentos

Se realizó un levantamiento bibliográfico en las siguientes bases de pesquisas: National Library of Medicine US- NLM (PUBMED) y su base Medical

Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) y Literatura Latino-americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), materiales publicados en el período entre 2008-2018, empleándose treinta y una (31) palabras-clave, de dos a cinco palabras cada una, son ellas: *oral health são Gabriel da cachoeira; oral health indigenous brazil; oral health amazonas; brasilsorridente; brasilsorridente policies; política nacional de saúde bucal brazil; oral health indigenous policies brazil; oral health indigenous services brazil; são Gabriel da cachoeira; alto rio negro brazil; indigenous special health district brazil; population indigenous amazonas; oral health amazonas; dental caries brazil; políticas de saúde brazil; dentist care indigenous; indians brazil; public policies brazil; população indígena; oral health of indigenous peoples; indigenous health service; South american indians; indigenous health brasil; health indigenous peoples; saúde bucal amazonas; cárie dental amazonas; política de saúde bucal brazil; indigenous health service brazil; indigenous oral health service brazil; dsei; brasilsorridente; brasilsorridente indígena e distrito sanitário especial indígena* (tabla 1) e sete (7) descritores: *política de saúde; saúde bucal; saúde de populações indígenas; política pública; sistemas locais de saúde; medicina tradicional; serviços de saúde do indígena* (tabla 2).

Las Tablas 1 y 2, respectivamente, fueron formuladas en cuatro columnas.

En la primera columna de la tabla 1, se describen las bases nacionales de pesquisas utilizadas, la elección de estas fue justificada por contener un mayor alcance de citas de publicaciones en periódicos. Se optó en no escoger apenas una base de pesquisa específica para el estudio encuesta.

En la segunda, las palabras-claves. La diversidad de estas fue fundamentada en la investigación de la mayor cantidad de material de estudio relacionado a la temática de este trabajo, una vez que, al repetirse las palabras-clave en bases de pesquisas diferentes, se encontraban muchos artículos iguales. Aun así, modificando estas palabras, se depuró con un número considerable de publicaciones iguales. Estas últimas no fueron contabilizadas en su repetición como muestra la Tabla 1, en el ítem “cantidad de artículos encontrados en cada descriptor”. En relación con el idioma para uso de descriptor, se utilizaron el portugués y el inglés, porque se observó que dependiendo de la palabra escogida había un número reducido de artículos (o hasta mismo se volvía nula la cantidad de referencia) y al mudar el idioma de la referida palabras surgían un número mayor de literatura. artículos en inglés fueron traducidos y analizados en su integridad.

En la tercera, la cantidad de artículos encontrados de cada palabra-clave. La búsqueda de esos artículos y el cuantitativo resultante fueron basados en el manejo realizado el 27 de julio de 2019.

En la cuarta y última columna, los artículos seleccionados para lectura. La selección consistió en la lectura previa del resumen, para verificar su relación con la propuesta del estudio, en caso positivo fueron insertados y copiados para el análisis completo, los que desentonaban fueron excluidos, totalizando al final, 169 trabajos.

Tabla 1
Bases de datos/ palabra-clave.

Base de datos	Palabras-clave	Cantidad de Artículos encontrados	Artículos seleccionados para lectura
Pubmed/Medline	Oral HealthSan Gabriel da Cachoeira;	02	72
	Oral HealthIndigenousBrazil;	164	
	Oral Health Amazonas;	28	
	Brasil Sonriente;	01	
	Brasil SonrientePolicies;	02	
	Política Nacional de salud Bucal Brazil;	38	
	Oral HealthIndigenouspoliciesBrazil;	23	
	Oral HealthIndigenousservicesBrazil;	59	
	San Gabriel da Cachoeira;	21	
	Alto Rio Negro Brazil;	6	
IndigenousSpecialHealthDistrictBrazil;	7		
PopulationIndigenous Amazonas;	33		
SciELO	Oral Health Amazonas;	23	34
	Dental Caries Brazil;	436	
	Políticas de Salud Brazil;	2.413	
	DentistCareIndigenous;	3	
	IdiansBrazil;	415	
	PublicPoliciesBrazil;	1.577	
	Población Indígena;	415	
	Oral HealthofIndigenousPeaples;	13	
	IndigenousHealthService;	60	
	South American Indians;	135	
IndigenousHealth Brasil;	282		
HealthIndigenousPeoples;	239		

Continúa

Conclusión

Base de datos	Palabras-chave	Cantidad de Artículos encontrados	Artículos seleccionados para lectura
LILACS	Salud Bucal Amazonas;	28	
	Carie Dental Amazonas;	13	
	Política de Salud Bucal Brazil;	223	
	IndigenousHealth Brasil;	708	
	IndigenousHealthServiceBrazil;	113	
	Indigenous Oral HealthServiceBrazil;	15	63
	San Gabriel da Cachoeira;	38	
	Dsei;	26	
	Brasil Sonriente;	29	
	Brasil Sonriente Indígena	01	
	Distrito sanitario Especial Indígena	33	

La estrategia de búsqueda realizada e ilustrada en la tabla 2 fue a través de la pesquisa en base de datos con Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) relacionada al objeto de estudio. Se utilizaron operadores booleanos AND y paréntesis (), tratando de tener la mayor relación entre los términos palabras. Se redujo lo cuantitativo de los artículos encontrados cuando se acrecentaban los términos “indígena” y “Brasil” en cada descriptor a partir de ahí los seleccionaron para lectura, resultando en un total de 84 artículos. Se observó que la base Pubmed/Medline dio una mayor diversidad de trabajos cuando fue comparada a otras bases.

Tabla 2

Bases de datos/descriptor.

Base de datos	Descriptores	Cantidad de Artículos encontrados	Artículos seleccionados para lectura
Pubmed/Medline	Salud bucal	30.565	4
	Salud de poblaciones indígenas	581	0
	Política pública	47.526	5
	Sistemas locales de salud	721	0
	Medicina tradicional	30.269	2
	Servicios de salud del indígena	7.389	3
	Política de salud	143.027	1

Continúa

Conclusión

Base de datos	Descriptor	Cantidad de Artículos encontrados	Artículos seleccionados para lectura
SciELO	Salud bucal	2.068	6
	Salud de poblaciones indígenas	227	4
	Política pública	7.669	1
	Sistemas locales de salud	239	2
	Medicina tradicional	1.146	4
	Servicios de salud del indígena	145	4
	Política de salud	5.826	1
LILACS	Salud bucal	3.858	14
	Salud de poblaciones indígenas	289	10
	Política pública	4.720	11
	Sistemas locales de salud	342	2
	Medicina tradicional	563	1
	Servicios de salud del indígena	209	3
	Política de salud	7.111	6

Todos los artículos que entraron a esta pesquisa fueron realizados en territorio Brasileño porque la razón del estudio es analizar un programa de origen y aplicabilidad Brasileña, como es definido el Brasil Sonriente Indígena.

No fue individualizado un tipo de estudio específico para inserción en la búsqueda de artículos, o sea, no se utilizaron solamente estudios con metodología de estudio de caso, revisión sistemática o revisión bibliográfica o documental y si todas las técnicas metodológicas utilizadas en estudios relacionados con el tema principal.

Además del material estudiado, entraron en la verificación políticas, programas, decretos, leyes, directrices, tesis, disertaciones, capítulo de libros, documentos nacionales, regionales y locales, abarcando Planes Distritales de Salud, informes entre otros. Agregando de la vasta averiguación en herramientas de informaciones en salud como el DATASUS, SIASI, CNESS.

Se utilizó la herramienta denominada Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), para una mejor selección de artículos para el análisis del presente estudio. Con ella, hay una especie de “check-list” en la cual se direcciona el estudio objetivando un mejor resultado pautado en recomendaciones sobre lo que debe ser insertado en una descripción más precisa y completa

de estudios observacionales, fortaleciendo así la calidad del estudio. Se adoptó esta herramienta para identificar todas esas recomendaciones necesarias. Se realizó el análisis y fichas/análisis crítico de los artículos siguiendo estos moldes. Los artículos que no obedecen al menos 50% de los ítems serán excluidos por representar una baja calidad de estudio observacional (tabla 3).

Tabla 3

Ítems esenciales que deben ser descritos en estudios observacionales, según la declaración Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), 2007.

Ítem	N.º	Recomendación
Título y Resumen	1	Indique el diseño del estudio en el título o en el resumen, con termino comúnmente utilizado. Haga disponible en el resumen un resumen informativo y equilibrado de lo que fue hecho y de lo que fue encontrado.
Introducción Contexto/Justificativa	2	Detalle el referencial teórico y las razones para ejecutar la pesquisa.
Objetivos	3	Describa los objetivos específicos, incluyendo cualesquiera hipótesis preexistentes.
Métodos Diseño del estudio	4	Presenten, en el inicio del artículo, los elementos-clave relativos al diseño del estudio.
Contexto (<i>setting</i>)	5	Describa el contexto, locales y datos relevantes, incluyendo los períodos de reclutamiento, exposición, acompañamiento (follow-up) y colecta de datos.
Participantes	6	Estudio Seccional: Presente los criterios de elegibilidad, las fuentes y los métodos de selección de los participantes.
VARIABLES	7	Defina claramente todos los desechos, exposiciones, predictores, confundidores
Fuentes de datos/ Mensuración	8	Para cada variable de interés, otorgue la fuente de los datos y los detalles de ellos
Bias	9	Especifique todas las medidas adoptadas para evitar potenciales fuentes de bias.

Continúa

Conclusión

ítem	N.º	Recomendación
Tamaño de estudio	10	Explique cómo se determinó el tamaño muestral.
VARIABLES CUANTITATIVAS	11	Explique cómo fueron tratadas las variables cuantitativas en el análisis. Si es aplicable, describa las categorizaciones que fueron adoptadas y por qué.
Métodos estadísticos	12	<p>Describa todos los métodos estadísticos, incluyendo aquellos usados para control de confusión. Describa todos los métodos utilizados para examinar subgrupos e interacciones. Explique cómo fueron tratados los datos faltantes (“missing data”)</p> <p>Estudios de Cohorte: Si es aplicable, explique cómo las pérdidas de acompañamiento fueron tratadas.</p> <p>Estudios Seccionales: Si es aplicable, describa los métodos utilizados para considerarla estrategia de muestra. Describa cualquier análisis de sensibilidad.</p>
Resultados	13	<p>Describa el número de participantes en cada etapa de estudio (ej: número de participantes potencialmente elegibles, examinados de acuerdo con criterios de elegibilidad, elegibles de hecho, incluidos en el estudio, que terminaron el acompañamiento y efectivamente analizados). Describa las razones para las pérdidas en cada etapa. evalúe la pertinencia de presentar un diagrama de flujo.</p>
Participantes		
Datos descriptivos	14	<p>Describa las características de los participantes (ex: demográficas, clínicas y sociales) y las informaciones sobre exposiciones y confundidores en potencial. Indique el número de participantes con datos faltantes para cada variable de interés.</p>
Deshecho	15	Estudios Seccionales: Describa el número de eventos-deshecho o presente las medidas-resumen.
Resultados principales	16	<p>Describa las estimativas no ajustadas y, si es aplicable, las estimativas ajustadas por variables confundidoras, así como su precisión (ej: intervalos de Confianza). Deje claro cuáles fueron los confundidores utilizados en el ajuste y porque fueron incluidos.</p> <p>Cuando variables continuas fueron categorizadas, informe los puntos de corte utilizados.</p> <p>Si es pertinente, considere transformar las estimativas de riesgo relativo en términos de riesgo absoluto, para un período de tiempo relevante.</p>
Otros análisis	17	Describa otros análisis que hayan sido realizadas. Ej.: análisis de subgrupos, interacción, sensibilidad.
Discusión Resultados principales	18	Resuma los principales hallazgos relacionándolos a los objetivos de estudio.
Limitaciones	19	Presente las limitaciones de estudio, teniendo en consideración fuentes potenciales de bias o imprecisión. Discuta la magnitud y dirección de bias en potencial.
Interpretación	20	Presente una interpretación cautelosa de los resultados, considerando los objetivos, las limitaciones, la multiplicidad de los análisis, los resultados de estudios semejantes y otras evidencias relevantes.
Generalización	21	Discuta la generalización (validad externa) de los resultados.
Financiamiento	22	Especifique la fuente de financiamiento de estudio y el papel de los financiadores. Si es aplicable, presente tales informaciones para el estudio original

Nota. Fuente: Malta et.al. (2010), modificado por el autor.

Fueron consultadas las referencias bibliográficas de los artículos identificados a fin de que fuese posible encontrar posibles datos no comprendidos en la pesquisa bibliográfica, objetivando aún más ampliación de material a ser estudiado.

La (Tabla 4), muestra las referencias metodológicas en que se basaron los métodos de la pesquisa.

Tabla 4
Características de las referencias.

Características de las referencias bibliográficas metodológicas					
Autores	Títulos	Objeto de Estudio	Conclusiones	Año de la Publicación	Base de datos
Dias, K., R., HC.	Combinando esfuerzos para solucionar el problema de salud bucal no Brasil	Salud bucal en Brasil.	Discurre sobre los esfuerzos del Gobierno Federal y de la creación de programas destinados a la salud bucal	2008	Braz. res oral. vol.22 supl.1 São Paulo
Gil, A., C	Como Elaborar Proyectos de Pesquisa	Técnicas de Elaboración	Defiende las Normas y descripción en la APA	2010	5ª ed. Editora Atlas. São Paulo.
Fachin, O.	Fundamentos de Metodología	Técnicas de Construcción de Tesis APA	Enseña las Técnicas de Elaboración	2010	Fundamentos de Metodología. 3ª Ed. Editora Saraiva. São Paulo.
Furasté, P., A.	Normas Técnicas	Trabajo Científico	Enseña cómo hacer Referencias de Todos los Tipos de Datos	2015	17ª edição Livro. Ed. Dáctilo Plus. Porto Alegre
Flick, U.	Introducción a la Pesquisa Cualitativa.	Métodos e Procedimientos Cualitativos	Versa sobre las Técnica Cualitativas	2009	2ª Ed. Tradução Nertz. Editora ARTMED. São Paulo.
Lakatos, E., M. e Marconi, A., M.	Fundamentos de Metodología Científica	Procedimientos Sistemáticos	Enseña las Técnicas de Pesquisa	2018	7ª edição Livro. Ed. Atlas. São Paulo
Vergara, S., C.	Proyectos e Informes de Pesquisa en Administración	Procedimientos Técnicos Metodológicos	Defiende a Descripción Metodológica los Fines y Medios de Pesquisa	2011	13ª. Livro. Ed. Atlas. São Paulo Brasil.

Autores	Títulos	Objeto de Estudio	Conclusiones	Año da Publicación	Base de datos
Yin, R. K.	Estudio de Caso	Planeando Métodos	Enseña los Métodos de Pesquisa	2011	5ª edição. Ed. Bookman. Porto Alegre.
Continua Conclusión					
Yin, R. K.	Estudio de Caso	Planeando Métodos	Enseña los Métodos de Pesquisa	2004	3ª edição. Ed. Bookman. Porto Alegre.
Hochman et. al.	Diseños de pesquisa	Procedimientos Técnicos Metodológicos	Describe métodos de pesquisa y su utilidad en estudios diversos	2005	Acta Cir. Bras. vol.20. São Paulo.
Lima-Costa & Barreto	Tipos de estudios epidemiológicos	Conceptos metodológicos	Conceptos básicos y aplicaciones en el área del envejecimiento	2003	Epidemiologia e Serviços de Saúde, Volume 12 - N° 4.
Freitas, W. R. S. e Jabbour, C.J.C.	Utilizando estudio de caso(s) como estrategia de pesquisa cualitativa: buenas prácticas y sugerencias	Estudio de caso	Aplicabilidad de estudio de caso em pesquisa cualitativa.	2011	ESTUDO & DEBATE, Lajeado, v. 18, n. 2, p. 07-22.
Günther, H.	Pesquisa Cualitativa Versus Pesquisa Cuantitativa: ¿Esta es la cuestión?	Pesquisa cualitativa y cuantitativa.	Distinción en conceptos de los tipos de pesquisa en cuanto al abordaje.	2006	Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 22 n. 2, pp. 201-210.
Malta e colaboradores	Iniciativa STROBE: subsidios para la comunicación de estudios observacionales	Herramienta STROBE	Discutir sobre el contexto de utilización, las potencialidades y limitaciones de la Iniciativa STROBE	2010	RevSaúde Pública;44(3):559-65.

2.7 Universo y muestra de la Pesquisa

Los primeros levantamientos fueron de naturaleza de investigación científica en relación a la estructura jurídica institucional del Sistema Único de Salud (SUS), compuesto por las Políticas de Salud Bucal, por el Subsistema de Atención a la Salud Indígena, órganos que reglamentan la cuestión operacional, por la Secretaria Especial de Salud Indígena, por la Fundación Nacional de Salud y por la Fundación Nacional del Indio, lugares donde fueron examinados los siguientes documentos: Leyes, Decretos,

Ordenanzas, Conferencias y documentos institucionales del Ministerio de la Salud y afines (Dias, 2008, P. 62) y contenidos obtenidos en plataforma nacional de bases de datos.

A Nivel local fueron explorados planes distritales de salud (salud indígena), informes anuales de gestión, programación anual de salud y plan municipal de salud de San Gabriel da Cachoeira.

Las publicaciones que se configuran como textos completos y que serán incluidas a la pesquisa presentan temas relacionados a las políticas indigenistas, a la salud bucal e indígena en Brasil ya hechos que reconstituyen la trayectoria histórica y actual de la política nacional de salud indígena. No hubo restricciones a idiomas (Portugués, inglés y español), pero hubo en períodos de publicación (2008-2018), y fueron excluidos los periódicos contrarios al objetivo propuesto bien como los textos incompletos y estudios que no fueron realizados en contexto brasileño.

Por su vez, la muestra fue por medio de la observación y estudio del (DSEI ARN), donde los abordajes presentan la utilización y colecta de datos que puedan responder a través de estudios relacionados al problema. Por lo tanto, fue por medio de la aceptabilidad el establecimiento de las metas para orientar los objetivos. La tipicidad fue a través de las estrategias para la mejoría de la atención a la salud bucal para la población indígena del municipio de San Gabriel da Cachoeira.

2.8 Selección de Sujeto de la Pesquisa

Los agentes incluidos de la pesquisa fueron: la población indígena de San Gabriel da Cachoeira; la red de atención a la salud del municipio sede del Distrito Sanitario Especial Indígena Alto Río Negro y todas las literaturas relacionadas al tema.

2.9 Limitaciones del Método

En los estudios de caso único se tiene una limitación de no poder generalizar los resultados para el universo, en este caso a los otros DSEIs de Brasil, pero puede servir de modelo para apreciación y formulación de una nueva herramienta de análisis.

Otro factor corresponde al frágil rigor metodológico en lo que se refiere a la búsqueda de periódicos, no siguiendo, por ejemplo, el mismo rigor de una revisión sistemática. Consecuentemente se puede haber bias de selección y subjetividad del autor.

La escasez de literatura pertinente al tema estudiado y la no realización de la pesquisa in situ, se forjó que los datos fueron obtenidos por medio del método de estudio indirecto y careció de una secuencia de datos en el período de estudio, fundamental para una evaluación continua, coherente y lógica. Casos de sub-notificación y la no actualización en plataformas nacionales de datos en salud, también limitaron el análisis de los resultados. Por consiguiente, existieron limitaciones en la captura de percepciones, especialmente cuando hay razones ocultas que impiden a los inquiridos retratar con precisión sus reales percepciones o, aún, cuando ella transmite una percepción distorsiva de la realidad.

Pero, la importancia de la participación de la disertación elaborada en (2013), “por esto que vos escribís” para la obtención del título de magister en Salud, Sociedad y Endemias del Amazonia, Área de Concentración Determinantes Biosociales del Proceso Salud-Enfermedad en el Amazonia, dio énfasis al resultado de la pesquisa y desempeño del (DSEI ARN).

Contodo, aunque existan dificultades, complejidades y riesgos, lo que se pretendió fue que toda la pesquisa fuese realizada con rigor científico, de forma de permitir conclusiones confiables y relevantes para la profundización de los conocimientos. Por lo tanto, el proceso metodológico viene a posibilitar la aprensión de la ciencia como un procedimiento vivo y no como un producto fragmentado, basados en esta perspectiva la (Figura 2), muestra la disposición metodológica de la Tesis.



Figura 2. Disposición Metodológica de la Tesis.

CAPÍTULO III - REFERENCIAL TEÓRICO

3 POLÍTICAS DE SALUD BUCAL BRASILEÑA EN EL CONTEXTO DEL SUS Y EN EL SUBSISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD INDÍGENA

3.1 Programa Brasil Sonriente (SUS)

Durante años, la Odontología estuvo a la merced de políticas públicas generalistas de salud. Había dificultad de acceso a estos servicios, donde los ciudadanos solo procuraban atención en caso de dolor, con esto se tenía un perfil de odontología mutiladora que, por no haber tratamiento previo, el paciente al llegar, ya se perpetuaba a extracción dentaria. Para mudanza de este cuadro, en 2003 el Ministerio de la Salud lanzó la Política Nacional de Salud Bucal – Programa Brasil Sonriente, lo que viene resultando en la mejoría de las condiciones de salud bucal de la población brasileña. Aún está lejos de ser alcanzados todos los principios, directrices y acciones preconizadas por esa política, pero, comparada con el período anterior a este marco, estudios epidemiológicos como “SB BRASIL- Pesquisa Nacional de Salud Bucal” viene ratificando estas mejorías.

El principal fin del Brasil Sonriente es la reorganización de la práctica y la calificación de las acciones y servicios ofrecidos, reuniendo acciones en Salud Bucal destinada para los ciudadanos de todas las edades, con ampliación del acceso al tratamiento odontológico gratuito a los brasileños, por medio del Sistema Único de Salud (SUS) (BRASIL, 2004).

La legislación vigente que contempla el cuidado a la atención a la salud bucal viene por medio de esta política que trata la organización de la atención en el ámbito del SUS. En vías claras es una política bien estructurada con presupuestos que garanticen la atención cualificada y resolutive de las acciones en salud bucal, la integralidad del cuidado con el paciente articulado con toda la red de servicio, ejecutando de forma concisa la referencia y la contra referencia y el monitoreo de estas acciones por medio de indicadores de salud, actuación de la vigilancia sanitaria que evalúa daños, riesgos y determinantes a cordes con el proceso salud enfermedad, incluyendo la familia con una importante estrategia en la reorganización de la atención básica. (BRASIL, 2004).

El desarrollo de acciones en la perspectiva del cuidado en salud bucal tiene como principios la **gestión participativa** asegurando la participación de las representaciones de usuarios de este sistema en todas las esferas de gobierno; **ética**, donde acciones son regidas por los principios universales de ética en salud; la búsqueda incesante del **acceso universal** para asistencia a la salud atención de todas las demandas y en especial a los casos de urgencia y dolor; el **cogimiento y el vínculo** donde se busca acoger al usuario preservando toda su integridad biopsicosocial y de vincular las unidades de salud receptoras de usuarios a la responsabilidad de la desenvolvura del cuidado con la salud en su área de alcance, responsabilizando a los profesionales en la resolución de problemas en salud bucal. (BRASIL, 2004).

A todo el proceso en salud bucal se debe requerir una organización del modelo para proponer una mejor atención a la población. Profesionales actuando no solamente en el campo odontológico, pero si con la interacción con otros profesionales de la salud, teniendo en vista que el complejo estomatognático no está localizado aislado de lo restante del cuerpo. A equipo debe estar preparada para la atención integral, desde acciones preventivas y de promoción a la salud hasta las curativas y rehabilitadoras, ampliando esta asistencia en otros sectores que están fuera del eje hospitalario, como escuelas, guarderías, comercio, medios, gobierno entre otras.

Para identificar mejor los grupos de acciones de promoción, protección y recuperación en salud se debe trazar un perfil epidemiológico de la comunidad para obtener un conocimiento previo de las reales necesidades momentáneas de cada una y que se pueda trabajar de manera eficaz. Una comunidad hoy que necesita de tratamiento curativo, luego de la resolución de este cuadro, posteriormente, se iría a trabajar con la actividad preventiva o rehabilitadora. Luego se concluye que estas acciones trabajan de forma conjunta y debe ser planeada por el equipo de salud.

Para este fin (PNSB), deslumbra la ampliación de la *atención básica* con acciones de promoción y protección en salud: la fluoración de las aguas de abastecimiento; educación permanente en salud actuando con la cepillo supervisado, aplicación de flúor y prevención del cáncer bucal; inclusión de procedimientos complejos en la atención básica, así como, una mayor resolución de la pronta-atención e inclusión de la rehabilitación protética en este nivel de atención; Amplia y califica la *atención secundaria y terciaria* por medio de acciones de recuperación y rehabilitación a través de procedimientos especializados (endodoncia, periodoncia, cirugía oral menor, prótesis dental), con la implantación y/o mejoría de Centros de Referencia de Especialidades Odontológicas

(CREO), y Laboratorios Regionales de Prótesis Dentaria (LRPD), con el objetivo de reintegrar al individuo a su ambiente social y su actividad profesional. (BRASIL, 2004)

Otro punto de esta política es la inserción del equipo de salud bucal (con el fin de ampliar el acceso de la población a las acciones de los equipos de Salud Bucal en la Atención Primaria a la Salud) en la Estrategia Salud de la Familia-ESF, surgida inicialmente como Programa salud de la Familia en 1994 (conocido hoy como "Estrategia de Salud de la Familia", por no tratarse más solo de un "programa"), y se consolidó como estrategia prioritaria para la reorganización de la Atención Básica en Brasil, a través de la Ordenanza N.º 648, del 28 de marzo de 2006, que tiene como uno de sus fundamentos posibilitar el acceso universal y continuo a servicios de salud de calidad, reafirmando los principios básicos del SUS: universalización, igualdad, descentralización, integralidad y participación de la comunidad - mediante el registro y la vinculación de los usuarios. (BRASIL, 2006)

Hasta este momento histórico la atención a la salud bucal en el ámbito del SUS era actuante para toda la población brasileña, de forma igualitaria, sin distinción. En 2011 el Ministerio de la Salud considerando que la población indígena se insertaba en un mosaico extremadamente diversificado, con diferencia intercultural, lingüística, costumbres, formas de organización social, localización geográfica de difícil logística, vida productiva y grado de contacto con la población no indígena, creó el **manual técnico** conteniendo las **Directrices del Componente Indígena en la PNSB**, con la visión de que sería imprescindible, en cada territorio, conocer las condiciones de vida, las representaciones y las concepciones que los indios tienen acerca de su salud, sus hábitos y las providencias que toman para resolver sus problemas cuando adolecen bien como lo que hacen para evitar enfermedades (BRASIL, 2011).

Este modelo de atención trató la reorientación del modelo de atención en salud bucal direccionada a los pueblos indígenas, por medio de la ejecución de acciones de control de las enfermedades bucales, incorporación progresiva de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, así como el desarrollo de acciones intersectoriales (BRASIL, 2011). Para reorganizarse es necesario pensar en diferentes abordajes estratégicos para la ampliación del acceso a los servicios de salud bucal insertado en el ámbito de su contexto organizacional, el Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI).

En líneas generales este manual tiene la misma estructura de las directrices de la (PNSB), difiriendo apenas en la forma particular de la atención de la valoración de las representaciones culturales del pueblo indígena y en el subsidio a los profesionales que

atiendenestecontexto, así como los gestores locales, a establecer padrones y metas en la ejecución de las acciones en salud bucal.

Para analizarse de forma simplificada fueconstruidoun esquema visual, donde se observa que la PNSB fueprecursora de las otras políticas (figura 3) y un modelo lógico (Figura 4) acerca de la interrelaciónvinculadoconlasdirectricesdel componente indígena en la (PNSB)yDirectrices de la atencióna la salud bucal en los Distritos SanitariosEspeciales Indígenas (DSEI), que servirá también como aporte teórico para posterior evaluacióny análisis de lapolíticaveneste estudio, abordando un entendimiento de los objetivos de la atencióna la salud bucal, acciones desarrolladas, la manera de desarrollarlas (procesos), resultados esperados ylos impactos en la salud bucal de la población.

En frente aeso, se desarrolló una revisión detallada acerca de la (PNSB),y de su componente indígena para que cada ítem constado enesta esquematización pudiese ser estudiado yevaluadoen la forma individual.

Evidenciando que la organización de los servicios de salud bucal municipio de estudioses pautaada en la complementariedad entre el SUS y su Subsistema de Atencióna la Salud Indígena, donde la secretaria municipal de SanGabriel da Cachoeiraes responsable por laatencióna la población residente en las áreas urbanas,y las áreas rurales a cargo de la red de atencióna la salud delDSEI. En los casos de no resolución por este último,el paciente esreferenciado a la redde atención del SUS.

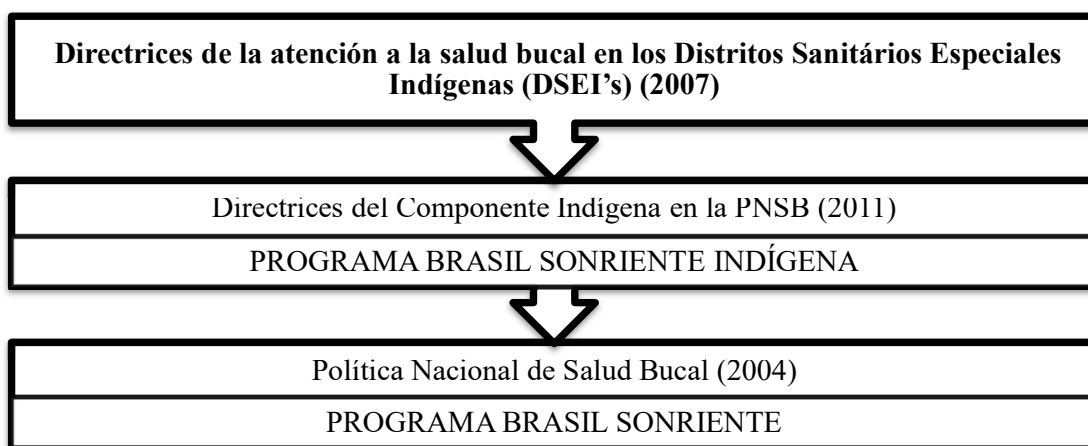


Figura. 3. Esquema visual de la PNSB y sus especificidades.

Este esquema visual muestra que la política de salud bucal vigente en el país es precursora de otras políticas relacionadas a la salud bucal indígena, donde principios y directrices son preservados, habiendo modificaciones apenas en el contexto la cual esta política será implementada. Se ve la cronología temporal del surgimiento de estas, iniciando en 2004 con la política del Brasil sonriente y en 2007 y 2011 con el surgimiento y perfeccionamiento de las destinadas al público objeto del Programa Brasil sonriente indígena.

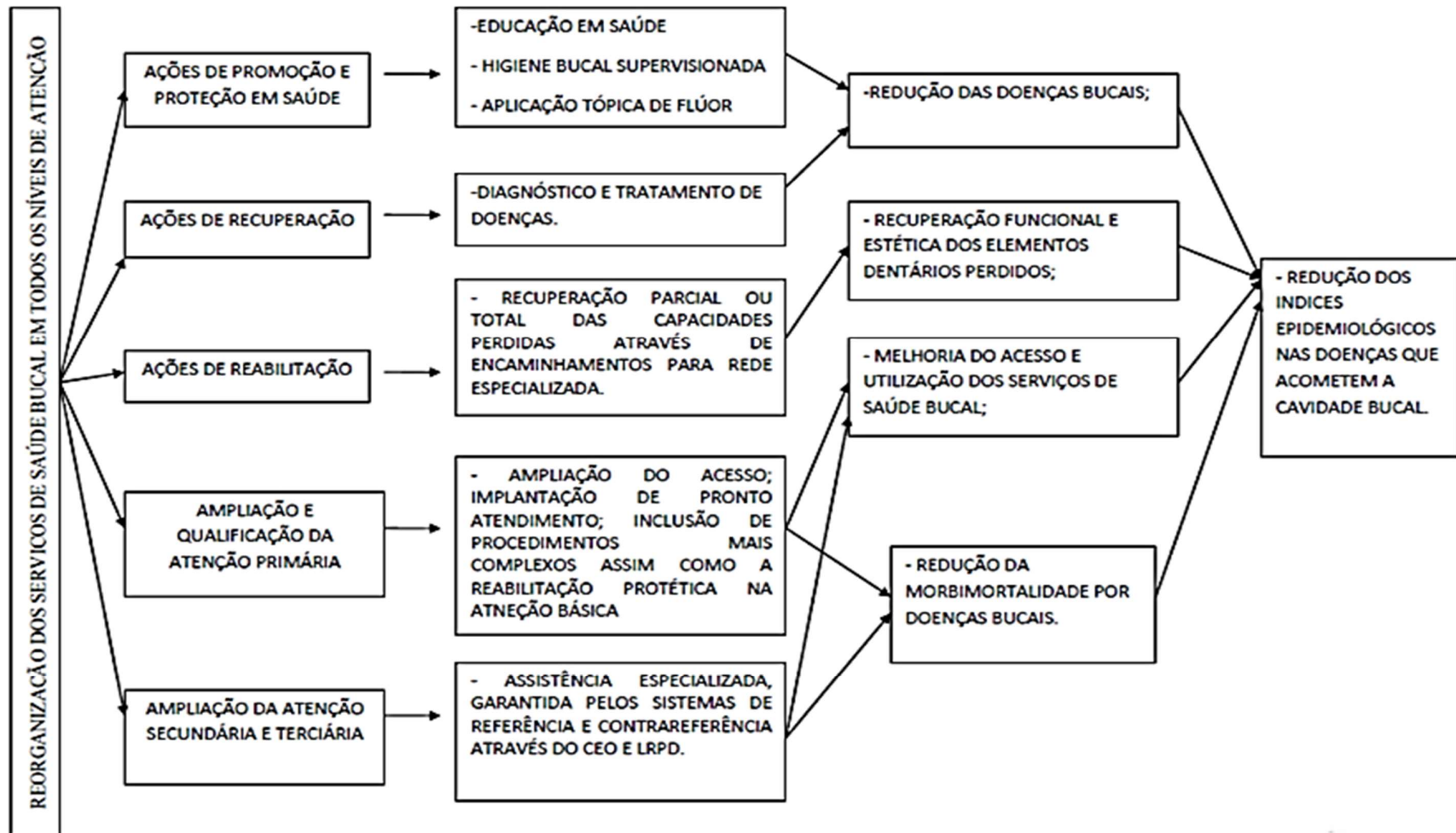


Figura 4. Modelo Lógico de la Atención a la Salud Bucal - Adaptado Según las Directrices de la Política Nacional de Salud Bucal (Brasil, 2004), y Directrices de la atención a la salud bucal en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI's), Brasil, 2007. Fuente: Autor. Elaborado en su disertación de maestría en 2013.

3.2 Programa Brasil Sonriente Indígena (SASISUS)

El programa Brasil Sonriente Indígena, lanzado e iniciado en (2011), trata de ampliar la oferta de atención odontológica y mejorar las condiciones de salud bucal de la población indígena. Es la extensión del Programa Brasil Sonriente, lanzado por el Ministerio de la Salud en 2004, adaptado y aplicado a las especificidades y complejidades de la salud indígena. Esta es la primera política nacional elaborada específicamente para tratar la salud bucal de esos pueblos. Se estima un gasto de más de 40 millones para toda estructuración y su funcionamiento. En 2012, el valor de los costos pasa a ser de R\$ 36,5 millones, por año. (SESAI, 2013)

La inversión engloba la contratación de profesionales, adquisición de consultorios portátiles, equipos de apoyo y material de consumo. En las aldeas, los profesionales trabajaron para resolver los principales problemas bucales graves y urgentes, incluyendo el proceso de rehabilitación protética para quienes perdieron los dientes.

Inicialmente fue realizada en dos etapas, *en la primera etapa*, con duración de seis meses, se direccionó a los (DSEI) Xavante, Alto Río Purus y Alto Río Solimões, totalizando en una población estimada de 70 mil indígenas, teniendo como meta cumplir con las necesidades en salud bucal de esas comunidades. También fueron realizadas capacitaciones y entrenamientos para los equipos de salud bucal para reorganizar los servicios y realizar atención de las necesidades odontológicas. La ESB para estos tres (DSEI), es formada por 26 cirujanos-dentistas, 11 auxiliares de salud bucal (ASB), y diez técnicos de salud bucal que recibieron entrenamiento específico para la atención al indígena, observando un protocolo diferenciado para las especificidades y características de las etnias. En su programación había una necesidad de implantación de nueve Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) y nueve Laboratorios Regionales de Prótesis Dentaria (LRPD), en los tres (DSEI). (SESAI, 2013)

En la segunda etapa, el Programa reorganizó la atención integral en salud bucal en todos los 34 DSEI del país, que no fueron divididos por estados, sino estratégicamente con base en la ocupación geográfica de las comunidades indígenas, debido a la extensión que se desea alcanzar, el número de insumos, equipos, vehículos y recursos humanos también fueron acompañados para atender la demanda y equipar los 514 equipos de salud bucal que actuaron cuando el programa fuera extendido para todo Brasil (SESAI, 2013). La (Figura 5), muestra la distribución de esos (DSEI), es notoria la concentración en

la

regiónnorte

delpaís.

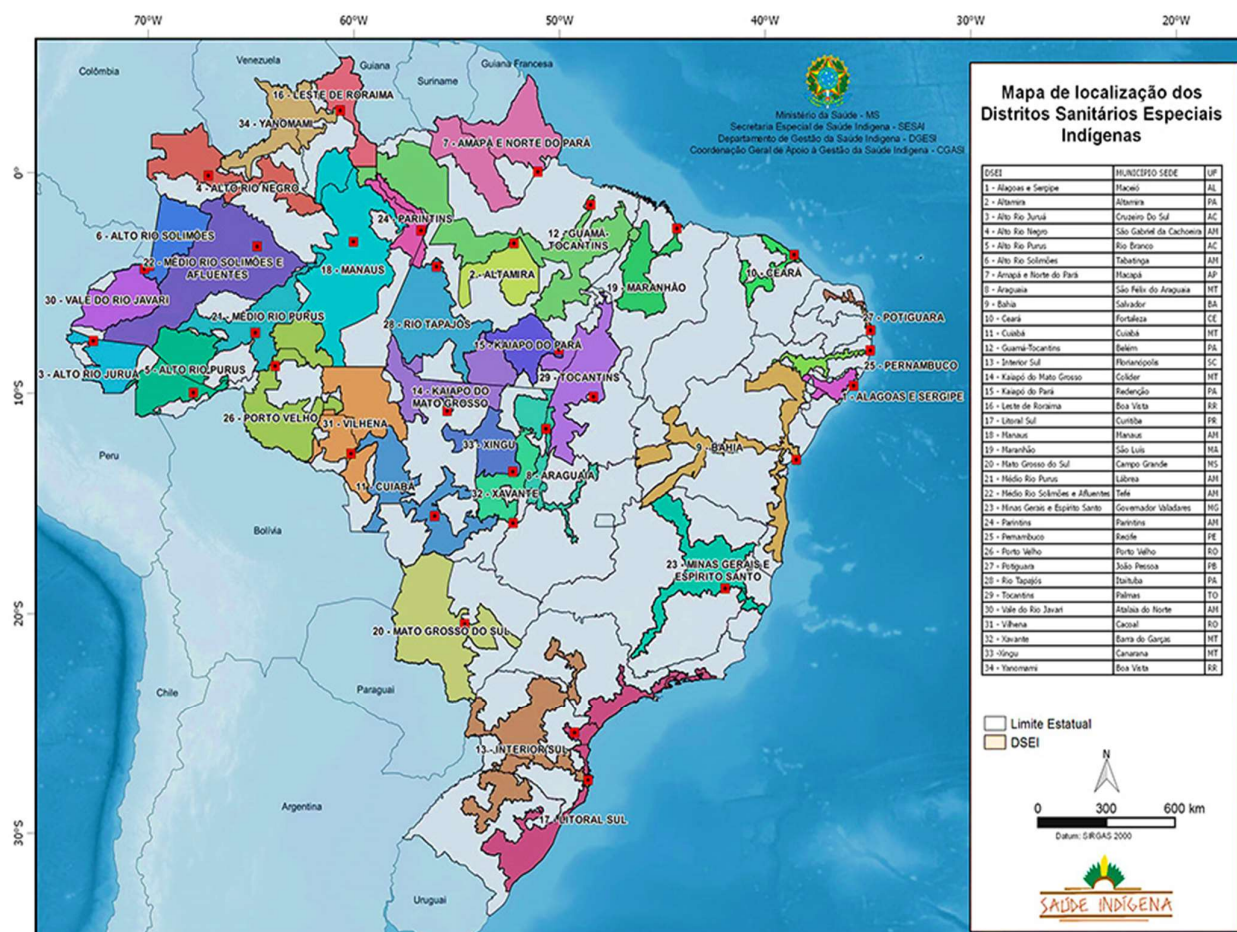


Figura 5. Mapa de Distribución de los (DSEI), enBrasil.

Nota Fuente: <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>.

El Ministerio de la salud viene invirtiendo mucho en el traspaso de ingresos para adquisición de materiales de consumo para la realización de acciones en salud bucal. En noviembre de 2017, por ejemplo, el Ministerio de la Salud entregó 2,6 millones de kits de higiene bucal conteniendo crema, cepillo e hilo dental para más de 750 mil indígenas de todo país (MS, 2017).

Cada seis meses, la Secretaria Especial de Salud Indígena (SESAI) repasa los kits a los distritos, que redistribuyen entonces los productos a la población indígena. Para la adquisición de ese material, vehículos y equipos, fueron invertidos aproximadamente R\$ 4 millones. La entrega de esos kits forma parte del Programa y se presenta como una de las principales estrategias de promoción de la salud y prevención a caríe dentaria, por medio del acceso a los beneficios anticariogénicos del flúor presente en la crema dental (MS, 2017).

Esta inversión tiene un designio de englobar todos los DSEI del país. El DSEI ARN (AM) desarrolló en este mismo período una acción que resultó en más de mil

cepillados supervisados en el Polo Base de Taracúa, en el extremo oeste del Amazonas. La actividad acompañada por el equipo de salud bucal de la localidad tuvo como meta ampliar las acciones de prevención, que viene obteniendo buenos resultados y minimizando los tratamientos odontológicos de mayor complejidad. Solo en el año 2017, las acciones en este (DSEI ARN), atendieron más de 7 mil indígenas (MS, 2017).

Otro evento de esta contención la aldea Trocará en el municipio de Tucuruí (PA), y fue marcado por el compromiso de profesionales de salud del Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI ARN) Guamá-Tocantins y por la expresiva participación de indígenas de las cuatro aldeas existentes en la región. Una Unidad Básica de Salud Indígena (UBSI) fue construida en convenio con la Eletronorte, por medio del Plan de Mitigación de Impactos Ambientales en Tierra Indígena y entregada a este DSEI (MS, 2017).

La UBSI es ajustada para la atención de personas con deficiencia y está constituida con amplia sala de espera, consultorio médico y odontológico, salas de enfermería equipada para realización de procedimientos de esta especialidad, de nebulización, farmacia, depósito, de esterilización, de comunicación y cocina comedor. La unidad está equipada para la actuación de un Equipo Multidisciplinar de Salud Indígena (EMSI) y cubrirá inicialmente una población de 643 indígenas, de cuatro aldeas de la región (SESAI, 2017).

Para atender a toda la demanda el gobierno federal invirtió también en recursos humanos, en 2017, el número de contrataciones de dentistas y auxiliares y técnicos en salud bucal para actuar en las aldeas llegaron a 923, contra 459 de 2011. La estructura ofrecida por el Ministerio está compuesta por 33 Unidades Odontológicas Móviles (UOM), 228 consultorios odontológicos portátiles para la actuación en áreas de difícil acceso, además de 462 consultorios odontológicos fijos y de 2.598 equipos odontológicos periféricos (fotololimerizador, amalgamador, autoclaves, entre otros). Al final del 2017, la salud indígena estaba programada a recibir R\$ 1,6 billones de reales. También fueron realizadas modificaciones relacionadas a la infraestructura como la construcción y reforma de unidades básicas de salud indígena, que a través de esto poseen consultorios odontológicos fijos. Además, aproximadamente 700 profesionales fueron calificados para realizar el Tratamiento Restaurador Atraumático (ART), técnica que facilita la restauración dentaria para tratamientos de carie (MS, 2017).

Aún como parte del programa el MS realizó la entrega de 25 Unidades Odontológicas Móviles (UOM) para atención de más de la mitad de lo cuantitativo de DSEI del país, a principios esta distribución fue para aquellos que tienen su vía de acceso *terrestre*, facilitando el trayecto ejecutado por el indígena que antes tendría que salir de su aldea para ir en busca

de atención en un Polo-base o municipio más próximo, proporcionando un aumento en el número de atención/mes de personas. El MS a través de un planeamiento previo observó esta peculiaridad. La gran mayoría de las personas que hacen uso de este servicio está desprovista de transporte y con esta acción aproximadamente 390 mil personas fueron beneficiadas con vehículos (vans) que ofrecen tratamiento clínico odontológico, además de ejecución de acciones de promoción y prevención a la salud bucal. Cada UOM tendrá una media de 350 atenciones por mes. (MS, 2017) (Figura 6).



Figura 6. Vans UOM Consultorio Móvil.

Nota. Fuente: Ministerio de la Salud, 2017.

Las UOM son equipadas de consultorio odontológico con silla odontológica, kit de puntas, mocho, reflector, amalgamador y fotopolimerizador, rayos-X odontológico y autoclave para esterilización de artículos críticos. Todas las unidades presentan condicionadores de aire, fuente para higienización de las manos, reservorios de agua, armarios para stock de material y, acoplado al vehículo, una carrocería que carga un generador, responsable por otorgar energía a la UOM (MS, 2017).

La Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI), del MS luego de un levantamiento de las acciones mostradas, en seis meses, ocho mil indígenas de los (DSEI), Alto Río Solimões (AM), Alto Río Purus (AC) y Xavante (MT) tuvieron acceso a la atención odontológica. Fueron realizados 5.759 procedimientos restauradores utilizando la ART con conocimiento de ionómero de vidrio, representando un aumento de 46,1% cuando fueron comparados con los realizados en todo el año 2010, cuando fueron hechos 3.941 procedimientos de este tipo. Hubo aún aumento de 134% en el número de pacientes que concluyeron el tratamiento odontológico básico en comparación con el año 2010. Solo en los primeros seis meses, el programa atendió 2.025 indígenas, bajando los índices de carie

yenfermedad periodontal. En 2010, el número de atendidos fueuncuantitativo menor que la mitad, totalizando 863. En un año, el número de trabajadores de salud bucal en estos tres (DSEI), creció 131%, pasando de 41 profesionales para 95, entre cirujanos-dentistas y auxiliares de salud bucal”.

Atribuido a esto, fueron adquiridos 8.214 instrumentales de uso para ejecución de procedimientos clínicos tales como espejo clínico, pinzas quirúrgicas, fórceps, tijeras clínicas y quirúrgicas, exploradores, palancas apicales, curetas periodontales, curetas de dentina, al costo de R\$ 95 mil. ElMS también adquirió 37 consultorios odontológicos portátiles con un kit clínico cada uno (MS, 2017).

Todo este percañce financiero visto hasta aquí para la adquisición de todos los insumos donde antes los distritos recibían ingresos de la Fundación Nacional de la Salud (Funasa), repasada a los municipios, juntamente con convenios de Organizaciones No-Gubernamentales (ONGs), ahora, el ingreso es enviado por el MS hasta los (DSEI), que pasan a tener autonomía presupuestaria y administrativa para hacer contratos necesarios.

3.3 Organización del modelo asistencial a la salud/Distrito Sanitario Especial Indígena

La Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASP), aprobada por la Ordenanza n° 254 del 31 de enero de 2002, propone la estructuración de un modelo complejo y diversificado de atención a la salud, basado en la estrategia de ejecución por los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI), como forma de afirmar a los pueblos indígenas los derechos preconizados por el Sistema Único de Salud (SUS). Estos derechos dicen respecto al acceso universal e integral a la salud, atendiendo a las necesidades deseadas por las comunidades e incluyendo la población indígena en todas las etapas del proceso de planeamiento, ejecución y evaluación de las acciones en salud. (FUNASA, 2002)

Según la Funasa (2000, p. 1), “el fin de esta Política es garantizar a los pueblos indígenas el acceso a la atención integral a la salud, de acuerdo con los principios y directrices del (SUS), y contemplando la diversidad social, cultural, geográfica, histórica y política de modo de contribuir en la superación de los factores que vuelven esta población más vulnerable a los agravios a la salud de mayor severidad y transcendencia entre los brasileños, reconociendo la eficacia de su medicina y el derecho de esos pueblos a la preservación en su cultura”.

Para este diseño, la propuesta envolvió la creación de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI), como una red de servicios de salud en las tierras indígenas, de forma de sobrellevar las deficiencias de cobertura, acceso y afluencia del (SUS), para esta población, adoptando medidas como muestra la (Figura 7), que volvió factible y eficaz la aplicación de principios y directrices de descentralización, universalidad, equidad y control social (FUNASA, 2000, p. 20).

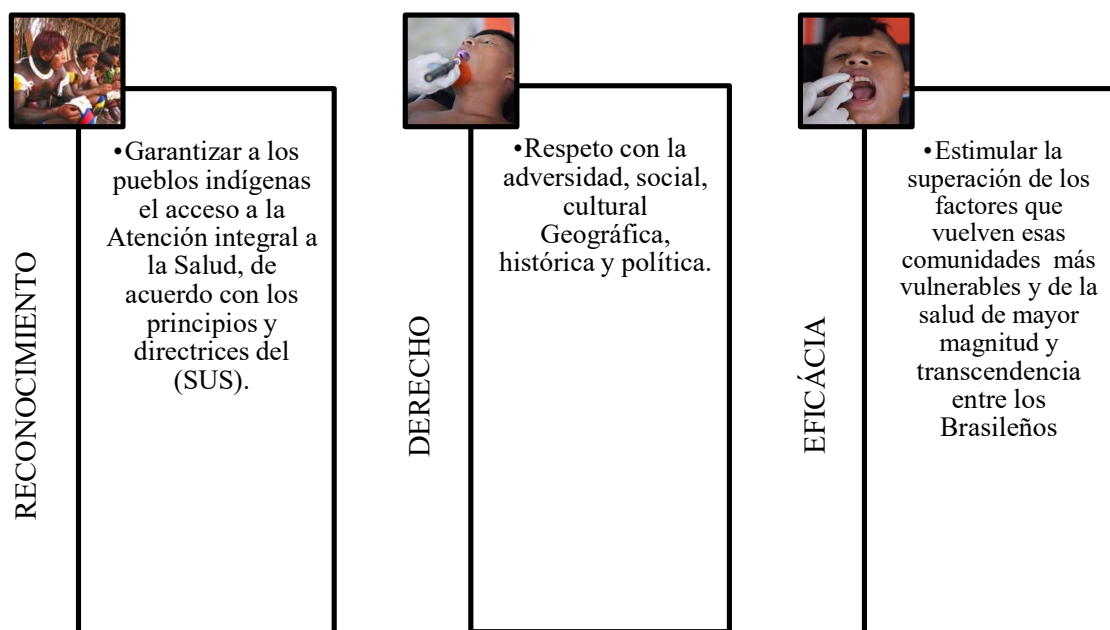


Figura 7. Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas.

Directrices fueron establecidas en esta red de atención a la salud, tales como: la organización de los servicios de atención a la salud en la forma de (DSEI), y Polos-Bases; preparación de recursos humanos para actuación en un contexto intercultural; monitoreo de las acciones de salud dirigidas a los pueblos indígenas; articulación de los sistemas tradicionales indígenas de salud; promoción del uso adecuado y racional de medicamentos; promoción de acciones específicas en situaciones especiales; promoción de la ética en la pesquisa y en las acciones de atención a la salud involucrando comunidades indígenas y promoción de ambientes saludables.

3.3.1 Distrito Sanitario Especial Indígena

Para el Ministerio de la Salud (2017), el DSEI es definido como:

“Unidad gestora descentralizada del Subsistema de Atención a la Salud Indígena (SasiSUS). Se trata de un modelo de organización de servicios – orientado para un espacio etno-cultural dinámico, geográfico, poblacional y administrativo bien delimitado –, que contempla un conjunto de actividades técnicas, tratando las medidas racionalizadas y calificadas de atención a la salud, promoviendo la reordenación de la red de salud y de las prácticas sanitarias y desarrollo de actividades administrativo-gerenciales necesarias a la prestación de la asistencia, con el Control Social”. (Brasil, 2017, no paginado)

En esta descentralización el Departamento de Salud Indígena (DESAI), Funasa y Ministerio de la Salud (2019), aclaran que “los Distritos Sanitarios son modelos de organización de servicios orientados por el Departamento de Salud Indígena (DESAI), que, es responsable por organizar el espacio etno-cultural y dinámico, con foco en la eficiencia y en la celeridad, bien de acuerdo con las especificidades de los pueblos indígenas”. (Figura 8).

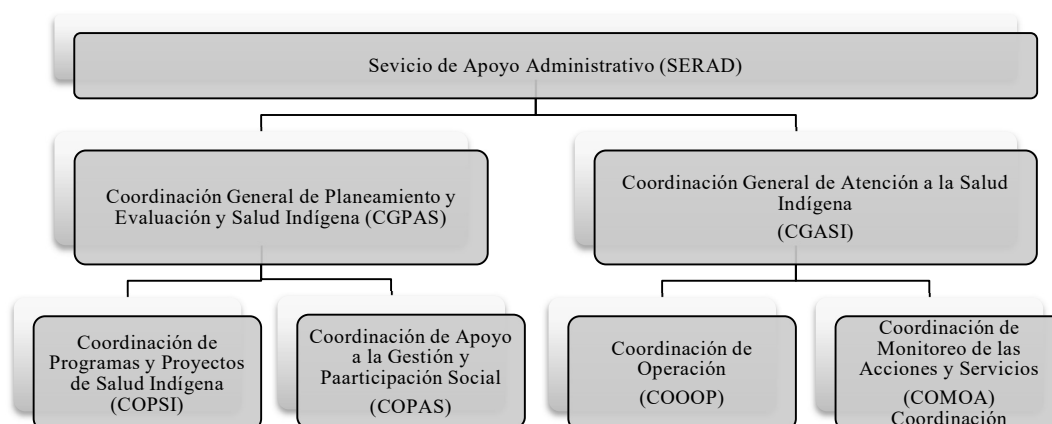


Figura 8. Departamento de Salud Indígena (DESAI).

Fuente: (DESAI), Funasa y Ministerio de la Salud (2019).

Pero en la actualidad existen, en Brasil, 34 (DSEI) -la cantidad de unidades depende, entre otros factores, del número de la población indígena en las regiones/estados— responsables por el conjunto de acciones técnicas y calificadas que tienen por objetivo promover la atención a la salud y las prácticas sanitarias adecuadas, estimulando también el control social.

Diferentemente de las Coordinaciones Regionales (Colores) de la Funasa, como muestra la (Figura 9) ya citado anteriormente, los (DSEI) no fueron divididos por estados, pero, estratégicamente, por área territorial, teniendo como base la ocupación geográfica de las comunidades indígenas. Un ejemplo de esta política ocurre en Roraima, donde el DSEI Yanomami provee cuidados a los indígenas de esta etnia que viven en el Amazonas, en la divisa entre los dos estados.

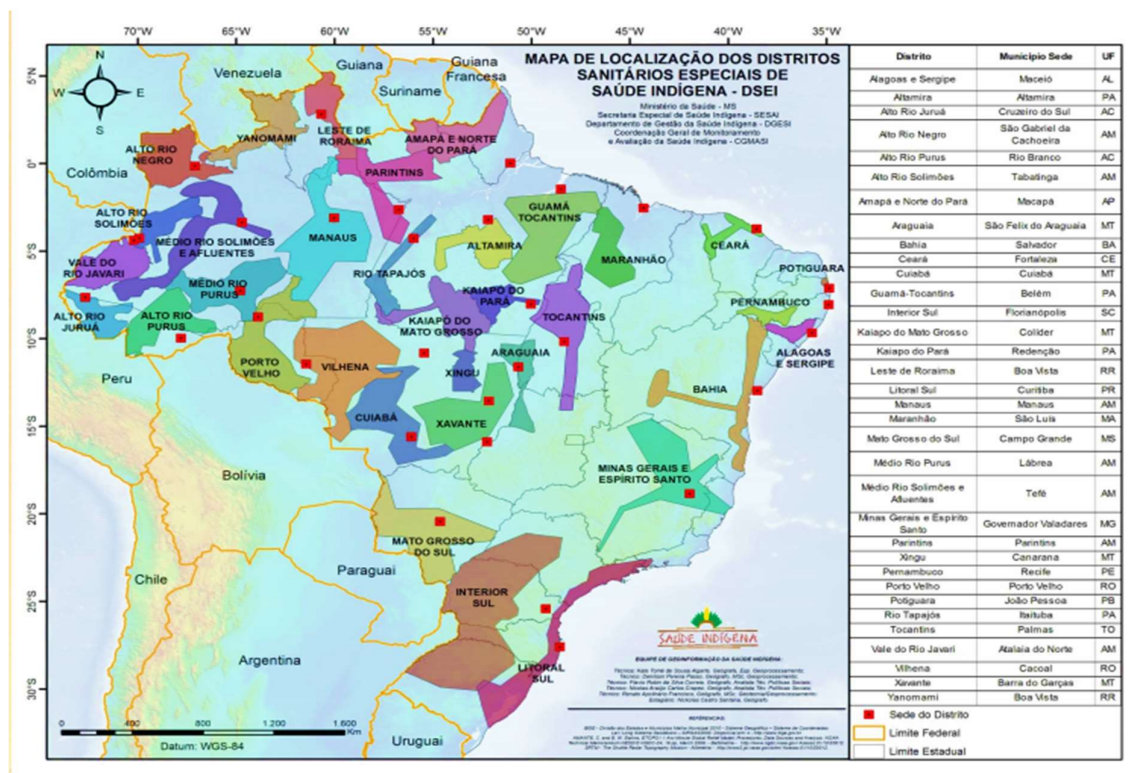


Figura 9. Coordinaciones Regionales (Colores) de la Funasa.
Nota. Fuente: Funasa, 2017.

Para la definición según la Funasa (2017, p. 31), la estructuración de los Distritos, fueron realizadas reuniones con líderes y organizaciones indígenas, representantes de la FUNAI, antropólogos, universidades e instituciones del gobierno y entidades no gubernamentales que prestan servicios a las comunidades indígenas, además de secretarías municipales y estatales de Salud.

El Ministerio de la Salud (2018, p. 22), discrepa que “los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) era una antigua reivindicación de las comunidades indígenas y venía siendo defendida por sus líderes desde la II Conferencia Nacional de Salud Indígena, realizada en 1993”.

La propuesta de la Fundación Nacional de Salud fue enviada al gobierno y, el 18 de junio de 2009, el Presidente de la República Luiz Inácio Lula da Silva firmó el Decreto n.º 6.878 estableciendo que el Ministerio de la Salud y la Funasa adoptase todas las providencias para que los (DSEI) estuviesen funcionando en plena capacidad operacional hasta el 31 de diciembre de 2010. (Funasa, 2017, p. 32)

Con esta autonomía, los indígenas pueden, por ejemplo, acompañar y supervisar actividades del Subsistema de Atención a la Salud Indígena del (SUS).

Lamudanzaresultoen mayor agilidad en la prestación de los servicios, disminuyendo el tiempo derespuestaen las acciones desarrolladas por la Funasa. (FUNASA, 2017, p. 33)

Para entender mejor cómofuncionanlos DSEI'S en Brasil, la (Figura 10), muestra su organizacióny modelos asistencialesa la saludAsílasEMSI, prestan asistencia a la salud yrealizanlacapacitacióny supervisión de los Agentes indígenas de salud (AIS).

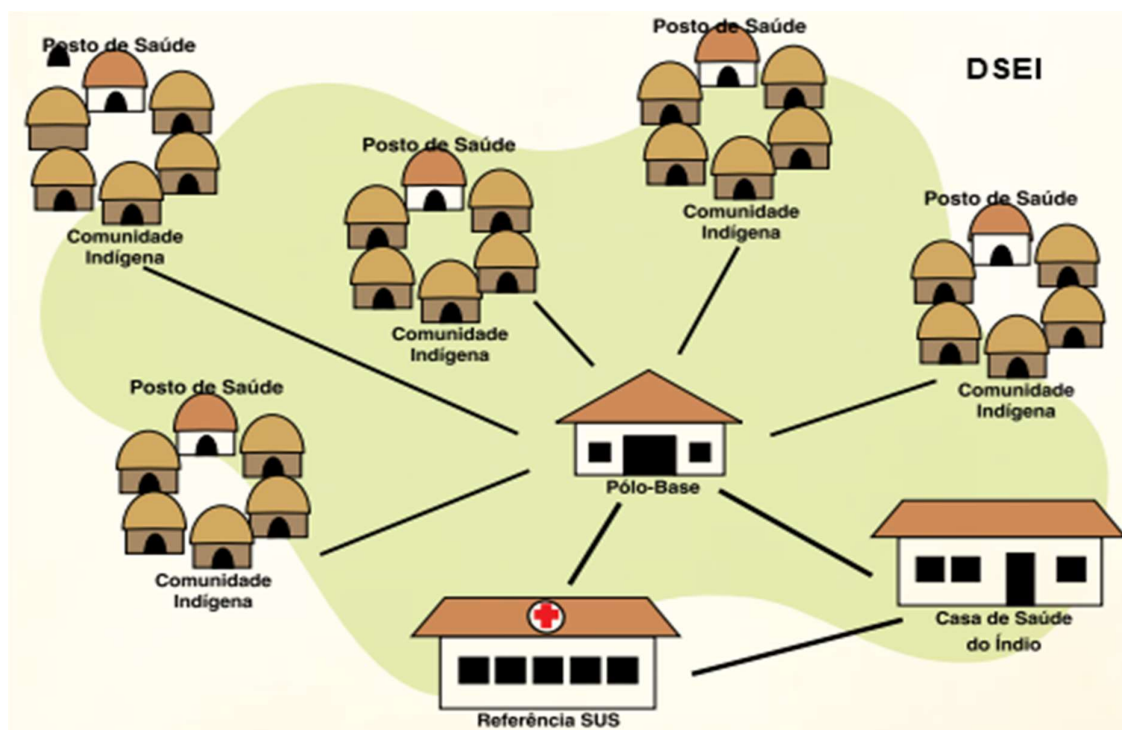


Figura 10. Organización de los (DSEI) y modelos asistenciales.

Fuente: (DESAI), FunasayMinisterio de la Salud (2019).

La prestación de servicios de salud a la población local es realizada por equipos multidisciplinares de salud indígena que, en su composición básica, exige la presencia de médicos, enfermeros, odontólogos, auxiliares de enfermería y agentes indígenas de salud, contando con la participación sistemática de antropólogos, educadores, ingenieros sanitarios y otros especialistas y técnicos cuando son considerados necesarios. (Funasa, 2002, p. 21).

El número, calificación y perfil de los profesionales de los equipos serán establecidos de acuerdo con el planeamiento detallado de actividades, considerando: el número de habitantes, la dispersión poblacional, las condiciones de acceso. El perfil epidemiológico de las necesidades específicas para el control de las principales endemias y el Programa de Formación de Agentes Indígenas de Salud y ser definido conforme la directriz específica de esta política. (Funasa, 2002, p.22).

Con el objetivo de atender gran parte de las demandas de salud de las comunidades indígenas, los (DSEI) poseen unidades estructuradas de salud compuestas de Puestos de salud indígena, Polos Bases y Casa de salud del indio, para la atención en salud.

Para esto el Ministerio de la Salud (2017) revela que el Equipo Multidisciplinar de salud Indígena (EMSI), llenan los (DSEI), son compuestas por médico, enfermero, dentista, nutricionista, psicólogo, farmacéutico, asistente social, técnico de enfermería, técnico en salud bucal, técnico de laboratorio, además de los agentes, indígena de salud (AIS), y (AISAN) agente indígena de saneamiento.

Estos equipos realizan atención primaria en las comunidades, y se desplazan para ejercer sus actividades en barcos o lanchas con motor de popa, hay casos en que solamente el transporte aéreo (bimotor) consiguen llegar (Figura 11), con variación de tiempo para cada localidad, ellas permanecen en área ejecutando atenciones en un período aproximado de 20 días, teniendo así 10 días de aireación. Los polos quedan cubiertos por (EMSI), todos los días del año (Arantes; Santos y Frazão, 2010).

Una puntualidad importante es el planeamiento administrativo y logístico por parte de cada jefe de DSEI junto a los coordinadores, para la programación de sus respectivas acciones, una vez que, hay períodos de seca de los ríos siendo necesario, muchas de las veces, andar kilómetros de distancia para llegar a la comunidad.



Figura 11. Modalidad de Transporte de la Multidisciplinar de salud Indígena (EMSI).
Fuente: SESAI, 2019.

La sede de cada (DSEI) queda localizada en el municipio más próximo de las aldeas, y que tenga capacidad de gerenciar todos los servicios de salud ofertados para la población indígena atendida por determinado (DSEI).

3.3.2 Puestos de Salud Tipo I y II

Los puestos de salud indígena son instancias de salud localizada en las aldeas y que prestan atenciones básicas a los moradores. En cada o en un conjunto de pequeñas comunidades indígena debe haber un puesto de salud indígena. Es un establecimiento de salud donde los agentes indígenas de salud y los equipos multidisciplinares deben realizar la atención básica conforme planeamiento de las acciones y sirve de referencia a los Agentes Indígena de Salud (AIS), y Agente Indígena de Saneamiento (AISAN), de las unidades de apoyo, pudiendo ser localizado en zonas rurales o en tierras indígenas. Entre las actividades básicas de salud se recomienda que realicen acciones colectivas de salud bucal y atención odontológica individual. En su estructura física prever una galería con balcón, lavatorio y escobodromo, así como consultorio odontológico (BRASIL, 2007, p. 2).

3.3.3 Polo-Base Tipo I y II y CASAI

Los polos bases son la primera referencia para los Equipos Multidisciplinares de Salud Indígena (EMSI) que actúan en las aldeas. Cada Polo Base cubre un conjunto de aldeas. En Brasil, los 34 (DSEI), contienen 351 Polos Base. Pueden estar localizados en una comunidad indígena o en un municipio de referencia. En este último caso, corresponden a una unidad básica de salud, ya existente en la red de servicios de aquel municipio. La mayoría de los agravios a la salud deberá ser resuelta en este nivel. (Funasa, 2002, p. 23)

Existen dos tipos de polo base y son clasificados de acuerdo con la complejidad de las acciones que ejecuta: tipo I y tipo II. El Polo Base Tipo I se caracteriza por su localización en tierras indígenas. El Polo Base Tipo II se localiza en el municipio de referencia. “Su estructura física es de apoyo técnico y administrativo al Equipo Multidisciplinar, no debiendo ejecutar actividades de asistencia a la salud. Estas actividades asistenciales serán realizadas en un establecimiento del Sistema Único de Salud (SUS) en el municipio de referencia” (MS, 2017, p. 5).

Funasa (2002) esclarece que:

Los casos de no resolución atendidos en los Polos-Base deberán ser referenciados para la red de servicios del SUS y posteriormente contra referenciados, de acuerdo con la realidad de cada Distrito Sanitario Especial Indígena. Esta red ya tiene su localización geográfica definida y será articulada e incentivada a atender a los indios, teniendo en consideración la realidad socioeconómica y la cultura de cada pueblo indígena como la influencia sobre el proceso de recuperación y cura de los pacientes indígenas, por ejemplo, los relativos a restricciones/prescripciones alimentares, acompañamiento por parientes y/o intérprete, visita de terapeutas tradicionales, instalación de redes, entre otros). (p. 29).

Deberán ser ofrecidos, aún, servicios de apoyo a los pacientes encaminados a la red del Sistema Único de Salud. Tales servicios serán prestados por las Casas de Salud Indígena (CASAI), localizadas en municipios de referencia de los distritos a partir de la readecuación de las Casas del Indio. Estas Casas de Salud deberán estar en condiciones de recibir, alojar y alimentar paciente encaminado y acompañante, prestar asistencia de enfermería 24 horas por día, marcar consultas, exámenes complementares o internación hospitalaria, providenciar el acompañamiento de los pacientes en estas ocasiones y su retorno a las comunidades de origen, acompañados de las informaciones sobre el caso. Además de esto, las Casas deberán ser adecuadas para promover actividades de educación en salud, producción artesanal, placer y demás actividades para los acompañantes y mismo para los pacientes en condiciones para el ejercicio de estas actividades. (Funasa, 2002, p. 28).

La (Figura 12), esquematiza la organización de la atención prestada a la comunidad indígena por el (DSEI).

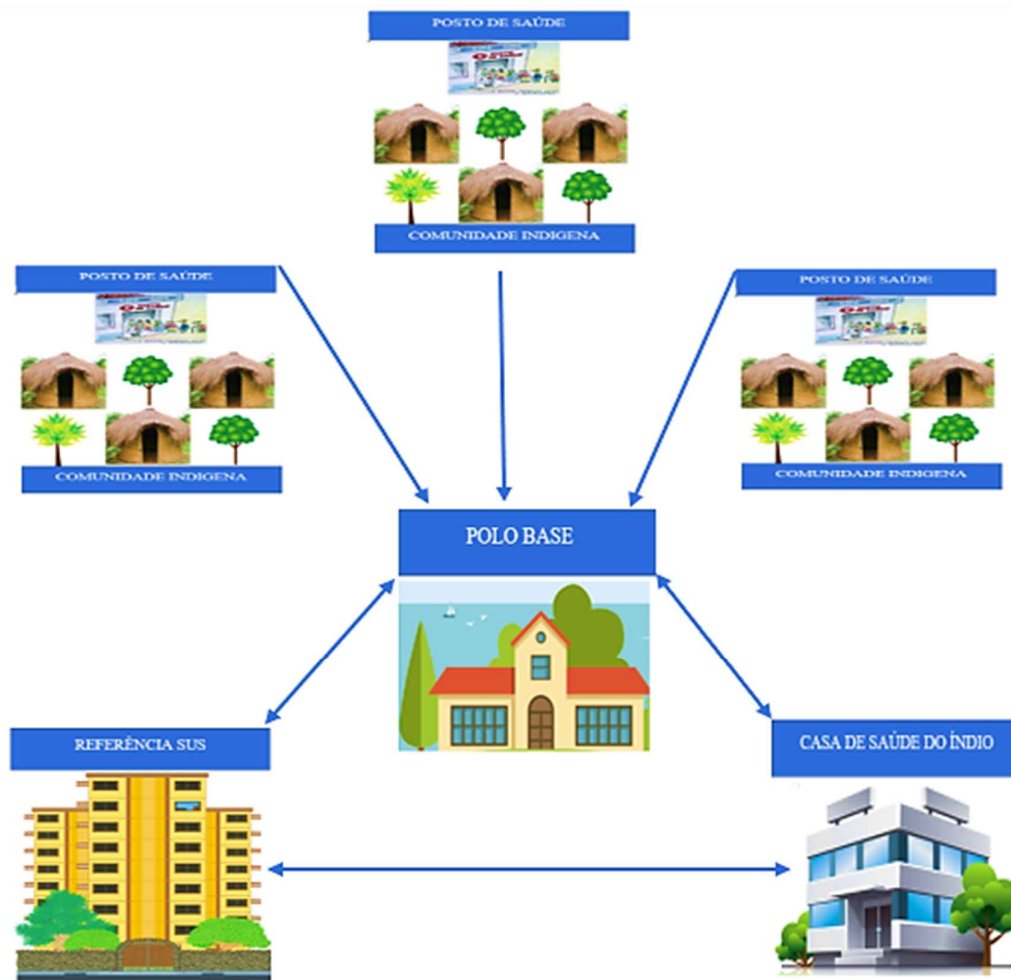


Figura 12. Organización de la Atención Prestada a la Comunidad Indígena por el (DSEI). Fuente: Adaptado de Ministerio de la Salud, 2017.

También son explicitados ciertos flujos que unen a las aldeas indígenas a los polos-base, y entre polos-base, (CASAI), y Red (SUS), según el Ministerio de la Salud (2017), en el modelo oficial tales flujos no están caracterizados, es posible deducir lo que expresa la circulación de los usuarios indígenas en los diversos niveles del sistema de salud. A pesar de la directriz de la atención diferenciada referir la articulación con los sistemas tradicionales de cuidado, estos no aparecen en el diagrama.

3.3.4 Estructuración de la Red Física de Establecimientos de Salud en Área Indígena.

En el mismo año de la promulgación de la PNASPI la FUNASA, por intermedio del Departamento de Ingeniería de Salud Pública (DENSP), luego de varios foros realizados con actores de la salud indígena, estableció las “Directrices para Proyectos Físicos de Establecimientos de Salud, Agua, Abastecimiento sanitario y Mejoras Sanitarias en Áreas Indígenas” teniendo en consideración que el distrito es una base territorial

ypoblacionalquecentraliza todas las acciones de promoción de la salud y saneamiento en las aldeas.

Dentro de este contexto, quedó evidenciada la necesidad de creación de normas, criteriosydirectrices para elaboraciónyanálisis de proyectos físicos para establecimientos de salud y para acciones y sistemas de saneamiento en áreas indígenas. (FUNASA, 2002 b).

Comoyaes conocido a laorganización de la atenciónen el DSEI a través de estas directrices, detalló de forma sucinta la disposición de la infraestructura en área indígena. Los tipos de establecimientos para componer la infraestructura física de la red serán descriptos abajo.

El Puesto de Salud Tipo I (PST),poseestructura física simplificada y representa la puerta de entrada en la red jerarquizada de servicios de salud. Por tratarse de una estructura simple es utilizada conlafinalidad para eldesarrollo de las actividadesdel(AIS), consupervisión del equipo multidisciplinar de salud indígena, compuesta por médico, enfermero, odontólogo y auxiliares de enfermería(Funasa, 2002).En esta instancia no hay atendimento odontológico. (Tabla 5 y 6).

Tabla 5.
Organización de la Atenciónen el (PST) Tipo I.

Actividad	Ambientes
Acompañamientoy Desarrollo Infantil	
Acompañamiento Gestante	
Acompañamiento de Pacientes Crónicos	Sala de Atenciones Individuales con Lavatorios
Atenciones de EnfermedadesFrecuentes (InfecciónRespiratoria; DiarreyMalaria)	
Promociónla Salud prevencióny Control de	
Acompañamiento de la inmunización	Área Coberta También Usada para Educación en Salud, con Balcón, BachayEscobodromo
Salud Bucal	
Acompañamientoy Supervisión de Tratamiento a Larga Duración	Actividades Realizadas noNecesariamenteen el Puesto
Guarda de Herramientas del Agente Indígena de Saneamiento	Pequeño Depósito con Acceso Externo
Acompañamiento de Pacientes Egresos	Actividades Realizadas no Necesariamente en el Puesto
Vigilancia Nutricional	Actividades Realizadas no Necesariamente en el Puesto
Visita Domiciliar	Actividades Realizadas no Necesariamente en el Puesto
Acciones de Educación para Salud (Palestras/ Demonstraciones/ Entrenamientos y Campañas)	Actividades Realizadas no Necesariamente en el Puesto

Fuente: Adaptado de Funasa (2002).

Tabla 6.
Organización de la Atención en el Puesto de Salud Tipo I (cont.).

Actividad	Ambientes
Acompañamiento de Pacientes Egresos	Actividades Realizadas no Necesariamente en el Puesto
Vigilancia Nutricional	Actividades Realizadas no Necesariamente en el Puesto
Visita Domiciliar	Actividades Realizadas no Necesariamente en el Puesto
Acciones de Educación para Salud (Palestras/ Demonstraciones/ Entrenamientos y Campañas)	Actividades Realizadas no Necesariamente en el Puesto

Fuente: Adaptado de Funasa (2015).

En Puesto de Salud Tipo II se localiza de forma estratégica para servir de referencia al AIS y al equipo multidisciplinar. Presenta como característica principal y diferencial la colaboración continua de un auxiliar de enfermería y podrá poseer una infraestructura física capaz de alojar al auxiliar de enfermería y al equipo multidisciplinar (Tabla 7 y 8).

Tabla 7.
Organización de la Atención en el Puesto de Salud Tipo II.

Actividad	Ambientes
Acompañamiento y Desarrollo infantil	
Acompañamiento Gestante	Sala de Atención Individuales con Lavatorios
Acompañamiento de Pacientes Crónicos	
Atención de Enfermedades Frecuentes (Infección Respiratoria; Diarrea y Malaria)	
Promoción a la Salud prevención y Control de Enfermedades	Área Cubierta También Usada para Educación en Salud, con Mostrador, Lavabo y Escobodromo
Acompañamiento de la inmunización	
Salud Bucal	
Acompañamiento y Supervisión de Tratamiento a Larga Duración	Actividades Realizadas no Necesariamente en el Puesto
Guarda de Herramientas del Agente Indígena de Saneamiento	Pequeño Depósito con Acceso Externo
Acompañamiento de Pacientes Egresados	
Vigilancia Nutricional	Actividades Realizadas no Necesariamente en el Puesto
Visita Domiciliar	
Acciones de Educación para Salud (Palestras/ Demonstraciones/ Entrenamientos y Campañas)	
Comunicación vía radio y telefonía Rural Fija	Lugar Para Radio en la Sala Administrativa

Fuente: Adaptado de Funasa (2015).

Tabla 8.

Organización de la Atención en el Puesto de Salud Tipo II (cont.)

Actividad	Ambientes
Apoyo a Equipo Multidisciplinar (Cuando la Localidad Exige Pernoche)	Alojamiento Masculino y Femenino y Apoyo Conforme a Localidad
Apoyo al Auxiliar de Enfermería	Alojamiento Conforme a Localidad
Apoyo	Sala de Espera, Sanitarias, Copa y DML
Primera atención	
Curativos	
Rehidratación Oral	
Nebulización	
Pequeñas Suturas	Sala de Primera Atención, Para Guarda de Material y Equipos refrigerador y estantes
Retirada de Puntos	
Medicación vía Oral	
Esterilización	
Coleta de Material para exámenes	
Inmunizaciones (Cuando se Trata de Actividades de Rutina)	Sala de Inmunización refrigerador y estantes
Coleta y Análisis Sistemática de Datos	
Investigación Epidemiológica	Sala Administrativa
Información de Enfermedades	
Prevención del Cáncer Ginecológico (exámenes; Coletas y Consultas)	Consultorios

Fuente: Adaptado de Funasa (2015).

El Polo Base sirve como referencia para un conjunto de aldeas. Cada Polo Base contará con capacidad de equipo multidisciplinar de salud indígena compuesta por médico, enfermero, odontólogo y auxiliares de enfermería. Este establecimiento tendrá como principal misión, proveer la salud en las aldeas por medio de asistencia a los casos no solucionados en los puestos de salud. Además de la asistencia, será responsable por la capacitación y supervisión de la actuación de los AIS. Están definidos dos tipos: Polo-base tipo I y Polo-base tipo II.

El Polo Base Tipo I se caracteriza por su localización en tierras indígenas desempeñando además de las actividades del Puesto de salud II las descritas en las tablas 9 y 10.

Tabla 9.
Organización de la Atención en el Polo-Base Tipo I.

Actividad	Ambientes
Acompañamiento y Desarrollo Infantil	
Acompañamiento Gestante	
Acompañamiento de Pacientes Crónicos	Sala de Atención Individual con lavatorios
Atención de Enfermedades Frecuentes (Infección respiratoria; Diarrea y Malaria)	
Promoción a la Salud prevención y Control de Enfermedades	Área Cubierta También Usada para Educación en Salud, con Mostrador, Lavabo y Escobodromo
Acompañamiento de la inmunización Salud Bucal	
Acompañamiento y Supervisión de Tratamiento de Larga Duración	Actividades Realizadas no Necesariamente en el Puesto
Guarda de Herramientas del Agente Indígena de Saneamiento	pequeño Depósito con Acceso Externo
Acompañamiento de Pacientes Egresos	
Vigilancia Nutricional	
Visita Domiciliar	Actividades Realizadas no Necesariamente en el Puesto
Acciones de Educación para Salud (Palestras/ Demostraciones/ Entrenamientos y Campañas)	
Comunicación vía radio y telefonía Rural Fija	Lugar Para Radio en la Sala Administrativa
Apoyo a Equipo Multidisciplinar (Cuando la Localidad Exige Pernoche)	Alojamiento Masculino y Femenino y Apoyo Conforme la Localidad
Apoyo (Opción del Proyecto Conforme el Lugar)	Sala de Espera, Sanitarias, Copa y DML
Inmunizaciones (Cuando se Trata de Actividades de Rutina)	Sala de Inmunización con Bancada y Pias
Investigación Epidemiológica	
	Sala Administrativa
Información de Enfermedades	

Fuente: Adaptado de Funasa, 2015.

Tabla 10.
Organización de la Atención en el Polo-Base Tipo I (cont.)

Actividad	Ambientes
Prevención do Cáncer Ginecológico	Consultorios
Primera atención	
Curativos	
Rehidratación Oral	
Nebulización	
Pequeñas Suturas	Sala de Primera Atención, Para Guarda de Material y Equipos con Bancada y Pias
Retirada de Puntos	
Medicación Vía Oral e Inyectable	
Esterilización	
Inmovilización	

Espera para elencaminamiento	Área Coberta ya descripta consultorios
Registro de Paciente	Recepción, Archivo y Distribución de Medicamentos
Consulta Médica y de Enfermería	Consultorios
Planeamientos de las Acciones	Sala Administrativa
Organización de los procesos de Vacunación	Sala Administrativa
Realizaciones de exámenes Laboratoriales	Área para Microscopia, piay Bancada

Fuente: Adaptado de Funasa (2015).

El Polo-base Tipo II se localiza en el municipio de referencia. Su estructura física es de apoyo técnico y administrativo al equipo multidisciplinar, no debiendo ejecutar actividades de asistencia a la salud. Estas actividades asistenciales serán realizadas en un establecimiento del SUS en el municipio de referencia (Tabla 11).

Tabla 11.
Organización de la Atención en el Polo-base Tipo II.

Actividad	Ambientes
Almacenamiento de Medicamento	Área para Medicamento
Almacenamiento de Material Desplazamiento para Otra Áreas indígenas	Almoxarifado
Comunicación vía Radio	Local para radio en la Sala Administrativa
Investigación Epidemiológica	
Informaciones de Enfermedades	
Elaboración de Informes de Campo y Sistema de Información	
Planeamiento de las Acciones de los Equipos Multidisciplinarios en el Área de Alcance	Sala Administrativa
Organización del Proceso de Vacunación en el Área de Alcance	
Administración	
Apoyo	Espera, sanitarios, Copa, DML, carga y Descarga

Fuente: Adaptado de Funasa (2015).

Y como última instancia a ser presentada, la Casa del Indio, es un establecimiento de apoyo, localizado en municipios estratégicos, inclusive en las capitales de los estados. Su atribución es recibir y apoyar al indio que viene referenciado de su aldea, en busca de asistencia en la red del SUS (Tabla 12).

Tabla 12.
Organización de la Atención en la Casa del Indio.

Actividad	Ambientes
Recibir y Apoyar Pacientes y Acompañantes Encaminados por los DSEI's	Enfermería Puesto de Enfermería, sala de preparación y esterilización de material e utilidades. Área Coberta para Múltiplos Usos
Prestar Asistencia de enfermería a los Pacientes en Fase de Recuperación	Cuarto Plantonista Consultorio de Enfermería con Lavatorio
Alojar e Alimentar Pacientes y Acompañantes en Fase de Tratamiento	Cocina con Despensa Refectorio
Establecer los Mecanismos de Referencia y Contra-Referencia con el SUS	Área Administrativa Sala para asistencia Social Conforme la Localidad
Apoyo	Área para Medicamentos Almoxarifado lavandería Ropería Área para Guardar Mascaras y Sillas de Ruedas Espera y Sanitarios Baños y DML

Fuente: Adaptado de Funasa (2015).

Aunque haya mucha categorización de todas estas unidades de salud, hay regiones que debido a la realidad local necesita de remodelación o reajustes, como, por ejemplo, un Polo-Base Tipo II, en sede de municipio podrá localizarse junto a la Casa del Indio; actividades como las de espera, educación en salud, salud bucal y eventualmente, inmunizaciones podrán desarrollarse en un mismo espacio de múltiples usos (FUNASA, 2015).

3.3.5 Referencia la CASAI y su importancia a los indígenas desalojados.

La CASAI se localiza siempre en el municipio de las capitales, es el lugar que sirve de referencia para los polos que encaminan pacientes para tratamiento fuera de domicilio. Estos son referenciados en busca de especialidades ofertadas por el SUS, siendo más frecuente la demanda por ortopedia, pediátrica y ginecología. Otras especialidades que la mayoría de los municipios en él pone a disponibilidad, estos vienen siendo referenciados para la capital del estado.

Los pacientes indígenas serán admitidos en la CASAI solamente con agendamiento previo de la atención a ser realizado en la red del SUS. Estos agendamientos podrán ser hechos de la siguiente forma: Por medio de la CASAI; (DSEI), o estado de origen.

1. Vía CASAI: El (DSEI), encaminará la solicitud de la consulta especializada al sector de agendamiento de la Casai/ (agendamentocasaixx@gmail.com), por medio del formulario de encaminamiento debidamente completado. Los encaminamientos serán hechos por el Coordinador del (DSEI), el Jefe de la Casai local, a través de memorando, acompañado del formulario completo integralmente, dirigido a la Jefatura de la Casai, vía e-mail, de acuerdo con las orientaciones.

Luego de la evaluación por el Colegiado de la Casai, el documento será encaminado al sector de agendamiento del Hospital, junto con una solicitud de la (CASAI).

2. Vía (DSEI): En los casos de urgencia y de emergencia, el médico del (DSEI) articula la vacante con el médico del hospital de referencia, asegura el desplazamiento adecuado a la situación y un profesional del lugar de origen para acompañar al paciente hasta la entrada en la referencia. Luego de la admisión en la red (SUS), el equipo de la (CASAI), dará continuidad al acompañamiento del tratamiento del paciente.

El equipo del DSEI hace el registro del paciente en la Red, cuando la vacante estuviera disponible, encaminará a la (CASAI), con antecedencia, y con el formulario de encaminamiento, data y horario de la consulta, bien como data, horario y medio de transporte para las providencias de desembarque, con vistas al acompañamiento adecuado a los pacientes.

3. Vía Estados de origen: El Estado articula la vacante en la red del (SUS), por medio del programa Tratamiento Fuera de Domicilio (TFD), para atención especializada no disponible en la localidad de origen. El (DSEI), encaminará a la Casai, con antecedencia, formulario de encaminamiento, data y horario de la consulta, bien como data, horario y medio de transporte, para las providencias de desembarque y acompañamiento adecuado a los pacientes. OBS: Los casos que no se encuadrarán en las formas descritas arriba serán discutidos con la Coordinación de la (CASAI), para análisis y encaminamiento adecuado.

Es imprescindible que todos los usuarios (pacientes y acompañantes) traigan los documentos de identidad o certificado de nacimiento, CPF, Documento Nacional del SUS, libreta de vacunas y libreta de gestante, si fuera el caso. La (CASAI),

preconiza unacompañante por paciente, máximo de 02 acompañantes, cuando fue necesario, a depender de la situación, que será evaluado previamente, debido a la capacidad del espacio físico y, principalmente, al aumento de la posibilidad de transmisión de enfermedades, infección/contaminación cruzada. O(s) acompañante(s) deberá tener edad por encima de 18 años; hablar la lengua materna el Portugués, para auxiliar al paciente y al equipo de salud y, vínculo con el paciente.

3.3.6 *Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI)*

La salud indígena, en la década de 90, deja de ser atendida por la (FUNAI) y pasa a ser de responsabilidad del Ministerio de la Salud por medio de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA), la cual cuenta con Distritos Sanitarios Especiales Indígenas. En 2010 la salud indígena dejó de ser una ramificación para ser una Secretaría Especial de Salud Indígena, una conquista y un grande desafío, haciendo que la (SESAI), tuviese la grande responsabilidad de llevar mejoras y traer resultados en la recuperación de la salud indígena, como también orientar y llevar educación en salud, sabiendo como conversar y respetar las diferencias étnicas, sus culturas, sus pueblos y sus creencias, que es un derecho que ellos tienen por el Estatuto del Indio en cualquier servicio del SUS.

La Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI) es responsable por coordinar y ejecutar la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y todo el proceso de gestión del Subsistema de Atención a la Salud Indígena (SASISUS) en el Sistema Único de Salud (SUS).

Según la Funasa (2017):

La misión de la secretaria es implementar un nuevo modelo de gestión y de atención en el ámbito del Subsistema de Atención a la Salud Indígena, articulado con el SUS (SASISUS), descentralizado, con autonomía administrativa, presupuestaria, financiera y responsabilidad sanitaria dos 34 Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI). Entre las atribuciones de la (SESAI), se destacan: desarrollar acciones de atención integral a la salud indígena y educación en salud, en consonancia con las políticas y los programas del SUS y observando las prácticas de salud tradicionales indígenas; y realizar acciones de saneamiento y edificaciones de salud indígena. (Funasa, 2017, p. 36).

La Salud Indígena cuenta con: Consejos Locales de Salud; Consejeros Locales, que representan más de 5 mil aldeas y 305 etnias indígenas; 34 Consejos Distritales de Salud Indígena (CONDISI), compuestos por 1.390 consejeros Distritales de Salud Indígena; Fórum de Presidentes de Condisi (FPCONDISI). (Funasa, 2017, p. 15)

Por lo tanto, el Control Social garantiza la participación de los indígenas en los órganos colegiados de formulación, y acompañamiento y evaluación de las políticas públicas de salud.

Según el Censo demográfico de 2010, existen en Brasil aproximadamente 896 mil personas que se auto declaraban o consideraban indígenas, de estos 572 mil o 63,8% vivían en el área rural y 517 mil, o 57,5% vivían en tierras indígenas oficialmente reconocidas. (IBGE, 2010)

La SESAI/DSEI debe garantizar la efectividad y la calificación de la atención de salud con mejoras en las condiciones de estructura física, insumos, acceso, logística, equipamiento y recursos humanos capacitados en cantidad suficiente para que se pueda dar cumplimiento a los protocolos del Ministerio de la Salud para Atención Primaria y de la Política Nacional de Salud Indígena, respetando las especificidades de cada pueblo en conformidad con el Plan Distrital.

3.3.7 Sistema Único de Salud (SUS) y la atención a las especificidades culturales.

El Sistema Único de Salud (SUS), es constituido por el conjunto de las acciones y de servicios de salud bajo gestión pública. Está organizado en redes regionalizadas y jerarquizadas y actúa en todo el territorio nacional, con dirección única en cada esfera de gobierno. “El SUS no es, por lo tanto, una estructura que actúa aislada en la promoción de los derechos básicos de ciudadanía. Se inserta en el contexto de las políticas públicas de seguridad social, que incluyen, además de la Salud, la Previsión y la Asistencia Social” (Ministerio de la Salud, 2019, p. 20).

La Constitución brasileña establece que la salud es deber del Estado. Aquí, se debe entender Estado no apenas como el gobierno federal, sino como poder público, abarcando la Unión, los estados, el Distrito Federal y los municipios. La Ley n. 8.080/90 determina, en su artículo 9º, que la dirección del SUS debe ser única, de acuerdo con el inciso I del artículo 198 de la Constitución Federal, siendo ejercida, en cada esfera de gobierno, por los siguientes órganos: I. en el ámbito de la Unión, por el Ministerio de la Salud; II. En el ámbito de los estados y del Distrito Federal, por la respectiva Secretaría de Salud u órgano equivalente; III. En el ámbito de los municipios, por la respectiva Secretaría de Salud u órgano equivalente. (Brasil, 2010).

El (SUS), se consolidó, a lo largo de dos décadas, como la mayor política de Estado del País, promotor de inclusión y justicia social. Fruto de una permanente construcción colectiva, en él se manifiesta el mejor de la tradición política brasileña: el diálogo, la

composición y la búsqueda de acuerdo. Por el principio de la universalidad, todos los brasileños tienen derecho a los servicios del SUS, y este acceso universal, en ninguna circunstancia, puede ser restringido.

El SUS debe ofertar, a todos los brasileños, un conjunto de servicios sanitarios y socialmente necesarios, con base en protocolos clínicos y directrices terapéuticas y por medio de amplio movimiento de discusión que envuelva a los gestores de salud en la Comisión Intergestores Tripartita y el Consejo Nacional de Salud (Ministerio da Salud, 2017, p. 52).

Los resultados obtenidos por el SUS en estos veinte años son incuestionables: La estrategia Salud de la familia inicio el año 2010 con 30.300 equipos prestando servicios de atención primaria en salud en más de 5.000 municipios y cobertura de 96 millones de habitantes (SIAB). Con este resultado, ha habido una reducción significativa de la mortalidad infantil, la ampliación del número de consultas de prenatal, la disminución de la desnutrición y ampliación de la adhesión a la vacunación. Brasil eliminó el sarampión, en 2007; interrumpió la transmisión del cólera, en 2005, de la rubéola, en 2009, y la transmisión vectorial de Chagas, en 2006. Fueron reducidas las muertes de otras 11 enfermedades transmisibles, como tuberculosis, lepra, malaria y AIDS. El Servicio de Atención Móvil de Urgencia (Samu) atiende 105 millones de brasileños y ofrece una respuesta rápida a la población (Brasil, 2011, p.28).

A participación comunitaria viene siendo defendida por diferentes gobiernos como una estrategia para enfrentar las más diversas situaciones. Entre tanto, no existe un consenso claro sobre el significado de la participación. “La connotación ideológica que sobrepasa este concepto hace que haya diversas y mismo contradictorias interpretaciones sobre sus posibles significados” (SOUZA, 2019).

Por lo tanto, esta participación en salud puede ser percibida de diversas formas, más de las veces, como la relación de los servicios de salud con el cliente inmediato, en general para tratar de la agenda más conveniente a trabajadores y usuarios, como también para sumar esfuerzos delante del desafío de alcanzar metas determinadas de cobertura vacunal o de control de vectores domiciliarios.

Siendo así, la participación comunitaria en salud es principalmente un canal importante de relación entre el Estado, los trabajadores y la sociedad en la definición y en el alcance de objetivos sectoriales de salud, al mismo tiempo orientada para la modificación favorable de los determinantes sociales de salud teniendo en vista la conquista de mayor autonomía de la comunidad en relación a tales determinantes o a los propios servicios de salud y al desarrollo de la sociedad (Colección para los gestores – SUS 20 años – 2009).

Según el Ministerio de la Salud (2017):

El Sistema Único de Salud (SUS) es uno de los mayores y más complejos sistemas de salud pública del mundo, abarcando desde la simple atención para evaluación de la presión arterial, por medio de la Atención primaria, hasta el trasplante de órganos, garantizando acceso integral, universal y gratuito para toda la población del país. Con su creación, el SUS proporcionó el acceso universal al sistema público de salud, sin discriminación. La atención integral a la salud, y no solamente a los cuidados asistenciales, pasó a ser un derecho de todos los brasileños, desde la gestación y por toda la vida, con foco en la salud con calidad de vida, tratando la prevención y la promoción de la salud. (Brasil, 2017, p. 01)

La gestión de las acciones y de los servicios de salud debe ser solidaria y participativa entre los tres entes de la Federación: la Unión, los Estados y los municipios. La red que compone el SUS es amplia y abarca tanto acciones como los servicios de salud. Engloba la atención primaria, media y alta complejidades, los servicios de urgencia y emergencia, la atención hospitalaria, las acciones y servicios de las vigilancias epidemiológica, sanitaria ambiental y asistencia farmacéutica (MS, 2017, p.2).

3.3.8 Consejos Locales de Salud Indígena (CLSI)

Estos Consejos son, en general, caracterizados por la Funasa (2017, p. 65), como ligas compuestas por representantes de la propia comunidad indígena. Se trata de instancias consultivas que debaten y encaminan a los gestores locales las discusiones pertinentes a las acciones y servicios de salud en su ámbito de cobertura, que puede ser una aldea, una o más tierras indígenas, un municipio o una aldea ligada a un Polo-Base. Pueden, aún, incluir la participación de los trabajadores de los Equipos Multidisciplinares de Salud Indígena (EMSI) en su respectiva área. Así, forman parte de los (CLSI), líderes tradicionales, profesores indígenas, Agentes Indígenas de Salud, especialistas tradicionales y parteras, entre otros.

3.3.9 Consejos Distritales de Salud Indígena (CONDISIS)

Los (CONDISIS) están legalmente constituidos en los 34 (DSEI) del País, atendiendo a la Resolución del Consejo Nacional de Salud (CNS), n.º 333, del 4 de noviembre de 2003, que dispone sobre las directrices para creación, reformulación,

estructuración y funcionamiento de los consejos de salud. Es la mayor instancia de control social y de carácter deliberativo. Su composición es paritaria, representada por varios segmentos, envolviendo usuarios (50%), trabajadores (25%) y gestores/prestadores de servicio en salud (25%), en el alcance del DSEI. Todos los pueblos que habitan el territorio distrital deberán estar representados entre los usuarios. A los consejeros que no dominan el portugués es facultado el acompañamiento de un intérprete (Funasa, 2017, p. 66).

Compuesto por los presidentes de los 34 (CONDISIS), el Fórum Permanente de los Presidentes de los (CONDISIS), instituido por la Ordenanza n.º 644, de 27 de marzo de 2006, tiene carácter consultivo, propositivo y analítico. El compromiso del Fórum es velar por el cumplimiento de las directrices del SUS, de las leyes complementares específicas a la salud indígena; promover el fortalecimiento y promoción del control social en salud; y actuar en la formulación de ejecución de la Política Nacional de Atención a la Salud Indígena (Funasa, 2017, p. 67).

El control social, en ámbito nacional, es ejercido por el Consejo Nacional de Salud (CNS), asesorado por la Comisión Intersectorial de Salud Indígena (CISI), que cuenta con dos representantes indígenas en su estructura. La Comisión asesora el Consejo Nacional de Salud en el acompañamiento de la salud de los pueblos indígenas por medio de la articulación con gobiernos y con la sociedad civil organizada (Brasil, 2017).

3.3.10 Sistema de Información de Salud Indígena (SIASI)

El Sistema de Informaciones de Salud Indígena - SIASI fue creado con el fin, y bajo perspectiva de la vigilancia en salud, de acompañar las acciones en salud de la población indígena, por medio de la obtención de datos primarios, gerenciados por la SESAI.

Otorgan subsidios para la construcción de indicadores indispensables para la evaluación y monitoreo de políticas y funcionamiento de la organización de los servicios de salud indígena.

Estas informaciones servirán para identificar y divulgar los factores condicionantes y determinantes de la salud, estableciendo prioridades, asignación de recursos y orientación programática de manera de facilitar la participación de las comunidades indígenas en el planeamiento y en la evaluación de las acciones (FUNASA, 1999-2001).

La importancia de la alimentación continúa de datos al sistema, prestada por el equipo multidisciplinar en salud – EMSI del SASISUS y por profesionales capacitados para esta función garantiza una base de datos fundamental para planeamiento y gestión, así como aparato para estudio y pesquisa sobre la temática indígena. El acceso permanente al banco de datos es asegurado a cualquier ciudadano.

El MS en su página oficial, en el módulo salud indígena, versa sobre este sistema y apunta que:

El flujo de datos y la arquitectura del sistema permanecen con la alimentación realizada de forma descentralizada (distritos, polos o aldeas), con autonomía del aplicativo local para análisis, sin necesidad de conexión con internet. Se inicia un nuevo capítulo en el proceso de monitoreo de la salud indígena en busca de la calificación de la atención y de la gestión del Subsistema de Salud Indígena en el SUS. Esta versión fue fruto del esfuerzo de la SESAI, de un equipo multiprofesional del monitoreo de la salud indígena que sumergió de forma decisiva para enfrentar todas las dificultades en su elaboración. La contribución de colaboradores de los distritos fue imprescindible para la construcción de un sistema cada vez más fuerte y preciso. El desafío aún posee proporciones gigantescas para dar cuenta de describir de forma cuantitativa, cartesiana y sucinta la grandiosidad de los pueblos indígenas de Brasil. (Ministerio de la Salud, 2017, no paginado)

El Departamento de Informática del SUS (DATASUS), en 2013, discrepa sobre la nueva versión del Sistema de Información de la Atención a la Salud Indígena – SIASI 4.0 en producción nacional:

Con la nueva versión, los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) tendrán a disposición una nueva herramienta de gestión, epidemiología y vigilancia para el perfeccionamiento y consolidación de la Política Pública de Salud Indígena del SUS.

Entre las funciones disponibles en el nuevo sistema, se destaca la inserción de datos individuales y colectivos en el SIASI Local – versión 4.0, bien como la generación de informes de los datos locales inseridos.

Los datos individuales que podrán ser inseridos son: demografía, morbilidad, señales y síntomas, inmunización, vigilancia alimentar y nutricional, salud bucal y salud de la mujer. Los datos colectivos que podrán ser inseridos son: atenciones realizadas por los profesionales de salud, distribución de preservativos, orientación/educación en salud, visitas domiciliarias realizadas por los profesionales de salud y salud bucal.

Ya en el SIASI Web – versión 4.0 será posible realizar la inserción de datos consolidados, además de la generación de informes de los datos inseridos por los DSEI.

Por medio del SIASI, también es posible tener acceso a datos de la población indígena, como la pirámide poblacional con tabla de población por sexo y franjas etarias

por estado, además de la población indígena total por estado y por municipio. Otras informaciones disponibles en el sistema son relacionadas a la población indígena por región de salud y municipios también por DSEI. La nueva versión del sistema es fruto de un proceso de construcción participativa con el subsistema de salud indígena y otros actores afines de la salud, promoviendo mejoras tecnológicas, conceptuales, organizativas, procesales y políticas, entre otras.

3.3.11 Comisión Intersectorial de Salud Indígena (CISI)

La CISI asesora al CNS en las deliberaciones sobre las políticas públicas relacionadas a los pueblos indígenas en Brasil. Su actuación consiste en el monitoreo de las acciones de la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI), del Ministerio de la Salud, bajo la perspectiva de la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas. Es responsabilidad de la comisión acompañar las demandas de los pueblos y comunidades indígenas que viven en contextos urbanos y rurales, teniendo en consideración las denuncias de los Consejos Distritales de Salud Indígena (CONDISI) y la articulación con órganos como la Fundación Nacional del Indio (FUNAI). (Ministerio de la Salud, 2019)

CAPÍTULO IV–EL DSEI ARN Y ATENCIÓN A LA SALUD POR LA SESAI.

4 CARACTERIZACIÓN DEL DISTRITO SANITARIO ESPECIAL INDÍGENA DEL ALTO RÍO NEGRO (DSEI ARN).

El DSEI ARN es uno de los 34 distritos del territorio brasileño. Está situado en el extremo oeste del estado del Amazonas. Hace divisa con Venezuela y Colombia.

Posee una población de 40.233 indígenas (FDGESI/SESAI, 2017), se fuera a tener en consideración la estimativa del IBGE para el año 2019, la población del DSEI, compuesta por los tres municipios llega a casi 97 mil habitantes. Pero de este total, se debe considerar que no todos son indígenas.

Está dividido por 25 etnias: Uaupés: Arapaso, Baré, Barasana, Desana, Karapanã, Kubeo, Makuna, Mirity-tapuya, Pira-tapuya, Siriano, Tariana, Tukano, Tuyuca, Kotiria, del Río Içana: Baniway, Coripaco, del Río Xié: Baré y Warekena, del Maku: Hupda, Yuhupde, Dowy, Nadöb, estas poblaciones habitan tierras indígenas localizadas en la Mesoregión del Alto Río Negro, situadas en el extremo noroeste del estado del Amazonas, en región inserida en el contexto de la Bacia del Río Negro. (MS, 2018).

Su totalidad territorial abarca tres municipios: Barcelos, Santa Izabel do Rio Negro y San Gabriel da Cachoeira, este último sede del distrito ARN, descrito en el capítulo II.

Se inserta al DSEI ARN aproximadamente 707 aldeas y el cuidado y atenciones a la salud quedan por cuenta de 25 polos-base, siendo 19 (diecinueve) en San Gabriel da Cachoeira, 03 (tres) en Santa Isabel de Río Negro y 03 (tres) en Barcelos y una CASAI. (SESAI, 2017).

El acceso para estos municipios de alcance de este distrito se da por vía fluvial o aérea, donde fueron formadas 50 equipos para actuar en acciones básicas de salud, a partir de una estructura organizacional de 25 polos conforme mapa ilustrado en la (Figura 13).



Figura 13. Mapa ilustrativo del DSEI ARN.
Fuente: Adaptado del Instituto Socio ambiental, 2018.

En este mapa ilustrativo la región sin color corresponde a los municipios fuera del área de alcance del DSEI; los coloridos con color verde los municipios con área indígena y el amarillo la sede del DSEI ARN. En relación a prestación de servicios, los puntuados en rojo prestan atención básica, el de azul media complejidad y el de negro alta complejidad (Manaus).



Figura 14. Actividad ejecutada por las EMSI.

La figura 14 representa imágenes de las actividades ejecutadas por las EMSI (2,3 e 4); la sede localizada en San Gabriel da Cachoeira (1) y acceso a las comunidades por vía fluvial (2 y 4).

El municipio de Barcelos (Figura 15), perteneciente al estado del Amazonas y al DSEI ARN, dista 405 km de Manaus. Tiene una población estimada de 27.502 habitantes (IBGE, 2019). Sus límites son Venezuela al noroeste y norte; los municipios roraimenses de Iracema al noreste y Caracaraí al este; Nuevo Airão al sudeste y sur; Codajás y Maraã al sudoeste; y Santa Isabel del Río Negro al oeste. Su área, que es de 122.476 km², forma el municipio mayor del estado del Amazonas en área territorial, y el segundo mayor de Brasil, atrás apenas de Altamira, en el estado de Pará.

Con relación a la salud, un municipio con atención primaria y de acuerdo con el Registro Nacional de Establecimiento de Salud (CNES) posee una unidad hospitalaria, tres unidades básicas y catorce Unidades Básicas de Salud Indígena (UBSI).



Figura 15. municipio de Barcelos
Fuente: Jornal Acrítica, 2010.

Otro municipio constituyente del DSEI ARN es Santa Isabel del Río Negro (Figura 16). Tiene una población estimada de 25.156 habitantes. Dista de la capital en 846 km. En su territorio están localizados el Pico de la Neblina y el Pico 31 de Marzo, que son los dos puntos culminantes de Brasil. Tiene como municipios próximos San Gabriel da

Cachoeira, Barcelos, Maraã, Japurá y Venezuela. Su extensión territorial es de 62 846,237 km², siendo el menor de los tres municipios del ARN. En la atención a la salud posee una unidad hospitalaria, una UBSI y una UBS (CNES).



Figura 16. Municipio de Santa Isabel do Rio Negro

Fuente: Blog del río negro, Amazonas.

Al final de 2018 fue entregado al DSEI ARN por la SESAI, un Plan de Reestructuración del DSEI-ARN. En este proceso evolutivo de mudanzas el Ministerio de la Salud discrepa bajo lo que el plan prioriza:

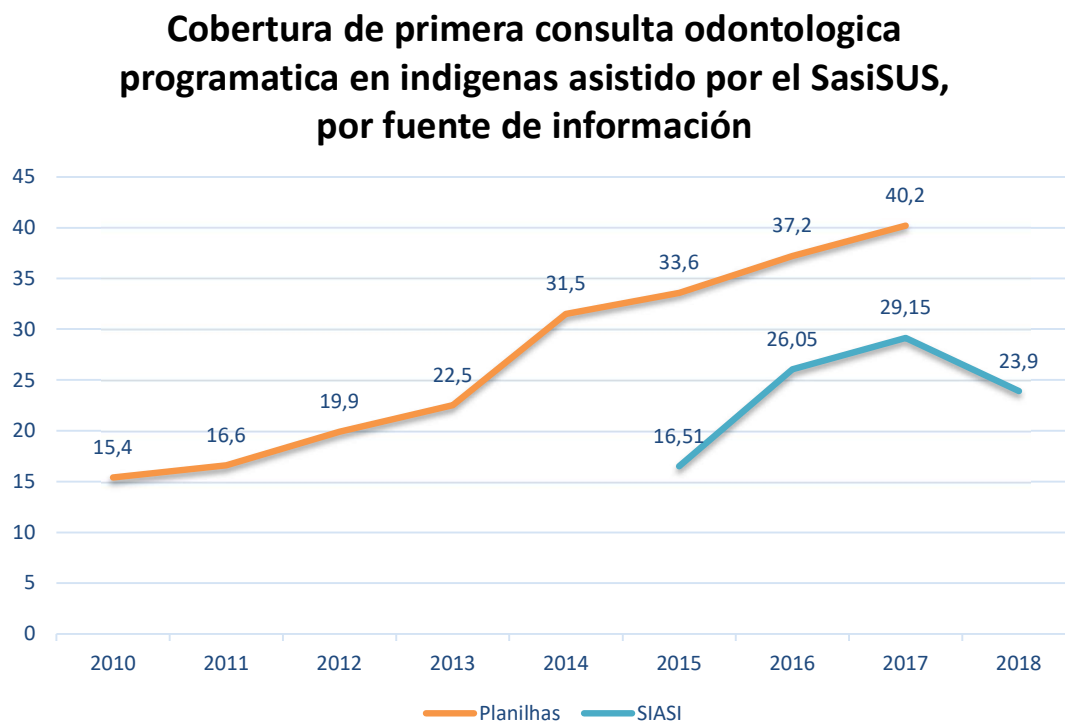
La calificación del equipo del DSEI para organización de procesos y adquisición de insumos, la regularización de estoques de medicamentos, obras en Polos Base y en Unidades Básicas de Salud Indígena (UBSI). El Plan de Reestructuración también prevé la mudanza de sede del DSEI, adquisiciones de freezers y generadores y la implantación de proyecto de captación de agua de lluvia en más de 200 comunidades, entre otros puntos. En convenio con el Ejército Brasileño, el Plan prevé la manutención de cinco UBSI, tres pozos artesianos y de la Casa de Salud Indígena (CASAI) de San Gabriel da Cachoeira. El costo total de obras, manutenciones y reformas será de aproximadamente R\$ 4,1 millones. (SESAI, 2018, no paginado)

4.1 Indicadores de salud bucal en el panorama de atención primaria indígena.

ANivel nacional la SESAI, en2018,publicoel Perfil epidemiológico de los indígenas asistidos por el SASISUS y panorama de los servicios de atención primaria. Se infirió que fueron prestados 16.163.370 millones de atenciones realizadas por las EMSI entre 2014 y 2018 y que 49,1% de la fuerza de trabajo de salud de la SESAI son de indígenas. En lo que concierne a la asistencia odontológica, los gráficos 1, 2 y 3 muestran datos relativos a número de primeras consultas odontológicas programáticas (COP), atenciones odontológicas (AT) y Tratamiento Odontológico Básico Concluido (TC) en la población indígena.

Gráfico 1.

Cobertura de primera consulta odontológica programática en indígenas asistidos por el, por fuente de información SasiSUS.



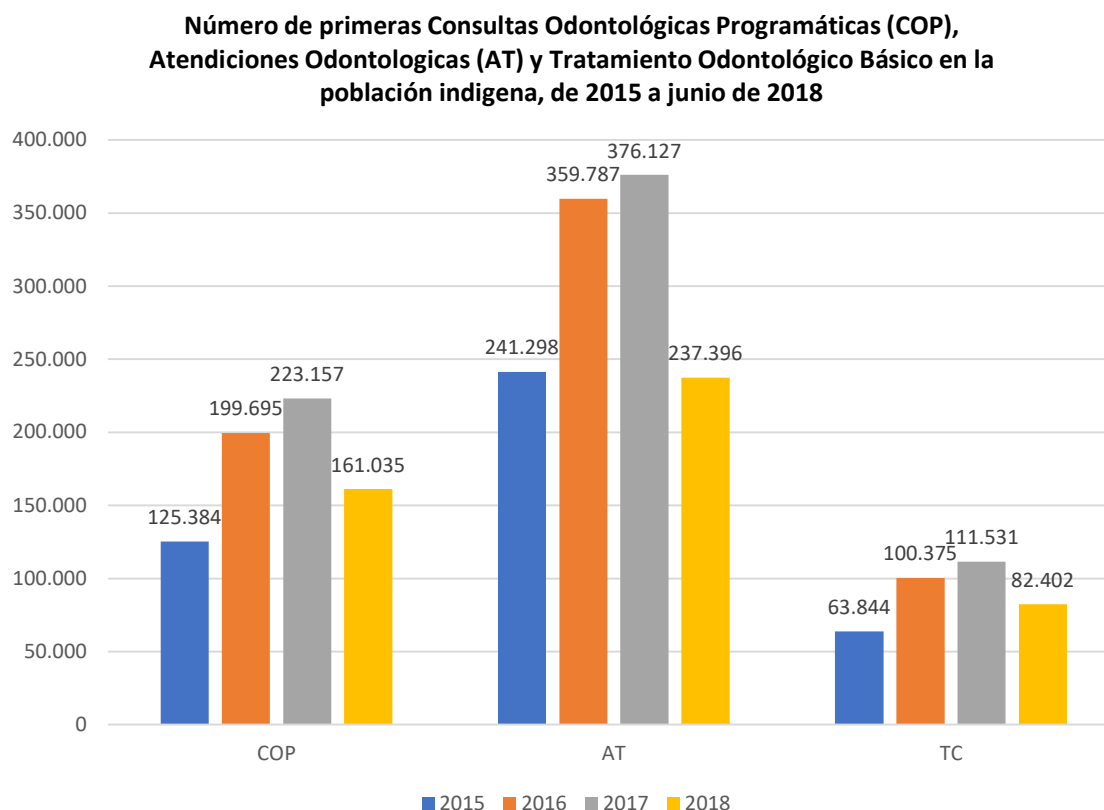
Fuente: SESAI,2018.

La cobertura de primera consulta programática indígena aumento de 16,51% en 2015 para 29,15% en 2017. Esto significa que 29,15% de la población indígena realizo al menos una consulta odontológica en 2017, una vez que este indicador no contabiliza las consultas de retorno, las consultas de urgenciasy otras atenciones sin segmento previsto.

Se nota un aumento del acceso a los servicios odontológicos, por medio de este indicador de salud bucal, luego de la implementación del programa Brasil sonriente indígena en 2011.

Gráfico 2.

Primeras consultas odontológicas programáticas (COP), atenciones odontológicas (AT) y Tratamiento Odontológico Básico Concluido (TC).



Fuente: SESAI, 2018.

Este gráfico muestra la creciente oferta de consultas, atenciones y tratamientos concluidos en el período supracitado. Se percibe una disminución en los índices en el año de 2018, lo que puede estar relacionado a cuestiones políticas (escándalos de desvíos de verba en el gobierno de Lula) fragilizando posiblemente la gestión administrativa y el traspaso de ingresos en las esferas estatales y municipales.

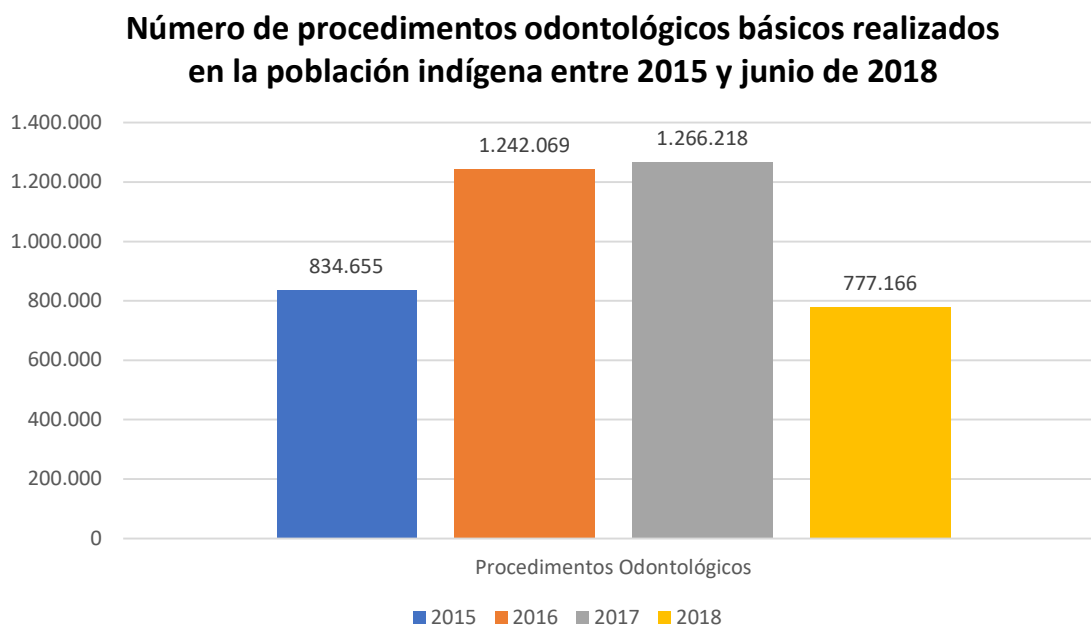
Al inferir una correlación de datos de la primera consulta odontológica programática y el número de pacientes con tratamiento concluido, se observa una posible discontinuidad del cuidado con la salud, una vez que, en los cuatro años de análisis, de los 100% que fueron al dentista por primera vez solamente 50% aproximadamente o un poco más, concluyeron su tratamiento. Es sabido que varios factores

puedensergaresteanálisis, pues esta población que fue atendida, no necesariamente son los mismos que terminaron su respectivo tratamiento.

Estimando que la población indígena en el país sea 818 mil (SESAI), en 2017 (año con mayor índice), obtuvieron una cobertura (en valores aproximados) de 46% (AT), 14% de (TC) y 27% de (COP).

Gráfico 3.

Números de procedimientos odontológicos básicos realizados en la población indígena, 2015 a 2018.



Fuente: SESAI, 2018.

A pesar de estos índices numéricos revelaron declives epidemiológicos de patologías bucales, el modelo de atención a la salud bucal destinado a esta población aún es un grande desafío.

La trayectoria del Subsistema en estos casi 20 años de subsistencia fue marcada por dificultades operacionales para el cumplimiento de directrices estipuladas en la PNASPI

La publicación de Silva (2015), en una página de la web [rehumanizasus](http://rehumanizasus.com), resume estas dificultades:

La situación precaria de la gestión de las acciones de salud indígena también fue severamente criticada por órganos de control y de justicia, que establecieron recomendaciones para reestructuración del Subsistema de Atención a la Salud Indígena. Este conjunto de condiciones precarias ha perjudicado el alcance de buenos niveles de resolución de los problemas de salud en las propias aldeas. Incluso limitados, los datos disponibles demuestran que la calidad en la

atención prestado en los DSEI es insatisfactoria, y que agravios a la salud que podrían ser resueltos en las aldeas y polos-base continúan siendo caminados para las ciudades. Estas remociones congestionan las Casas de Salud Indígena y hace que innecesariamente las familias indígenas con remociones que interrumpen sus rutinas de subsistencia. (Silva, 2015, p. 01)

Algunos desafíos son necesarios tales como el fortalecimiento de la gestión en el DSEI y el desarrollo de abordajes que impacten en la organización del proceso de trabajo y la calidad del servicio, además, de la contemplación del equipo que trabaja en este contexto.

CAPÍTULO V- DISCUSIÓN

5 DISCUSIÓN SOBRE EL PANORAMA DE SALUD BUCAL DE LOS INDÍGENAS

El panorama histórico de la salud indígena en Brasil viene presentando transformaciones desde 1999 con el surgimiento del modelo de organización asistencial a la salud indígena, por medio de la Ley n. 9.836, del 23 de septiembre de 1999, denominada Ley Arouca, que creó el Subsistema de Atención a la Salud Indígena, vinculado al Sistema Único de Salud, englobando estos Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (Brasil, 2004).

Las normas de la asistencia en salud bucal surgieron luego de algunos años y tuvo inicio con la construcción de documentos intitolados: “Directrices de la atención a la salud bucal en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas” este, publicado en 2006, tuvo como referencia el informe de oficinas macrorregionales, ocasión en que fue discutida la organización del sistema local de salud bucal y la evaluación de las acciones desarrolladas, promoviendo la socialización de las experiencias locales (Brasil, 2007).

La consolidación de su implantación se dio en 2008, con 100% de cobertura, abarcando de esta forma los 34 DSEI (Brasil, 2009); “Directrices del componente indígena en la PNSB” abordando los principios orientadores de esas acciones y el proceso de trabajo en salud bucal y el lanzamiento del “Programa Brasil Sonriente Indígena” reorganizando el modelo de atención a la población indígena siguiendo los principios y directrices del SUS y de la Política Nacional de la Salud Bucal vigente en Brasil. Tiene como objetivo ampliar el acceso a la atención odontológica en las aldeas, estructurando y calificando los servicios de salud bucal en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas, garantizando asistencia odontológica integral a los pueblos indígenas. Las asistencias a la salud prestada a estos pueblos tienen como uno de los principios el respeto por sus sistemas tradicionales y el reconocimiento de su diversidad social y cultural (Brasil, 2011).

Tales acciones, principios, directrices y otros hallazgos serán discutidos abajo, guiados por los principales asuntos discutidos en la literatura pesquisada, son ellos: concepto amplio de salud; integralidad de la atención; Abordaje multiprofesional, Humanización de la atención e interculturalidad; referencia y contra referencia; gestión y financiamiento; educación permanente y capacitación; red de atención a la salud; sistema de información; gestión participativa; enfermedades bucales en la población nativa y acceso y acogimiento.

5.1 Concepto amplio de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como siendo “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de afecciones y enfermedades”. Para alcanzar este objetivo debe haber un equilibrio de estos factores que lo circundanlo individual y lo colectivo.

Sousa y Silva et al (2019) a través de una producción bibliográfica analizó periódicos de la salud colectiva que definían el concepto de salud. De este análisis fueron identificadas al menos tres distintas formas de denominar la salud. Se observó que hay una dificultad de conceptualizar esa palabra, de escritura simple, pero tiene un significado mucho más complejo. Estos autores aún citan en su estudio lo que abordó Ayres (2007, pág. 60) concluyendo que salud significa “la búsqueda continua y socialmente compartida de medios para evitar, manejar o superar de modo conveniente los procesos de dolencias, en su condición de indicadores de obstáculos encontrados por individuos y colectividades a la realización de sus proyectos de felicidad”. Corroborando la conceptualización de la OMS en que denomina salud no apenas la ausencia de enfermedades y si la consideración del contexto en factores que pueden predisponer esta dolencia.

Bezerra & Sorpreso (2016) analizaron el proceso histórico de la conceptualización de salud y de los modelos asistenciales y verificaron que estos vienen siendo transformados de acuerdo con el momento histórico vivido. La tendencia de una vivencia en un modelo central hegemónico en que prácticas curativas son prevalentes vincula el concepto de la salud encuadrada en una perspectiva biomédica, al paso que en la actual conjuntura donde la promoción de salud es preconizada en el nuevo modelo de atención a la salud a su implementación aún es un desafío, permaneciendo prácticas individualistas y curativas. Estas prácticas, por su vez, se revelan como reflejo del concepto de salud que paso desde la ausencia de enfermedad a un proceso relacionado a factores socio, político, económico y cultural, evidenciando, de este modo, acciones ahora destinadas para la promoción de la salud ahora destinadas para la cura de la enfermedad.

El saber y la conceptualización de la salud en poblaciones indígenas están insertados en un mosaico extremadamente diversificado por poseer sus concepciones y visiones de mundo, sus valores, sus conocimientos y técnicas de sobrevivencia que son pasados a lo largo del tiempo de generación para generación.

5.2 Integralidad de la atención

La creación del SASI fue fundamentada en el seguimiento de los principios y directrices del Sistema Único de Salud. En cuanto a los principios doctrinarios, la integralidad parte del concepto de la atención integral al paciente, considerándolo en su totalidad donde se realiza la atención primaria envolviendo el diagnóstico inicial, ejecución de acciones curativas (cuando se hace necesaria), rehabilitadoras y mantenimiento de la salud por medio de acciones preventivas y de promoción de la salud, garantizando así su salud global.

La implantación del SUS trajo diversas conquistas a la salud pública brasileña, pero, muchos desafíos están puestos en la incorporación de sus principios y directrices. La integralidad, por ejemplo, conceptualizada como la integración de acciones de promoción de la salud, de prevención de enfermedades y asistenciales, no está totalmente incorporada a los servicios de salud. Se observa una preocupación mayor en la priorización de los objetivos, metas, indicadores de programas de salud relacionada a la asistencia de una amplia atención para el planeamiento de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades (Campos, 2003; Matos, 2004).

En el contexto de los DSEI, se espera que las EMSI desarrollen acciones de prevención de enfermedades, promoción de salud y prestación de cuidados específicos con la salud, realizando un diagnóstico previo del área de actuación y la articulación de acciones intersectoriales, contribuyendo para la movilización y protagonismos de los usuarios indígenas. Así, se desarrolla aún más la potencia del trabajo en equipo, que implica en la posibilidad de deparar con lo desconocido y en la necesidad de desbravar, construir e inventar, de modo de alcanzar la integralidad, la articulación de los saberes y disciplinas necesarias para la atención en salud. (Araujo, Rocha, 2007; Fortuna, 1999; Peduzzi, 1998).

Vasconcelos y Pasche (2006) discrepan que “este principio orientó la expansión y calificación de las acciones y servicios del SUS que ofertan desde un elenco ampliado de inmunizaciones hasta los servicios de rehabilitación física y mental, además de las acciones de promoción de la salud de carácter nacional intersectorial”. Luego, las acciones que envuelven la promoción de salud deben extrapolar el ambiente de unidades de salud, debiendo estar presentes también en la educación, agricultura, comunicación, tecnología, deportes, saneamiento, trabajo, medio ambiente, cultura y asistencia social.

Algunos estudios, entretanto, apuntan al incumplimiento de este principio adscrito. Pontes et al (2015) observaron que el grado de resolución interdistrital disponible por el DSEIRN era muy bajo y dependiente, principalmente, de la acción de los AIS.

Destacaron también la centralidad de la atención curativa a los enfermos que solo ven este profesional como identificador de enfermedades, distribuidor de medicamentos y direccionador de consultas.

Garnelo & Sampaio (2005) revelaron que la rotación de profesionales de salud de las EMSI coincidió con una discontinuidad de acciones en salud y destacaron también la dificultad de articulación con los niveles de referencia de los órganos estatales y municipales de salud y tendencia a la descoordinación de los servicios interdistritales. En el trabajo de Carneiro (2008) en la región del ARN citaron a la médica de visita de las EMSI que realiza una visita cada seis meses y los procedimientos que se ejecutaron serán curativos y preventivos, sanando prioritariamente los casos más urgentes, en la atención así de forma integral al individuo que carece de otros cuidados.

Rodrigues et al. (2018) concluyeron que, a pesar de los avances de la atención a la salud de los indígenas, oriundas de la implementación de la legislación destinada a estos, hay recurrentes disparidades al analizar la salud bucal indígena en comparación con lo restante de la población brasileña. En las regiones norte y centro-oeste del país, las aldeas están escasas y son de baja densidad demográfica, lo que implica dificultad de acceso. A pesar de esta dificultad de logística, la atención odontológica en área indígena es realizada tanto en las aldeas como en las Unidades Básicas de Salud (UBS) de los polos-base (cuando son existentes), de las más diversas maneras posibles. No hay confort ni seguimiento de los preceptos ergonómicos. Revelaron aún que las acciones del Programa Brasil Sonriente trajeron ganancias para la salud bucal brasileña, todavía en relación a la salud bucal indígena existen apenas prácticas puntuales. La complejidad de la salud indígena y las dificultades para su eficiencia son innumerables, como el acceso a las comunidades, la diversidad y las especificidades de cada grupo étnico, la falta de profesionales calificados, la estructura organizacional y la gestión participativa, entre otras. Todo esto interfiere en la atención e integralidad de las acciones tanto en lo individual como en lo colectivo.

Mendes et al (2018) en su artículo trajeron reflexiones basadas en los preceptos de la PNASPI con foco en la Atención Primaria en la Salud (APS) con garantía de la integralidad de la asistencia. Pensando la APS como estrategia para viabilizar el derecho a la salud a través del acceso, con vistas a reducir las desigualdades, estimulando la participación social y la formación de los profesionales, así como la mantención del vínculo entre estos profesionales y la población adscrita, podemos analizar que, de manera integral, esta APS no se efectúa, y la integralidad no viene siendo alcanzada.

teniendo en vista innumerables factores responsables como citan los autores, alta rotación de profesionales, discontinuidad de las acciones y servicios, fallas en la gestión, problemas estructurales, participación social frágil entre otros, resultando en la insatisfacción de los usuarios y pocos resultados en los indicadores de salud bucal.

Según Silva (2013), cuando se comenta sobre el proceso de la salud bucal luego se piensa en algunos preceptos que deben ser considerados como: la interdisciplinaria y el multiprofesionalismo, con vista en la atención de forma ilimitada, por medio de técnicas biológicas con interacción de los profesionales de otras áreas permitiendo un mejor abordaje del individuo como un todo, atento al contexto socioeconómico-cultural en el cual el individuo está inserido. Aún defiende “la integralidad de la atención, que es otro punto pauta en la atención integral del paciente indígena, donde el equipo debe estar capacitado para ofrecer al usuario acciones de promoción, prevención, tratamiento, cura y rehabilitación”.

Sobre interdisciplinaria, hay una ligación integralidad, pues la actuación interdisciplinaria posibilita una mejoría en la comprensión del concepto amplio de salud, entendido aquí como un sistema dinámico, unido a los diferentes sistemas sociales que objetiva promover el vivir saludable de individuos, familias y comunidades, a partir de una perspectiva sistémica y como campo interdisciplinaria que requiere conocimientos y prácticas de áreas distintas (Gepeses, 2011). Para alcanzarla, el profesional de salud deberá socializar con valores de otras disciplinas y, a través del diálogo, construir y absorber el conocimiento a partir del sentido de participación, de cooperación y de conciencia de la interdependencia entre ellas. A medida que los profesionales son capaces de participar en el dominio del saber, dispuestos a abandonar el confort de su lenguaje técnico y aventurarse en un dominio que es de todos, la interdisciplinaria es alcanzada (Greco, 1994).

Contribuyendo aún sobre esta temática, Nascimento (2016) define que la atención integral envuelve la ampliación de referenciales con que cada profesional de salud trabaja en la construcción de su repertorio de comprensión y acción, al mismo tiempo, el reconocimiento de la limitación de la acción profesional con relación a las necesidades de salud de los individuos y poblaciones, pues todo esto es dependiente de recursos.

5.3 Abordaje multiprofesional, humanización de la atención e interculturalidad

La atención al indígena requiere un manejo especial en cuanto al respeto a sus especificidades culturales, a las creencias y acreditaciones. La forma de abordaje aliada a un conocimiento previo de la comunidad, sus aspectos históricos, antropológicos y sociales se hacen necesarios para un buen relacionamiento entre el indígena y el profesional de salud. Al estudiar el principio de la integralidad, el abordaje multiprofesional es esencial para la conquista de este, teniendo en vista que el paciente bajo cuidado de diversas especialidades de la salud lo hace revelar un ser completo y asistido como un todo y no solamente como detentor de algún agravo de salud. Es un trabajo en equipo tratando la recuperación de un paciente. Para este fin la humanización de la atención es esencial y es considerada como estrategia de unir el saber ético con el saber técnico, acogiendo, respetando, oyendo, aconsejando a los anhelos del paciente para ofertar los cuidados dirigidos a él.

Para la actuación en este contexto se debe también comprender la interculturalidad como un conjunto de propuestas de convivencia democrática entre las diferentes culturas, que trata la integración sin anular la diversidad, dentro de ese contexto, este trabajo será focalizado, destacando las mudanzas que vienen ocurriendo y relaciona las sociedades indígenas existentes en nuestro país, y la importancia de la elección en la propia aldea, ella estimula las nuevas generaciones a mantener sus tradiciones y culturas.

Machado Jr et al (2012) citan exactamente este abordaje diferenciado en la atención y destaca que consecuencias serias pueden ocurrir cuando esta diferenciación es violada y el profesional trata al indígena como un paciente atendido en un contexto urbano, pudiendo ocurrir el descrédito del indígena en cuanto al tratamiento ofrecido, la no aceptación de un tratamiento continuo y/o no desarrollo de nuevos hábitos preventivos de salud. Sugieren aún la ampliación de la perspectiva antropológica y todos los profesionales de las EMSI para que no permanezca el error del colonialismo y el cientificismo euro centrado que históricamente llevó a tantos pueblos a la extinción.

En un estudio en la Casa de Apoyo al Indio en Piauí, Santos et al. (2016) revelaron que el abordaje sociocultural a los indígenas fue poco priorizado, en el período en que quedaron acomodados en esta instancia de salud la alimentación y las condiciones de pernoche ofrecidas a los indígenas divergían por completo de sus hábitos en las aldeas.

Un abordaje de autopercepción en salud con los indígenas Pankararu, realizado por Oliveira et al. (2012), concluyen que fue resaltada una discontinuidad de asistencia general y escasez de profesionales para atender conforme sus necesidades. No se observa una asistencia humanizada, permanente, y, sobre todo, más resolutiva que coloque en práctica principios como territorialidad, vínculo de los profesionales con la comunidad,

continuidad e integralidad de las acciones de salud, planeamiento local, control social y promoción de la salud en su real significado. Fue relatada en el discurso, la carencia de una relación de proximidad y confianza de los profesionales prestadores de servicios en salud con la comunidad indígena. Luego, se percibió que el modelo actual no contempla y no promueve la articulación entre los sistemas tradicionales de curas que se presentan como uno de los principales manejos en salud indígena. Este estudio aún muestra la ambición de los indígenas de ser asistidos por profesionales con formación diferenciada y que respeten sus principios y sus creencias.

Aún sobre autopercepción en salud bucal indígena, Mauricio & Moreira (2019), revelaron que al de las comunidades de domicilios e indígenas con experiencia de carie presentaron peor autopercepción. A través de ese hallazgo se puede inferir que el indígena asocia la buena salud bucal apenas con la ausencia de sufrimiento y dolor, en caso de que no haya estas características, la búsqueda por el servicio odontológico no se es necesaria.

De acuerdo con Diehl & Pellegrini (2014) hay necesidad de proveer a las EMSI y a los profesionales de salud de “conocimientos antropológicos y culturales”, a través de diversos medios, tales como, la realización de cursos, palestras, oficinas, seminarios y encuentros, con eficacia y respeto a las “prácticas tradicionales”; promoción de cursos y otros tipos de capacitación, tratando a la mejor convivencia y a la mejor interacción entre los equipos y los diversos especialistas indígenas, bien como la mutua comprensión de las diferencias culturales y el respeto a las prácticas tradicionales.

Bertanha et al (2012) ratifican la necesidad de capacitaciones antropológicas de forma continuada para que el profesional adquiera competencia cultural y sea detentor de una visión que trascienda el modelo hegemónico que perduró por años en el asistencialismo a la salud. Reevalúen también los factores que propician la rotación profesional, posibilitando mejores condiciones de asistencia en salud bucal a estos pueblos.

Santos et al. (2017) concuerdan en decir que la atención con equipo multiprofesional debe ser precedido de una preparación para la actuación de este contexto y haya un espacio para el diálogo entre paciente y equipo, fortaleciendo principalmente los lazos de confianza entre médicos y paciente indígenas.

Pontes et al (2014) discurren que durante el establecimiento de la relación entre profesionales de salud y usuarios indígenas fue evidente el choque entre hábitos distintos y la configuración de una relación entre extraños morales. Estas condiciones dificultan el diálogo para la resolución de conflictos.

Otro aspecto importante para destacarse en esta temática de actuación en contexto intercultural fue resaltado en el estudio de Costa et al (2016) donde correlacionaron en su estudio la práctica del saber biomédico con el saber empírico de la población indígena. Sabiendo que el sistema de salud tradicional indígena es basado en principios y creencias específicas de la historia cultural de esa población y la interrelación de esos es de extrema importancia para la aceptación y mudanzas en el modo de percibir y obedecer la figura del médico occidental, se constató la necesidad de integrar acciones asistenciales/científicas y prácticas populares, evidenciando y volviendo cada vez más clara la importancia de la equidad de acceso y de la integralidad de la asistencia, legitimando los principios del Sistema Único de Salud (SUS).

Aun hablando sobre atención diferenciada, Langdon & Diehl (2007) describen:

Es de nuestro entendimiento que la articulación entre las prácticas de salud está sin posibilidad de realización en el funcionamiento actual del subsistema de salud indígena y que frecuentemente el discurso es moralizante y revela preconceptos sobre las prácticas de autoatención de la comunidad, sean indígenas o no. Para nosotros, la operacionalización de la atención diferenciada debe priorizar la garantía de la participación política de las comunidades indígenas en todo el proceso de planeamiento, ejecución, gestión y evaluación de los servicios; pero, nuestros pesquisas apuntan que la no preparación para el trabajo en contextos multiculturales, junto con las tendencias de centralización, burocratización e institucionalización, impiden la efectivización de los procesos de participación, tanto en las EMSI como en los Consejos.

Se infiere con esto el predominio del modelo hegemónico biomédico que restringe el dilema de la interculturalidad en comunidades indígenas.

5.4 Articulación de la referenciación y contra referenciación en la continuidad de los servicios

Las directrices de la PNSB apuntan en el ámbito de la asistencia a la ampliación y calificación de la atención primaria, ampliación del acceso y la oferta de servicios, garantizados por medio de sistemas de referenciación y contra referenciación (estos dos últimos definidos como medios de encaminar al paciente para dar continuidad a un tratamiento en instancias que ofrecen tratamiento especializado y el acto de retornar este mismo paciente para continuidad del tratamiento), para asegurar a la población indígena el acceso a los niveles secundarios y terciarios, respetando los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS).

Algunos, entre los desafíos elucidados por el DSEI-TO revelaron sugerencias de mejora en el sistema de regulación en el flujo de referencia e contra referencia en la cual destacan la ampliación de recursos humanos en la central de regulación municipal; ampliación de acceso a internet; necesidad de sistematización y norma de atención central de regulación municipal al polo base indígena y falta de la sistematización del flujo de referencia y contra referencia entre las unidades de atención a la salud indígena (puestos de salud- polo base- CASAI), secretarías municipales de salud, centro de especialidades y hospitales. Estas carencias citadas de orden estructural, de logística y de recursos humanos se vuelven fundamentales para el funcionamiento del sistema de regulación.

El estudio de Garnelo & Sampaio (2005) aborda la tercerización de los servicios de la salud del gobierno para entes conveniados en el estado del Amazonas, en específico con ONGs (buscando un factor contribuyente para la integralidad y equidad en la asistencia) en que encontró como resultados la dificultad y fallas en el gerenciamiento del sistema, dificultades de referencia y contra referencia, rotación de personal y discontinuidad de las acciones.

Hallazgos de Gomes & Esperidião (2017) revelaron que la contra referencia de los pacientes indígenas no es rutina establecida en la red de atención cuando realizadas, son por los profesionales de los servicios de salud de Cuiabá. Todavía, todos los pacientes que están alojados en la CASAI Cuiabá retornan a sus municipios de origen con contra referencia completa en formulario específico por los profesionales de la institución, una vez que tal tarea forma parte de las atribuciones del servicio. Pero se sabe que este formulario no garantiza la continuidad del cuidado, sea por discontinuidad del paciente al tener que procurar la instancia de salud para continuidad del tratamiento, dificultades logísticas o factores burocráticos encontrados en las unidades de salud.

5.5 Gestión y financiamiento

Toda y cualquier política pública precisa de una gestión responsable y de presupuesto para realmente acontecer. La participación en los diversos momentos del ciclo presupuestario y también en la fiscalización y monitoreo de los recursos deben ser constantes para que los derechos sean de hecho efectivizados. Presupuesto este para fines de contratación de profesionales de salud para actuar en área indígena, adquisición de insumos y equipos de salud entre otros. Todo esto debe ser previsto en el plan distrital de salud del DSEI y es una de las estrategias de la PNSB.

Martins (2013) observó que, luego de más de una década de implantación del SASISUS aún hay dificultad en los campos de gestión y financiamiento. La efectivización de la descentralización en cada esfera administrativa, bien como la reglamentación sobre las relaciones inter federativas (estados y municipios) aún se configura como desafíos importantes. Se explica a esto la dimensión burocrática del distrito sanitario, en una estructura puramente organizacional, operacional y territorial, en perjuicio a la dimensión sanitaria que incorpora prácticas de trabajo ancoradas en un proceso social de mudanza, de protección de la salud y mejoría de las condiciones de salud, pero también en cuanto a las relaciones frágiles, duales y paradójicas entre el órgano federativo nacional y sus compañeros (municipios, convenios, ONG'S). La fragilidad del financiamiento y la división (o superposición) de responsabilidades contribuirán negativamente no apenas en la ejecución de las acciones de atención primaria como también en las articulaciones entre el subsistema y el SUS, en especial para atención de la media y alta complejidades, lo que perjudica, sobremanera, la consolidación de la distritalización sanitaria y el proceso de fortalecimiento de los DSEI.

Arantes & Frazão (2016) estimaron la asociación entre la elegibilidad para un programa de transferencia condicional de renta, con base en la renta familiar, y la caridad en niños de 12 años en las etnias Kaiwoá, Guaraní y Terena, en Mato Grosso do Sul. La población del estudio fue diseñada por muestra estratificada de acuerdo con cada grupo de elegibilidad para el programa de transferencia condicional de renta mostrando asociación significativa con el riesgo tratado. Niños de Guaraní y Terena presentaron tasa de carie dos y casi tres veces más alta en comparación con Kaiwoá en el modelo ajustado, en cuanto niños de ningún programa elegible para transferencia de renta tuvieron una tasa de carie 40% más baja. Con base en los datos se concluye que la renta actuó como factor de protección contra las caries en indígenas del Brasil central.

El trabajo de Ribeiro et al. (2017) describe la forma pactada de convenio entre ONG y la CASAI en Mato Grosso del Sur, y observa que:

Aunque la CASAI MS sea una institución perteneciente a órgano público federal, trabajadores poseen vinculación vía Organización no gubernamental, en la forma de contrato. Solamente un trabajador es concursado y es justamente el que actúa hace más tiempo en el área de enfermería de la CASAI. Los contratos de trabajo temporario vía organización no gubernamental pueden reducir costos, pero vuelve el ambiente de trabajo tenso, debido al miedo de los profesionales en ser demitidos. De esta forma, este tipo de proceso de trabajo no contribuye para la producción del cuidado pautado por las necesidades de los indígenas. Los hallazgos de este estudio contribuyen para la reflexión a respecto de la lógica de gestión del proceso

de trabajo en los servicios de salud indígena a fin de promover el cuidado holístico y atención diferenciada.

Esto apunta a la realidad de buena parte de los equipos de salud trabajadoras de los 34 DSEI en Brasil. Este hallazgo puede ser uno de los motivos de la gran rotación de profesionales y discontinuidad de acciones en salud además del relacionamiento profesional paciente perjudicado.

5.6 Educación permanente y capacitación para actuación en contexto intercultural

Uno de los presupuestos de la PNSB es definir política de educación permanente para trabajadores de salud indígena. Capacitarlos también a través de cursos, palestras y oficinas otorgadas por expertos en el área en que irá a ejecutar el trabajo. Es interesante también que es el propio profesional que busca conocer y estudiar más a respecto de su actuación en un contexto diferente del que está acostumbrado a atender, aprendiendo un poco de la comunidad a que irá establecer vínculos, sea a corto o largo plazo, pero que de hecho resulten en un mejor relacionamiento y fidelidad al tratamiento prestado por estos profesionales.

Contraponiendo lo que rige la política supracitada, el estudio de Martins (2013) interpreta que la política de capacitación de trabajadores de la salud indígena no fue suficiente estructurada para ser transformadora de las prácticas profesionales y de la organización del trabajo. Los planes anuales de capacitación eran contruados por los DSEI, ejecutados de forma no planeada, sin criterios definidos o recomendaciones técnicas del nivel central, inviabilizando todo el proceso institucional. Una vez encaminados al departamento responsable (Core y/o Desai), la lentitud en el análisis técnico y de descentralización de los recursos dejaban los distritos sanitarios, muchas veces, sin posibilidad de ejecutar siquiera un evento discriminado en el plan anual.

En Brasil, el Programa Telessalud Brasil Redes en la atención a la salud indígena es una de las estrategias para auxiliar en la fijación de profesionales en áreas remotas y fortalecer la asistencia a la población indígena. Siendo así el estudio de Taveira et al, (2014) analizó el proceso de implantación de este programa en Iauaretê, en el Amazonas y presentó como resultados de la pesquisa la no participación de indígenas en el planeamiento de la formulación del programa, la infraestructura insuficiente, dificultades en el uso de la tecnología, inconsistencias en la red eléctrica y falta de habilidad de funcionarios con los equipos. Los autores luego apreciaron los resultados cuestionaron si el programa fue de

hecho implantando y siélesestrategiapromisoraen la salud indígena para la expansión de la Educación Permanente en Salud. Finalizaron el artículo recomendando la comunicación entre las instituciones involucradas y la construcción de un espacio democrático, con la inclusión de los indígenas y de los profesionales de salud en la evaluación del proceso y en la toma de decisión, la mejoría de dispositivos y disponibles (como las radiocomunicaciones) y/o la búsqueda de otras estrategias viables para el contexto de la salud indígena con algunas posibilidades.

El estudio de Pontes et al (2014) en la región del alto río negro también destacó que la mayoría de los profesionales de salud que actúan en los distritos no recibió ninguna preparación para la actuación en contexto indígena.

Otro ejemplo visto en el estudio de Ribeiro et al. (2017) en la Casa de Apoyo a la Salud del Indio de Mato Grosso del Sur, en la cual apenas dos trabajadores entrevistados recibieron alguna información sobre salud indígena en su curso de formación, de enfermería o técnico de enfermería. Solamente dos trabajadores actuaron previamente en otros servicios de asistencia al indio, específicamente en aldeas. Los demás tuvieron la primera experiencia en cuidar del indígena en la propia CASAI, o sea, tienen su actuación en un contexto diferente del que están acostumbrados a realizar y puede así haber dificultades en el relacionamiento profesional de salud – indígena. Describieron aún la percepción de los profesionales de enfermería con relación a los pacientes indígenas que llegan a la Casai de forma tímida, retraída y desolados. Es notorio que, dentro de un contexto urbano, alejados de sus costumbres, familiares y de su hábitat natural, los indígenas en que su aldea es fuerte, activo, imponentes y respetados allí se vuelven un ser modificado por el ambiente.

Como forma de perfeccionar la actuación de profesionales en un abordaje más humano y en el contexto intercultural, Pereira et al. (2014) abordaron en su pesquisa un servicio de salud especializado en la atención a pacientes indígenas donde se realizaban actividades de extensión universitaria en acogimiento, promoción y educación en salud, estrategias de extrema importancia en el abordaje con una comunidad diferenciada. El equipo multiprofesional se viene esforzando para ejercer este abordaje transcultural. Se expresa a través de este trabajo la importancia de ese mirar al paciente vulnerable de los equipos de salud con el paciente, estableciendo así un mejor vínculo y acogimiento, resultando en una mejoría de la relación personal y confianza en el trabajo.

Profesionales capacitados para abordaje en el contexto intercultural fueron hallazgos encontrados en el estudio de Chaves et. Al. (2006), donde relatan que los profesionales que integraron la EMSI del Polo-base Angra dos Reis habían sido

capacitados en aspectos antropológicos por el Núcleo de Estudios en Salud de Poblaciones Indígenas de la FIOCRUZ, con anterioridad a la implantación del subsistema, por ya trabajar en la Unidad de Salud de la Aldea. Otros equipos ligados a la atención a la salud indígena en los municipios de Angra dos Reis y de Parati, incluyendo los funcionarios de las unidades básicas de salud y de los hospitales de referencia de estos municipios, también habían recibido capacitación específica. A pesar de estos avances aún se revela la carencia en muchos sectores, la gestión – en la cual debe quedar clara la atribución de cada ente federativo en el fomento de las acciones en salud indígena en reacción a la implementación de la política de salud indígena; planeamiento financiero a su utilización y evaluación de su aplicabilidad y mejoría de los recursos humanos en lo que se refiere a una política que atraía a los profesionales de las EMSI.

5.7 Condiciones de trabajo e infraestructura en la red de atención

La adecuación del proceso de trabajo en el modelo de atención requiere entre otras el establecimiento de condiciones de trabajo útiles al desarrollo de las actividades en la red de servicio. Para esto se propone el desarrollo de políticas de suplemento de insumos y de su conservación, mantenimiento y reposición de equipos e instrumentales odontológicos en consonancia con las exigencias de la ANVISA. Los parámetros para orientar este proceso de trabajo deben ser discutidos y pactados entre la Coordinación General de Salud Bucal/Secretaría de Atención a la Salud (CGSB/SAS), (SESAI) y los (DSEI), con el objetivo de garantizar la dignidad en el trabajo para profesionales y usuarios, la calidad de los servicios prestados y observando las normas de bioseguridad preconizadas, mismo cuando se trata de atención en áreas de difícil acceso y/o sin energía eléctrica.

Estudios describen la situación en que buena parte de la comunidad indígena rural está inserida, sea en sus propias moradas, sea en la red de atención que los presta servicios. Condiciones muchas de las veces insalubres en que desentonan del derecho y garantía de la salud por el Estado. La situación aún era peor antes de la implementación de los DSEI's. (ARANTES et al 2018; DIEHL 2001; GIATTI et al. 2007; CARDOSO 2016; PONTES et al 2015).

Diehl (2001) en su estudio no Distrito Sanitario Especial Indígena Interior Sur en la Terra Indígena Xapecó, oeste del Estado de Santa Catarina demostró que el acceso a la energía eléctrica y al agua potable (de un pozo artesiano) era restrictivo y no había sistema de desagüe. Resultados semejantes fueron encontrados en la investigación de

Giatti et al (2007) donde relataron que las condiciones sanitarias y socioambientales del área indígena del distrito de Iauaretê- AM eran relevantes a la salud de los habitantes de la sede de este distrito, localizaron de las 65 muestras de agua analizadas que 89,2% presentaron presencia de coliformes fecales. En cuanto a los residuos sólidos, no habían ninguna solución sanitariamente correcta para los mismos. Las prácticas sanitarias de los indígenas eran preocupantes del punto de vista de salud pública. Corroborando esta casuística el trabajo de Filho et al (2013) concluyeron que hubo asociación entre desigualdades sociales ambientales (aspectos de localización e infraestructura) y cariedentaria entre pueblos indígenas en Brasil. Los resultados indicaron que peores condiciones de salud bucal en las comunidades indígenas existen entre aquellos que no tienen acceso a la electricidad y viven en áreas de la Amazonia Legal, con techados de las habitaciones de origen vegetal y con escuelas en poblados indígenas.

Arantes et al (2018) evaluaron interacciones complejas entre macro y micro determinantes de la salud bucal de todos moradores de ocho aldeas Xavante en MT y pudieron sintetizar que residir en domicilio con condiciones socioeconómicas más favorables y mayor acceso a recursos alimentares estaba ligado a menor exposición a cariedentaria dentro de un cuadro histórico específico de marcada transformación social, política y ambiental durante las vidas de los participantes del estudio.

Soares (2006) demuestra que son varias las dificultades encontradas delante de la atención odontológica en las aldeas, destacando las tecnológicas, geográficas, ambientales, lingüísticas y culturales. Esta atención, generalmente, es realizada en los centros comunitarios o en casas típicas indígenas, donde las sillas odontológicas son sustituidas por mesas, sillas o pequeños bancos próximos de una fuente natural de luz. Los equipamientos necesitan de generadores de energía, como en el Alto Río Negro, Amazonas. Generalmente en su grande mayoría, los DSEIS, no disponen de infraestructura y tampoco establecimientos físicos de salud en área indígena.

Una de las estrategias prioritarias del Ministerio de la Salud en el período de 2011-2014 es la reestructuración en la red de los establecimientos del SASISUS en cuanto a la estructura física, organización, equipamientos y funcionamiento. Estudios vienen contradiciendo la afirmación de esta estrategia, como el de Pontes et al (2015) en que a través de relatos dejaban claro que, para los indígenas, las condiciones de la Casai DSEI ARN eran inadecuadas para el hospedaje de pacientes y familiares. Estas experiencias negativas eran reforzadas por historias semejantes de otras familias en las Casai en los demás servicios de salud. Suma también la falla en la red de estructura de dos aldeas cubiertas por este distrito.

Welch (2014) en su estudio en la Terra Indígena de Pimentel Barbosa cito que la infraestructura de los pocos puestos de salud existentes en la TI era preciosa: los puestos no ofrecen confort o privacidad para la atención adecuada a los pacientes, no existe habitación adecuada para los profesionales de salud que residen en las aldeas y no hay manejo seguro de la basura; este es lanzado en un buraco raso y dejado a cielo abierto, exponiendo a niños y animales al contacto con materiales contaminados.

No menos importante que esto se debe también abordar las condiciones de trabajo y de salud a que están sometidas a las EMSI. A la largo del análisis de esta pesquisa bibliográfica se encontró apenas un artículo abordando la situación de salud de los servidores completos en las Casas de Salud Indígena y Polos-Base de la Coordinación Regional de Mato Grosso del Sur como resultado para reflexión gran parte de ellos se encontraba con salud fragilizada. Entre los resultados, el índice de masa corpórea reveló 29 casos (41,42%) de sobrepeso y 21 (29,98%) de obesidad. En los exámenes laboratoriales predominaron 24 casos (34,28%) de glucemia de ayuno alterada, 13 (18,57%) confirmatorios de diabetes e hiperglicemia y 59 (84,29%) y 43 (61,42%), respectivamente, de colesterol y triglicéridos en niveles deseables. Paralelo a estos hallazgos se constató mayor porcentual de la no utilización de Equipos de Protección Individual- EPI, incluyendo profesionales con funciones diferenciadas, con mayor o menor riesgo ocupacional biológico y la presencia del desvío de cargo. Queda la reflexión de una periodicidad de exámenes de salud de estos equipos exigida por parte del contratante, teniendo en vista que para prestar salud el profesional debe estar bien con la suya.

Gomes & Esperidião (2017) evaluando el acceso de los usuarios indígenas a servicios especializados de salud por la CASAI Cuiabá, identificaron que el espacio físico es adecuado arquitectónicamente para el uso de redes. Apesar de la adecuación del ambiente, se verificó que hay precariedad en la infraestructura física, falta de profesionales de la salud, de materiales, de insumos y hasta de medicamentos abordados durante entrevistas.

Cardoso (2014) analizó las políticas de salud para los pueblos indígenas en Brasil y a través del análisis concluyó que diversos factores aún eran presentes en la red de atención a la salud indígena, desde fallas estructurales, baja resolución de las acciones en salud en los distritos sanitarios indígenas, marcadas por carencias de profesionales habilitados para atender a la población local; alta rotación de los profesionales en área; falta de recursos de infraestructura y equipos para determinados procedimientos y

acciones operados por los DSEI. Estudio semejante también apunta a fallas en la estructura de la red de atención (PONTES et al, 2015).

Un estudio más (M SILVA et al 2016) relata las condiciones en que los pacientes indígenas están sometidos en las casas de apoyo a la salud de los indios. El lugar de estudio fue la Casai/Santarém, perteneciente al Distrito Sanitario Indígena Guamá – Tocantins (DSEI Guatoc). Una vez más fue observado el trastorno enfrentado por ellos derivado de diversas dificultades entre ellas: marcación de consultas; largas filas para realización de procedimientos hospitalarios; limitaciones financieras para comprar medicamentos; alimentación distinta de las tradicionales indígenas; barrera lingüística dificultando la comunicación debido a diferentes dialectos; infraestructura física de la Casai. De aspecto social y emocional, relataron la preocupación con familiares, sentimiento de tristeza por el alejamiento de la aldea y el extrañar la convivencia familiar. Como forma de mejorías para amenizar este período de ausencia de sus hogares se sugiere apoyo financiero para adquisición de medicación, mejoría de infraestructura, alimentación a base de sus costumbres regionales, menos burocracia en los trámites administrativos y regulación en los sistemas de referencia y contra referencia.

Diehl & Langdon (2015) observan y traen como resultados los principales problemas enfrentados por las EMSI en una tierra indígena localizada en el sur del país en que independiente de la región, los 34 DSEI vienen presentando el mismo problema, la alta rotación de profesionales. Esto se da debido a innumerables factores que los desestimulan a permanecer y prestar servicios en las Tierras indígenas que actúan. Entre los principales motivos se citan la precarización de los vínculos laborales, los salarios muy dispares entre las varias categorías profesionales que componen el equipo, y la poca o discontinua capacitación de los trabajadores impactando en la evasión de estos profesionales de salud y AIS.

Identificar diferencias demográficas, sanitarias y socioeconómicas en una comunidad indígena residente en espacio urbano, fuera de la aldea, fue objeto de pesquisa en el estudio de Cardoso et al (2016). Observaron ventajas en estas tres dimensiones del análisis, pues los indios desoldados residían en un contexto fuera de insalubridad con mejores condiciones de agotamiento sanitario, colecta de basura y mayor cobertura de abastecimiento de agua, así como presencia de beneficios sociales como becas escuela y becas familia. En adición, se sugirió que el IBGE mejore la investigación del contingente poblacional indígena desoldado, pues forman parte de la misma raza, pero, en contexto de morada diferenciado.

Sartori Jr & Leivas (2017) *apud* (CIMI, 2015, p. 130) revelan pareceres alarmantes en un análisis del Informe de la Violencia Contra los Pueblos Indígenas. Observaron superpoblación y de la falta de insumos y materiales de las Casas de Apoyo a la Salud Indígena, ausencia AIS y AISAN en algunas de sus unidades. Además, hay relatos de falta de transporte en algunos DSEI, mala administración, descarte indebido de medicamentos vencidos, ausencia de manutención de la estructura, entre otros problemas. Citaron también fallas de infraestructura e históricas de asistencia a la salud relacionándolos con el número de mortalidad infantil consecuentes de las más condiciones de saneamiento y de atención básica a la salud.

Martins (2013) abordó que para una consolidación del sistema de salud indígena se deben sanar problemas crónicos más visibles y sensibles del subsistema de salud indígena como cuestiones de orden estructural – como la insuficiencia y precariedad de infraestructura mínima (polos base, puestos de salud, medios de transporte y locomoción, saneamiento básico en áreas indígenas) necesaria para el pleno desarrollo de las acciones preconizadas, sumada a la falta de una política clara para los recursos humanos (contratación, calificación, formación de agentes indígenas de salud) de salud indígena sean virtuosas en el camino de la consolidación del sistema de salud.

Con relación a las condiciones de vínculo laborales, estudios apuntan alta rotación de profesionales. Diehl et al. (2012) abordaron la alta rotación en las EMSI como siendo una característica común entre los profesionales en los indígenas y los agentes indígenas de salud. Este problema se extiende desde 1999, con la implantación de los DSEI, repercutiendo en interrupciones en la atención, mismo en las regiones relativamente accesibles. Algunas causas de la rotación de los AIS son las mismas que acarrearán los demás profesionales de la EMSI: la especie de vínculo laboral definido por las contrataciones anuales y las divergencias salariales. Se debe tener en consideración la importancia de la permanencia tanto de los AIS como de los profesionales en el contexto indígena. Esto trae beneficios a corto y largo plazo en la atención a la salud y continuidad de las acciones en el ambiente indígena.

Resultados análogos fueron citados en la revisión de Chaves et al. 2016, en la cual escriben una cita de la Garnelo et al (2015) que dice que la alta rotación de profesionales de salud en los servicios, son provocadas no solo por el contraste entre las necesidades del servicio y la formación académica de los profesionales, sino también por la ausencia de mecanismos legales que garanticen estabilidad en los contratos de trabajo.

5.8 Sistema de Información

Como directriz de la PNSB se destaca la Alimentación del sistema de información para permitir el control y la evaluación de las acciones de salud bucal desarrollada en los DSEI. En el caso de datos epidemiológicos de la salud indígena el sistema de información es el SIAFI. Este sistema es operacionalizado y alimentado por profesionales que ejecutan la salud en área indígena. Cuando alimentado, este módulo no solo permite evaluar y controlar la atención de la salud, sino subsidiar políticas, programas y gestionar esta atención prestada. Sirve también de herramienta importante para la comunidad científica en la producción de estudios relacionados a esta temática, que sumará para beneficiosa la comunidad indígena.

Alves Filho (2007) resalta la importancia de este sistema sea alimentado en el contexto de la salud bucal y las informaciones necesarias para que la expansión de conocimiento sobre la salud bucal de estos pueblos sea socializada.

La alimentación del sistema puede ocasionar diversas limitaciones. Lemos et al (2018) demuestran que, durante el análisis de los datos en el estudio, se verificó que algunas informaciones presentes en los instrumentos de registro del SIASI no fueron registradas por los profesionales de salud. Cabe aún destacar las limitaciones del uso de datos secundarios derivados de los sistemas de información utilizados, lo que va al encuentro del estudio de Sousa et al. (2007) sobre la necesidad de ajustes estructurales en el SIASI para monitoreo de las condiciones de salud en las comunidades indígenas. A pesar de las limitaciones aún presentan potencialidades para la ejecución de pesquisa en salud.

En un estudio de análisis del índice de mortalidad por homicidios en el estado de Roraima, Silva et al. (2019), concordaron que los sistemas de información son herramientas de fundamental importancia para análisis epidemiológicas de la población, otorgando datos para conocer y prevenir los principales problemas de salud. En contradicción a estos hallazgos el trabajo de Sousa et al. (2007) muestra limitaciones al uso de esta herramienta referidas a los instrumentos de colecta, a la capacitación de los recursos humanos para actuar en la ejecución del sistema, a la ausencia de interface con los demás sistemas nacionales de información en salud, a la dificultad de acceso a las informaciones y a la no utilización de las informaciones para el planeamiento de las acciones.

En la elaboración de esta tesis se encontraron dificultades para el acceso al sistema. Largos períodos en que el SIASI se encontraba indisponible en mantenimiento en el portal del Ministerio de la Salud y que los datos que estaban disponibles eran referentes a

informes poblacionales del DSEI en el año de 2013. Se carece de una plataforma actuante, para ejecución de este sistema a todo cualquier investigador, no necesitando tener acceso solamente en la sed de los DSEIS de todo el país.

Filho et al (2013) en su trabajo sobre la asociación entre desigualdades sociales y ambientales y caridientaria entre pueblos indígenas en Brasil también encontraron dificultades en la búsqueda en base de datos (Sistema de Informaciones de Saneamiento en área indígena (SISABI) cuyo período de estudio tuvo que ser modificado para adecuarse al período de disponibilidades de datos en el SISABI.

Vargas (2015) en la metodología aplicada su estudio utilizó entre las bases de pesquisa el SIASI, pero, disponibles por el DSEI. Esta realidad permite inferir la importancia del funcionamiento y libre acceso al SIASI. A pesar de ser cedido por el distrito se realizó a través de esta consulta al sistema un planeamiento del plan de salud destinado a esta tierra indígena con base en las necesidades de la población. Con esto fue identificada la necesidad de mejor atención en la movilización de recursos financieros para un determinado fin; mejoría y acceso a saneamiento y agua potable, moradas seguras, educación de calidad y sustentabilidad económica.

El Departamento de Informática del SUS pone a disposición una de las mejores bases de datos públicos en salud del mundo, siendo de acceso gratuito y abierto. Una política pública eficaz se crea conociendo la epidemiología que envuelve determinada enfermedad. En Brasil, los datos del SUS son organizados por el DATASUS, el cual posibilita información amplia y accesible (MS, 2011). La intención de tener el acompañamiento de las informaciones de salud es para que los servicios del SUS califiquen sus atenciones a partir de sus principios. En este sentido, es necesario saber cuáles son las necesidades, cuales diferencias, lo que es preciso que se haga para garantizar que la universalidad, la integralidad y la equidad están siendo atendidas dentro del Sistema Único de Salud. De esta forma, delante de todas las informaciones que son alimentadas en el sistema DATASUS, pueden implementar políticas públicas que vengana traer mejoría y calidad en las atenciones a quien necesita

5.9 Gestión participativa

La gestión participativa es un principio orientador de la PNSB en que se prevé que los gestores comparten y discuten ideas con la comunidad indígena para el debate de acciones y cuidado con la salud de esta población. Es importante la inclusión de los indígenas una vez que los mismos están inseridos en un contexto distinto del ejecutor de políticas, contribuyendo así para el esclarecimiento de particularidades no vistas por el hombre urbano. Asegurando la participación a través de la representación con indígenas, además de prestadores, trabajadores de la salud, en todos los niveles del gobierno.

Diehl (2001) abordó su pesquisa, realizada en el Distrito Sanitario Especial Indígena Interior Sur en la Tierra Indígena Xapécó, oeste del Estado de Santa Catarina, la gestión participativa en que sugiere la participación de las comunidades indígenas en todos los niveles de discusión, de decisión y de operacionalización del sistema.

La participación de los AIS Munduruku de la Tierra Indígena Kwatá-Laranjal en el estado del Amazonas muestra participación activa en reuniones del Consejo Local y Distrital de Salud, en las negociaciones junto a los políticos locales para reivindicar recursos financieros, o en reuniones con órganos de diferentes esferas de la administración pública como destacan Scopel et al (2015). Además de esto, han descrito otras actividades importantes ejecutadas por los agentes como la referencia de pacientes para tratamientos no disponibles en las aldeas, articulación con saberes indígenas y actuación en el contexto de intermedialidad.

Cris y Coelho (2012) analizaron la participación indígena en la salud indigenista en instancias de red de atención indígena (CASAI y Polo-base) en el DSEI Maranhão. Se procura saber cómo se da y ve la voz de esos usuarios en el distrito de forma de identificar las posibilidades de respeto a la diversidad étnica, a través de la participación indígena, prevista en la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas. El análisis del estudio muestra que los indígenas más de los medios oficiales de participación en las causas indígenas como los consejos distritales, estos han creado estrategias como forma de enfatizar las necesidades de la población. Estas últimas se dan por medio de realización de reuniones con el DSEI-MA y la instancia federal para presentar reivindicaciones, por medio escrito a través de envío de cartas, billetes, abajo-firmados y oficios a las instituciones responsables por la salud indigenista; Participación en las reuniones de los consejos y en las conferencias de salud y en casos más emergentes el accionamiento del Ministerio Público y Procuradora de la República.

Palheta (2017) pesquisó la participación indígena en la política de salud indigenista de Manaus con base en la efectividad de la “autodeterminación” y también encontraron como hallazgos que la incorporación de las reivindicaciones indígenas a las innovaciones

ya las mudanzas operadas en las políticas de salud no han significado mejoras en la atención y mudanzas efectivas en lo cotidiano de esta población. Problema de orden de gestión en la atención a la salud fue citado, pues en cuanto los indios aldeanos quedan por cuenta de la SESAI los indios urbanos residentes en los centros urbanos de los municipios quedan por cuenta de la secretaria municipal de salud, causando una inestabilidad en el cuidado del indio referenciando de una esfera para otra para ser atendidos. Una situación semejante fue encontrada en la disertación de maestría de Morais-Silva (2013) en la cual estudió el municipio con mayor contingente poblacional indígena de Brasil, el municipio de SGC. Allí los servicios prestados a la población indígena eran exactamente iguales a la descripción realizada antes y este factor era lamentable teniendo en vista que el principio de la universalidad no estaba siendo alcanzado en estos municipios.

El análisis de la participación indígena en las acciones y servicios de atención primaria en salud en la Tierra Indígena Kaingáng de la región sur de Brasil fue algo de investigación en el estudio de Diehl & Langdon (2015). Esta evaluación fue tomada en consideración antes y después de la implantación del SASISUS. Antes de la implantación se observaban atenciones esporádicas en una enfermería que existía en el área indígena; profesionales cedidos del municipio próximo realizaban atenciones intermitentes y el régimen de trabajo era un contrato con la FUNAI. Luego de la implantación, dos EMSI fueron creadas para atención en las aldeas y nuevas oportunidades fueron dadas por la actuación de las organizaciones indígenas. El Consejo Local de Salud fue organizado en la tierra indígena, y los Kaingáng se volvieron representantes de sus comunidades tanto en nivel local como regional (Consejo Distrital de Salud Indígena Interior Sur). Pero, el control social se mostró como un proceso contradictorio, con problemas de representatividad, rotación de miembros y poca o inexistente capacitación. En el Consejo Distrital del DSEI Interior Sur, por ejemplo, las demandas traídas por los representantes indígenas, muchos de ellos empleados de las instituciones responsables por las acciones y servicios, en general presentaban un carácter individualizado y no de intereses colectivos como citaron estos autores en otro trabajo ejecutado en 2007. Como consecuencia, la ejecución de las acciones y servicios de salud y la participación social, siguiendo prácticas desarticuladas con las realidades locales, impusieron obstáculos a la viabilidad de las directrices básicas del Subsistema.

A pesar de la actuación de los indígenas en consejos, conferencias, reuniones, entre otros, los estudios revelaron que estas reivindicaciones, en la mayor parte de las veces, no han sido atendidas. Se espera que estas aclamaciones sean respetadas y solucionadas.

5.10 Experiencia de enfermedades bucales en poblaciones indígenas

Conrelacióna las condiciones de salud bucal de los pueblos indígenas, estudiosmuestranuna asociación entre la deterioración de la salud bucal yel consumo de alimentos industrializados, envolviendo tambiénla precariedad de la atención odontológica. Hay indicios de que el aumento de la prevalencia de carie en las poblaciones indígenas pueda ser atribuido a las mudanzas en la dieta, aliado a las modificaciones socioeconómicas, ambientales ya la falta de programas preventivos (Arantes et al., 2001, Alves filho; Santos; Vettore, 2009).

Gonçalves et al (2015) evaluaronlos factores asociados ylaexperiencia de carieen el pueblo indígena de XukuruenPesqueira, PE. Observaronque, entre los factores estudiados, la distancia de las aldeas al centro urbano era decisiva para el aumento de la carie más allá de la edad y de las aldeas en que residían. Se agrega a esto la asistenciaprestada por las EMSI basada más en acciones curativas yobservaronla necesidad de más acciones preventivas como cepilladosupervisadoy aplicación tópica de flúor. Destacarontambiénla mudanza en la alimentación por alimentos más cancerígenos atribuidosa la inadecuada higiene bucal,así como dificultades relacionadas al acceso restringido a métodos de prevención de carie y a los servicios de salud bucal.

Elevados índices de CPOD fueron encontrados en la poblaciónBaniwa del polo-base de Tunuí-Cachoeira, San Gabriel da Cachoeira, Amazonas, según Carneiro (2008). Abordanla frecuencia de la visita de los equipos de salud queen el caso encuesta son previstas 2 idas las comunidades; los tipos prevalentes de procedimientos ejecutados son ART y extracciones dentariasyconsecuentementedemandanenmás de 72% la necesidad de tratamiento restauradores yrehabilitadores.

Otroestudio realizado en el nordeste del país encomunidad indígena descripto por Maurício& Moreira (2014), analizaronla condición de salud bucal del pueblo indígena XukurudelOrorubáen la franja etaria de 10 a 14 años, de Pernambuco. Como herramienta metodológica se utilizóla regresión múltiple entre la ausencia de carie y variables. El análisis de regresión múltiple revelo asociación negativa entre ausencia de carie y las variables: mayor media de personas por domicilio en las aldeas, mayor número de moradores por domicilio, mayor edad, sexo masculino, no saber leer y escribir y muy insatisfecho / insatisfecho con dientes / boca. Las variablesrenta per cápita, no dormir por problemas dentarios, nunca fueron al dentista, no huboocurrencia de dolor de

dientes y la ausencia de tratamiento odontológico estuvo positivamente asociada a la ausencia de carie. De todos los individuos evaluados 26,61% eran libres de carie. A pesar de no contar con el abastecimiento de agua con flúor poseían hábitos diarios de uso de los dentífricos con flúor, así como los cepillos de diente.

Al contrario de los estudios abordados anteriormente el estudio de Arantes et al (2010) presentó un declino de la actividad de carie de los indios Xavantes. Esta mudanza se da por la inserción de un programa en esta comunidad en la cual se trabajaron tres componentes principales: educacional, preventivo y clínico. El éxito de este programa presentó resultados en el período de 2004 a 2007, los valores de DMFS en la franja etaria de 11-15 años tuvieron una reducción significativa en la experiencia de carie. El score medio del DMFS cayó de 4,95 en 2004 para 2,39 en 2007 ($p < 0,01$). También fue observado un aumento en el porcentual de individuos que estaban libres de carie: en 1999, 20% de los adolescentes 11-15 no tenían caries; en 2007, la proporción subió para 47%. Esta mudanza es en gran parte resultante de la promoción de la salud bucal a través de medidas preventivas como el acceso al flúor y cuidados básicos en la reducción de la desigualdad entre Indios y no indios.

La alta prevalencia de carie y muchos dientes con necesidad de tratamiento en todas las franjas etarias de los indios Potiguara, atribuidos a la mudanza en el perfil de hábitos alimentares, fueron hallazgos de Sampaio y colaboradores en 2010. Destacaron también que los indígenas que residen en áreas remotas y primitivas presentan un alto grado de carie dentaria cuando son comparados a los indígenas que viven en áreas próximas de un acceso a la red de salud. Esto viene en contra con la cultura de que pueblos primitivos con la alimentación 'in natura' tendrían menos sacarosa en la dieta presentando menos índices de enfermedades bucales.

Otro estudio que también determina la gravedad de la carie dentaria en los indios suramericanos fue el de Soares et al. (2019) donde se observó heterogeneidad en todas las franjas etarias, variando de 79,7 a 99,7%. La carie dentaria continúa siendo un importante problema de salud pública para los pueblos indígenas suramericanos. Se sugieren estrategias de prevención y tratamiento que consideren las especificidades culturales son necesarias.

Diferente de investigaciones epidemiológicas que solo buscan la experiencia de carie en poblaciones nativas, Filho et. al. (2014) identificaron factores asociados (además de la carie) los de las enfermedades periodontales también, en poblaciones indígenas en América Latina. Las etnias indígenas más pesquisadas fueron las de Brasil, con mayor porcentual de estudios sobre comunidades indígenas del Xingú Xavante

(31,6%). Por el análisis de la revisión fue posible concluir que el aumento de la edad y diferencias entre sexos son posibles factores asociados al aumento de la carie dentaria y enfermedades periodontales en las etnias Guaraní y Xavante, localizadas en Brasil. Resaltan aún la insuficiencia de estudios con metodología apropiada que confiere a los pueblos indígenas de América Latina una invisibilidad epidemiológica perjudicando la producción de conocimiento sobre las condiciones de salud bucal.

Al evaluar a los pueblos indígenas Xavantes fueron analizadas relaciones complejas entre macro y micro determinantes de la salud bucal. Fueron asociadas interacciones con las variables indicadoras socioeconómicas, variables de salud bucal, padrones de adquisición de alimentos en las familias, sexo y edad. Como resultados fueron demostrados vínculos significativos con carie dentaria para indicadores socioeconómicos, variables de salud bucal, padrones de adquisición de alimentos en las familias, sexo y edad. Además de esto, vivir en domicilios con condiciones socioeconómicas más favorables y mayor acceso a recursos alimentares estaba ligado a menos carie dentaria dentro de un cuadro histórico específico de marcada transformación social, política y ambiental durante las vidas de los participantes del estudio. (ARANTES et al. 2018)

Aún no hay en el presente momento el resultado del proyecto técnico “Investigación Nacional de Salud Bucal de los Pueblos Indígenas realizado en 2018” organizado por la SESAI. Con este estudio se objetiva conocer la situación de salud bucal de la población indígena Brasileña. En Brasil lo que está en vigencia y que corresponde de forma superficial a una estimativa de estas condiciones es la Pesquisa Nacional de Salud Bucal (SB Brasil 2010) que incluye parte de la población indígena (que se autodeclara indígena) para análisis. El estudio de Miranda et al (2018) resalta la limitación de la pesquisa que se refiere al hecho de que fue investigado apenas individuos residentes en áreas urbanas. Según el último Censo Demográfico Nacional, la mayoría de la población indígena (63,8%) vive en áreas rurales, de los 896.917 presentes en Brasil. Los resultados apuntan a que existan disparidades en los padrones de carie entre individuos indígenas y no indígenas auto identificados.

Lemos et al (2018) aborda otra forma exitosa de obtener índices positivos en lo referente a la salud bucal indígena. A través de uso de datos secundarios del Distrito Sanitario Especial Indígena Xingú del Proyecto Xingú, de la Universidad Federal de San Pablo se observaron coberturas de primera consulta odontológica programática mayor que 60% en todos los años analizados, excepto en 2009 y 2010, cuyas coberturas fueron de 44,7% e 53,4%, respectivamente, hecho este que pueda estar relacionados a la fragilidad de gestión y convenios. El indicador de tratamiento odontológico básico concluido presentó

aumento significativo, de 44,9% para 79,9%, entre 2006 y 2008. La proporción de exodoncias en el conjunto de los procedimientos disminuyó de 24,3% en 2004 para 3,8% en 2011. La cobertura de la media de la acción colectiva de cepillado dental supervisada obtuvo la mayor variabilidad (1,2 a 23,3%) en el período analizado.

Este mismo autor y sus colaboradores ya habían realizado en 2010 una publicación que presentaba las acciones desarrolladas en la construcción del modelo de atención en salud bucal en el DSEI-Xingu multinstitucional entre la Universidad Federal del Estado de San Pablo (UNIFESP), Facultad de Odontología de Ribeirão Preto - Universidad de San Pablo (FORP-USP) y la Colgate®, donde entre otros hallazgos utilizó el principio de la integralidad en la atención no limitándose a la simple atención a la demanda espontánea, pero desarrolló medios de sensibilizar en el individuo la importancia de las acciones colectivas de amplia resolución y acciones de promoción de salud que fueron compartidas con agentes indígenas de salud, profesores, chamanes, padres y otros, bajo la responsabilidad y la orientación del equipo. Se percibe a través de este proyecto la evolución de los indicadores en salud bucal, entre 2004 y 2006, mejorando los índices de acceso, control de enfermedad caríe y periodontal, relación restauraciones/ extracciones, capacitación AIS, promoción de salud y acciones colectivas.

Un estudio más revela una prevalencia muy alta de carie, esta vez se encontró en pueblos indígenas Sateré-Mawé residente en Barreirinha, Amazonas, y los indígenas Tikuna residentes en la zona urbana de Manaus (AM). En este, fue comparado el índice CPOD y la necesidad de tratamiento odontológico en cada una de las etnias, estas variables fueron correlacionadas, pues a medida que el índice CPOD aumenta, aumentan las chances de necesitar de tratamiento odontológico. Los resultados mostraron que la etnia sateré-mawé presenta mayor prevalencia de tratamiento odontológico en relación con la etnia tikuna, lo que puede ser explicado por la gran dificultad de acceso a los servicios odontológicos y por la ausencia de acciones educativas y preventivas de promoción de la salud bucal. Abordaron y enfatizaron la necesidad de ampliar el acceso a la salud bucal en esas comunidades, teniendo en consideración aspectos logísticos, el acceso geográfico y las barreras tecnológicas, ambientales, lingüísticas y culturales. Destaco aún el aumento de la prevalencia de carie derivada también del consumo de alimentos industrializados, particularmente el azúcar, asociado a la atención odontológica precaria o inexistente en muchas comunidades indígenas.

Otro estudio transversal aborda de esta vez la asociación entre infecciones dentarias (carie y enfermedad periodontal) y enfermedades sistémicas (diabetes, hipertensión y obesidad) en la población indígena de Brasil. En conclusión, Individuos con

enfermedad periodontal destructiva presentaron mayor presión arterial sistólica ($124 \pm 20,34$ mmHg) que aquellas sin enfermedad periodontal destructiva ($117,52 \pm 16,54$ mmHg; $P = 0,01h$) existiendo una correlación positiva. Así, pacientes con diagnóstico de hipertensión deben ser enviados para evaluación odontológica y viceversa. Se concluye a través de estos hallazgos la necesidad del cumplimiento del principio de la integralidad de la atención.

Alves Filho et al. (2009) analizaron la situación de salud bucal de los indios Guaraní del Estado de Río de Janeiro, atendidos en el área de alcance del Polo-Base de Angra dos Reis (municipios de Angra dos Reis y Paraty). Luego del examen aproximadamente 60% de la población no demostraron problemas periodontales, en cuanto 20,9% y 11,3% presentaron sangrado gingival y cálculo como condiciones periodontales más graves. El CPOD medio de la población fue de 6,3, categorizado como alto. No fue observado, cualquier programa de capacitación disponible por la institución a los profesionales, información esta ratificada por los profesionales cuando asumieron el cargo en el DSEI.

Ya Vieira y colaboradores en 2011 aplicaron en su estudio el análisis de la detección de otras enfermedades bucales, saliendo de la insistencia de varios estudios que abordan comprobación del mayor índice de prevalencia de carie y enfermedad periodontal en nativos, como si esas dos enfermedades fuesen las únicas que les ocurre. Entretanto, también fueron abordadas en este trabajo. Siendo así el objetivo de esta pesquisa que fue evaluar la distribución de las lesiones y variaciones anatómicas de la normalidad en ocho grupos étnicos residentes en la Reserva Indígena Umutina, Estado de Mato Grosso, Brasil, a través de exámenes físicos y orales, además de evaluación citológica y evaluación de dieta y hábitos, como consumo de tabaco y alcohol. Un total de 291 indios fueron examinados, de ambos géneros, con edades entre 1 y 96 años, siendo identificadas 132 variaciones de la normalidad, evidenciando una alta ocurrencia de anquilosia, presente en 108 casos (37,1%), seguida de benigna glositis migratoria en 5 casos (1,7%); toro mandibular y candidiasis en 3 casos (1,0%). Felizmente ninguna lesión maligna fue detectada en la población. Con relación al índice de carie y necesidad de tratamiento, un estudio transversal en una de las ocho aldeas estudiadas, la aldea Umutina, examinaron individuos en la franja etaria de 11 a 13 años y se observó un aumento en la indicación de tratamientos conservadores, indicando que la salud bucal de los niños indígenas está lejos del ideal. Además de estos aspectos, la periodontitis agresiva no fue observada en las comunidades, pero la mayoría de la población examinada presentó gingivitis o periodontitis crónica. Se atribuye a esto la presencia de apenas una EMSI en la reserva indígena, compuesto por apenas un dentista y la proximidad con la sociedad urbana lo que viene modificando su

cultura y hábitos alimentares. Así, el destaque de este estudio está atribuida a la idea de la importancia del autocuidado y auto percepción en salud bucal, se debe salir del eje de que solo se procura atención para tratamiento de carie pues atrás de esto puede haber un universo de afecciones que necesitan de cuidado mayor.

Sampaio et al (2010) evaluaron a través de un estudio transversal el abordaje de la prevalencia de carie y necesidades de tratamiento en residentes indígenas brasileños en las aldeas indígenas Potiguara. En todas las franjas etarias de estos indígenas, se observó alta prevalencia de carie y muchos dientes que necesitaron tratamiento.

Dumont et al (2008) desarrollaron con los indios Xakriabá, en Minas Gerais, un estudio que tuvo como objetivo conocer las necesidades de tratamiento odontológico buscando organizar las citas de los pacientes para tratamiento. Entre los procedimientos odontológicos más realizados, se encuentran las cirugías bucales. Procedimientos estos prevalentes por la carencia de materiales restauradores y obturadores resultando en la mutilación de los mismos. Ambos estudios desarrollados con los Xakriabá revelan un gran número de personas con necesidades de tratamiento, lo que sugiere la necesidad de intensificación de medidas de promoción de salud junto a esta etnia.

Investigadores han asociado a la deficiencia de nutrientes durante la infancia a las circunstancias socio económicas adversas de poblaciones indígenas. Siendo así puede llevar al retardo del crecimiento, bien como afectar la estructura dentaria, la tasa de secreción salivar, reduciendo la capacidad de actuación de su sistema inmunológico (Nicolau et al., 2015). Algunas pesquisas apuntan a la desnutrición como factor de riesgo para carie dentaria (Oliveira, 2016), pero, otras no muestran asociación estadísticamente significativa (Abreu, 2013). A pesar de no haber consenso en la literatura nacional el autor sugiere una reflexión, sobre el programa Brasil Sonriente que, a los ojos de las políticas públicas establecidas por los gestores, es un suceso eminente, ¿pero será que el programa Brasil Sonriente indígena es realmente un suceso? Este cuestionamiento sirve de reflexión.

5.11 Acceso y acogimiento

Al hablar de acceso este debe proveer acceso de los indígenas a los servicios de salud de forma amplificada, atenciones realizadas para toda la demanda expresa y

reprimida, siendo prioritarios los casos de infección y dolor. Trabajando lo individual y colectivo y de preferencia dentro de su ambiente local.

Cohen Carneiro et al. (2009), comenta que, en Brasil, la política nacional de salud preconiza la “universalidad” como un principio del Sistema Único de Salud (SUS), pero el acceso a servicios de salud bucal aún es muy restricto. Existen desigualdades regionales marcadas, como las regiones Norte y Nordeste en peor situación si son comparadas a las demás regiones del país. Por lo tanto, las desigualdades socioeconómicas reflejan en la utilización de los servicios destinados a la salud bucal.

En relación con esta temática, Gomes & Esperidião (2017) evaluaron el acceso de los usuarios indígenas a los servicios de salud especializada (media y alta complejidad) del Municipio de Cuiabá, a partir de la CASAI Cuiabá. Aunque se hayan observado mejoras categorizando como parcialmente satisfactorias se percibe la inconsistencia de la responsabilidad de cual ente federado es responsable por esta atención. Se adiciona a esto la desarticulación entre el DSEI y el municipio y la persistencia de obstáculos socio organizacionales, culturales y geográficos en el acceso a la media y alta complejidad del municipio estudiado.

Santos et al (2011) describen el acceso a los servicios de salud de la población indígena de las etnias Kanelay Guajajaray su satisfacción con la asistencia prestada por el Sistema Único de Salud (SUS). Los frutos de esta discusión apuntan a la distancia como principal factor limitante para el acceso al sistema de salud; con relación a la alimentación de los pacientes internos revelaron ser muy distinta de su dieta; En la noche en las instancias de salud no dormían como de hábitos en sus aldeas. Siendo así se concluye entre otros que el abordaje sociocultural a esta población fue poco priorizado en la unidad Hospitalar estudiada.

Otro estudio, esta vez realizado en la Tierra Indígena Faxinal (TIF), en el municipio de Cândido de Abreu, Paraná, apuntaron a dificultades en el acceso a los servicios de salud de los ancianos en esta TI. Citaron la distancia entre la unidad de salud y sus casas, aunque, haya transporte disponible para locomoción de estos, ellos alegan este movimiento ser estresante y agotador. Alegaron al horario de funcionamiento como siendo una barrera en determinados momentos. En relación con la referencia del SUS, el acceso a los cuidados necesarios se caracterizó por atrasos, principalmente cuando existió la necesidad de referenciar a los ancianos a otros servicios de la red. Debido al contacto interétnico ya las modificaciones implantadas por el sistema público de salud, esta realidad mudó, notándose una falta de respeto en la acreditación por parte de estos en la medicina indígena y un contraste cultural.

Benevides et al (2014) apuntaron auxiliar en la comprensión de la importancia y del significado de la garantía del acceso de la población indígena a los servicios de salud y de su participación en las políticas públicas y apuntaron como desafío el acceso de la población nativa a los servicios de salud y una peculiaridad bien observada, en que el SASISUS, organizado en DSEI, bajo la responsabilidad directa del gestor federal, presenta una organización territorial diferente de la división político-administrativa del país, pues la distribución demográfica tradicional de los pueblos indígenas no coincide, necesariamente, con los límites de los estados y municipios donde están localizadas las tierras indígenas. O sea, el área de alcance de cada distrito puede englobar diversos municipios, inclusive de diferentes estados. Entre tanto, existe la necesidad de articulación entre los DSEI y los gestores municipales y estatales, por ejemplo, para el establecimiento de la red de referencia de los servicios de salud. Los servicios propios de los DSEI se limitan a la atención primaria y, para garantizar la integralidad de la atención de la salud de los pueblos indígenas, es necesario definir y acceder a la red de referencia para acciones de salud de media y de alta complejidad presentes en los municipios.

El acceso a la salud es un derecho constitucional, pero como fue descrita anteriormente, la realidad de las poblaciones que viven en áreas rurales, remotas o fronterizas, tienen dificultades para ejercer este derecho, principalmente debido a la discontinuidad del cuidado y el incumplimiento de las acciones preconizadas en la PNASPI y atribuidas a fallas ejecutadas en la gestión de los servicios de la red de atención.

Aun hablando de esa casuística, los estudios también se han preocupado con la interpretación del contexto en que la población vulnerable está inserida. Pues no solamente podemos evaluar la disponibilidad de servicios en la red de atención y verificar si ellos la utilizan o no, se debe entonces tener en consideración también aspectos sociales, culturales y económicos, además de la cuestión territorial. En esta perspectiva, puntos positivos fueron encontrados en el estudio de Errico (2011) realizó la evaluación del acceso y utilización de los servicios de salud por la población de la etnia xakriabá, en el norte de Minas Gerais, identificando la influencia de los factores demográficos, socioeconómicos y de condiciones de salud en su magnitud. La prevalencia de acceso a los servicios de Atención Básica fue más elevado para las mujeres. El soporte social y participación comunitaria fueron otros dos factores que influenciaron positivamente el acceso a la Atención Básica. Se observó aún que los individuos que viven a una distancia mayor que cinco kilómetros del Puesto de Salud procuraron menos estos servicios. Las personas con edad entre 30 a 59 años presentaron menor frecuencia en el acceso a los servicios de media y alta complejidad, en cuanto al recibimiento de la Beca

Familia aumentó este acceso en 50%. Adicionalmente, hubo una elevación de la prevalencia de la utilización de los servicios de salud a medida que la escolaridad aumento.

Con estos resultados muestra la influencia de estos factores en la dimensión del acceso. Teniendo en vista este hallazgo los servicios de salud deben organizar una mejor oferta de servicio. Se agrega a esta necesidad del compromiso de las esferas municipales, estatales y federales de legislar de forma compartida, junto a la participación indígena, estos factores de relevancia para la atención de la oferta de servicios más justa equiparadas las oportunidades vividas por las poblaciones no indígenas.

Morais-Silva (2013) evaluó la atención a la salud bucal en el municipio de San Gabriel da Cachoeira, categorizando para el análisis de las dimensiones de proceso y estructura. Ya que este municipio posee población indígena rural y urbana, la atención de los servicios y acciones de salud es prestada por la esfera municipal (Secretaria Municipal de San Gabriel da Cachoeira-SUS) para los indios urbanos; y por la esfera federal (DSEI ARN-SASISUS) a los indios rurales. Apesar de la tentativa de impedir el acceso de los indios urbanos en instancias de salud cuya cobertura es destinada a los indios rurales y viceversa, los indígenas, así como cualquier ciudadano brasileño, cubierto por el principio de la Universalidad para el acceso al sistema, tiene libre arbitrio de transitar en la instancia de salud que más les fueron viable. Como resultados de este trabajo de disertación la dimensión de proceso y estructura para la red de salud del SUS fue considerada como SATISFACTORIA, atendiendo los requisitos de instalaciones físicas, equipamientos e insumos odontológicos, recursos humanos, planeamiento, sistema de información, acceso y promoción y protección en salud. Entretanto al analizar una instancia de salud de la red de atención del DSEI, el polo-base llamado isla de las flores que tiene acceso terrestre, revelo como índice de las dimensiones de proceso y estructura el resultado INSATISFACTORIO, donde en nada atendía a estas subdimensiones de análisis. Aunque no se pueda generalizar el resultado de esta evaluación de la instancia indígena de salud para todos los polos bases del DSEI ARN, se puede observar cuán desestructurada estaba esta unidad de prestación de servicio de salud.

En este polo se verificó también que la red de atención que lo abarca está desprovista de puestos de salud indígena. El número de veces en que la ESB visita los Polos es en media dos veces al año. La capacitación de los recursos humanos para la salud indígena no fue priorizada como instrumento fundamental de la adecuación de las acciones de los profesionales y servicios de salud del SUS a las especificidades de los

pueblos indígenas. La integralidad de la asistencia no es alcanzada. No hay una articulación estructurada en la referenciación y contra referenciación de los pacientes a las unidades de salud.

Aún como parte de la metodología se realizó la pesquisa en Bases Nacionales como el CNES, SIASI con el fin de verificar a través de números como se da la producción ambulatoria, el número de personas atendidas, usuarios referenciados y número de procedimientos realizados. Teniendo en vista el total de la población en el período estudiado, el número de personas atendidas en los diecinueve polos-base fue de 26,61% en 2009, y 13,86% en 2010. El número de procedimientos realizados en 2009 alcanzó un porcentual de 67,11% y en 2010 34,51%. El número de usuarios referenciados en 2009 fue inferior al de 2010 y las especialidades en que más fueron referenciados pacientes fueron la endodoncia y prótesis dentaria, de acuerdo con datos del SIASI del DSEI/ARN.

Durante la visita tampoco observo una sede propia de ese Polo-Base. Cuatro comunidades pertenecientes a este Polo fueron visitadas. No se encontró el mínimo de estructura física para atención, donde el mismo era realizado de improviso arriba de unas mesas, sillas y lo que estuviese cerca. Por no existir al menos una sala propia para acomodar el equipo, durante la visita a las familias, la atención o registro era realizado en la propia casa de las familias.

Algunas prácticas ejercidas sean ellas por la administración directa de la atención a la salud bucal de las esferas municipal y estatal, sean por las acciones ejecutadas por los equipos de salud bucal, aún presentan dificultades en el cumplimiento y efectividad conforme preconiza políticas, leyes y decretos. Existe aún una deficiencia en el monitoreo y evaluación de las actividades, bien como en la ejecución de un levantamiento epidemiológico o que refleja negativamente en el planeamiento en salud bucal.

Por otro lado, mudanzas en todas las subdimensiones de análisis del DSEI/ARN/SGC deben ser realizadas. Se apuntó en el presente estudio un distanciamiento entre las propuestas reglamentadas de las organizaciones y establecimientos del subsistema en salud indígena y el modo de atención que la población viene recibiendo actualmente. Se puede observar la falta de organización en la atención de las necesidades de salud de la comunidad, con poca resolución y total discontinuidad en las acciones de atención a la salud. No se observó una asistencia continuada e integral de las acciones de salud, ausencia de planeamiento, levantamiento epidemiológico, control social y promoción a la salud en su real significado. Además de carencia en el acceso, oferta de servicios, así como precariedades en la ejecución y funcionamiento del SIASI.

Es sabido que los desafíos para la atención y cuidado con la salud bucal de una población que sea indígena o no son muchos, pero un equipo capacitado, hizo ajustes en las deficiencias encontradas, una gestión activa y presente son requisitos iniciales para una mudanza en el panorama encontrado y como a esto, a través de esos hallazgos se puede verificar la discrepancia aún existente en el mejoramiento de la atención a la salud de la población indígena y de la no indígena.

CAPÍTULO VI- RESULTADOS

6 RESULTADOS INHERENTES A LA PRODUCCIÓN DE ESTUDIOS QUE REFERENCIAN LA ATENCIÓN A LA SALUD INDÍGENA.

La búsqueda identificó 253 (artículos y otros) con temas pertinentes al estudio. Posterior a la revisión de los títulos, resúmenes y palabras-clave/descriptores, además de la utilización de los criterios de inclusión y exclusión, fueron seleccionados y leídos en la íntegra 139 estudios. De esos, 61 fueron seleccionados para el desarrollo de la discusión y resultados, por estar más alineados al objeto de estudio.

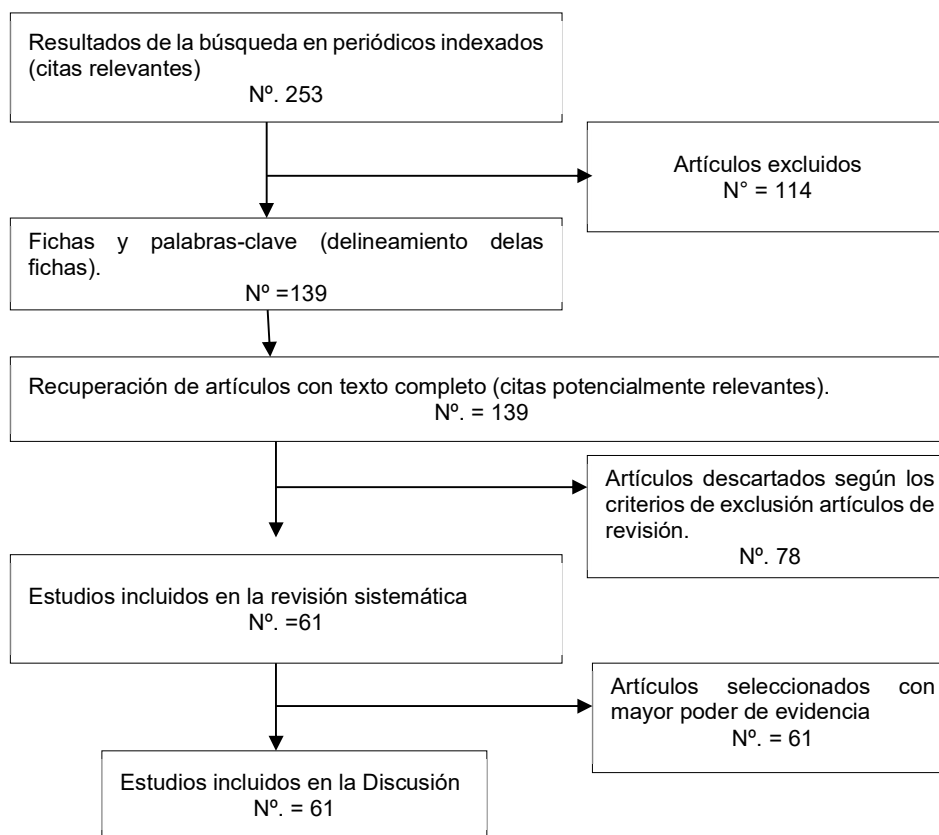


Figura 17. Flujograma de identificación de los estudios

Hubo una revisión de los títulos criteriosa, con temática de acuerdo con la línea de la pesquisa, donde fueron hechas fichas para que pudiese encontrar los fundamentos teóricos que respaldase el abordaje significativamente. La Tabla 13 aborda una síntesis de los artículos seleccionados con mayor poder de evidencia.

Tabla 13.
Artículos seleccionados con mayor poder de evidencia.

Título	Autores	Metodología	Aspectos abordados	Año	Lugar
Agravios en la salud Kaingáng (Tierra Indígena Xapecó, Santa Catarina) y la estructura de los servicios de atención biomédica.	DIEHL, ELIANA E.	Estudio descriptivo, análisis documental.	Implementación dos DSEI a estructura dos servicios de atención biomédica en la tierra indígena de Xapecó- SC	2001	SC
Organizaciones indígenas y distritalización sanitaria: los riesgos de “hacer ver” y “hacer creer” en las políticas de salud	GARNELO & SAMPAIO	Análisis documental y observación participante	Recursos humanos referencia contra referencia	2005	AM
Implementación de la política de salud indígena en el Polo-base Angra dos Reis, Río de Janeiro, Brasil: entre ves y perspectivas.	CHAVES MBGET AL.	Análisis de Política de salud	Política Nacional de Salud Indígena	2006	RJ
Condiciones sanitarias y socioambientales en Lauaretê, área indígena en San Gabriel da Cachoeira, AM.	GIATTI, L. L. ET AL	A metodología adoptada fue cualitativa e o método da pesquisa-acción fue utilizado principalmente para abordajes cualitativos, viabilizadas en reuniones comunitarias con indígenas e investigadores en las villas componentes de la sede del distrito.	Condiciones sanitarias socioambientales - Infraestructura.	2007	AM
Índice de necesidad de tratamiento odontológico: el caso de los indios Xakriabá	DUMONT et al	Transversal	Índice de necesidad de tratamiento odontológico en indígenas.	2008	MG
Caries, género y mudanza socioeconómica en los indios Xavante do Brasil Central.	R. ARANTES et al	Estudio transversal	Niveles de experiencia de caries entre subgrupos Xavante que viven em diferentes Tierras Indígenas	2009	MT
Salud bucal de los indios Guaraní en el Estado de Río de Janeiro, Brasil	ALVES FILHO et al.	Estudio transversal – investigación epidemiológica	Análisis de la situación de salud bucal de los indios Guaraní.	2009	RJ

Continúa

Título	Autores	Metodología	Aspectos abordados	Año	Lugar
¿Como tratar los datos de lamuestra del Censo Demográfico 2000 en la obtención de estimativas para los "indígenas"? Un estudio a partir de las Tierras Indígenas Xavante, Mato Grosso.	PEREIRA, ET AL	Métodos y sistemas automáticos de formación de áreas de ponderación	Estimar, con base en los datos de la muestra del Censo 2000, características de áreas indígenas nocontiguas.	2009	MT
Salud bucal en transición: el caso de los pueblos indígenas de Brasil	ARANTES & FRAZÃO	Estudio de caso	Distribución de cariesenlapoblación indígena.	2010	MT
Caries dentaria y necesidades de tratamiento entre indígenas de la reserva indígena potiguaraen Brasil.	SAMPAIO et al.	Estudio transversal	prevalencia de cariesylas necesidades de tratamiento.	2010	RN
El modelo de atencióna la salud bucal enelMedioy Bajo Xingu: convenios, procesos y perspectivas.	LEMOS et al	Implementación de modelo de salud	Acciones desarrolladas en la construcción del modelo de atención en salud en el Distrito Especial Indígena – Xingu (DSEI-Xingu).	2010	MT
Caries dentaria ynecesidades de tratamiento entre indígenas de la reserva indígena Potiguaraen Brasil.	SAMPAIOet al	Estudio transversal	Prevalencia de cariesy necesidad de tratamiento.	2010	PB
Asistencia prestada por el Sistema Único de Salud de Teresina a la población indígena de Maranhão, 2011: un estudio descriptivo.	SANTOS, MARIZE MELO y colaboradores.	Estudiodescriptivo	Acceso a los servicios de salud	2011	MA
Evaluación de la salud bucal en una comunidad de brasileños nativos de la reserva de Umutina, Mato Grosso.	VIEIRAet al.	Estudio transversal	Evaluar condiciones de salud bucal de indígenas de ocho aldeas.	2011	MT
Odontologíaen la aldea: la salud bucal indígena enuna perspectiva antropológica.	MACHADO & DIAS	Método dialéctico.	Interculturalidad, capacitación en recursos humanos. Relación profesional-paciente	2012	BR

Continua

Título	Autores	Metodología	Aspectos abordados	Año	Lugar
Promoción de la salud en la comunidad indígena Pankararu.	OLIVEIRA et al	Pesquisa descriptiva, exploratoria, conabordajecualitativa.	Percepción en salud bucal o Promoción de salud	2012	PE
La salud indigenista y los desafíos de la participación indígena	CRUZ & COELHO	Revisión bibliográfica, pesquisa documental y trabajo de campo.	Participación indígena en la organización de los servicios de salud en el modelo de Distrito sanitario Especial Indígena (DSEI).	2012	MA
Contribución de los agentes indígenas de salud en la atención diferenciada a la salud de los pueblos indígenas brasileños.	DIEHL et al.	Revisión bibliográfica	Atención diferenciada	2012	BR
Atención a la salud bucal en las comunidades indígenas: una revisión de literatura.	BERTANHA et al	Revisión de literatura	Atención a la salud bucal en las comunidades indígenas	2012	BR
Desigualdades sociales y ambientales en la carie dentaria en la población indígena en Brasil: evidencias de 2000 a 2007.	ALVES FILHO et al	Estudio ecológico	Prevalencia de carie y asociaciones.	2013	BR
"El Sesp nunca trabajo con indios": la (in) visibilidad de los indígenas en la actuación de la Fundación Servicios de Salud Pública en el estado del Amazonas.	SOUSA et al	Análisis documental y entrevistas.	Actuación de la Fundación de Servicios de Salud Pública junto a las poblaciones indígenas.	2013	AM
Salud de los servidores de las casas de salud indígenas y polos-base de la fundación nacional de salud, mato grosso do sul.	DOMINGUES et al	Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo.	Situación de salud de los servidores llenos en las Casas de Salud Indígena y Polos-Base.	2013	MS
Política de salud indígena en Brasil: reflexiones sobre el proceso de implementación del Subsistema de Atención a la Salud Indígena.	MARTINS, André Luiz	Estudio cualitativo-descriptivo en el formato de ensayo.	Actuación del Estado en el campo de las políticas de salud indígena.	2013	BR
Evaluación de la Atención a la Salud Bucal en el Municipio de San Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil.	Morais-Silva, WVMS	Tesis- Evaluación en servicios de salud	Análisis de implantación de los servicios de salud bucal de SGC	2013	AM

Continua

Título	Autores	Metodología	Aspectos abordados	Año	Lugar
Estado de salud bucal de la etnia Xukuru de Ororubá: análisis multinivel.	MAURÍCIO & MOREIRA	Levantamiento epidemiológico con Investigación domiciliar y análisis bucal y análisis documental.	Análisis de carie y asociaciones.	2014	PE
Factores asociados a la carie dental y enfermedad periodontal en indígenas en América Latina: revisión sistemática	ALVES et al	Revisión sistemática	Factores asociados a la carie dental y enfermedad periodontal	2014	AL
Salud y pueblos indígenas en Brasil: notas sobre algunos temas equívocos en la política actual.	CARDOSO, Marina Denise	Descriptivo	Analizar las políticas de salud para los pueblos indígenas en Brasil	2014	BR
Fórum: salud y pueblos indígenas no Brasil.	WELCH, James R.	Descriptivo	desafíos contemporáneos para la salud indígena y políticas de salud en Brasil.	2014	MT
Salud y pueblos indígenas en Brasil: el desafío de la formación y educación permanente de trabajadores para actuación en contextos interculturales	DIEHL EE, Pellegrini MA	Descriptivo	Formación y educación permanente de trabajadores de la y para la salud indígena	2014	BR
La experiencia de un servicio de salud especializado en la atención a pacientes indígenas.	PEREIRA et al.	Estudio descriptivo, de naturaleza cualitativa, en la modalidad de relato de experiencia.	Relato de experiencia vivido por el equipo multiprofesional de un ambulatorio especializado en la atención a la salud indígena.	2014	SP
Reflexiones sobre cuestiones morales en la relación de indígenas con los servicios de salud	PONTE et al	Pesquisa cualitativa- observación participante.	Cuestiones morales y la relación de indígenas con servicios de salud.	2014	AM
Implantación de la tele salud en la atención a la salud indígena en Brasil	TAVEIRA ZZ et al.	El estudio descriptivo exploratorio cualitativo	Implantación de tele salud indígena.	2014	AM
El poder de acceder a la salud: un análisis del acceso a la salud en la etnia indígena Xukuru de Ororubá, Pesqueira (PE)	AZEVEDO et al	Triangulación metodológica, utilizándose entrevistas, grupos focales, análisis documental y observación directa.	Acceso a la salud de etnia indígena.	2014	PE

Continua

Título	Autores	Metodología	Aspectos abordados	Año	Lugar
El modelo de atención diferenciado en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas: reflexiones a partir del Alto Río Negro/AM, Brasil.	PONTE Set al	Pesquisa cualitativa y las principales técnicas utilizadas para colecta de datos fueron: a) observación participante, en la modalidad participante-como-observador; b) entrevistas gravadas con rúter semiestructurado con agentes indígenas de salud; c) registro sistemático en cuaderno de campo; d) análisis documental.	Atención diferenciada Estructura de la red de atención Referencia e Interculturalidad	2015	AM
Experiencia de carie dentaria entre niños y adolescentes indígenas.	GONÇALVES et al.	Un estudio del censo transversal fue realizado utilizando los criterios de la Organización Mundial de Salud para determinar la experiencia de carie.	Experiencia de carie en población indígena	2015	PE
Intermedialidad y protagonismo: la actuación de los agentes indígenas de salud Munduruku de la Tierra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil	SCOPEL et al.	Pesquisa etnográfica Observación participante y entrevistas semiestructuradas.	Intermedialidad Interculturalismo AIS Educación permanente Red de atención	2015	AM
Transformaciones en la Atención a la Salud Indígena: Tensiones y Negociaciones en un Contexto Indígena Brasileño	DIEHL & LANGDON	Pesquisa etnográfica	Participación indígena no contexto local	2015	BR
Singularidades culturales: acceso de ancianos indígenas al servicio público de salud	BORGHI et al	Estudio cualitativo, guiado por etnografía.	Acceso de indígenas ancianos al servicio de salud.	2015	PN
Gestión participativa en el distrito sanitario especial indígena Cuiabá: un análisis de su viabilidad política.	VARGAS, Karem Dall Acqua.	Tesis- estudio de caso.	Planeamiento participativo en tierra indígena	2015	MT
Asistencia prestada por el Sistema Único de Salud de Teresina a la población indígena de Maranhão, 2011: un descriptivo.	SANTOS et al.	Descriptivo	Interculturalidad Capacitación de RH	2016	MA

Continúa

Título	Autores	Metodología	Aspectos abordados	Año	Lugar
Renta como factor de protección a la carie dentaria entre indígenas de Brasil Central.	ARANTES, R. & FRAZÃO, P	Estudio transversal	Asociación de carie y renta.	2016	MS
Asociación de infecciones dentarias con enfermedades sistémicas en indígenas brasileños: un estudio transversal.	RIBEIRO et al	Estudio transversal	Asociación de enfermedades sistémicas con infecciones dentarias.	2016	BR
Dificultades enfrentadas por los indígenas durante la permanencia en una Casa de Salud Indígena en la región Amazónica/Brasil.	DM SILVA et al	Estudio cualitativo exploratorio, análisis de contenido.	Dificultades enfrentadas por los indígenas durante la permanencia en una Casa de Salud Indígena.	2016	PA
Avances en la captación de datos sobre la población indígena en el Censo Demográfico 2010.	PEREIRA, N.O.M.	Descriptivo	Análisis de los datos censitarios en lo referente a los indígenas	2016	BR
Arañas del medio Jequitinhonha: aspectos socioeconómicos, demográficos y sanitarios de una población indígena desolada.	CARDOSO et al	Survey -Pesquisa cuantitativa.	Características de una población indígena desolada, privilegiando las dimensiones demográfica, socioeconómica y sanitaria	2016	MG
Acceso de los usuarios indígenas a los servicios de salud de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.	GOMES & ESPERIDIÃO	Estudio de caso único	Referencia y contra referencia Acceso Infraestructura Interculturalidad.	2017	MT
Proceso de trabajo y producción del cuidado en un servicio de salud indígena en Brasil	RIBEIRO et al	Estudio de caso	Proceso de trabajo y producción del cuidado	2017	MS
Aspectos culturales e históricos en la producción del cuidado en un servicio de atención a la salud indígena.	RIBEIRO AA et al	Pesquisa interpretativa con abordaje cualitativo, del tipo estudio de caso.	Interpretación de aspectos culturales e histórico en el contexto de salud indígena.	2017	MS
Acceso a las políticas locales de salud un estudio sobre las políticas indigenistas en el Amazonas.	PALHETA, Rosiane Pinheiro.	Pesquisa bibliográfica, pesquisa documental y de campo	Participación indígena en las políticas locales de salud.	2017	AM
Consideraciones bioéticas sobre la relación médico-paciente indígena.	SANTOS et al	Pesquisa Bibliográfica	Relación médico paciente indígena.	2017	BR

Continua

Título	Autores	Metodología	Aspectos abordados	Año	Lugar
El derecho a la salud de los pueblos indígenas y el paradigma del reconocimiento	SARTORI JR&LEIVAS	Revisión bibliográfica	Salud indígena en el contexto de la constitucionalización del derecho a la diferencia	2017	BR
Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil.	LANGDON&GARNELO	Pesquisa antropológica	Articulación entre servicios de salud y medicina indígena	2017	BR
Prevalencia de carie entre la población indígena brasileña de áreas urbanas con base en la Pesquisa Nacional de Salud Bucal de 2010.	MIRANDA et al.	Observacional Prevalencia	Prevalencia de carie	2018	BR*
Determinantes ecológicos y sociales humanos de la carie dentaria entre los pueblos indígenas Xavante en Brasil Central.	WELCH JR.et al	Estudio transversal		2018	MT
Atención a la salud bucal en el Parque Indígena del Xingu, Brasil, en el período de 2004-2013: un mirar a partir de indicadores de evaluación.	LEMOS et al.	Pesquisa cuantitativa	Evolución de los indicadores en salud bucal en comunidades indígenas	2018	MT
Análisis epidemiológico y necesidad de tratamiento endodóntico entre los indígenas Sateré-Mawé y Tikuna.	CAIRES et al	Estudio transversal	Perfil epidemiológico de la salud bucal de los pueblos indígenas Sateré-Mawé.	2018	AM
Por una atención diferenciada y menos desigual: el caso del Distrito Sanitario Especial Indígena de la Bahía	MOTA&NUNES	Estudio cualitativo, de abordaje etnográfico, con aplicación de las técnicas de observación participante e de entrevistas semiestructuradas.	Atención diferenciada	2018	BA

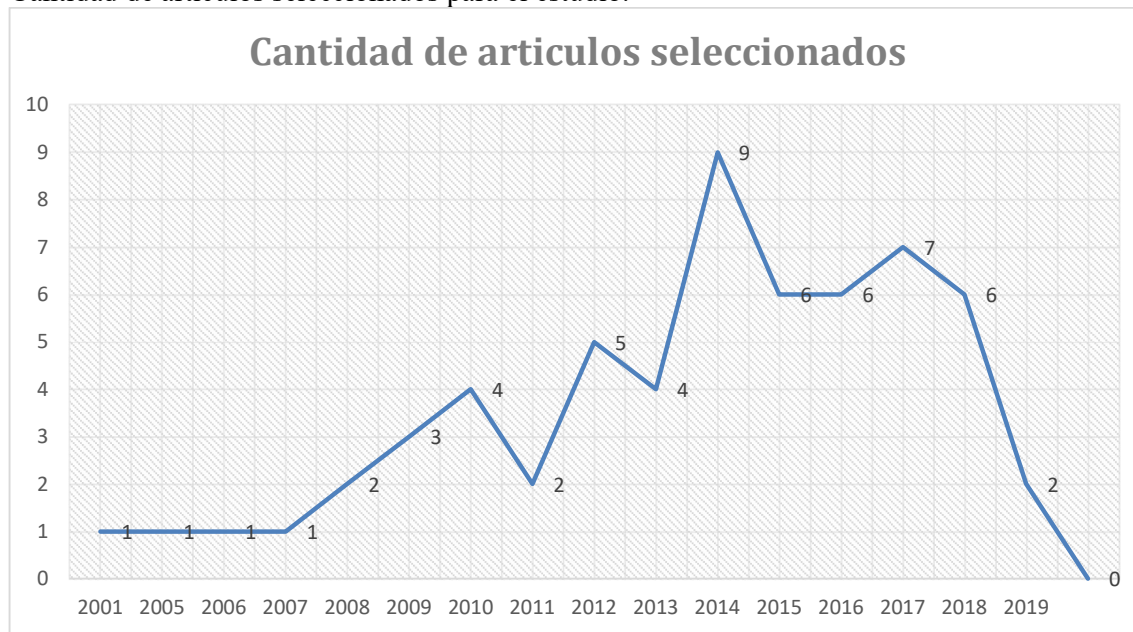
Continúa

Título	Autores	Metodología	Aspectos abordados	Conclusão	
				Ano	Local
Análisis documental de los servicios de salud bucal ofertados a la población indígena en Brasil	RODRIGUESetal	Análisis documental.	Servicios de salud bucal indígena.	2018	BR
CarieDentaria en Pueblos Indígenas Sul-Americanos: Una Revisión Sistemática.	SOARESGH ETAL	REVISIÓN SISTEMÁTICA	GRAVEDAD DE CARIES DENTAL EN INDÍGENAS.	2019	AL*
Autopercepción de la salud bucal por indígenas: Un análisis de clases latentes.	MAURICIO&MO REIRA	Estudio transversal.	Autopercepción en salud bucal por indígenas.	2019	PE

Siendo así, se utilizaron los recursos del lenguaje gráfico para volver posible la organización de los artículos clasificados, facilitando así, la comparación entre ellos, especialmente para establecer conclusiones al presentar la síntesis del levantamiento de datos.

Gráfico 4.

Cantidad de artículos seleccionados para el estudio.



El Gráfico 4 demuestra el resultado de lo cuantitativo de artículos encontrados en el transcurrir del tiempo. El período seleccionado fue entre 2008 a 2018 y el número de artículos encontrados varió de 01 a 09 estudios publicados por cada año de análisis, siendo que en el período antes de la implantación de las directrices de salud bucal en los DSEI había una tímida presencia de pesquisas relacionadas a este campo, ya en el año que más tuvo artículos publicados en la selección de esta pesquisa fue el año 2014, con nueve artículos.

Aunque la metodología y el período de tiempo no abordan el período anterior o posterior al espacio de tiempo de estudio, algunos artículos/otros estudios, fueron encontrados e insertados luego de la lectura de referencias de otros artículos y hasta mismo durante la explotación en la búsqueda activa de literatura que abordase algo relacionado con el tema, ya se encontraron estudios en los años de 2001, 2005, 2006, 2007 y 2019.

La inclusión de estos fue pertinente por abordar el campo de las luchas por reconocimiento de derechos y presiones para efectividad de políticas públicas de salud

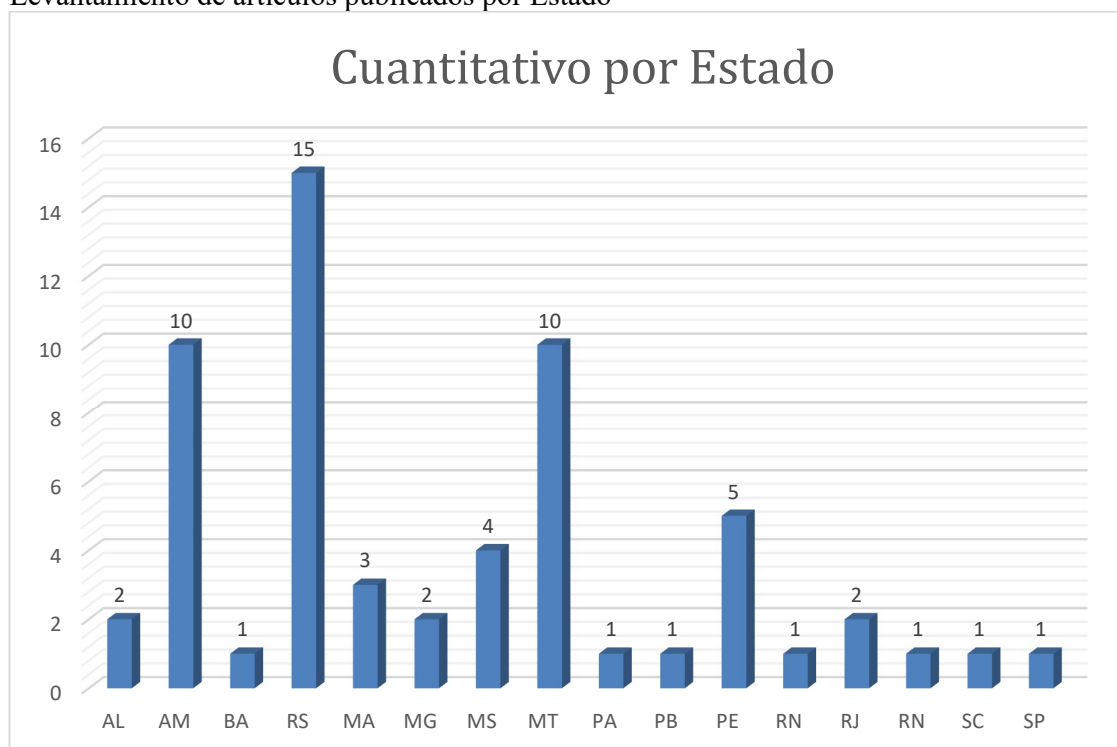
que reconozcan su diversidad cultural. Y esta fuerza por parte de estos han logrado conquistas en el movimiento indígena e indigenista brasileño. Entretanto, la inquietación de los autores es en cuanto a la morosidad con relación a la ineficiencia de la gestión o de los espacios institucionalizados de control social para con la Salud Indígena.

Siendo así, fue realizada una búsqueda literaria, a fin de definir una visión sistemática y criteriosa para la base de la discusión a respecto del tema abordado por esta tesis, siguiendo procedimientos de padrones y con el debido registro de lo que se hace, pues esto posibilitará claramente toda teorización y levantamiento de la particularidad relevante y esta problemática de la salud indígena y más precisamente la salud bucal de los mismos. (Pereira & Galvão, 2014)

Es importante, entretanto, avanzar en la producción de investigaciones sobre las desigualdades epistémicas que sustentan una jerarquía de saberes que produce como invisible o inferior el conocimiento producido bajo otras racionalidades que extrapolan la indolencia de la ciencia moderna, largamente descripta y analizada por algunos de los autores citados en este estudio. Esta estructura de pensamiento jerárquica de una única cultura es responsable por la reproducción de padrones de relación de poder que se mantienen presentes hasta hoy en sociedades marcadas por un proceso histórico de victorias y derechos que en verdad solo quedan en la falacia o en el papel, y esto es efectivado por diversos motivos.

Gráfico 5.

Levantamiento de artículos publicados por Estado



El gráfico 5, es resultado del levantamiento de lo cuantitativo de artículos por estados brasileños, de esta forma se puede percibir que varios investigadores tienen la preocupación de hacer abordajes sobre salud indígena, pero, dos estados tienen una mayor preferencia para los desarrollos de pesquisas, son ellos Mato Grosso y Amazonas, con respectivamente, 10 y 11 artículos publicados. El mayor cuantitativo de artículos, en el total de 15, fue relacionado con estudios en todo Brasil, generalmente realizados en pesquisas bibliográficas, revisión de literatura, análisis documental y revisiones sistemáticas e integrativas.

Teniendo en consideración que el Amazonas es el estado con mayor contingente poblacional indígena y proveedor, en su contexto, de una diversidad de etnias y tierras indígenas, se justifica que es el lugar con mayor número de producciones académicas. De los 3,4 millones de habitantes del Amazonas, un total de 183,5 mil es indígena, lo que corresponde a 5,2% del total de la población en el Estado, según datos del Censo 2010 divulgados por el IBGE.

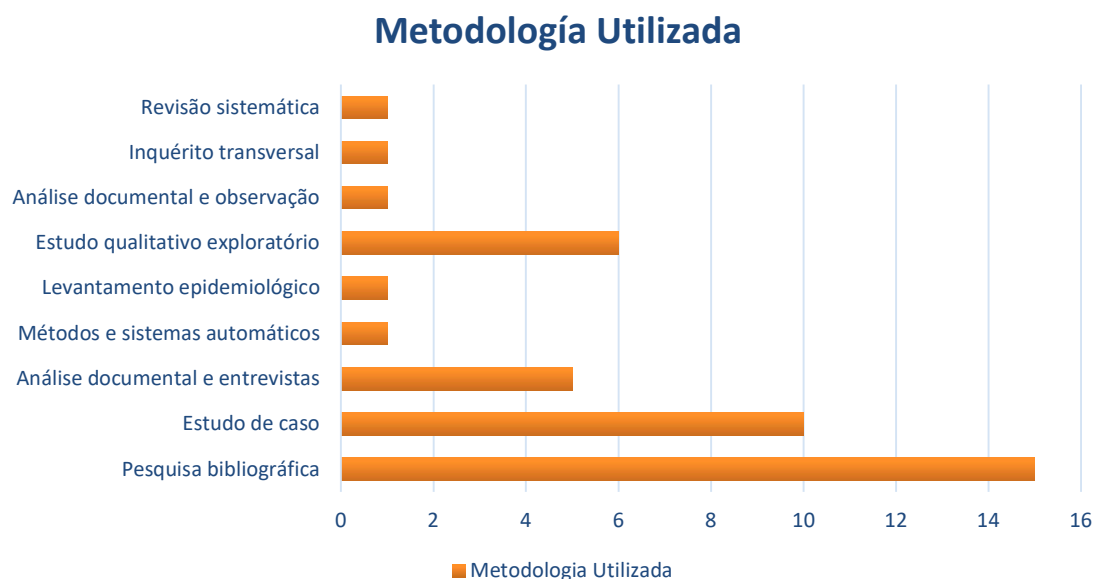
Y el estado de Mato Grosso en 2010 se ha destacado por la elevada tasa de natalidad de sus nativos y por presentar también una pluralidad de etnias y grandes tierras indígenas. Los indígenas de las 48 etnias existentes en el estado representaban 1,16% de la población, actualmente, 3,98%. Además de eso, los indios mato-grosenses corresponden a

5,26% de la población indígena brasileña. Las tierras indígenas más populares son la Pareci, en Tangará de la Sierra, a 242 km de Cuiabá, con 838 pobladores, y el Parque del Xingu, en la región nordeste del estado, que cuenta con 4812 habitantes en nueve municipios. La tercera con mayor población es la tierra indígena para buburé con 3819 individuos distribuidos en los municipios de Campinápolis y Nova Xavantina, de acuerdo con datos del Instituto Socioambiental (ISA). La población Xavante, localizada en el este de MT y poseedora de 12 tierras indígenas, también se ha observado aumento poblacional.

Observando la distribución de los 34 DSEI presentes en el país, en este resultado hubo predominancia por las regiones Centro-Oeste y Nordeste (14 Trabajos), Norte (12), Sudeste (5) y Sur (1). Catorce estados (AL, AM, BA, MA, MG, MS, MT, PA, PB, PE, RN, RJ, SC, SP) fueron contemplados con estudios de su población, otros diez estados (SE, AC, RO, GO, TO, CE, PR, SC, RR, ES) que compone área de alcance del DSEI no presentaron ningún trabajo en su territorio. Se sugiere un mayor alcance para esta región desprovista de explotación científica. Aunque de manera desproporcional, fueron encontrados estudios en todas las regiones del país, pero, en todas ellas hubo similitudes en cuanto al déficit de atención a la salud de la población indígena.

Gráfico 6.

Metodología utilizada en el desarrollo de los artículos



El gráfico 6 se refiere a un levantamiento del tipo de metodología aplicada para categorización de datos para elaboración de los artículos seleccionados. Como podemos inferir, la mayor parte de los estudios utilizó la explotación de la literatura a través de las

técnicas metodológicas de pesquisa bibliográfica, estudios de caso, análisis documental, de carácter cualitativo y exploratorio.

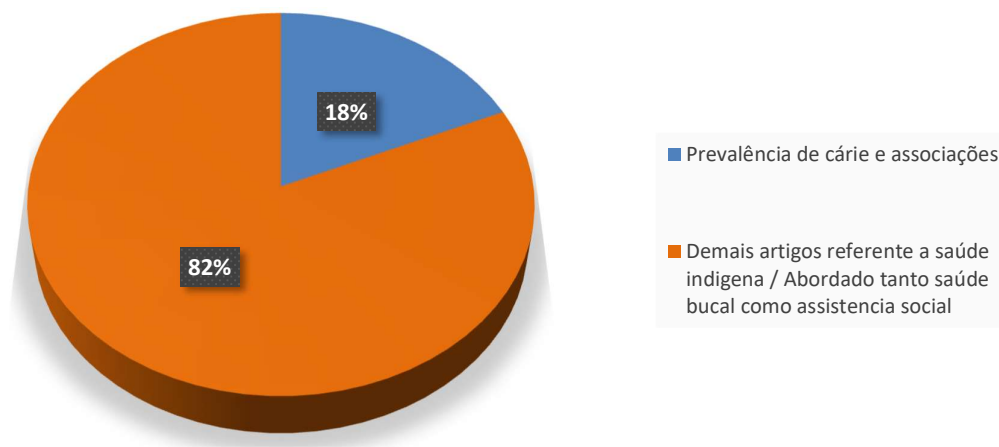
Se puede demostrar que el tema de cada artículo y su objeto de análisis está estrictamente relacionado con la metodología aplicada. Muchos de los trabajos que versaban sobre investigaciones epidemiológicas, como los de prevalencia de caries y enfermedad periodontal tenían una metodología destinada para estudios in situ de abordaje clínico, así como, los que cubrían el análisis y evaluación de servicios y acciones de salud. Y el perfil predominante en esos hallazgos fue la pesquisa cuya fuente era el trabajo de otros autores. A pesar de estos últimos no ser menos importantes que las pesquisas en campo se hacen reflejar en cuanto el campo de la salud pública aún carece de publicaciones resaltando la importancia de estas para planeamientos y herramientas de gestión.

Otro análisis relevante es la remota publicación de revisiones sistemáticas. Por ser pesquisas de gran rigor metodológico y explícito de modo de minimizar errores y presentar resultados confiables, ha sido muy utilizada en la práctica de la salud basada en evidencia, como el objetivo es preparar, mantener y promover el acceso a esas revisiones en los efectos de las intervenciones en salud, reuniendo información de calidad para dar soporte la toma de decisiones en los cuidados en salud.

Para esto debe ser invertido en el campo académico, estimulando los autores para aumentar el número de producciones científicas con la finalidad de proveer datos y resultados para una mejor comprensión de cuestiones relacionada a la salud indígena. Aun así, la atención a la salud indígena ha presentado evoluciones en las dos últimas décadas.

Aspectos más abordados en los artículos seleccionados

PRINCIPALES ASPECTOS ABORDADOS



Yael gráfico 7 muestra el resultado de los principales aspectos abordados en los artículos pertinentes al estudio. En un total de 60 artículos 18% de ellos tiene que ver con el tema de la prevalencia de caries y asociaciones. Los demás artículos, que corresponden a los 82% restantes y que también están dentro de la temática de la Salud indígena, tratan de analizar aspectos destinados más a las prácticas asistencialistas en salud.

Se puede constatar a través de los hallazgos que hay necesidad de más estudios que contemplan la estructura organizacional de la red de atención a la salud indígena. Trabajo de monitoreo y evaluación también se vuelve importante, una vez que las condiciones de salud bucal de la población indígena ya son sabidas, aunque haya tenido declinación cuando son comparadas las condiciones de 20 años atrás aún son caracterizadas por altos índices de caries y enfermedad periodontal. Existe la necesidad de conocimiento del contexto, acceso, acciones y servicios en que están sometidos debe ser más explorado y estudiado.

Según Barros et al (2019), en su artículo menciona que no fueron encontradas producciones anteriores al período de 2008, que aborde la cuestión de la evaluación de las políticas públicas destinada para la salud bucal en Brasil. Esta temática comienza a ganar relevancia a partir de los años 90, especialmente en el área de salud bucal colectiva, mediante la creación del sistema de sistema de salud pública el SUS y la II Conferencia Nacional de Salud Bucal que, viene a incentivar pesquisas en el área.

6.1 Análisis de la efectividad del programa Brasil Sonriente Indígena en el municipio de San Gabriel da Cachoeira-Am.

El municipio de San Gabriel da Cachoeira en el Amazonas tiene sus peculiaridades, y el foco ahora es conocer cómo está la salud bucal de los indígenas luego de 10 años de implantación del programa Brasil sonriente en la sede del DSEI Alto del Río Negro.

Aproximadamente 10 años después del lanzamiento de la Política Nacional de Salud Bucal - PNSB, aunque los cuidados y las acciones de salud bucal hayan sido amplificados y calificados, las ciudades aún encuentran dificultades para efectivizar sus premisas básicas. Pues la localidad y la logística para que las personas responsables contribuyan para suplir esta deficiencia, precisa ser vista con un mirar de compromiso. Tanto son los proyectos y leyes que amparan, pero si no tuviese gestores involucrados, que realmente quieran hacerla diferencia de nada adelanta tantos proyectos buenos. (Informe de Gestión, 2017)

Existen innumerables artículos que abordan el tema salud indígena, pues mismo existiendo innumerables programas y varios recursos destinados a estos pueblos, aun así, existe la problemática de sus aplicaciones.

De esta forma, se buscó abordar de forma sucinta lo que tiene de producción bibliográfica acerca de la atención a la salud en el estado del Amazonas. De los artículos seleccionados para la lectura y discusión, 10 fueron estudiados en el estado del Amazonas, incluyendo algunos municipios y Distritos Sanitarios Indígenas. Con esto, se tendrá un panorama inicial de cómo se encuentra la prestación de servicios y el cumplimiento de la legislación indígena. Los aspectos tratados por los artículos son organizaciones indígenas y distritalización sanitaria, recursos humanos, referencia y contra referencia, condiciones sanitarias y socioambientales relacionadas con infraestructura, experiencia de caries y necesidad de tratamiento, cuestiones morales y la relación de indígenas con servicios de salud, implantación de programas, atención diferenciada, interculturalidad, intermedicalidad, estructura de la red de atención a la salud, educación permanente, participación indígena en las políticas lugares de salud entre otros.

Abajo sigue la descripción de los puntos principales de cada artículo publicado en el Amazonas a respecto de la temática salud indígena y su importancia en la integralidad de la atención a la salud de estos pueblos.

El primer artículo de acuerdo con los autores Garnelo y Sampaio (2005), intitulado **de Organizaciones indígenas y distritalización sanitaria: los riesgos de “hacer ver”**

y **“hacer creer” en las políticas de salud**, en el cual el objetivo principal fue analizar repercusiones etno-políticas, éticas y sanitarias en las prácticas de las organizaciones indígenas, conveniadas con el Ministerio de la Salud, ligadas al proceso de implantación de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) en el Estado del Amazonas. Los DSEI escogidos para el análisis fueron el de Manaus y del Alto Río Negro.

De acuerdo con el análisis de los autores, diversas entidades indígenas pasaron a responsabilizarse por la ejecución integral de las acciones de salud en varios distritos sanitarios. En la relación de los órganos del gobierno federal con los niveles estatales y municipales de comando del SUS, la celebración de convenios fue superada con la Programación Pactada Integrada (PPI) de la gestión plena y básica de la atención y el pase directo de recursos para los fondos de salud, agilizando el financiamiento de los sistemas locales, garantizando la continuidad de las programaciones y la fijación de equipos capacitados para la ejecución de las acciones.

Se enfrenta en estos DSEI la alta rotación de personal, pues la gran oferta de puestos de trabajo en salud, en Manaus y municipios próximos, deja el DSEI en condiciones de inferioridad para captar profesionales en el mercado de trabajo.

El escenario generado por la tercerización de la salud indígena es ambiguo y contradictorio. Por un lado, la participación propiciada por el subsistema de salud indígena encuadra las entidades etno-políticas en propuestas y finalidades preestablecidas, que no necesariamente favorecen la autonomía y la autogestión que inducen los dirigentes indígenas a invertir en el aprendizaje del lenguaje y de estrategias de la tecno-burocracia, en detrimento de la lógica e de formas propias de actuación de los movimientos sociales.

A través del análisis queda claro e indiscutible que la distritalización propició una interacción más respetuosa entre el Estado brasileño y las minorías étnicas, el fortalecimiento institucional y administrativo de las entidades indígenas para el manejo de políticas públicas y la apropiación, por sus líderes, de conceptos y propósitos de la reforma sanitaria que son indispensables a la búsqueda de la deseada igualdad en el acceso a los servicios de salud, aunque se carezca de mudanzas significativas en el cuidado con la salud.

El segundo artículo abordado por el autor Giatti et al (2007), delimitó en su pesquisa las “Condiciones sanitarias y socioambientales en la uretê, área indígena en San Gabriel da Cachoeira, AM”. Describió condiciones sanitarias y socioambientales relevantes a

la salud de los habitantes de la sede del distrito de Iauaretê, área indígena en la Amazonia brasileña que se destaca por la concentración poblacional.

Resaltó la cuestión del agravamiento de los factores de riesgo a la salud, en la dispersión de desechos humanos, que causan la proliferación de vectores y diseminación de enfermedad parasitarias intestinales. Verificaron por medio de investigación parasitológico intestinal entre indígenas de la región del río Waupés que poblaciones sedentarias presentaron peores indicadores de salud.

De acuerdo con el estudio se puede percibir que la gestión en la cuestión de residuos sólidos no era bien gerenciada, pues los latones de basura quedaban apenas en las vías principales, o sea, el depósito de los residuos en latones solo ocurría en la calle principal del distrito de Iauaretê, siendo que, eventualmente, eran recogidos y descargados por funcionarios de la Prefectura o por los integrantes de la parroquia local. Solamente cuando los latones presentaban su capacidad máxima llenas que eran tomadas las providencias para su descarga en local inadecuado, como en las proximidades de la pista de aterrizaje.

Todavía, un aspecto de suma importancia para el suceso de medidas estructurales es la adhesión de la población, que debe estar preparada junto con su liderazgo para exigir sus derechos milenarios y cumplir deberes en beneficio de su comunidad. Para esto, es necesario establecer una metodología continuada y participativa para educación en salud, considerando la complejidad de las condiciones locales, sea en términos de sustentabilidad para infraestructura el mismo en el sentido de la elección y adhesión consciente y consecuente de los indígenas a las mejoras sanitarias. La atención a la salud de la población local era, en la época del estudio, realizado en dos pequeños hospitales y en el polo base Iauaretê del DSEI ARN.

El trabajo de campo fue desarrollado por un equipo multidisciplinar que realizó tres visitas técnicas para el área de estudio sumando un total de sesenta días en campo. Haya vista que fue observado en conclusión que este proceso de pesquisa debe ocurrir en concordancia con el período de planeamiento e implantación de medidas estructurales en orden de significancia y posibilidad de ejecución, teniendo en vista las innumerables dificultades logísticas locales.

El tercer estudio en esta región describe la caries dentaria y necesidad de tratamiento odontológico entre los indios Baniwa del Alto Río Negro, Amazonas. Elaborado por Carneiro, M. C. G. et al (2008), este estudio abordó la población Baniwa del polo-base de Tunuí-Cachoeira, en SGC. Fue realizada una investigación transversal sobre las

condiciones de salud bucal, de acuerdo con criterios de la OMS. Fueron observadas las condiciones dentarias y la necesidad de tratamiento. Se enfatiza la necesidad de ampliación de la atención a la salud bucal, considerándose la complejidad de la cuestión sociocultural de los pueblos indígenas.

Vale resaltar que los servicios de salud aún están lejos de responder de manera satisfactoria a las demandas de atención odontológica, preventiva y curativa de los pueblos indígenas. Haya vista que, a partir del año 2000, la atención odontológica pasó a ser hecha por los equipos del DSEI Alto Río Negro, con sede en San Gabriel da Cachoeira, siendo previstas dos visitas del equipo de odontología por año en cada comunidad. En estas ocasiones, ocurre la distribución de un tubo de dentífrico con flúor y un cepillo dental por morador, bien como son realizadas atenciones clínicas individuales, que incluyen prioritariamente restauraciones hechas con la técnica propuesta por el Tratamiento Restaurador Atraumático (ART) y extracciones dentarias.

Según los autores, las mudanzas se asociaron a nuevas fuentes de capitalización y facilidad de acceso a los núcleos urbanos por la disponibilidad de vehículos motorizados y causando agravios de las condiciones de salud bucal, pues así había facilidad de alimentos dulces e industrializados. Los equipos de salud vienen conduciendo actividades de educación en salud, incluyendo la valorización de las prácticas individuales restauradoras y preventivas en vez de extracciones en masa, de modo de reforzar entre los Baniwas las posibilidades de mantenimiento de condiciones de salud bucal.

En el cuarto estudio los autores Souza; Braga & Schweickardt (2013), hicieron un análisis documental cuyo título del estudio era denominado: "SESP nunca trabajo con indios": la (in) visibilidad de los indígenas en la actuación de la Fundación Servicios de Salud Pública en el estado del Amazonas.

La fundación SESP, entre 1960 y 1990, fue responsable por una red de servicios de salud en todo el país, en continuidad a las acciones del Servicio Especial de Salud Pública. El artículo trata de una pesquisa realizada en el estado del Amazonas, en 2010, que investigó la actuación de esa Fundación junto a las poblaciones indígenas, con base en entrevistas con ex-profesionales de la Fundación y análisis de documentación a ella perteneciente.

En la observación de los autores, la salud indígena al contrario de lo que dice la ley de los programas hechos para los mismos, se contradice en la total ausencia de la figura del indio en los estudios sobre el sanitarismo rural. "Es como si la atención a la salud indígena, por estar fuera de la historia institucional de la política pública de salud que

viene hace siglos siendo repetida en una sucesión de departamentos, superintendencias, fundaciones y Ministerios que culminarían en la creación del Ministerio de la Salud actual, no hubiese existido para la concepción vigente de salud colectiva”.

La frase “El Sesp nunca trabajó con indios” fue dicha por una profesional de la salud que trabajó en la Fundación Servicios de Salud Pública (FSESP) como enfermera. Este fue el primer cuestionamiento en cuanto a la propuesta de estudio, que busco entender las formas de actuación de esta institución con la población indígena.

De acuerdo con lo que fue visto en documentos durante la pesquisa es que la institución desempeña un papel significativo en el interior del Amazonia, que tiene la mayor población indígena del país.

La idea de ausencia o invisibilidad de los indígenas en las políticas de instituciones como SPI, FUNAI y Sesp muestra que la actuación histórica de estos órganos ayuda a comprender los desafíos de la salud indígena en los días actuales. Por otro lado, la profundización de las cuestiones que involucran esta invisibilidad levanta discusión más compleja que envuelve la problemática de la relación que se construye entre el Estado y las poblaciones indígenas a lo largo del siglo XX, por la transitoriedad de estos grupos para las políticas públicas.

El quinto estudio fue realizado por el abordaje de Pontes et al. (2014) esbozando reflexiones sobre cuestiones morales en la relación de indígenas con los servicios de salud. Como técnica metodológica fue realizado el trabajo de campo en un período de 40 días consecutivos en comunidades Baniwa del Bajo Río Içana en el Distrito Sanitario Especial Indígenas del Alto Río Negro (DSEIRN), situado en el municipio de San Gabriel da Cachoeira. Donde se buscó durante la observación participante comprender el acompañamiento diario de las actividades colectivas de las comunidades, la prestación de cuidados por los cuatro AIS y los itinerarios terapéuticos seguidos por los enfermos atendidos. También fueron realizadas conversaciones informales con moradores sobre sus experiencias en los servicios de salud en las ciudades de San Gabriel da Cachoeira (SGC) y Manaus.

Se demostró que las familias preferían buscar a resolución de sus problemas de salud con recursos propios y locales, que abarcaban: a) los cuidados domésticos/familiares, mediante uso de plantas medicinales y/o dietas y/o automedicación con remedios industrializados; b) la consulta a terapeutas tradicionales indígenas; c) la atención por los AIS; d) menos frecuentemente, la búsqueda de asistencia junto a enfermeros y técnicos de enfermería a las unidades de apoyo denominadas polos-base.

Se infirió también que los AISeran importantes conectores de la salud de las comunidades y la referencia para la ciudad polos-base. Realizaban la primera conducta y si el caso fuese de difícil resolución y no poseían recursos locales para tratamiento, comunicaban al DSEIARN por radiofonía el caso en cuestión.

Fue abordado que las condiciones de la Casa eran inadecuadas para el hospedaje de pacientes y familiares. Había problemas de interculturalidad y falta de respeto a las especificidades culturales, el choque como el ambiente urbano y profesionales no indígenas ocurría y era causante de la desistencia, repulsa consecuentemente a la discontinuidad del tratamiento, caracterizando barreras estructurales en el acceso a los servicios, refiriéndose a dificultades encontradas debido a los diseños de la estructura física y de gestión de los servicios de salud, como el hospedaje y mantenimiento de los espacios. Estos tipos de barreras también incluyen la ausencia de intérpretes, demora en las atenciones, dificultades en la referencia a servicios especializados, ausencia de material educativo e informaciones culturalmente sensibles.

Es importante resaltar que la mayoría de los profesionales de salud que actúan en los distritos no recibió ninguna preparación para trabajar en el contexto indígena.

Un punto positivo observado fue que algunos profesionales, con más tiempo y experiencia, aprendieron a dialogar con líderes y a realizar reuniones comunitarias para discutir el planeamiento y evaluación de actividades o los problemas. La valorización de la familia durante el cuidado y la toma de decisión, el uso de intérpretes durante el proceso, el reconocimiento y el respeto de los conocimientos y prácticas tradicionales de salud parece fundamental para consolidar la relación entre profesionales de salud e indígenas en los servicios de salud, concluyen los autores.

En el sexto estudio, ejecutado por Taveira et al (2014), se hace un abordaje descriptivo sobre la implantación de Programas de Telessalud, el primero de Apoyo a la Salud de las Poblaciones Indígenas en el Estado del Amazonas y el otro proyecto, intitulado Proyecto Telessalud en el Apoyo a la Salud de las Poblaciones Indígenas y de Frontera en el Estado del Amazonas. El estudio fue realizado en 2012, en los DSEI Alto Río Negro (Polo Base Yauaretê) y Parintins (Polo Base Umirituba), Amazonas, donde se localizaban los dos únicos puntos del Programa Telessalud para la atención a la salud indígena.

El estudio analizó la implantación del programa destinado para la salud indígena, con base en la visión de los gestores.

Las etapas previstas para análisis y estudio fueron cuatro: (1) contratación de equipo y adquisición de los equipamientos; (2) viajes a las localidades seleccionadas; (3) capacitaciones técnicas de los equipos de salud y de apoyo para utilización de las herramientas; (4) monitoreo mensual y soporte continuo de los servicios de segunda opinión formativa y teleeducación.

En el contexto estudiado se argumenta que la formación de los profesionales debe ser contemplada en aspectos socio antropológicos, lingüísticos y epidemiológicos, teniendo en vista los diversos contextos étnicos, pero en la práctica las capacitaciones de los profesionales de la salud indígena han sido caracterizadas por discontinuidad y desconsideración a las especificidades socioculturales. Con relación a la infraestructura para la ejecución de las tele-aulas en Iauaretê, por ejemplo, la instalación de los equipos fue en el Pelotón Especial de Frontera, y no en la unidad de salud del Polo-base Iauaretê, justificado por el hecho de que este último carece de espacio físico, de profesional de salud de forma permanente e inestabilidad de red eléctrica de energía. Al hablarse de la logística para el desplazamiento de los equipos para instalación en el PEF fue realizado a través de la aviación de la Fuerza Aérea Brasileña.

Se relata también que los puntos de los dos polos-base estaban inactivos, dificultando la ejecución de los equipos para el funcionamiento del programa. Se enumeró la gran rotación de profesionales en áreas del Amazonia occidental que entre consecuencias citadas fueron la irregularidad en la oferta de acciones de salud a la población, pérdida de los profesionales con experiencia en salud indígena; pérdida de los profesionales ya capacitados y experimentados en el uso de las herramientas de la tele-salud, necesidad de un nuevo proceso de capacitación (ilustrada en los relatos abajo); dificultad de mantenimiento de los equipos de la tele-salud; y dificultad para planeamiento de actividades de educación permanente. No hubo capacitación previa del equipo de profesionales de salud para lidiar con los equipos del programa. Estos últimos citados muchos se encontraban dañados.

Otra realidad encontrada se refiere a la mixtura de etnias dentro de las Casas como un problema relacionado a las desavenencias históricas existentes entre algunas etnias. Además de esto, se refirió a la superpoblación de la Casa y sus condiciones precarias como un problema gravísimo.

El Programa Tele-salud también presenta potencialidades y beneficios puntuados, por ejemplo, el equipo podría recibir capacitación para enfermedades prevalentes en la localidad, disminuyendo los índices de mortalidad y morbilidad, evitando

el desplazamiento de los indígenas para fuera de las comunidades y reduciendo así el número de encaminamientos y gastos como transportes; la articulación Interconstitucional en la gestión del programa; educación permanente a distancia como forma de combatir la alta rotación de profesionales. A pesar de estas premisas presentadas hay un cuestionamiento de que, si realmente fue implantada este programa de tele-salud con base en todo el contexto desfavorable, ya que las dificultades resultaron en el no funcionamiento del programa.

Siendo así los gestores enfatizaron la necesidad de articulación interinstitucional en la gestión del programa, evidenciando el peso de la dimensión política en el proceso de implantación, y también indicaron la retomada de la implantación del programa, pues la tele-salud es una estrategia promisoría en la salud indígena para la expansión de la Educación Permanente en Salud y la calificación de la atención.

Con referencia a la séptima pesquisa, Pontes et al (2015), abordaron el modelo de atención diferenciada en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas a partir del DSEI Alto Río Negro/AM. De esta forma, se analizó la implementación del modelo de atención de la Política Nacional de Salud Indígena (PNASPI) en el Distrito Sanitario Especial Indígena del Alto Río Negro, a la luz de la directriz de la atención diferenciada. La temática fue investigada bajo tres perspectivas: formulación de la directriz; itinerario terapéutico en aldeas indígenas; actuación de los Agentes Indígenas de Salud (AIS). El trabajo fue desarrollado en dos aldeas indígenas del pueblo Baniwa de la región del Bajo Río Içana, afluente del Río Negro, adscritas al DSEIARN.

Los recursos de salud encontrados en las dos aldeas abarcan los cuidados domésticos/familiares, relativos al uso de plantas medicinales y/o dietas y automedicación con remedios industrializados y otros recursos existentes en las propias aldeas, como los terapeutas tradicionales indígenas y/o los AIS. Sobre la estructura de la red de atención solo existía apenas un ambulatorio de salud, en una de las aldeas, de pertenencia a la misión católica. El cuerpo de agentes de salud era formado, en esta región, por tres AIS (un voluntario y dos contratados) en una aldea y un AIS contratado en la otra aldea – todos atendían en los domicilios, pues no existen puestos de salud. La permanencia de médicos y enfermeros en área indígena carecía de continuidad. Se observó que el grado de resolución interdistrital de disponibilidad por el DSEIARN era muy bajo y dependiente, principalmente, de la acción de los AIS.

Con relación al encaminamiento de pacientes y la locomoción de la EMSI, una de las cuestiones abordadas durante el estudio fue la referencia de pacientes para

la atención especializada en la capital. Del mismo modo, los profesionales de salud que trabajan con salud indígena precisan también dirigirse hasta los municipios para ejecutar las acciones que no son realizadas en las aldeas. Una de las grandes dificultades en el desarrollo de las acciones de salud es el desplazamiento de los equipos. Las distancias y el acceso a las aldeas son grandes y las precarias condiciones de los transportes fluviales (lanchas y remos), muchas veces, representan un peligro de navegación por los Ríos de la región, que es la forma de moverse entre las regiones del Alto Río Negro.

La acción del DSEIRN en el plan local, desarrollada por los AIS, se organiza a partir de rutinas y tareas de padrones para la atención primaria y refleja el padrón biomédico hegemónico en la atención a la salud en el SUS.

A través de los resultados se puede concluir que incorporar las reivindicaciones indígenas a las innovaciones y a las mudanzas operadas en las políticas de salud no tiene significado mejor en la atención y mudanzas efectivas en lo cotidiano de esta población.

El octavo artículo versa sobre “Intermedicalidad y protagonismo: la actuación de los agentes indígenas de salud Munduruku de la Tierra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil”, de Scopelet et al (2015).

El autor observó que los AIS Munduruku ocupan una posición central y estratégica en la interface entre diferentes formas de atención, actuando en una “zona de contacto”, en la cual se producen saberes mixtos, específicos y situacionales, propios de los sujetos que actúan en contextos de intermedicalidad. De hecho, ellos no ejecutan prescripción de medicación, tampoco, las aplican, pero, hacen indicación de “remedios de malezas” y orientaban a enfermos que procurase curadores, chamanes y otros especialistas.

La educación permanente y capacitación de los AIS no están siendo ejecutadas de forma continua. Los AIS Munduruku reclamaban de la discontinuidad de capacitaciones realizadas bajo la gestión de la FUNASA. Cursos no concluidos o con diplomatura hace más de diez años. Entre 2005 y 2010, por ejemplo, los agentes relataron que tuvieron apenas cursos breves y específicos, incluyendo uno sobre DST/AIDS, organizado por la Secretaría Municipal de Salud como parte de una campaña para detección de sífilis por medio de tests rápidos. La mayoría de los AIS con menos de seis años de trabajo en el recibí cualquier capacitación fuera de la rutina.

A pesar de las dificultades, incertezas y precariedad del escenario de la atención biomédica a las poblaciones indígenas, se volvía cada vez más necesario dar visibilidad a la agencia de actores locales, en frente de las características estructurales del modelo médico hegemónico; en particular a las potencialidades de los AIS como actores

políticos emergentes del contexto interétnico y la posición central que ocupan en el campo de fuerzas de la intermedicalidad.

El penúltimo estudio, de Caires et al (2018) discrepa sobre el análisis epidemiológico y necesidad de tratamiento endodóntico entre los indígenas Sateré-Mawé y Tikuna. El objetivo de este estudio fue analizar los aspectos epidemiológicos, perfil de salud bucal de indígenas Sateré-Mawé residentes en Barreirinha, Amazonas (AM), y los pueblos indígenas Tikuna residentes en el área urbana de Manaus (AM), además de caracterizar la necesidad de tratamiento endodóntico entre los dos grupos étnicos.

Comparándose el índice CPO-d y la necesidad de tratamiento endodóntico en cada una de las etnias, se verificó que estas variables están correlacionadas, una vez que, a medida que el CPO-d aumentó, se verificó un aumento en la necesidad de tratamiento endodóntico.

Se concluye que las poblaciones indígenas se encuentran desasistidas, visto que el CPO-d de ambas etnias se encuentran por encima de los padrones recomendados por la OMS, principalmente en la franja etaria de 07 a 12 años. Además, el nivel de escolaridad aún es muy bajo en las poblaciones indígenas analizadas, incluso en la comunidad Tikuna, situada en la zona urbana de Manaus/AM. El acceso a los servicios de salud, los valores culturales de los grupos étnicos evaluados y niveles de escolaridad perjudican la comprensión de la salud precaria y condiciones observadas de los indígenas evaluados en las comunidades. Ello también deja claro que la necesidad de planeamiento e implementación de acciones de salud bucal sobre educación, promoción de la salud y prevención de caries es fundamental para que se pueda cumplir con los preceptos constitucionales que precisan de la dignidad humana, que fueron hechas con negligencia en las comunidades indígenas brasileñas.

El último estudio, realizado por Palheta (2017), trata de la política indigenista de salud en el estado del Amazonas y tiene, como instrumento de estudio, el Consejo Distrital de Salud Indígena (Condisi) en el ámbito de la Secretaría Especial de Salud Indígena de Manaus (Sesai). El objetivo era de analizar como la participación indígena viene siendo incorporada en las políticas locales de salud a partir del papel de los liderazgos indígenas en la construcción de la política de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI). El objeto central de la pesquisa es la participación indígena en la política de salud indigenista de Manaus. Como principal presupuesto tiene que el movimiento indígena ha

incorporado estrategias de la sociedad nacional para reivindicar derechos referidos a su autodeterminación con conquistas efectivas en el contexto de las políticas indigenistas.

A pesar de los aspectos común que están en el debate sobre la participación en las políticas públicas, el trabajo permite concluir que la participación bajo la lente indígena está más allá de las inspiraciones de esta población y del cimiento que viene caracterizando la lucha del movimiento indígena en el país, que es la autodeterminación, o sea, definir la política y ejecutarla de acuerdo con las necesidades y las especificidades de los pueblos indígenas. Se concluye que incorporar las reivindicaciones indígenas a las innovaciones y a las mudanzas operadas en las políticas de salud no tiene significado, mejoras en la atención y mudanzas efectivas en lo cotidiano de esta población.

Luego de la verificación de las publicaciones científicas realizadas en el contexto del Amazonas se puede inferir un panorama superficial de cómo se encuentra la atención a la salud indígena de la población vigente. En los subcapítulos posteriores serán abordadas cuestiones a través de los hallados recientes y disponibles en la literatura en fuentes primarias y secundarias de datos pertinentes al objeto de estudio insertado en el contexto organizacional del presente estudio, en consonancia a los presupuestos establecidos por las directrices del programa Brasil Sonriente Indígena.

6.1.1 Gestiones en salud en la perspectiva de los entes federativos

Gran parte de los programas y acciones de gobierno es idealizada por el Gobierno Federal y realizados por los municipios. Para tanto, el Gobierno Federal transfiere recursos para estos que municipios efectiven las acciones. La fiscalización de estos recursos consiste en verificar la existencia de determinados programas de gobierno y la adecuada utilización de los recursos transferidos. (ANDRADE, 2016)

De acuerdo con Who (2010), la función de financiamiento se relaciona al papel del Estado de proveer recursos para permitir la oferta de servicios sociales, lo que depende de la recaudación de ingresos y de la ejecución del presupuesto público.

El cuestionamiento de la gestión actuante en una región con fuerte presencia de indígenas, muchos de ellos vulnerables y desasistidos por la legislación específica, hace ascender en el DSEI ARN una responsabilidad impar para devolver a estos el sentido más amplio de la salud. Fue observado que hay cuestiones administrativas de ámbito local no ejecutadas que resulta en la dificultad de una gestión pautada en promover salud de forma

integral a la población. Otra cuestión, es que muchas veces cuando se son ejecutados planes de acciones con las necesidades puntuadas para la mejoría del Cuadro del DEIARN, la esfera federal no corresponde, tampoco, atiende a las necesidades de la población. Quedando aquel impás de que la gestión asume la causa indígena. Por consiguiente, la población sigue desprovista de la atención resolutive e igualitaria.

6.1.2 Municipalización del subsistema de atención a la salud indígena

Durante el encuentro en el Consejo Nacional de Salud el 30 de enero y 1 de febrero de 2019, fueron debatidas propuestas acerca del SASISUS, entre ellas el proceso de municipalización de este subsistema, vinculado a la SESAI, fue relatada por el entonces ministro de la salud, Luiz Henrique Mandetta, como forma de promover una mudanza en el área de salud indígena del país.

Pero, esta nueva transformación en la salud indígena no viene siendo bien vista y aceptada por las entidades indigenistas. Han sido también objeto de mucha denuncia por estas últimas, una vez que, detona la Ley n.º 9.836, de 1999, en la cual da el poder a la Unión para tratar y financiar con recursos propios el SASISUS. Denuncian aún otros riesgos: los cuidados pueden pasar para las manos de la atención básica de los Municipios, engrosando las filas regulares del SUS; bien como pueden significar el retorno de experiencias negativas ocurridas en décadas pasadas. Se explica, entre 1999 hasta mediados de 2010 la salud de los pueblos era ejecutada por la Fundación Nacional de Salud (Funasa) con fuerza de trabajo contratada por los municipios. Esta articulación, muchas veces, no ocurría el contento y situaciones de desasistencia eran frecuentes. A solución encontrada fue la centralización de todas las acciones con la Unión, que ahora puede ser desarraigada (SINDCOPSI, 2019).

La municipalización de la gestión del SASISUS/SESAI puede representar un retroceso a la salud indígena, una carga a los usuarios del sistema y una discontinuidad de la asistencia a la salud por el estado, además de violar frontalmente la Política Nacional de Asistencia a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI) y lo dispuesto por los artículos 196, 197, 198, 200, 231 y 232, de la Constitución Federal, que legisla sobre el derecho a la salud, acciones y servicios, financiamiento y atribuciones de los entes federativos con la salud.

En el municipio en estudio, SGC, se verificó una pluralidad en lo condicente al repase financiero. Teóricamente el SASISUS recibe ingresos vía transferencia directa de la unión para costear las acciones y servicios de salud indígena. Entretanto, hay un percance en

relación con la búsqueda de servicios de salud por el indígena. Ahora, el indio urbano procura servicios en área rural, ahora, el indio rural busca atención en área urbana y ahí se observa la tramitación entre el SUS (por medio de las unidades básicas de salud de gestión municipal) y su subsistema (a través de las instancias de salud de los distritos sanitarios especiales indígenas de gestión federal). Fue narrado y presenciado por este autor durante trabajo de campo en la disertación de maestría en 2013, luego del análisis del funcionamiento de los cuatro establecimientos de salud de la secretaria municipal de salud de SGC que muchas veces las equipos de salud que agendaban los pacientes en la marcación de consultas, orientaban los pacientes residentes en comunidades indígenas a procurar los establecimientos del DSEIS, y a los pacientes que residían en el área urbana del municipio a buscar en su región para la atención conforme su región de salud, en la cual eran registrados.

De hecho este direccionamiento y organización para la atención de la población deben existir, teniendo en vista que para recibir la transferencia de recursos financieros deben obedecer a varios criterios que están establecidos de acuerdo con la Ordenanza Ministerial (PRT MS/GM 204/2007) en su capítulo primero y párrafos 3º, 4.º y 5.º, que versan sobre Consolidación de las normas sobre el financiamiento y la transferencia de los recursos federales para las acciones y los servicios de salud del Sistema Único de Salud y la Ordenanza N° 2.656, de 17 de octubre de 2007 dispone sobre las responsabilidades en la prestación de atención a la salud de los pueblos indígenas, en el ministerio de la salud y reglamentación de los incentivos de atención básica y especializada a los pueblos indígenas.

6.2 Sistema de Información de Salud Indígena – SIASI

Para alimentación del Sistema y acceso a los mismos como el SIASI, HORUS, la internet de buena calidad se vuelve fundamental. En el municipio en cuestión hace uso de la internet de 1 (un) mega otorgada actualmente por la SESAI pero no atiende ni 50% de la demanda del DSEI debido a la velocidad no permitir la utilización de varios sistemas. Por lo tanto, fue hecha una proyección de aumento 50% tratando que la SESAI pueda suministrar una internet de como mínimo cinco megas para atender aproximadamente 90% de las necesidades del distrito.

Durante la evaluación de la subdimensión Sistema de Información en Salud en la sede del distrito del DSEI ARN, en SGC, obtuvieron grado de

implantación insatisfactori cuando es comparado a las demás unidades de salud de la prefectura que obtuvieron el grado aceptable. Solo hay un punto de digitación con envío de lotes en el DSEI ARN. En las unidades los profesionales de salud completan las fichas luego de la atención clínica y repasan a los técnicos responsables la producción diaria para posterior alimentación del sistema de información en salud. No hay en la sede alimentación regular del sistema, observándose durante la visita al sector de funcionamiento del SIASI en el DSEI/ARN/SGC el cúmulo de fichas en la sala.

Durante el análisis de esta subdimensión se observó una cantidad reducida de personas para alimentar el sistema (02) personas, la estructura física del lugar carecía de una internet satisfactoria y el número de computadores en funcionamiento era reducido. Inestabilidad frecuente en la red de energía eléctrica también merece destaque. Con esto, se necesita mejoría en la estructura de la red de alimentación del SIASI local para generación de datos de forma regular y permanente.

Para entender el trámite en la transmisión de datos, el flujo de informaciones comenzaba con los informes de producción completos por la EMSI y al llegar de viaje de los polos-bases hacia el siguiente flujograma:

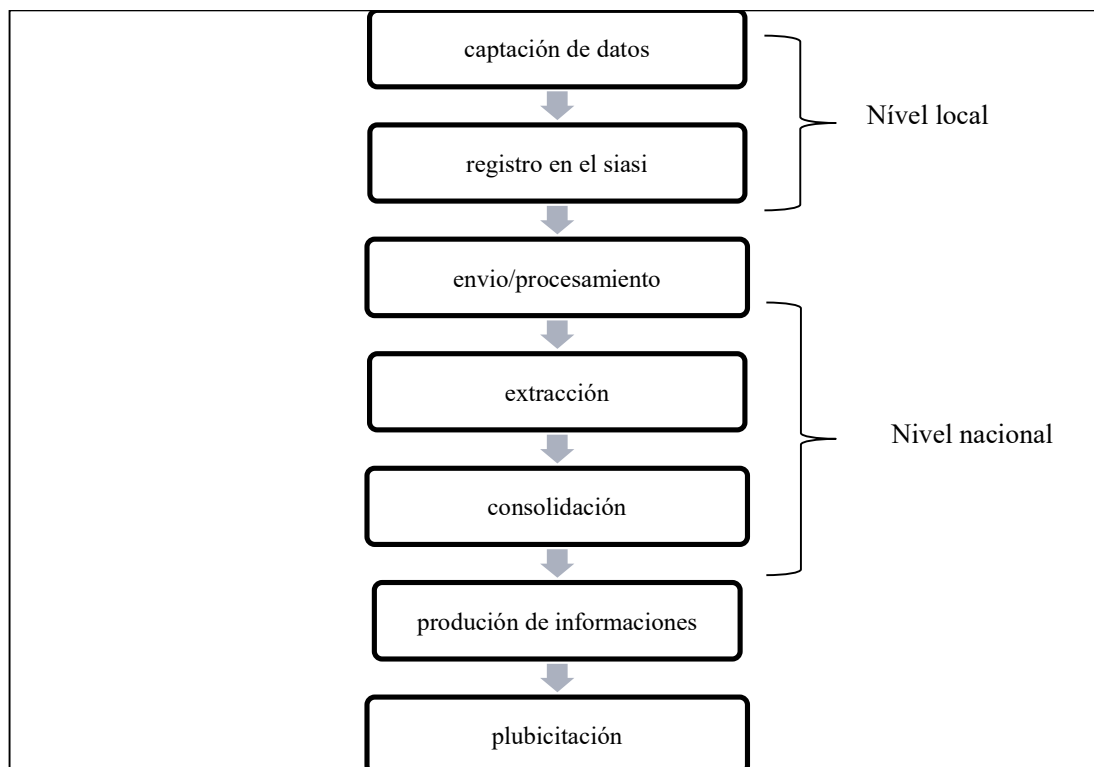


Figura 18. Flujograma de la transmisión de datos.

Fuente: Adaptado según presentación de Miranda, MA. DGISI/DGESI/SESAI/MS.

Entre los problemas de los establecimientos de la SESAI, encontrados en buena parte de los DSEIS de Brasil, está la falta de padrón de la infraestructura física y lógica, ocasionados principalmente por la ausencia de soporte técnico del DATASUS en la punta; En el polo-base isla de las flores no había estructura alguna para informatizar los datos para inserción en el sistema, al paso que, en los polos con UBSI, en su mayoría, tampoco poseen estructura para la instalación de internet o computadores.

Este panorama acaba ocasionando dificultades en la utilización de los sistemas de información, tanto para quienes los alimentan como a los que buscan informaciones de estos.

6.3 Recursos Humanos

En 2015, el DSEI ARN en su gestión apuntó un déficit de profesionales en varios sectores, siendo necesario completar las siguientes ocupaciones y lugares :

Tabla 14.
Necesidad de profesionales en el DSEI ARN

Cantidad	Profesional	Lugar
1	Tec. Administrativo	Sede SGC (contrato por tercerizada)
1	Tec. Administrativo	Sede SGC (contrato por tercerizada)
8	Enfermero	4 SGC, 2 Santa Isabel 2 Barcelos- Casais
2	Farmacéuticos	1 SGC e 1 Barcelos ampliación de los servicios casai
1	Asistente Social	Sede DSEI
3	Psicólogos	CASAI
1	Fisioterapeuta	CASAI
1	Nutricionista	Área Índice
1	Antropólogo	Sede
2	Interpretes que hablan las lenguas oficiales (Tucano, Baniwa)	CASAI de SGC
6	Asistente Administrativo	4 SGC, 1 Santa Isabel y otro para Barcelos
15	AISAN	Componer los equipos de 15 polos bases
10	AIS	Completar las áreas nuevas Adscritas
2	Tec. en laboratorio	Realización de los exámenes en las Comunidades

5	Agentes de endemias	Santa Izabel, Barcelosy áreas de difícil acceso.
1	Técnica en Seguridad de Trabajo	Componer elequipoy Seguridad del trabajador

La forma de vínculo laboral de los profesionales en salud bucal es por medio de contrato con conveniadas, profesionales tercerizados y programa más médico (en el caso de médicos de las EMSI). La SESAI estima que la cantidad de profesionales contratados vía Convenio en el Alto Rio Negro suma un total de 464 personas. Con relación a los equipos de salud bucal en el municipio de SGS hay doce dentistas (más uno que queda en la sede del DSEI ARN) y una cantidad semejante entre auxiliares y técnicos en salud bucal. Son 19 polos-bases en la sede del DSEI ARN y cada equipo cubre entre uno y dos polos-base. La media de visitas en área indígena es de dos viajes para la misma región. Se observa que la salida de los equipos muchas de las veces acontecen de forma irregular, dependiente de cuestiones de logística, transporte, falta de insumos, de combustible, régimen fluvial de los ríos entre otros.

La capacitación de los recursos humanos para la salud indígena no fue priorizada como instrumento fundamental de la adecuación de las acciones de los profesionales y servicios de salud del SUS a las especificidades de los pueblos indígenas. No hay una capacitación regular a los profesionales que nunca actuaron en área indígena. La educación permanente existe en la red del SUS a través de la secretaria municipal de salud SGC que propicia a los cirujanos-dentistas cursos y palestras através de Teleconferenciay especializaciones en convenio con la Universidad Abierta del SUS (UNA/SUS) y que están abiertas a los dentistas de los DSEI. Existen profesionales nativos que forman parte del equipo multidisciplinar en salud indígena que facilita y se tiene un mejor relacionamiento, por conocer el área, costumbres y creencias. La integralidad de la asistencia no es alcanzada. No hay una articulación estructurada en la referenciay contra referencia de los pacientes a las unidades de salud.

En los otros dos municipios del DSEI ARN, Barcelosy Santa Isabel del Río Negro, la cantidad de equipos de salud bucal se reduce a dos en cada uno, respectivamente.

En relación con la atención a los indios residentes en el área urbana, los servicios eran prestados por la red de atención a la salud del SUS. La cantidad de equipos de salud bucal presentes en el municipio (100% modalidad I) se mostró inferior a lo preconizado por el Ministerio de la Salud através de la Ordenanza n. 2.488, del 21 de octubre de 2011, al recomendar un CD para cuatro mil habitantes. Se encontró 4 ESB

en el municipio siendonecesario más de 1 equipo para satisfacer las recomendaciones de la legislación para atender a la población urbana.

El CNES muestra el listado de todos los profesionales de salud bucal que componen las cuatro estrategias de salud de la familia presentes en el municipio, abajo ilustrada.

Tabla 15.
Cuadro de Profesionales de Salud Bucal en 2019

Descripción	Cantidad
ESF DR GERALDO SIQUEIRA	2 CD
	2 ASB
	1 TSB
ESF PRAIA	1 CD
	1 ASB
ESF DABARU	2 CD
	2 ASB
	1 TSB
ESF DR ALBINO COUTO	2 CD
	2 ASB
	1 TSB

En relación con los establecimientos de salud en área indígena rural y sus respectivos equipos de salud bucal en busca activa el día 26 de diciembre de 2019 fueron constatados 24 establecimientos. Siendo el DSEI, una CASAI, 18 POLOS-BASE y 4 UBSI. Estas últimas citadas 3 ESF pertenece al DSEI YANOMAMI y 01 localizada en Nazaré en SGC, pero todas no poseen equipos de salud bucal. Los tipos de establecimientos están citados en la figura de abajo.

Ministério da Saúde
CNESNet
 Secretaria de Atenção à Saúde
 DATASUS
 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Home Institucional Serviços Relatórios Consultas

Indicadores - Tipo de Estabelecimento
 UNIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA

CNES	Estabelecimento	CNPJ	CNPJ Mantenedora
7628374	CASA DE SAUDE INDIGENA DO ALTO RIO NEGRO CASAI		00394544010490
9229280	DISTRITO SANITARIO ESPECIAL INDIGENA DO ALTO RIO NEGRO		00394544010490
7620144	POLO BASE CAMARAO		00394544010490
9493360	POLO BASE CANADA		00394544010490
9493417	POLO BASE CARURU DO UAUPES		00394544010490
7620241	POLO BASE CARURU TIQUIE		00394544010490
7620306	POLO BASE CUCUI		00394544010490
9493263	POLO BASE ESTRADA		00394544010490
9493190	POLO BASE IAUARETE		00394544010490
7620152	POLO BASE ILHA DAS FLORES		00394544010490
7620217	POLO BASE JURUTI		00394544010490
7620853	POLO BASE MEDIO UAUPES		00394544010490
9493387	POLO BASE SAO JOAQUIM		00394544010490
9493425	POLO BASE SAO JOSE DE ANCHIETA		00394544010490
7620195	POLO BASE SAO JOSE II		00394544010490
7620233	POLO BASE TAPERERA		00394544010490
9523022	POLO BASE TARACUA		00394544010490
9523006	POLO BASE TUCUMA		00394544010490
7620160	POLO BASE VILA NOVA		00394544010490
9493433	POLO PARI CACHOEIRA		00394544010490
7149735	UNIDADE BASICA DE SAUDE DE INAMBU		00394544003362
7149751	UNIDADE BASICA DE SAUDE DE MAIA		00394544003362
7149743	UNIDADE BASICA DE SAUDE DE MATURACA		00394544003362
9801979	UNIDADE BASICA DE SAUDE DE NAZARE		00394544003362
TOTAL			24

Figura 19. Unidades de atención de salud Indígena.

Fuente: CNES, 2019.

Sobre la unidad de apoyo a la salud indígena arriba ilustrada, la CASAI del DSEI ARN posee en su establecimiento 42 profesionales descritos en la tabla de abajo:

Tabla 16.
Cuadro de profesionales del CASAI

Profesión	Cantidad
Agente administrativo	1
Cocinero	4
Téc. de enfermería	22
Servicios generales	1
Gerente adm.	2
Asistente social	2
Médico	1
Enfermero	4
Psicólogo	1
Técnico en nutrición	1
farmacéutico	1
Motorista	1
Nutricionista	1
Total	42

Fuente: CNES, 2019.

No hay equipo de salud bucal asignada en esta instancia de salud, aunque hay espacio para consultorio odontológico en el documento intitulado de Directrices para Proyectos Físicos de Establecimientos de Salud, Agua, Desagüe Sanitario y Mejoras Sanitarias en Áreas Indígenas de 2002 del MS.

Tabla 17.
Cuantitativo de profesionales en la sede del DSEI.

Profesional	Cuantitativo
Técnico de saneamiento	1
Psicólogo	1
Enfermero	9
Farmacéutico	2
Técnico de enfermería	13
Piloto fluvial	2
Jefe de contabilidad	1
Asistente adm.	2
Cirujano dentista	1
Auxiliar de salud bucal	1
Ingeniero civil	1
Agente de servicios de salud	1
Ajustador mecánico	1
Nutricionista	1
TOTAL	37

Fuente: DSEI, 2019

Consta una ESB fija en el DSEI. Este equipo no realiza atención en la sede del DSEI, pero ejecuta actividades administrativas y de gestión y se inserta en el campo cuando es necesario.

En relación con los 18 polos-bases constados en la red de atención del DSEI ARN se encontraron en media 20 funcionarios por polo. Los polos con mayor cuantitativo de profesionales se destacan São José II (con 30 funcionarios) y el de Taperera (con 23 funcionarios). En relación con los recursos humanos destinados a estas instancias de salud estaban presentes AIS, AISAN, técnicos de patología, agente de combate a endemias, técnico de enfermería, técnico de laboratorio de farmacia, enfermeros, médicos y pilotos fluviales.

De los 18 polos que forman parte del DSEI ARN, los polos de Caruru del Uaupés, Cucui, Estrada, Iauaretê, Ilha das flores, Médio Uaupés, São Joaquim, São José II,

Taperera, PariCachoeirayTaracua poseían ESB y en el polo base Vila nueva solo poseía un ASB, los otros no poseían dentistas o auxiliares de salud bucal.

Los equipos existentes son fijos de cada polo base, pero, los mismos no residen en estos polos, cuando entran en campo generalmente duermen algunos días hasta atender la demanda de la población y en seguida retoman la sede del distrito. La forma de atención es de libre demanda. Todos poseedores de vínculo laboral vía contrato y cumplidores de una carga-horaria de 40hs. semanales. Cuando llegan del área indígena, cumplen expediente administrativo en el DSEI para repasar datos provenientes de la producción realizada y organización de insumos y equipos llevados.

Morais-silva (2013) realizó una visita a uno de los polos-base del DSEI ARN. La visita al Polo-Base Isla de las Flores tuvo el objetivo de verificar como se encuentra la estructura física de un establecimiento de salud indígena y si el mismo está de acuerdo con la Ordenanza n.840/2007 que establece las Directrices para proyectos físicos de establecimientos de salud para pueblos indígenas. Como resultado de la inspección del área se puede comprobar la ausencia de cualquier estructura física y de red de atención para atención a los indígenas. No había puesto de salud indígena tampoco polo-base, que de polo solamente el nombre, siquiera un espacio físico existía para recibir la EMSI. Las atenciones eran realizadas en centro comunitario o en espacios cedidos por escuelas. había un equipo de salud bucal registrado en el CNES, pero, al cuestionar a un usuario del servicio el mismo relato que no había sido frecuentes las visitas de la ESB en la comunidad, aunque este sea el más próximo de la sede del DSEI y no poseía barreras geográficas ni de logística para localizarlo.

6.4 Participación indígena y su importancia en la búsqueda para mejoría en salud indígena y la necesidad de una gestión fuerte para adquisición de esos objetivos.

Es sabido que actualmente el indio tiene voz y voto en la participación de la construcción de políticas y todo lo que está relacionado a movimientos indigenistas. Aunque exista esta libertad y participación de esta lucha para la mejoría de las condiciones de salud de sus comunidades, no significa que ellas son atendidas y ejecutadas. Depende, de hecho, de la gestión a la cual está responsabilizada de garantizar una salud digna y responsable para esa población tan vulnerable que carece de mejores condiciones de acceso y atención igualitaria.

Muchas de las veces se han rebatido críticas al gobierno federal bajo diversos aspectos de la SESAI referente a las transferencias financieras a los DSEIS de todo el país. Es mucho más fácil justificar la discontinuidad de las acciones de salud indígena por falta de ingresos oriundos de la esfera nacional que explicar al usuario que esta consecuencia puede ser resultado de fallas de gestión administrativa del propio DSEI. Durante un análisis de los Informes de Gestión de la SESAI en los años 2014, 2015, 2016 y 2018 (los modelos a los cuales estaban disponibles en internet) fue verificado que en el informe de gestión del ejercicio 2014, en su elaboración final, estaban incluidas para presupuesto del próximo año lectivo, 2015, dos Emendas Parlamentares acerca de la Promoción, Protección y Recuperación de la Salud Indígena, destinadas a Casa de Salud Indígena de San Gabriel da Cachoeira-AM, totalizando R\$ 600.000,00 (seiscientos mil reales). Pero, estas emendas no llegaron a ser ejecutadas, por falta de presentación de proyectos por el DSEI Alto Río Negro/AM, a quien la CASAI está en jurisdicción. O sea, faltó una actuación más eficaz y resolutiva para adquisición de este valor tan satisfactorio que estaría sanando una considerable deficiencia del sistema de salud indígena.

Otra controversia encontrada en la lectura de esos informes versa sobre la presencia de un inmueble de propiedad de la Unión de responsabilidad de la gestión indígena del municipio de San Gabriel da Cachoeira y en el informe de gestión de 2016 apunta un bien inmueble alquilado de terceros en el valor de R\$ 32.028,00. Se percibe que un buen planeamiento podría reducir estos valores dispendiosos y sin retorno para la atención a la salud indígena pudiendo ser alquilados para otras áreas más necesitadas. En 2013 la sede del DSEI ARN era en un espacio también alquilado de terceros en que su valor era mucho más que este citado antes.

En el Informe de gestión de la SESAI en el año 2018 fueron mencionadas las Defensorías Implantadas en los DSEI definidas como canales de participación social y comunicación entre los ciudadanos y los gestores del SUS, que disponen de un espacio adecuado y calificado para obtener informaciones, hacer reclamos, solicitudes y denuncias, dar sugerencias, elogiar sobre las acciones y servicios de salud.

Se destaca que en 2018 fueron implantadas en 29 DSEI, implementadas en 5 DSEI y en la sede de la SESAI, la Defensoría del SUS en la Salud Indígena, con el objetivo de garantizar la efectiva participación, protección y defensa de los derechos de los usuarios de los servicios públicos de salud indígena. Hay lugares en que los coordinadores distritales de salud deberán hacer un esfuerzo mayor para suplir y garantizar la ejecución de este canal, como en el caso del interior del país de la región norte debido a la

dificultad de acceso a internet y teléfonos, dificultades en una comunicación eficaz debido a la diversidad cultural y de lenguas indígenas; el diagnóstico sobre las plataformas de acceso y estructuras físicas adecuadas; dificultades de reconocimiento de la defensoría como un importante instrumento de apoyo a la gestión.

También serán desafíos en el transcurrir del ejercicio de 2019: consolidar la implantación y estructuración de la Defensoría del SUS de la Salud Indígena en los DSEI por medio de la divulgación de folder informativo, bien como la disponibilidad de Formulario con padrón para el registro de manifestaciones en localidades donde no se tiene acceso a internet. Además de proponer alteración de la dinámica del Sistema de Defensoría del SUS, con el objetivo de que la SESAI tenga una mejor gestión en esa área de actuación.

Otra herramienta importante que orienta al gestor en cuanto a los criterios para transferir del Incentivo para la Atención Especializada a los Pueblos Indígenas - IAEPI, en el ámbito del Sistema Único de Salud – SUS es la ORDENANZA N.º 2.663, DEL 11 DE OCTUBRE DE 2017 que Altera la Ordenanza de Consolidación n.º 6/GM/MS, del 28 de septiembre de 2017, redefiniendo estos criterios. Esta ordenanza explica del Artículo 274 al 292, la naturaleza del costeo, las formas de transferencias, los objetivos del IAEPI, las instancias de salud indígena que pueden ser habilitadas al recibimiento del IAEPI, los criterios de habilitación de los establecimientos de salud y las formas y valores de transferencia de recurso financiero.

Para efectivizar las acciones del Subsistema de Atención a la Salud Indígena, de forma democrática y participativa se hace uso de la construcción del Plan Distrital de Salud Indígena (PDSI). El Plan Distrital es un instrumento eficaz para el desarrollo y perfeccionamiento del planeamiento, del presupuesto y de la gestión, habiendo de dedicarse una atención especial a su evaluación y monitoreo, en el ámbito de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas. Corresponderá a los DSEI organizar la discusión del Plan Distrital de Salud Indígena en los Consejos Locales de Salud Indígena definiendo las necesidades de sus comunidades bien como las necesidades del distrito. Fueron leídos, interpretados y analizados los PDSI de 2012-2015 y 2016-2019.

Un balance analítico fue elaborado referente al Plan Distrital de Salud Indígena (PDSI) del período de trienio 2012-2015 donde fueron resaltados los puntos positivos de la gestión del DSEI ARN.

En relación a la Atención a la Salud -Promoción, Vigilancia, Protección y Recuperación de la Salud Indígena - todos los programas fueron implantados

de acuerdo con el programado en el Plan Distrital de Salud Indígena – PDSI, pero, dos programas que fueron implementados, solamente están activos cuando son vinculados a otros, son ellos: “Programa de atención integral a la salud del Hombre y programa de Atención Integral a la Salud del Anciano”, aun así el programa de “Atención Integral de la Salud del Anciano”, consiguió alcanzar las metas previstas.

Con relación al saneamiento: El sector del SESANI fue implantado en el DSEI en el año 2011 y solamente en el año 2014 consiguió ejecutar las actividades previstas en el Plan Distrital de Salud Indígena.

Con relación a la infraestructura en salud, los proyectos de construcción de 9 Polos Base están en análisis interno en el SESANI-ARN en aguardo para encaminar para Brasilia, juntamente con la construcción de la nueva sede del Distrito. Existencia de un total de 5 obras de SAA- Sistema de Abastecimiento de agua, estando cuatro en fase de conclusión y una de ellas tuvo el contrato cancelado.

Con relación al control social, se consiguió ejecutar cuatro de los cinco ítems pactados en el Plan distrital de Salud Indígena, faltando solamente capacitar a sus consejeros, ítem no alcanzado debido a la falta de profesional multiplicado.

Y con relación a la educación permanente: Las actualizaciones de los profesionales trajeron buenos resultados en la sensibilización, en la creatividad y en la percepción de los profesionales en cuanto a la necesidad de ampliar las acciones de prevención de la salud tratando un diagnóstico precoz estrechando el lazo de confianza entre profesional y cliente.

Algunos puntos negativos fueron abordados, motivos a los cuales contribuyeron para no alcance de las metas pactadas en el plan distrital, entre ellos están:

- a) Cambio constante de coordinadores en el período derivado de este plan influyó en el año 2014 en los procesos licitatorios;
- b) Los factores logísticos como falta de motores de ahorro, motores dañados y/o desguazados, falta de botes suficientes, influenciaron directamente en la Atención a la Salud Indígena, perjudicando la entrada de las EMSI de forma continua;
- c) Falta de estructuración de los Polos base y Red de fríos (generadores, freezers, caja térmica, termómetro, bobinas reutilizables y heladeras);
- d) Alta rotación de los profesionales EMSI;
- e) Carencia de profesionales en el área;
- f) Falta de mantenimiento preventiva de equipos e infraestructura;

- g) Falta de internet para atender la demanda del DSEI;
- h) Carencia de insumos y materiales permanentes para ejecución de los programas;

Abajo serán mostrados los resultados programados y esperados del desempeño del PDSI 2012-2015 del DSEI ARN, en las dimensiones de atención a la salud bucal, saneamiento, infraestructura en salud, control social y educación permanente.

Tabla 18.

Panorama de Atención a la Salud Bucal de 2012 a 2014.

UNIDAD: DSEI Alto Río Negro**PROGRAMA:** Atención a la Salud – Promoción, Vigilancia, Protección y Recuperación de la Salud Indígena.

Desempeño Esperado 2012 - 2014													
Descripción de los Resultados	Referencia (2011)	Cantidad 2012				Cantidad 2013				Cantidad 2014			
		Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol
1. Ampliación de la cobertura de la atención odontológica en las comunidades indígenas	14,20%	-	-	-	-	40,00	25	62,50	●	60,00	36	60	●
2. Obtención de un perfil epidemiológico de cada Polo Base (índice CPOD)	Sin Referencia	-	-	-	-	30,00	10	33,33	●	60,00	0	0	●
3. Capacidad de prestar informaciones sobre datos odontológicos actualizados	Sin Referencia	-	-	-	-	70,00	60	85,71	●	100,00	60	60	●
4. Intensificación de las actividades de educación, promoción y prevención en salud realizadas por los profesionales odontólogos y auxiliares de salud bucal	20%	-	-	-	-	50,00	92	184,00	●	60,00	61,25	102,08	●
5. Estructuración para mejoría de la calidad en la atención odontológica	Sin Referencia	-	-	-	-	10,00	10	100,00	●	20,00	27,5	137,50	●
6. Fortalecimiento de Convenios	Sin Referencia	-	-	-	-	100,00	100	100,00	●	100,00	100	100	●
7. Ampliar el número de restauraciones con materiales restauradores permanentes*	140	-	-	-	-	300,00	238	79,33	●	400,00	707	176,75	●
8. Ampliar para 70% los pacientes con tratamiento básico odontológico concluido	52,49%	-	-	-	-	60,00	55,8	93,00	●	65,00	41,26	63,48	●

Legenda: ● Alcance > 80% Alca ● e ≥ 50% ≤ 80% Alcan ● < 50%

Fuente: SIASI - DSEI ALTO RIO NEGRO 2012- 2015

La tabla 18 versa sobre el área de atención a la salud bucal, abajo se describe en orden cronológico el desempeño ejecutado por el DSEI en los años 2012/2013/2014, teniendo como referencia el año 2011.

2012 - No hay datos convincentes y, sobre todo con claridad para evaluar la ejecución de las actividades de acompañamiento, que fueron registradas, impactando en la capacidad de atender los resultados como fue planeado.

2013 y 2014 - Con relación a la ampliación de la cobertura de la atención odontológica en las comunidades indígenas, apesar del aumento de la periodicidad de los equipos de odontología en área, aun así, no fue posible alcanzar la meta pactada que puede ser acarreado al número reducido de dentistas comparado al número de polos base del distrito, algunos dentistas acabando siendo responsables por más de un polo base. Innumerables dificultades fueron enfrentadas por el presente Distrito en 2014 como la paralización de los conductores fluviales, dificultades en cuanto a la adquisición de combustible por la empresa de compras de las tarjetas (TICKET-CAR), quiebra de motores. Diversos factores perjudicaron el número total de atenciones y acciones de salud de los equipos multidisciplinarios.

Los insumos odontológicos referentes al proceso solicitatorio de 2013 no fueron totalmente adquiridos por falta de recursos, siendo que fueron comprados y adquiridos cerca de 30% del total del material solicitado que fue entregado en el mes de agosto/2014. Está en articulación la formalización de nuevo proceso de compras para 2015.

En el año 2014 no hubo dispensa por dificultades de recursos presupuestarios disponibles para la adquisición de insumos.

Con relación a la obtención de un perfil epidemiológico de cada Polo Base y la capacidad de prestar informaciones sobre datos odontológicos actualizados, los factores culturales, la falta de insumos, las condiciones climáticas y geográficas, la dificultad en mantener todos los equipos en área por razones ya citadas, perjudicaron el alcance de esta meta. Además de que el SIASI 4.0 fue implantado en este distrito en el segundo semestre de 2014, de forma que todas las computadoras entraron en red solamente en el mes de octubre, lo que hizo que ocurriese acumulación de informaciones a ser lanzadas en el sistema. Entre tanto la inserción de estas informaciones está en andamiento.

En cuanto a la intensificación de las actividades de educación, promoción y prevención en salud realizadas por los profesionales odontólogos y auxiliares de salud bucal, las acciones de educación, promoción y prevención en salud han sido desarrolladas y realizadas por profesionales odontólogos, ASB y también en convenios

contodo equipo multidisciplinar y con líderes indígenas, también con las escuelas en las aldeas en el sentido de ampliar el conocimiento para que la población atendida procure los servicios ofrecidos, además de la constante cobranza a los agentes de salud.

Fue entrado el cuantitativo de kits de higiene bucal para el abastecimiento semestral de las comunidades indígenas en este año. La adquisición y el envío de estos kits para el DSEI fue de responsabilidad de la SESAI/MS en el año 2014.

La capacitación de los AIS y profesores es realizada habitualmente, mediante las entradas de Equipos Multidisciplinares de salud, a través de oficinas, rondas de conversaciones y palestras direccionadas para estas clases. Oficialmente, apenas parte de los AIS participa del Curso Técnico de Agente de Salud, en el municipio de São Gabriel da Cachoeira. Es realizada en convenio con los demás profesionales que actúan en la CASAI, la distribución de los ítems: cepillo, crema e hilo dental, a los pacientes recién llegados que no los traen en sus objetos de uso personal. La distribución está unida a orientaciones de cepillados a pacientes y acompañantes por parte de los profesionales de salud bucal. Están en andamiento la implantación de EBS en las escuelas indígenas a través de la sensibilización de profesores y AIS para la importancia que esta tiene en la mejoría de la condición de salud bucal de los escolares, además de forma parte del proceso educativo y la concientización de los alumnos en relación al autocuidado. El Programa Brasil Sonriente, en este período, estaba en fase de implantación por el Ministerio de la Salud. Algunos Distritos ya fueron contemplados y mejorías y reformulaciones están siendo hechas antes de la ampliación para todos los Distritos.

Sobre los resultados acerca de las acciones de saneamiento en el período de ejecución del plan distrital, la tabla 19 demuestra el análisis crítico de estos datos:

Tabla 19.

Análisis crítico de los resultados de la ejecución de saneamiento en área indígena.

Descripción de los Resultados	Cantidad 2012				Cantidad 2013				Cantidad 2014				Cantidad 2015			
	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol
Abastecimiento de Aguay Reformas	14	0	0	●	4	0	0	●	2	4	200	●	4	0	0	●
Planeamiento de Residuos Sólidos	5	0	0	●	0	0	-	-	5	2	40	●	1	1	100	●
Mejorías Sanitarias Domiciliares - Lavamanos y baños	5	0	0	●	5	0	0	●	2	1	50	●	0	0	-	-
Planeamiento de Residuos Sólidos de Salud	1	0	0	●	1	0	0	●	1	1	100	●	1	1	100	●
Total																
Legenda:		●	Alcance > 80%		●	Alcance ≥ 50% ≤ 80%		●	Alcance < 50%							

Fuente: SESANI- DSEI ALTO RIO NEGRO – 2015

Durante el ejercicio de 2011, 2012 fue el período de adecuación del SESANI y el cuadro de funcionarios no era suficiente para la realización de las actividades y en 2013 la CASAI pasó a ser del DSEI y el secretario de salud dio la prioridad a los sistemas de abastecimiento de agua (SAA), y el año 2014 la gestión fue alterada, teniendo así una rotación grande de funcionarios y la no obtención de resultados esperados. En el ejercicio de 2014/2º semestre y ahora en 2015 las actividades han sido de posibles ejecuciones con apoyo de la gestión actual.

En relación con la infraestructura en salud, la tabla 20 muestra los resultados en los años de 2012 a 2014, en el DSEI ARN, en la CASAI y en la sede de los polos-base.

Tabla 20.
Infraestructura en salud.

Descripción de los Resultados	Cantidad 2012				Cantidad 2013				Cantidad 2014			
	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol
Sede Del Distrito Sanitario Especial De Salud Indígena – Dsei	1	0	0	●	1	0	0	●	1	0	0	●
Casa De Salud Indígena – CASAI	1	0	0	●	1	1	100	●	-	-	-	-
Sede De Polo Base Tipo 1	25	0	0	●	25	0	0	●	25	0	0	●

Legenda: ● Alcance > 80% ● Alcance ≥ 50% ≤ 80% ● Alcance < 50%

Fuente: SESANI- DSEI ALTO RIO NEGRO – 2015

Durante el ejercicio de 2011 y 2012 fue el período de adecuación del SESANI y el cuadro de funcionarios no era suficiente para la realización de las actividades y en 2013 la CASAI pasó a ser del DSEI y el secretario de salud priorizó los Sistemas de Abastecimiento de Agua (SAA), y en el año 2014 la gestión fue alterada, teniendo así una rotación grande de funcionarios y la no obtención de resultados esperados. En el ejercicio de 2014/2º semestre y en 2015 las actividades han sido de posibles ejecuciones con apoyo de la gestión actual.

En lo referente al control social, en el año 2013 no hubo necesidad de reunión extraordinaria. Las capacitaciones no fueron realizadas debido a la falta de Recursos Humanos (multiplicador). La Conferencia Distrital de salud Indígena fue realizada en São Gabriel da Cachoeira.

Tabla 21.

Descripción de los resultados programados y ejecutados referentes al control social.

UNIDAD: DSEI Alto Rio Negro												
PROGRAMA: Control Social												
Descripción de los Resultados	Cantidad 2012				Cantidad 2013				Cantidad 2014			
	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol
1.Reuniones delCondisi	2	3	150	●	2	2	100	●	2	3	150	●
4. Reunión del Consejo Local de Salud indígena	14	14	100	●	21	21	100	●	21	21	100	●
Legenda:	● Alcance > 80%		● Alcance ≥ 50% ≤ 80%		● Alcance < 50%							

Fuente: SESANI- DSEI ALTO RIO NEGRO – 2015

Abarcando la temática destinada a la educación permanente. El programa "educación permanente" no realizó curso de capacitación para los profesionales del DSEI, fueron capacitados apenas dos profesionales para multiplicadores de este realizado por la SESAI. El examen del teste del picito no fue realizado por falta de material e insumos. Lepra: fue realizado en 2012 un curso rápido de lepra con practica de colecta de lámina (baciloscopia). En 2014 fue realizado un curso sobre las enfermedades de foco en la lepra con unos profesionales de Manaus del Hospital de referencia Alfredo da Mata y con entrenamiento en campo en las comunidades indígenas más próximas de SGC. Capacitación en salud del Hombre realizado en Manaus en 2013 un bioquímico y un tec. Laboratorio, en 2014 un entrenamiento para dos bioquímicos. Se observó también que buena parte de las pautas obtuvo índice inferior al 50%. Se destaca la formación de ACI, en 2012 no hubo la capacitación programada y en los años de 2013 y 2014 hubo con índice entre 50 y 80%. Alcance superior a 80% fueron destacados en capacitación en prevención e intervención al uso abusivo de alcohol y otras drogas. Capacitación para la aplicación de los instrumentales sobre alcoholización, suicidio y prevención al suicidio indígena. La capacitación da en vigilancia epidemiológica en salud mental y antropología de la salud. Capacitación de ART del programa en SISVAN manejo y descarte de residuo de salud y potabilidad de agua informática (paquete office, autocad). Aprovechamiento del agua de lluvia y su potabilización. La tabla 22 puntúa la descripción de las otras actividades destacando la programación y la ejecución de estas.

Tabla 22.
Resultados inherentes a la educación permanente ejecutada en el DSEIARN.

Descripción de los Resultados	Cantidad 2012				Cantidad 2013				Cantidad 2014			
	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol
AIDPI	-	-	-	-	40	22	55	●	40	2	5	●
Actualización para colecta de material para examen del test del piecito	-	-	-	-	40	-	0	●	40	-	0	●
Formación de ACIS	250	-	0	●	250	165	66	●	250	165	66	●
Capacitación en sí p/ enfermedades dermatológicas con énfasis en la Lepra	0	-	-	-	50	-	0	●	50	24	48	●
Prueba tuberculina o de (mantoux)	0	-	-	-	15	-	0	●	15	-	0	●
Abordaje sindrómico, transmisión vertical, testeo rápido de VIH, sífilis y hepatitis virales y acogimiento.	0	-	-	-	40	98	245	●	40	-	0	●
Restauración traumática (ART)	0	-	-	-	20	-	0	●	0	-	-	-
Capacitar a las parteras identificadas tratándola mejoría de la asistencia domiciliar del parto.	0	-	-	-	-	-	-	-	100	-	0	●

Continúa

Descripción de los Resultados	Cantidad 2012				Cantidad 2013				Cantidad 2014			
	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol
Capacitación en prevención e intervención al uso abusivo de alcohol y otras drogas.	0	-	-	-	-	-	-	-	40	40	100	●
Capacitación para aplicación de los instrumentales sobre alcoholización, suicidio y prevención al suicidio indígena	0	-	-	-	80	80	100	●	80	80	100	●
Capacitación de la emsi en vigilancia epidemiológica en salud mental y antropología de la salud	0	-	-	-	-	-	-	-	40	32	80	●
Capacitación del RT del programa en SISVAN	0	-	-	-	1	1	100	●	1	1	100	●
Capacitación en SISVAN y suplementación de hierro y vitamina a.	0	-	-	-	190	-	0	●	50	-	0	●
Manejo y descarte de residuo de salud	0	-	-	-	-	-	-	-	120	120	100	●
Potabilidad agua SODIS/hervor	0	-	-	-	-	-	-	-	240	240	100	●
SAA y potabilidad agua	0	-	-	-	-	-	-	-	800	800	100	●

Continua

Descripción de los Resultados	Cantidad 2012				Cantidad 2013				Cantidad 2014			
	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol
Informática (Paquete Office, Autocad).	0	-	-	-	-	-	-	-	8	8	100	●
Aprovechamiento de agua delluviay su potabilización	0	-	-	-	-	-	-	-	8	8	100	●
Capacitación para consejeros locales/distritales	0	-	-	-	200	0	0	●	200	-	0	●
Capacitación de ais y profesores para prevención de enfermedades y promoción de salud.	0	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Padrón en tracoma	0	-	-	-	-	-	-	-	25	25	100	●
Capacitar en servicio al AIS en palestras de enfermedades en eliminación.	0	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Entrenamiento básico envigilancia epidemiológica-TBVE	0	-	-	-	-	-	-	-	60	-	0	●
Actualización en organización de la atención básica	0	-	-	-	-	-	-	-	60	-	0	●
Capacitación del RT del programa DANT'S	0	-	-	-	1	-	0	●	1	-	0	●
Capacitación en DANTS	0	-	-	-	80	80	100	●	80	-	0	●

Continua

Descripción de los Resultados	Cantidad 2012				Cantidad 2013				Cantidad 2014			
	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol
Capacitación RT salud deanciano	0	-	-	-	-	-	-	-	1	-	0	●
Capacitar EMSI sobre salud delanciano	0	-	-	-	-	-	-	-	80	-	0	●
Capacitación RT salud del hombre	0	-	-	-	-	-	-	-	1	-	0	●
Capacitación salud del hombre	0	-	-	-	-	-	-	-	80	-	0	●
Entrenar EMSI para la identificaciónyacompañamiento de sintomáticos respiratorio.	0	-	-	-	100	-	0	●	70	-	0	●
Entrenamiento de RT enaplicaciónylectura de prueba tuberculina	0	-	-	-	-	-	-	-	1	-	0	●
Actualización para profesionales (sobre colecta de esputo, preparo para análisisy transporte del material)	0	-	-	-	25	-	0	●	20	-	0	●
Entrenar a las EMSI para realización de tratamientodirectamente observado de tuberculosis.	0	-	-	-	100	-	0	●	70	-	0	●

Continúa

Descripción de los Resultados	Cantidad 2012				Cantidad 2013				Cantidad 2014			
	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol
Entrenamiento de RT sobre diagnóstico de lepra y funcionamiento del programa	0	--	-	-	1	-	0	●	1	-	0	●
Entrenamiento del bioquímico y téc. en patología del DSEIARN para coleta y preparación de láminas (baciloscopia)	0	-	-	-	2	2	100	●	2	2	100	●
Entrenar EMSI para diagnóstico y acompañamiento de tratamiento de lepra	0	-	-	-	100	-	0	●	100	25	25	●
Entrenamiento de bioquímico y téc. en patología del DSEIARN para escarificación de la lesión leishmaniasis	0	-	-	-	2	-	0	●	0	-	-	-
Curso de Word y Excel avanzado	0	-	-	-	20	-	0	●	20	-	0	●
Capacitación en sala de vacuna, red de frío, eventos adversos, BCG y vigilancia epidemiológica	0	-	-	-	60	-	0	●	60	-	0	●

Continúa

Descripción de los Resultados	Conclusión											
	Cantidad 2012				Cantidad 2013				Cantidad 2014			
	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol	Programada	Ejecutada	%	Farol
Actualización y capacitación terapéutica de malaria	0	-	-	-	120	-	0	●	0	-	-	-
Capacitación de las EMSI para a prevención, vigilancia, combate y colecta da lámina de escarificación de la lesión leishmaniasis	0	-	-	-	30	-	0	●	30	-	0	●
Capacitación y actualización para los microscopistas	0	-	-	-	10	-	0	●	0	-	-	-
Capacitación y actualización para los agentes de endemias	0	-	-	-	15	-	0	●	-	-	-	-
Participación en eventos del área de inmunización o vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles	0	-	-	-	-	-	-	-	1	-	0	●
Reunión técnica de evaluación de las acciones de inmunización	0	-	-	-	60	-	0	●	60	-	0	●
Legenda:	●	Alcance > 80%			●	Alcance ≥ 50% ≤ 80%			●	Alcance < 50%		

Fuente: Educación Permanente DSEI-ARN/2015.

En 2015 fue elaborado un documento por el DSEI ARN, encaminado a la SESAI, versando sobre la justificativa y distribución del dimensionamiento de las necesidades del DSEI ARN con el objetivo de pleitear la garantía de esta demanda reprimida. La tabla 23 explica en la primera columna los lugares donde deben ser invertidos recursos para la reforma de estas unidades, entre ellas la CASAI, UBSI I, II y III, sede del DSEI y polos bases. En la segunda columna describe la necesidad de mejoras sanitarias en comunidades indígenas en lo que se refiere a mejoras en el sistema de abastecimiento de agua y desagüe sanitario y la tercera columna versa sobre la necesidad de adquisición de transportes terrestres y fluviales y sus equipamientos, además de mobiliario y una estructura para utilización en la informatización del sistema.

tabla 23.

Distribución del dimensionamiento de las necesidades del DSEI ARN

Inversiones locales/dimensiones Edificaciones (A)	Mejoras sanitarias Domiciliares (MSD) Saneamiento (B)	Vehículo y equipamientos (C)
<p style="text-align: center;">CASAI</p> <p>Fueron enumeradas como prioridad la reforma y ampliación de la CASAI-SGC que se encuentra con serios problemas estructurales y también la construcción de la CASAI en el municipio de Barcelos donde los números de pacientes con necesidades de salud viene exigiendo la existencia de esta estructura para acoger a los indígenas en tratamiento fuera de su aldea.</p>	<p style="text-align: center;">SISTEMA DE ABASTECIMIENTO DE AGUA</p> <p>Los sistemas de abastecimientos de agua - SAA es de necesidad en por el menos 110 comunidades atendidas por el DSEI Alto Río Negro, siendo estos proyectos presentados para atender a 15 comunidades pues el distrito analizo su capacidad de ejecución en relación a la previsión presupuestaria para los 4 años donde se llevo a la decisión de no ultrapasar los 15 SAA. Localización de las aldeas prioritarias donde está prevista la conclusión de 15 SAA hasta 2019:</p> <p>1. Caruru do Waupes / 2. Taracua – Waupes / 3. Iauarete - Waupes / 4. Querari – Waupes / 5. São Gabriel – Papuri / 6. Caruru do Tiquie – Tiquie / 7. São José II – Tiquie / 8. São Sebastião – Tiquie / 9. Boa Vista – Içana / 10. São Joaquim - Içana / 11. Canada - Içana / 12. Ambauba - Içana / 13. Tucumã - Içana / 14. Cumati – Negro / 15. Juruti – Negro</p>	<p style="text-align: center;">VEHÍCULOS</p> <p>1 CAMIONETA PICK UP HILUX para CASAI – Existe una necesidad de un vehículo cerrado para transportar a los pacientes referenciados de las aldeas indígenas, sin condiciones de ser transportados en carros comunes para el hospital de referencia (HGU o CASAI-Casa de Salud Indígenas): tipo: pacientes con: AVC, tabajo de parto, fracturas expuestas, convulsiones y accidentes ofídicos etc..</p>

Continúa

Inversiones locales/dimensiones Edificaciones (A)	Mejorías Sanitarias Domiciliares (MSD) Saneamiento (B)	Vehículo y equipos (C)
<p style="text-align: center;">UBSI I</p> <p>El Distrito del Alto Río Negro presenta 25 regiones determinadas y conocidas como polos base, contodo ningún polo base presenta UBSI y las estructuras conocidas como polos son inexistentes o se encuentran seriamente comprometidas colocando en riesgo a los pacientes y profesionales. Esta antigua necesidad ya es de conocimiento de los consejos locales desde 2010 y con el aumento poblacional y mudanzas en los padrones epidemiológicos del distrito estas estructuras son fundamentales. Por lo tanto, fue definido conforme las demandas de atención y densidad poblacional del área de alcance y aprobados por medio de reuniones del CONDISE y de la gestión desde 2012 la construcción de 16 UBSI's-Tipo I que en 2016 aún configuran la necesidad del DSEI-ARN.</p>	<p style="text-align: center;">MEJORÍAS SANITARIAS DOMICILIARES (MSD)</p> <p>De acuerdo con el Censo otorgado por el SIASI, son atendidas todas las comunidades indígenas del Alto Río Negro, cada residencia poseyendo su Mejoría Sanitaria, serían necesarias la construcción de 6256 baños para como mínimo el saneamiento exigido con buena calidad de vida para los indígenas. Con toda esta realidad en el área del DSEI-ARN es utópico, por lo tanto, fue repensada la posibilidad de causar un impacto de estas mejorías en 30 aldeas que presentan el perfil epidemiológico, densidad demográfica y capacidad de asimilación de estructuras de mejoría sanitarias reduciendo los determinantes de salud negativos.</p> <p style="text-align: center;">Las mejorías Sanitarias domiciliars:</p> <p>1. São Sebastião / 2. Tucumã – Içana / 3. Taracua – Waupes / 4. Boa vista / 5. Cumati - negro/xié/ 6. Iauarete – Waupes / 7. São Joaquim / 8. Juruti – negro / 9. Querari – Waupes / 10. Tunui – Içana / 11. Ilha das flores. / 12. Jutica - Waupes / 13. Camarão – Içana / 14. Marabitana – Waupes / 15. Nazaré - Içana / 16. São Gabriel – Papuri / 17. Vista alegre - Içana / 18. Paricachoeira - Tiquie / 19. Nazaré do cubate - Içana / 20. Caruru do Tiquie - Tiquie / 21. Canada - Içana/Aiari / 22. São José II - Tiquie / 23. Ambauba – Içana / 24. Caruru do Waupés</p>	<p style="text-align: center;">2 CAMINONETAS PICK UP HILUX TRACCIÓN EN LAS 4 RUEDAS, CABINA DOBLE.</p> <p>Para atender el polo de la entrada que no posee transporte propio queda siempre dependiendo de la disponibilidad y otros vehículos con tracción otra pick up para atender la demanda de barcelos que posee aldeas en comunidades de entrada de tierra y no posee vehículo apropiado.</p>

Inversiones locales/dimensiones Edificaciones (A)	Mejorías Sanitarias Domiciliares (MSD) Saneamiento (B)	Vehículo y equipos (C)
<p style="text-align: center;">UBSI II</p> <p>Fueron definidos de acuerdo con la demanda por atención y densidad poblacional del área de alcance y aprobados por medio de reuniones con CONDISE y gestión desde 2012. Siendo los 8 "polos" que poseen las características necesarias para ser contemplados con la estructura de la UBSI Tipo II. Estos polos fueron escogidos pues son considerados como "referencia" en las calhas dos Ríos.</p>	<p style="text-align: center;">DESAGOTESANITARIO</p> <p>La ciudad de São Gabriel da Cachoeira no posee desagüe Sanitario ni estación de tratamiento de agua. Siendo así, vuelve difícil el desagüe sanitario en las comunidades indígenas, siendo que estas aún no poseen mejorías sanitarias domiciliarias.</p>	<p style="text-align: center;">BARCO</p> <p>Adquisición de voadeiras (botes de hierro) es fundamental para la ejecución de las acciones en el Alto Río Negro los botes remanentes no se presentan en condiciones ideales y mismo con las repaciones aún son insuficientes para atender la demanda, muchos polos necesitan dejar botes en lugares estratégicos para evitar el ultrapasaje por cachoeiras.</p> <p>También es necesario como mínimo 1 barco a diesel con motor central capaz de transportar materiales diversos, pacientes, consejeros y profesionales para ejecución de acciones específicas en las comunidades.</p> <p>3 bongos: esta embarcación se mostro muy eficiente durante el período de la seca y son fundamentales para transporte de combustible hasta los polos base.</p>
<p style="text-align: center;">UBSI III</p> <p>Fue definido de acuerdo con la demanda por atención y densidad poblacional del área de alcance y aprobados por medio de reuniones con CONDISE y gestión desde 2012.</p> <p>Yauaretês conocida como siendo el mayor distrito de São Gabriel da Cachoeira donde se configuran los mayores déficits en los indicadores debido a las altas densidades poblacionales y al crecimiento acelerado. Por caracterizarse con todos los requisitos este distrito deberá ser contemplada con aprobación de proyecto una UBSI tipo III hasta el final de 2019.</p>		<p style="text-align: center;">MOTORES DE BARCO</p> <p>Adquisición de 22 motores de popa siendo de estos 12 con potencia 40HP, 4 motores 15HP, 4 motores 60hp y 4 motores 90 hp debido a períodos de seca y lugares de difícil acceso que exigen un motor menor. El desplazamiento en el DSEI-ARN es exclusivamente fluvial y la ausencia de estos motores la falla de los mismos ocasiona el riesgo a los profesionales, pacientes bien como perjuicio de la ejecución de todas las acciones.</p>

Inversiones locales/dimensiones Edificaciones (A)	Mejorías Sanitarias Domiciliares (MSD) Saneamiento (B)	Vehículo y equipos (C)
<p>SEDE DEL DISTRITO</p> <p>El área de atención del DSEI ARN contempla tres municipios que son: São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel y Barcelos. Cada municipio presenta un sector administrativo y debe poseer su infraestructura propia. Las instalaciones actualmente son totalmente inadecuadas e insuficientes para atender la demanda del DSEI-ARN los alquileres pagados son exorbitantes y generan altos costos anuales.</p>	<p>POLOS-BASE</p> <p>Actualmente en el DSEI-ARN todas las 25 regiones son llamadas coloquialmente de "polo Base" aunque la gran mayoría sea inexistente o se presente en condiciones muy precarias. Por este motivo fue enumerado como prioridad en las reuniones de los CONDISE la construcción de estas estructuras en 22 regiones o polos que no poseen las respectivas edificaciones. Dentro de esta lógica fueron planeadas en orden de prioridades donde los factores epidemiológicos, sociales fueron determinantes en la elección de las primeras construcciones. Siendo seleccionados ocho polos estratégicos para iniciar sus obras hasta 2019.</p>	<p>GENERADORES</p> <p>Necesidad de substituir los existentes y de suplir los que no existen en regiones de difícil acceso. 25 Polos Base (para cada polo base conforme la necesidad de la potencia del Polo) / 2 CASAI / 2 CONDISE y Acciones de educación / 2 SESANI Malaria (acciones de salud)</p>
<p>REFORMAS</p> <p>Edificaciones: Son reformadas de acuerdo con las condiciones físicas del establecimiento de salud evaluadas por el equipo técnico del SESANI utilizando como referencia la resolución de la ANVISA RDC 50 – 2002.</p> <p>Sistema de Abastecimiento de Agua: Son reformados de acuerdo con el desagüe, obsolescencia, daños a los elementos que componen el sistema. Como también con la demanda de agua de la aldea/comunidad.</p>	<p>MOBILIARIO</p> <p>La sede del distrito y la CASAI deberán pasar por reformas y reubicación de sectores para atender esta demanda fue realizado un levantamiento mínimo para equipar la sede y también los polos base que deberán ser construidos en 2018 y 2019 con mobiliario mínimo para atender la demanda.</p>	

Fuente: DSEI ARN

A través de lo que fue planteado en las tablas anteriores, se observa que fue realizado un buen levantamiento de las necesidades para una mejor operacionalización del subsistema. Fue puntuado exactamente lo que carece de adquisición y sustitución. Estas precisiones fueron observadas desde 2013 durante la pesquisa de maestría de este autor que nos explica y son solicitadas cada año. alguna de estas solicitudes ha sido ejecutada, pero está muy lejos de lo que se necesita. Corresponde a la SESAI pactada con esfera competente que legisla la salud indígena para la efectivización de esas solicitudes.

En el PDSI 2016-2019 se espera que posteriormente sea solucionado (ya que se obtuvieron resultados no alcanzados en los planes anteriores la creación del regimiento Interno del DSEI-ARN articulado con SESAI) la definición del modelo de gestión del DSEI en ámbito Local envolviendo los tres Municipios (SGC, Barcelos y Santa Isabel), la creación de un modelo de educación permanente para gestor, apoyadores y profesionales del área medio del DSEI-ARN y gastos con pasajes fluviales y energías eléctricas reducidas en hasta 15%.

La resolución de los puntos especificados en la tabla anterior tenderá a funcionamiento exitoso de la red de atención a la salud indígena obedeciendo todos los preceptos de las políticas, ordenanzas y toda legislación indigenista. Resultando en índices reducidos de morbimortalidad en salud indígena.

6.5 Panorama actual de la actuación de los 34 DSEI en las acciones en salud bucal indígena.

En el DSEI ARN, en 2017, Equipos entraron en área 21 veces, en cuanto fueron 33 inserciones de equipos en las comunidades, en el mismo período de este año. Las acciones de cepillados atendieron 6.533 indígenas durante todo el año de 2016. Hasta junio de este año, ya fueron realizadas acciones de cepillado con 6.877 personas. Los tratamientos odontológicos concluidos sumaron 1.035 en el primer semestre del año pasado (total de 2.278 en el año). En este primer período del año, ya fueron finalizados 1.566 (previsión de 4.367 hasta fin del año). Además de esto, los valores de recursos para los insumos odontológicos en este año serán ampliados en más de 60%, en comparación a 2016.

A nivel nacional la SESAI resalta en cuanto a la cobertura de la Primera Consulta Odontológica Programática en población indígena, la resolución de 277.496 consultas, lo que permite inferir que 37,6% de los 737.262 indígenas registrados realizaron la primera

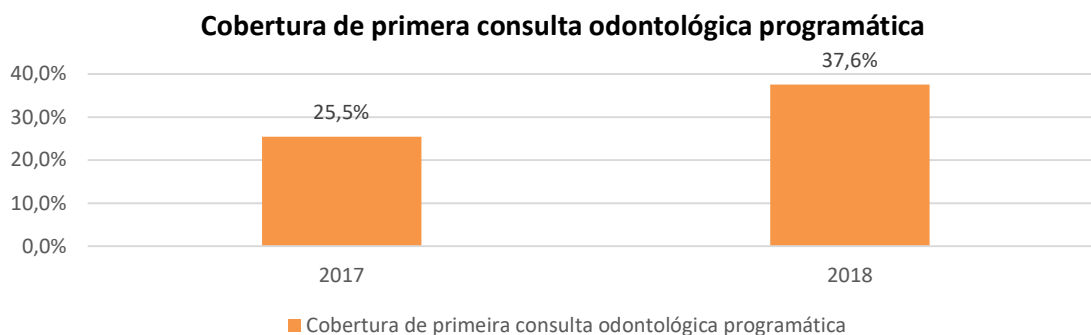
consulta odontológica programática en el período 1/1/2018 a 31/12/18, (extracción el 15/1/2019).

En la atención de salud bucal en los 25 polos base de la región del Alto Río Negro hubo aumento significativo de las acciones, en un comparativo hecho entre 2016 y 2017.

A pesar de lo ejecutado está lejos de la meta para 2018, es oportuno destacar que el número de primeras consultas odontológicas programáticas registradas en el SIASI vienen presentando crecimiento expresivo a lo largo de los años, una vez que paso de 34.066, en 2015, para 170.126 en 2016, para 193.552 en 2017, para 277.496 en 2018, lo que corresponde a un incremento en el último año de 43,4% (RAG/SESAI, 2017).

Gráfico 8.

Cobertura de la primera consulta odontológica indígena 2017/2018.



Fuente: RAG/SESAI, 2017. SIASI/DGISI/DGESI/SESAI/MS, período 01/01/18 a 31/12/2018, extracción el 15/01/19, datos sujetos a alteración.

Otro importante indicador asistencial es el porcentual de primeras consultas odontológicas programáticas con conclusión de tratamiento básico, que permite estimar la resolución de la atención básica odontológica, una vez que estima la proporción de tratamientos iniciados que fueron finalizados. De esta forma, datos del SIASI demuestran que el porcentual de tratamientos concluidos en 2018 fue de 53,9% presentándose superior a los 50,3% observado en 2017, siendo que la ampliación del número absoluto de tratamientos concluidos fue aún mayor, pasando 97.323 en 2017 para 149.585 en 2018, lo que representa un aumento de 53,6%. También fue observado aumento de la producción asistencial, una vez que el número de consultas odontológicas paso de 320.092 para 457.430, y el número de procedimientos odontológicos básicos paso de 735.790 para 1.044.046 en 2017 y 2018 respectivamente (RAG/SESAI, 2017; SIASI, 15/01/2019).

De acuerdo con los informes enviados por 33 DSEI, las principales razones que dieron oportunidad de realizarlas actividades fueron: mejoría en la gestión del DSEI, apoyo

direccionado a los equipos multidisciplinarios y acciones de calificación de los profesionales, ya entre los principales factores que dificultaron la realización de las acciones, fueron relacionados a problemas logísticos para garantizar la entrada de las EMSI en área, deficiencia de recursos humanos y deficiencia de infraestructura de los establecimientos de salud, dificultades en la alimentación del SIASI, bien como divergencia entre los bancos de datos locales y el banco nacional.

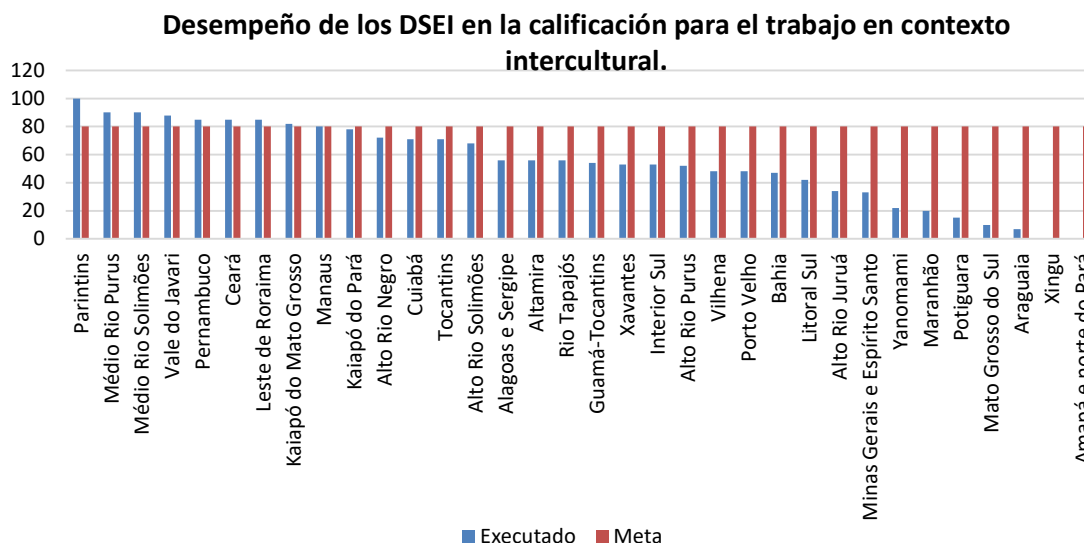
Es oportuno destacar algunas estrategias adoptadas por la SESAI para el aumento de la cobertura de acciones de salud bucal como: monitoreo mensual de la alimentación del sistema de información, inversiones en la adquisición de equipos odontológicos, monitoreo del abastecimiento de insumos odontológicos, fomento para la entrada regular de los equipos en área para realizar las acciones en las aldeas, realización de acciones conjuntas en convenio con otras instituciones y proyectos con enfoque en salud bucal en el ámbito Programa SESAI en Acción.

Entre las perspectivas para 2019, se destaca para la realización de la primera Investigación Nacional de la Salud Bucal de los Pueblos Indígenas, que se presenta con Término de Ejecución Descentralizada (TED 82/2018) firmado (DOU, de 5/10/2018, p.99) y producirá informaciones epidemiológicas importantes para evaluación de la salud bucal indígena, siendo fundamentales para la calificación del planeamiento y de la organización de los servicios de salud bucal.

Con relación a la calificación para trabajo en contexto intercultural cincuenta por ciento de los trabajadores de la EMSI/DIASI. El gráfico 09 muestra el desempeño de los DSEI en la calificación para el trabajo en contexto intercultural.

Gráfico 9.

Desempeño de los DSEI en la calificación para el trabajo en contexto intercultural.



Fuente: DSEI/SESAI, 2018.

La estructura física aparece entre las mayores fragilidades y oportunidades presentadas, lo que revela disparidad de condiciones entre los DSEI en esta cuestión. La fragilidad correlaciona internet puede explicar la baja adhesión de los DSEI a los cursos disponibles en plataformas de educación a distancia. En el año 2018, la SESAI brindó dos cursos relacionados a esta temática: “Salud Indígena: Interculturalidad en Red” y el módulo introductorio producido por la Unifesp. Aunque el resultado alcanzado tenga significativa contribución de las plataformas de educación a distancia, la adhesión considerando el total de trabajadores del DSEI aún es poco expresiva.

La logística de entrada en área también figura entre las fragilidades y expresa la dificultad de los DSEI de contemplar a los profesionales que actúan en área en las acciones de educación permanente. Esto puede estar relacionado con el predominio del “capacitacionismo”, lógica en la cual se concentra un número determinado de participantes para una acción puntual con definición previa de contenido, que aún está muy presente en la organización de las acciones de educación permanente.

La gestión y la articulación federativa como algunas de las principales oportunidades pueden revelar una sensibilidad mayor acerca del potencial de la educación permanente en la mejora de la calidad de la atención a la salud y el establecimiento de convenios con estados y municipios para la realización de acciones educativas. Por fin, es importante destacar que el desdoblamiento en el resultado de la educación permanente se debe al hecho de que los DSEI poco realizaban acciones educativas con foco en el trabajo en

contexto intercultural. Es significativo que, con la mudanza en el resultado, nueve DSEI no hayan realizado ninguna acción referente a este resultado: Cuiabá, Interior Sul, Manaus, Mato Grosso do Sul, Parintins, Potiguara, Vilhena, Xinguy Amapá y Norte do Pará.

Otro dato obtenido fue la estructuración de la red de establecimientos de salud y las acciones prioritarias en saneamiento y edificaciones.

La estructura de atención de la población indígena cuenta con las Unidades Básicas de Salud (UBSI), con las Sedes de Polo Base y las Casas de Salud Indígena (CASAI).

En el DSEI ARN, en el año 2017 estaba planteado la reforma y mejoría de la Casa de Salud Indígena (CASAI) de São Gabriel da Cachoeira y de los polos base y Unidades Básicas de Salud Indígena (UBSI) en diversas aldeas, como en Taracá, Tucumã, Canadá, São José 2, Anchieta, Mercês, Arurá, Camanaus, Ilha das Flores, Balaio, São Joaquim, Querari y Jandiá. La Secretaría también ha trabajado en la perforación y manutención de pozos artesianos en algunas aldeas. Ya en lo referente a los establecimientos, la Sede del Distrito ya cuenta con nuevas instalaciones para la mejoría de las condiciones de trabajo. Está prevista para acontecer hasta 2018, un nuevo convenio con el Ejército Brasileño para ofertar agua potable a la población indígena, con la creación de 405 sistemas de captación de agua de lluvia individuales. También está prevista para el final de año, la conclusión de la georreferencia en las 690 aldeas de alcance del DSEI. En 2017, 355 fueron georreferenciadas.

A nivel nacional en lo que se refiere a las obras en ejecución de edificación, tuvimos la conclusión de 4 (cuatro) reforma/ampliación de CASAI, que forman parte de la meta PPA, siendo 1 con recurso de inversión y otras 3 con costeo, con relación a otras tipologías de edificación de salud fueron finalizados 3 (tres) Polos Base, 33 (treinta y tres) UBSI, 1 (una) Unidad de Apoyo y 3 (tres) Alojamientos.

Fueron concluidas 16 (dieciséis) obras de reforma/ampliación de Sistemas de Abastecimiento de Agua (SAA), de las cuales 3 (tres) fueron ejecutadas por emprendedores como medida de mitigación de impactos ambientales con base en planes básicos ambientales. Fue concluida la implantación de 9 (nueve) SAA en aldeas con población superior a 50 habitantes, además de esas obras, con recorte poblacional, fueron entregadas 66 obras más de abastecimiento de agua, 41 unidades en aldeas con población inferior a 50 habitantes, 12 con recurso de costeo y 13 como compensación/mitigación de impactos ambientales oriundos de emprendimientos.

entieras indígenas. Y el destino final adecuado de residuos fue realizado por medio de la conclusión de obras de Módulos Sanitarios Domiciliares (MSD) en 3 comunidades.

En cuanto a la evaluación y el análisis de la calidad del agua consumida por los indígenas, fueron alcanzadas la marca de 7,5% de las comunidades indígenas con la calidad del agua monitoreada, equivalente a 415 aldeas, representando aumento de 274% con relación al ejecutado en 2017. Para que sea considerado monitoreo hay una serie de requisitos a ser cumplidos y en cuanto uno o más criterios no son atendidos en este análisis es considerado puntual, un total de 981 comunidades indígenas tuvieron análisis puntuales realizados.

Otra actividad de saneamiento desarrollada en áreas indígenas es el trabajo referente al gerenciamento de residuos sólidos (GRS) que al final del año alcanzó la cobertura de 1.845 aldeas indígenas, sumado a la ampliación del 399% de la acción en comparación al ejercicio de 2017; algunas acciones realizadas son el convenio establecido con prefecturas para recogimiento de residuos sólidos, destino adecuado de residuos sólidos de salud, educación en salud con foco en residuos sólidos en cuanto a la producción, clasificación y destino.

Además, 15% de los establecimientos fueron beneficiados con infraestructura tecnológica implementada y 35% con Planes de servicios de transporte implementados en los 34 DSEI.

La complejidad de los DSEI dispersos en todo el territorio nacional hace a la SESA empeñar-separa vencer desafíos tales como ausencia de infraestructura de abastecimiento; infraestructura instalada, pero con operación inadecuada; ausencia o tratamiento inadecuado del agua; red de abastecimiento de agua intermitente o sin manutención; pozo y reservatorio sin manutención periódica; residuos y efluentes próximos al punto de captación del agua; gestión inadecuada de desechos/residuos Proliferación de vectores; ausencia de edificaciones de salud para la realización de las actividades; ausencia de la manutención en las edificaciones de salud. Dificultades logísticas (insuficiencia de vehículos, barcos y combustible); Equipos pequeños para el desarrollo de las acciones; Falta de mano de obra calificada; Estacionalidad de los Ríos; Contratos con empresas que no cumplen los términos; Fiscalización y gestión de contratos inadecuados; Infraestructura lógica insuficiente; Presupuestos mal elaborados, bien como dimensionamiento de la logística para las obras y servicios; Elaboración de proyectos referencia convalidad para todo Brasil.

Siendo así, la búsqueda por la resolución de estos desafíos debe llamar la atención de la población brasileña y de los gobernantes para que medidas sean tomadas, afin de que haya la congruencia de la exuberancia de unescenario natural conla salud de la población que habita la región.

CONCLUSIÓN

En consonancia con el panorama histórico anterior a la constitución de un marco normativo legal, expresado en la Política Nacional de Salud Bucal y en las ordenanzas que garantizan su implementación, así como el surgimiento del programa Brasil sonriente indígena, como forma de garantizar y ampliar el acceso a la salud bucal de esa población desprovista de atención se puede inferir aspectos positivos con relación a la salud indígena. Esta mudanza hace puntuar un trabajo arduo desarrollado en los 34 distritos sanitarios especiales indígenas contenidos en Brasil.

La complejidad de legislar en cada esfera administrativa del país, donde cada estado federativo poseedor de diversidades geográficas, sociales y culturales se vuelve aún más enigmático de obedecer a un padrón inherente al cumplimiento de los preceptos de esa política. Aún no existe una similitud entre los indicadores en salud bucal de los indígenas entre todos los DSEI, la integralidad de la atención aún no fue alcanzada, así como el principio de la equidad. Hay diferencias entre la distribución de la atención asociados a los DSEI y cuando son comparados con la población no indígena.

Hoy el acceso al dentífrico con flúor y la escoba dental, así como la inserción del equipo de salud bucal en el equipo multidisciplinar en salud indígena, viene transformando y mejorando los índices epidemiológicos de salud bucal, reduciendo, mismo que de forma lenta y gradual, de la población residente lejos de la red de servicios promotores de la mejoría de la salud bucal.

La comunidad indígena expresa y participan actualmente de conferencias, consejos de salud, reuniones y discusión de planes distritales de salud y otros, destinados a la casuística indígena, donde a través de su “voz” ayudan de forma imparal auxilio para el mejor desarrollo de acciones y actividades relacionadas a su especificidad cultural y modo de vivir.

Aún que las normas referentes a incisos y leyes relativas a la legislación indígena sean detentoras del ideal indígena, no se consigue en el propio ambiente indígena el desarrollo y obediencia a las particularidades que deben ser obedecidas en el contexto indígena.

En la región amazónica, por ejemplo, portadora de más de 50% de los DSEI del país, no consigue, a través de estudios y datos disponibles en plataformas de bases de pesquisa nacional e indígenas, imponer lo que está escrito en la

jurisprudenciayadecuarinsitu. En líneas generales no hay, por ejemplo, ningún distrito especial de salud indígena con toda infraestructura de red de atención a la salud con puestos de salud en cada comunidad indígena, polos-base, CASAI en consonancia con lo que es preconizado por la PNASPI y directrices para establecimientos de salud en área indígena. Esto se debe a factores logísticos que muchas de las veces no hay posibilidad de instalar una red de atención tan compleja. Otras veces la estructuración de esta red depende de transferencias financieras regulares y dependientes de una buena gestión que tenga un mirar resolutivo para esta mudanza de la realidad encontrada.

El Distrito Sanitario Especial Indígena del Alto Río Negro durante el análisis de estos diez años de atención y gestión destinado a la salud bucal de la población, en especial, a la gabriense, puede ser discutido por cada cuatrienio de gestión. Por ser un trabajo descriptivo, exploratorio y de pesquisa bibliográfica y documental es dependiente de la selección de datos primarios y secundarios encontrados en sitios lejos del lugar de la pesquisa.

En el período de 2008-2011 la atención a la salud indígena era abordada de forma más generalista, vinculada a la política oficial de salud bucal, sin las especificidades indígenas. Se nota en este período la necesidad de mudanza de este panorama, toda vez, que la realidad indígena era distinta de la población de los centros urbanos, ahí surgen las directrices para la atención a la salud bucal en los DSEI donde comienza a tener una mudanza de la atención destinada a esta localidad de forma esporádica y centrada en el modelo hegemónico y se presentan presupuestos de un modelo de atención que prioriza realidad epidemiológica y representaciones culturales de los pueblos indígenas subsidiando los gestores locales en el planeamiento de acciones en salud y monitoreo y evaluaciones de las mismas, estableciendo padrones de medidas para el proceso salud/enfermedad bucal.

En el intervalo de 2012-2015 el autor de esta tesis puede vivenciar durante su pesquisa de maestría, a través del análisis por medio de métodos evaluativos normativos el proceso y estructura de la red de atención a la salud indígena destinada a la población urbana y rural del municipio de San Gabriel de Cachoeira. Durante el análisis se puede contrastar lo que era preconizado por la política y lo que era visto a nivel local. Entrevistas con jefe del DSEI, dentistas y coordinadores de salud bucal fueron realizadas y la observación del contexto durante la ejecución de estas también se fue notado. Como resultados, la red de atención a la salud de la población indígena residente en área urbana y asistido por la red de atención del sistema único de salud por medio de la secretaria

municipal de salud de SGC tuvo un grado de implantación satisfactorio, luego de la evaluación de las subdimensiones instalaciones físicas, equipamientos, instrumentales y materiales odontológicos, recursos humanos y planeamiento, promoción y protección en salud, sistema de información en salud y el acceso. Y el grado de implantación de los servicios prestados por el DSEI la población rural de SGC tuvo como insuficiente e insatisfactorio obteniendo el score de no implantación. En este período el DSEI ARN fue objeto de denuncias por representantes de la comunidad indígena al Ministerio Público Federal sobre las condiciones de salud en que la población estaba vivenciando con la gestión del DSEI.

Entre 2016-2019 se observó un mejor planeamiento y gestión para la ejecución de las acciones. A partir de aquí hubo un mapeo de las principales necesidades a nivel estructural del DSEI ARN en la construcción de la estructura física de la red de atención en comunidades que no contaban con esas. Reforma de unidades de salud existentes. Adquisición de insumos, equipamientos, materiales de consumos, transportes y otras carencias vistas en el lugar del estudio. En respuesta a estos pedidos, la SESAI viene al poco tiempo liberando recursos para estas mejoras, los índices de epidemiológicos de la carie dental y otras enfermedades vienen presentando reducción, pero, está lejos de alcanzar el total de los objetivos levantados por el programa Brasil sonriente indígena.

En el municipio con el mayor contingente poblacional indígena, aún hay problemas referentes al acceso, la alimentación de sistema de información, la rotación de profesionales, falta de capacitación regular de la EMSI para actuación en el contexto indígena, hay fallas en la gestión en lo condicente al cumplimiento de metas y ejecución de un planeamiento que no solo sea escrito y encaminado para evaluación y aprobación, sino si, ejecución.

En este período de diez años en la atención a la salud indígena, hoy con la gerencia de la SESAI, no se puede decir que está satisfactorio su alcance deseado por la legislación indígena, pero, a través de los hallados datos numéricos indican una evolución en el modelo de atender las demandas derivadas en salud.

La pauta de la gestión de la SESAI en municipios/estados habitados y asistidos por DSEI debe actuar de forma responsable, cohesionada y eficaz para que finalmente la atención a la salud bucal indígena venga a alcanzar índices de lo satisfactorio en cuanto al grado de implantación del programa, pues ya se sabe de las fallas existentes, la inoperancia para ahora ejecución de estas. Medio las posibilidades está en la

ampliación del compromiso involucramiento, tanto de los gestores como de los profesionales involucrados en este proceso de comprensión de la dinámica del trabajo y de la formación en la perspectiva de construir mudanzas significativas para la realidad local.

Las varias literaturas consultadas indican el potencial de la Política Nacional de Salud Bucal para reorganizar la salud bucal, de acuerdo con los principios y directrices del SUS y de la Reforma Sanitaria Brasileña. En tanto, esto no involucra apenas la voluntad política de agentes que abordaron la construcción de una política como un todo, pero también señala la necesidad de provocar mudanzas en la sociedad y en el Estado. Entre tanto, estas mudanzas no parecen capturar la atención de la población brasileña, una vez que son construidas sobre cuestiones estructurales. La literatura también indica la necesidad de crear medios participativos institucionales, que puedan establecer un diálogo con las estructuras de participación del SUS en el ámbito de la sociedad civil, cuyo involucramiento ha sido primordial en momentos históricos específicos.

La estructura metodológica carece de más publicaciones científicas que versen sobre la evaluación y monitoreo de las estructuras de los servicios de salud de otros DSEI. Que el módulo de información en salud indígena sea accesible al lector de forma integral, consiguiendo alcanzar datos de todos los DSEI a nivel nacional, y no, a nivel local de cada distrito. Que la investigación nacional de la salud bucal de los pueblos indígenas sea concluida y así las informaciones importantes podrán ser colectadas, interpretadas, evaluadas para futura herramienta de gestión. Planes distritales de salud indígena, informe de consejos y conferencias de salud indígena estén disponibles en la íntegra a través de medios electrónicos como forma de los investigadores para ejecutar sus pesquisas con una mejor secuencia lógica y acompañamiento en el transcurrir de un determinado período.

Son innumerables los desafíos, en la salud como un todo, pero el caminar para implantar una atención para la salud bucal de hecho y permanente, y que no se agote en la voluntad política de los gestores mismo en las mudanzas de gobierno, y dejar de estar a la merced de políticas públicas generalistas. Ganando identidad propia, definida por los usuarios y por los profesionales que posibilitan la salud de la población en general, así como de la población indígena.

Por lo tanto, en lo que se refiere al proceso de inserción del Brasil Sonriente Indígena se perciben avances constructivos, pero moderado que se encuentra en un proceso continuo de ejecución de las directrices preconizadas por esta política, por medio de un sistema complejo y estructurado que objetiva un buen funcionamiento imprescindible para abastecer a la salud de estos pueblos,

con este análisis concebir medios necesarios para el poder de decisión, perfeccionamiento de las políticas públicas en la cual servirá de bases para el planeamiento de las políticas asistencialistas y sus mejoras en lo que se refiere a la salud bucal indígena, bien como la aplicabilidad de los planes distritales de salud.

REFERENCIAS

- Alves Filho, Pedro, Santos, Ricardo Ventura, & Vettore, Mario Vianna. (2013). Desigualdades socioambientais na ocorrência de cárie dentária na população indígena no Brasil: evidências entre 2000 e 2007. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(3), 692-704. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300013>.
- Alves Filho, Pedro, Santos, Ricardo Ventura, & Vettore, Mario Viana. (2009). Saúde bucal dos índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 37-46. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100004>
- Alves Filho, Pedro, Santos, Ricardo Ventura, & Vettore, Mario Viana. (2009). Saúde bucal dos índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 37-46. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100004>
- Arantes R, Santos RV, Frazão P, Coimbra Jr CEA. (2009) Renda como fator de proteção à cárie dentária entre indígenas do Brasil Central. *Ann of Hum Biol* 36(2): 162-75.
- Arantes R, Santos RV, Frazão P, Coimbra Jr CEA. (2009). Cárie, gênero e mudanças socioeconômica nos índios Xavante do Brasil Central. *Annals of Human Biology* 2009 36: 162-75. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/03014460802672844>
- Arantes R, Welch JR, Tavares FG, Ferreira AA, Vettore MV, Coimbra CEA Jr (2018) Determinantes sociais e ecológicos da cárie dentária entre os indígenas Xavante no Brasil Central. *PLoS ONE* 13 (12): e0208312. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208312>
- Arantes, Rui. Santos, Ricardo Ventura. Frazão, Paulo. (2010). Saúde bucal em transição: o caso dos povos indígenas do Brasil, *Int Dent J. Jun*; 60 (3 Suppl 2): 235-40.
- Araújo, Marize Barros de Souza, & Rocha, Paulo de Medeiros. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 455-464. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>
- Azevedo, Ana Lucia Martins de. (2013). O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá a partir da sociologia de Pierre Bourdieu. Recife: s.n.
- Benevides, Luciana & Portillo, Jorge & Flor do Nascimento, Wanderson. (2014). A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 8. 29. 10.18569/tempus.v8i1.1450.
- Bernardes, Anita Guazzelli. (2011). Saúde indígena e políticas públicas: alteridade e estado de exceção. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(36), 153-164. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000100012>
- Bertanha, W. de F. F., Cavalcante, G. M. S., Cavalcanti, A. L., Arruda, T. A. de, & D'Ávila, S. (2011). Atenção à saúde bucal nas comunidades indígenas: evolução e

- desafios – umarevisão de literatura. *Revista Brasileira De Ciências Da Saúde*, 16(1), 105-112. Recuperado de <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/10116>
- Bezerra, ItallaMariaPinheiro, & Sorpreso, Isabel Cristina Esposito. (2016). Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *Journal of Human Growth and Development*, 26(1), 11-20. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>
- Borghini, Ana Carla, Alvarez, Angela Maria, Marcon, Sonia Silva, & Carreira, Lígia. (2015). Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(4), 0589-0595. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400008>
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2011). Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS. 291 p. Vol. 1. Recuperado de https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena SIASI. Brasília.
- Brasil. Fundação Nacional de Saúde. (2000). Relatório de gestão 1999. Brasília: Funasa.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Medicamentos Excepcionais. Brasília: Departamento de Sistemas e Rede Assistenciais.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Relatório São Gabriel da Cachoeira Amazonas. SESAI Departamento de Gestão da Saúde Indígena. Manaus - Amazonas.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Ministério da Saúde entrega 2,6 milhões de kits para higiene bucal. Recuperado de <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41954-ministerio-da-saude-entrega-2-6-milhoes-de-kits-para-higiene-bucal>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Recuperado de <http://cnes.datasus.gov.br/>
- Campos, Carlos Eduardo Aguilera. (2003). O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 569-584. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018>
- Cardoso, Laís Santos de Magalhães, Queiroz, Ana Carolina Lanza, Pena, João Luiz, Machado-Coelho, George Luiz Lins, & Heller, Léo. (2016). Aranãs do médio Jequitinhonha: aspectos socioeconômicos, demográficos e sanitários de uma população indígena desaldeada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(12), 3859-3870. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.16512015>
- Cardoso, Marina Denise. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(4), 860-866. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00027814>

- Carneiro, Marília Clemente Gomes, Santos, Ricardo Ventura, Garnelo, Luiza, Rebelo, Maria Augusta Bessa, & Coimbra Jr., Carlos Everaldo Alvares. (2008). Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1985-1992. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600034>
- Castellani, Mario Roberto; Montagner, Miguel Ângelo. (2012). Saúde indígena: a bioética como instrumento de respeito às diferenças / Bioethics and indigenous health: an old and provocative case. *Rev. bioét. (Impr.)* 20(2) maio-ago. Recuperado de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/664/785
- Cervo, Amado Luiz; Bervian, Pedro Alcino. (1983). *Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários*. San Pablo: McGraw-Hill do Brasil.
- Chaves, Maria de Betania Garcia, Cardoso, Andrey Moreira, & Almeida, Celia. (2006). Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2), 295-305. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200007>
- Cohen-Carneiro, Flávia, Souza-Santos, Reinaldo, Pontes, Danielson Guedes, Salino, Alessandra Valle, & Rebelo, Maria Augusta Bessa. (2009). Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(8), 1827-1838. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800019>
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Costa, F. A. S., Catanio, P.A.G., Aragão, A.E.A., Ponte, H. M. S., Fardin, F. P., Araújo, L. M. (2016). Práticas populares em Saúde Indígena e Integração entre o saber científico e popular: Revisão Integrativa V.15 n.02, p.112-119, Jun./Dez. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1045/591>
- Cruz, Katiane Ribeiro da e Coelho, Elizabeth Maria Beserra. (2012). A saúde indigenista e os desafios da participação (ação) indígena. *Saúde e Sociedade*, 21 (Supl. 1), 185-198. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500016>
- Denis, J.L., Champagne, F. (1997). Análise de implantação. In: Hartz ZMA (org). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática e análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dias, K., R., HC., Braz. (2008). *Combinando esforços para solucionar o problema de saúde bucal no Brasil*. Vol. 22. supl.1. San Pablo.
- Diehl, Eliana E., & Langdon, Esther Jean. (2015). *Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro*. Bogotá: Universidad Pontificia Javeriana.
- Diehl, Eliana E. (2001). Agravos na saúde Kaingang (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2), 439-445. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200019>

- Diehl, Eliana Elisabeth, & Pellegrini, Marcos Antonio. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(4), 867-874. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030014>
- Diehl, Eliana Elisabeth, Langdon, Esther Jean, & Dias-Scopel, Raquel Paiva. (2012). Contribuição dos agentes indígenas de saúde a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(5), 819-831. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500002>
- Dumont, Adriana Fróis Santos, Salla, Juliana Tito, Vilela, Marina Beatriz Lara, Moraes, Patrícia Carneiro, & Lucas, Simone Dutra. (2008). Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3), 1017-1022. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000300024>
- Errico, Livia de Souza Pancrácio de. (2011). Acesso e utilização dos Serviços de Saúde da população da etnia Xakriabá, norte de Minas Gerais. Belo Horizonte s.n; 2011. 124 p. tab, ilus, mapas.
- Fachin, O. (2010). *Fundamentos de Metodologia*. 3ª Ed. Editora Saraiva. San Pablo.
- Ferreira, Luciane Ouriques. 2013. *Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 202 p. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5380/campos.v16i1.42938>
- Flick, U. (2009). *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. 2ª Ed. Tradução Nertz. Editora ARTMED. San Pablo.
- Fortuna CM; Mishima SM; Matumoto S; Pereira MJB. (2005) O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*;13(2).
- Fortuna, C. M. (1999). O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e singularidades. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
- Freitas, W. R. S. e Jabbour, C.J.C. (2011). Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *ESTUDO & DEBATE*, Lajeado, v. 18, n. 2, p. 07-22.
- Furasté, P. A. (2015). *Normas Técnicas para Trabalhos Científicos. Explicação das Normas da ABNT*. Puerto Alegre: Dáctilo Plus.
- Garnelo, Luiza, & Sampaio, Sully. (2005). Organizações indígenas e distritalizações sanitárias: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1217-1223. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400024>
- Garzón Garzón, Lina Paola. (2016). Conocimiento tradicional sobre las plantas medicinales de yarumo (*Cecropiasciadophylla*), Carambolo (*Averrhoa carambola*) Y Uña De Gato (*Uncaria tomentosa*) En El Resguardo Indígena De Macedonia,

- Amazonas. Luna Azul, (43), 386-414. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.17151/luaz.2016.43.17>
- Gepeses. (2011). Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde. Validação de um conceito de enfermagem à luz da complexidade. Conceito discutido e validado no grupo de pesquisa. Santa Maria: Gepeses.
- Gerhardt, Tatiana Engel; Silveira, Denise Tolfo. (2009). Métodos de pesquisa. Puerto Alegre: Ed. da UFRGS, p. 43-64.
- Giatti, Leandro Luiz, Rocha, Aristides Almeida, Toledo, Renata Ferraz de, Barreira, Luciana Pranzetti, Rios, Leonardo, Pelicioni, Maria Cecília Focesi, Mutti, Luciane Viero, & Cutolo, Silvana Audrá. (2007). Condições sanitárias e socioambientais em Iauaretê, área indígena em São Gabriel da Cachoeira, AM. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1711-1723. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600032>
- Giatti, Leandro Luiz. (2007). Reflexões sobre água de abastecimento e saúde pública: um estudo de caso na Amazônia brasileira. *Saúde e Sociedade*, 16(1), 134-144. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000100012>
- Gil, A., C. (2010). Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 5ª ed. San Pablo: Editora Atlas.
- Gil, Antonio Carlos. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social. San Pablo: Atlas, 6. ed. ISBN 978-85-224-5142-5.
- Gil, Antonio Carlos. (2010). Como elaborar projetos de pesquisa. San Pablo: Atlas. 5. ed.
- Godoy, A. S. (1995). A pesquisa qualitativa e sua utilização em administração de empresas. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 35, n. 4, Jul./Ago.
- Gomes, Silvana Cardoso, & Esperidião, Monique Azevedo. (2017). Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(5), e00132215. Epub June 12, 2017. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00132215>
- Greco, M. (1994). Interdisciplinaridade e Revolução do Cérebro. San Pablo: Pancast.
- Günther, H. (2006). Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Mai-Ago Vol. 22 n. 2, pp. 201-210.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015). Produto Interno Bruto dos Municípios 2010-2013. Recuperado de ftp://ftp.ibge.gov.br/Pib_Municipios/2010_2013/xls/tabelas_xls.html
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2016). Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2016. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97868.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2016). Resolução Da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE nº 5 de 22.11.2016. Recuperado de ftp://geofp.ibge.gov.br/metodos_e_outros_documentos_de_referencia/normas/rpr_01_2015_sirgas2000.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). Produto Interno Bruto dos Municípios 2010-2013.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). Estimativas da População Residente para o município e para as unidades da Federação Brasileira com data de Referência em 1º de julho de 2019. Recuperado de https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/42ff76cf13a382a709c1ba14214b8612.pdf
- Lakatos, E., M. Marconi, M., A. (2010). Fundamentos de Metodologia Científica. San Pablo: Atlas. 7 ed.
- Langdon, Esther Jean, Garnelo, Luiza. (2017). Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *Salud Colect* 13 (3). Recuperado de <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1117>
- Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm
- Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htm
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm
- Lemos, Pablo Natanael, Hirooka, Lucila Brandão, Nunes, Selma Aparecida Chaves, Arantes, Rui, Mestriner, Soraya Fernandes, & Mestriner Júnior, Wilson. (2010). O modelo de atenção a saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Suppl. 1), 1449-1456. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700056>

- Lemos, Pablo Natanael, Rodrigues, Douglas Antônio, Frazão, Paulo, Hirooka, Lucila Brandão, Guisilini, Alana Cristina, & Narvai, Paulo Capel. (2018). Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: um olhar a partir de indicadores de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(4), e00079317. Epub March 29, 2018. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00079317>
- Lima, Daniela Coelho, Saliba, NemreAdas, Moimaz, SuzelyAdasSaliba. (2008). Tratamento restaurador traumático e sua utilização em saúde pública. *RGO*, Porto Alegre, v. 56, n.1, p. 75-79.
- Lima-Costa, Maria Fernanda, & Barreto, SandhiMaria. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12(4), 189-201. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>
- Machado Jr, Eliseu Vieira, Reyes, Marco Antonio Manzano, & Dias, Ricardo Lopes. (2012). Odontologia aldeia: a saúde bucal indígena numa perspectiva antropológica. *Revista de Antropologia*, ano 4, v. 3. Recuperado de <http://revista.antropos.com.br/downloads/maio2012/Artigo7-OdontologiaAldeia.pdf>
- Maggioni, E., Cazola, L., Picoli, R., Cheade, M., & Tamaki, E. (2014). Saúde dos servidores das casas de saúde indígenas e pólos - base da Fundação Nacional De Saúde, Mato Grosso Do Sul. *Revista Baiana De Saúde Pública*, 37(3), 571-581. Recuperado de <https://dx.doi:10.22278/2318-2660.2013.v37.n3.a388>
- Malta, Monica, Cardoso, Leticia Oliveira, Bastos, Francisco Inacio, Magnanini, Monica Maria Ferreira, & Silva, Cosme Marcelo Furtado Passos da. (2010). Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), 559-565. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
- Martins, André Luiz. (2013). Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. XIII, 96 f. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24379>
- Massoni, A.C.L.T.; Pessoa, C.P.; Oliveira, A.F.B. (2006). Tratamento restaurador traumático e sua aplicação na saúde pública. *Rev. odontol. UNESP*, vol.35, n3, p.201-207.
- Mauricio, H.A., Moreira, R.S.. (2019/Abr). Autopercepção da saúde bucal por indígenas: Uma análise de classes latentes.. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. Recuperado de <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/autopercepcao-da-saude-bucal-por-indigenas-uma-analise-de-classes-latentes/17185?id=17185>
- Mauricio, Herika de Arruda, & Moreira, Rafael da Silveira. (2014). Condições de saúde bucal da etnia Xukuru do Ororubá em Pernambuco: análise multinível. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17(3), 787-800. <https://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400030017>

- Medeiros Caires. (2018). Análise epidemiológica e necessidade de tratamento odontológico entre os indígenas Sateré-Mawé e Tikuna. Amazonas: Universidade Federal de Minas Gerais. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1843/ODON-BADK43>
- Mendes, Ana Paula Martins, Leite, Maurício Soares, Langdon, Esther Jean, Grisotti, Márcia. (2018). O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 42:e184. Recuperado de <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.18>
- Mendonça, T. F. (2009) *Gestão Escolar Indígena – Interculturalidade e Protagonismo*. Cuiabá.
- Miranda, Kênia Cristina de Oliveira, Souza, Tiago Araújo Coelho de, e Leal, Soraya Coelho. (2018). Prevalência de cárie na população indígena brasileira de áreas urbanas com base na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (4), 1313-1322. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.18082016>
- Morais-Silva, Wagner Vicente de. (2013) *Avaliação da Atenção à saúde bucal no município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas: Universidade Federal do Amazonas, Manaus*. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia).
- Mota, Sara Emanuela de Carvalho, & Nunes, Mônica. (2018). Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 11-25. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170890>
- Müller, Ida Beatriz, Castilhos, Eduardo Dickie de, Camargo, Maria Beatriz Junqueira, & Gonçalves, Helen. (2015). Experiência de cárie e utilização do serviço público odontológico por escolares: estudo descritivo em Arroio do Padre, Rio Grande do Sul, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(4), 759-770. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400018>
- Nakano, Anderson Kazuo. (2006). *São Gabriel da Cachoeira: A Descentralização do Sistema Municipal de Planejamento e Gestão Territorial em Terras Indígenas*. Instituto Pólis: 03p.
- Nunes, Selma Aparecida Chaves. (2003). *Avanços e Desafios na Implantação da Atenção Básica em Saúde Bucal dos Povos Indígenas nos Rios Tiquié e Uaupés – Distrito Sanitário Especial Indígena – Alto Rio Negro – Amazonas: Análise de uma Experiência*. Bauru: Universidade de São Paulo.
- Oliveira, Jonas Welton Barros, Aquino, Jael Maria, & Monteiro, Estela Maria Leite Meirelles. (2012). Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(3), 437-444. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000300007>
- Palheta, Rosiane Pinheiro. (2017). Acesso às políticas locais de saúde: um estudo sobre as políticas indigenistas no Amazonas. *Amazonas: Revista Colombiana de Sociologia*, ISSN-e 2256-5485, ISSN 0120-159X, p. 287-309.

- Pedrana, L., TradLab, Pereira, M. L.G., Torrenté, M. O. N., Mota, S. E. C. (2018). Análise crítica da interculturalidadena Política Nacional de AtençãoàsPopulações Indígenas no Brasil. *RevPanam Salud Publica*. Recuperado de <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.178>
- Peduzzi, Marina. (2000) Equipe multiprofissional de saúde: uma interface entre trabalho e interação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* , 4 (6), 151. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100016>
- Pereira, Érica Ribeiro, Biruel, Elisabeth Peres, Oliveira, Lavínia Santos de Souza, &Rodrigues, Douglas Antônio. (2014). A experiência de umserviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 1077-1090. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300027>
- Pereira, Nilza de Oliveira Martins, Brito, José André Moura de, Albieri, Sonia, Dias, Antonio José Ribeiro, & Santos, Ricardo Ventura. (2009). Como tratar os dados da amostra do Censo Demográfico 2000 naobtenção de estimativas para os "indígenas"?Umestudo a partir das Terras Indígenas Xavante, Mato Grosso. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 26(2), 183-195. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982009000200003>
- Pereira, Nilza de Oliveira Martins. (2016). Avançosnacaptação de dados sobre a população indígena no Censo Demográfico 2010. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 33(2), 423-430. EpubOctober 17, 2016. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.20947/s0102-30982016a0040>
- Pontes, Ana Lucia de Moura, Garnelo, Luiza, & Rego, Sergio. (2014). Reflexões sobre questõesmoraisnarelação de indígenas com os serviços de saúde. *Revista Bioética*, 22(2), 337-346. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222015>
- Pontes, Ana Lucia de Moura, Rego, Sergio, & Garnelo, Luiza. (2015). O modelo de atenção diferenciada nos Distritos SanitáriosEspeciais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciência&SaúdeColetiva*, 20(10), 3199-3210. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.18292014>
- Pucca Junior, G. A., Costa, J. F. R., Chagas, L. D., Silvestre, R. M. (2009). Políticas de saúde bucal no Brasil. *San Pablo: Braz. res oral*. vol.23.
- Ribeiro, A. A., Aciole, G. G., Arantes, C. I. S., Reading, J, Kurtz, D. L. M., & Rossi, L. A. (2017). Processo de trabalho e produção do cuidado em umserviço de saúde indígena no Brasil. *Esc Anna Nery* 2017;21(4). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0029.pdf
- Ribeiro, Aridiane Alves, Arantes, Cássia Irene Spinelli, Gualda, Dulce Maria Rosa, & Rossi, Lídia Aparecida. (2017). Aspectos culturais e históricos nprodução do cuidado em umserviço de atenção à saúde indígena. *Ciência&SaúdeColetiva*, 22(6), 2003-2012. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.13362016>
- Ricardo, Wesley R. S.; Jabbour, Charbel José Chiappetta. (2011). Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Estudo& Debate*, v. 18, n. 2, p. 7-22. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11449/134684>.

- Rigonatto, Deborah Denise Leal, Antunes, José Leopoldo Ferreira e Frazão, Paulo. (2001) Experiência de cáriedentária em índios do Alto Xingu, Brasil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 43 (2), 93-98. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652001000200008>
- Rodrigues, F. I., Garbin, C. A. S., Moimaz, S. A. S., & Saliba, N. A. (2018). Análise documental dos serviços de saúde bucal ofertados à população indígena no Brasil. *Revista Ciência Plural*, 4(1), 7-21. Recuperado de <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13529>
- Sandes, Luiza Fernandes Fonseca. Freitas, Daniel Antunes. Souza, Maria Fernanda Neves Silveira de. Leite, Kellen Bruna de Sousa. (2018). Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. *RevPanam Salud Publica*. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.26633%2FRPSP.2018.163>
- Santa Isabel do Rio Negro. Recuperado de https://pt.wikipedia.org/wiki/Santa_Isabel_do_Rio_Negro
- Santos, Ana Carolina Giolo dos, Iamarino, Ana Paula Marconi, Silva, Jaqueline Boni da, Zollner, Ana Cristina Ribeiro, & Constantino, Clóvis Francisco. (2017). Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena. *Revista Bioética*, 25(3), 603-610. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017253217>
- Santos, Marize Melo dos, Cruz, Kyria Javanne Clímaco, Sá, Larissa Carvalho Ribeiro de, Batista, Carulina Cardoso, Aguiar, Edna Maria Guedes, & Nogueira, Apolonia Maria Tavares. (2016). Assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde de Teresina à população indígena do Maranhão, 2011: um estudo descritivo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(1), 127-136. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000100013>
- Sartori Junior, Dailor, & Leivas, Paulo Gilberto Cogo. (2017). O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma do reconhecimento. *Revista Direito e Práxis*, 8(1), 86-117. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.12957/dep.2017.22581>
- Scopel, Daniel, Dias-Scopel, Raquel Paiva, & Langdon, Esther Jean. (2015). Intermedialidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(12), 2559-2568. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00139014>
- Servo, Amado Luiz, Bervian, Pedro A. (1983). *Metodologia Científica: para uso dos estudantes universitários*. San Pablo: McGraw-Hill, 3. Ed.
- Silva, Domingas Machado da, Nascimento, Eloane Hadassa de Sousa, Santos, Luana Almeida, Martins, Nádia Vicência do Nascimento, Sousa, Maria Teresa de, & Figueira, Maura Cristiane Silva. (2016). Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. *Saúde e Sociedade*, 25(4), 920-929. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016160600>
- Silva, Helton Lima, Barreto, Hosana Carolina dos Santos, Alves, Ana Paula Barbosa, Almeida, Simone Lopes de. (2019). Uso do SIM e SIASI como Ferramenta de

- AnálisedaMortalidade por Homicídios no Estado de Roraima. *Rev. Bra. Edu. Saúde*, v. 9, n. 2, p. 48-59, abr-jun. Recuperado de <https://doi.org/10.18378/rebes.v9i2.6456>
- Silva, Marcelo José de Souza e, Schraiber, Lilia Blima, & Mota, André. (2019). O conceito de saúdenaSaúdeColetiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis: Revista de SaúdeColetiva*, 29(1), e290102. Epub 18 de abril de 2019. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290102>
- Silva, Marcos. (2015). A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Recuperado de <http://redehumanizaus.net/91167-a-criacao-do-subsistema-de-atencao-a-saude-indigena>
- Socioambiental. (2018). No Noroeste Amazônico, Indígenas Realizam Comunicação por Direitos. Recuperado de <https://www.socioambiental.org/pt-br/blog/blog-do-rio-negro/no-noroeste-amazonico-indigenas-realizam-comunicacao-por-direitos>.
- Sousa, Amandia Braga Lima, &Schweickardt, Júlio César. (2013). "O Sesp nunca trabalhoucomíndios": a (in)visibilidade dos indígenas naatuação da FundaçãoServiços de Saúde Pública no estado do Amazonas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 20(4), 1635-1655. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-597020130005000012>
- Sousa, Maria da Conceição de, Scatena, João Henrique G., & Santos, Ricardo Ventura. (2007). O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 853-861. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400013>
- Taveira, Zaira Zambelli, Scherer, Magda Duarte dos Anjos, & Diehl, Eliana Elisabeth. (2014). Implantação da telessaúde naatenção à saúde indígena no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(8), 1793-1797. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00026214>
- Thomas, J.R, Nelson, J.K, Silverman, S.J. (1996). Métodos de pesquisa em atividade física. Puerto Alegre: Artmed.
- Vargas, K. D. A. (2015). Gestão participativa no distrito sanitário especial indígena Cuibá: uma análise de suaviabilidade política. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.6.2018.tde-26072017-095710. Recuperado em 2020-01-29, de www.teses.usp.br
- Vasconcelos, C. M.; Pasche, D. F. (2006). O Sistema Único de Saúde. San Pablo: Hucitec.
- Vergara, S., C. (2011). Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração. San Pablo: Atlas. 13 ed.
- Vieira et al. (2011). Avaliação da saúde bucal em uma comunidade de brasileiros nativos da reserva de Umutina, Mato Grosso.
- Welch, James R.. (2014). Fórum: saúde e povos indígenas no Brasil. Introdução. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(4), 851-854. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00031814>
- Yin, R. K. (2004). Estudo de caso: planejando métodos. Puerto Alegre: Bookman. 3. Ed.

- Yin, R. K. (2012). Estudo de caso: planejando métodos. Puerto Alegre: Bookman. 5. Ed.
- Zeferino, Sandra Vieira. (2010). Alimentação, higiene bucal e prevalência de cárie dentária em crianças indígenas nafaixaetária de quatro a seis anos de idade: uma revisão de literatura. Belo Horizonte. s.n; 2010. 29 p. ilus.


**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

Buenos Aires, 10 de Mayo de 2020

Por la presente se autoriza el pasaje del documento de Trabajo Final "PROGRAMA BRASIL SONRIENTE INDÍGENA: ANÁLISIS DEL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL Y SU EFICACIA EN LA SEDE DEL DSEI ALTO RIO NEGRO EN EL PERÍODO ENTRE 2008 Y 2018" del alumno WAGNER VICENTE DE MORAIS SILVA, correspondiente a la Carrera DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA, aprobado por las autoridades de la carrera, para su evaluación por parte de los jurados:

Firma y aclaración de la Directora:

Dra. Mónica Crstina Padró



Firma y aclaración del Coordinador

de Trabajo Final de la Carrera:.....



Dra. Kumiko Eiguchi
Coordinadora Académica
de la Carrera de Doctorado
de Salud Pública

Firma y aclaración del Director de la Carrera:



Pro. Dra. María Carmen Lucioni
Directora de la Carrera de Doctorado
en Salud Pública. UCES