

Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia

Luiza Garnelo ¹

doi: 10.1590/0102-311X00220519

As repercussões nacionais e internacionais decorrentes do incremento de queimadas na Amazônia reafirmam a ideia de que embora aconteçam em territórios específicos, tais eventos são fenômenos multiescalares e multideterminados que transcendem o plano local, tornando complexa sua apreensão e exigindo abordagens inovadoras ¹. O exemplo exprime características do espaço amazônico, tendo implicações relevantes na implementação de políticas de saúde ali praticadas.

A chamada Amazônia Legal, formada por 9 estados e 772 municípios, tem 27,5 milhões de habitantes, dentre os quais cerca de 400 mil indígenas de 170 etnias distintas. No conjunto, essa população tem oferta insuficiente de serviços públicos de toda ordem, ao lado das conhecidas dificuldades de infraestrutura, em particular comunicação e transportes ².

Além disso, o que chamamos de Amazônia é, de fato, um cenário socioambiental heterogêneo e multifacetado onde coexistem centros urbanos modernos populosos, pequenas cidades relativamente isoladas, além de populações tradicionais de diversos tipos dispersas em áreas rurais remotas, em territórios praticamente inexpugnáveis. Os indicadores sociais, econômicos e sanitários são também muito díspares, associando crescimento demográfico e econômico acelerado, com massiva concentração de renda e condições de vida amplamente desfavoráveis para a maioria da população. O modelo econômico predominante se caracteriza pela exploração predatória dos recursos naturais, não raro efetuada de modo ilegal ³.

Nas décadas mais recentes, observou-se a emergência de iniciativas econômicas sustentáveis, que tentam ultrapassar o caráter demonstrativo, adentrar ao mercado verde, e se converter em economia de escala capaz de prover renda para os produtores rurais amazônicos, e fazer frente aos depreciados preços praticados nos mercados regionais. Na ausência dessas condições, abundam os estratos populacionais de baixa renda, baixa escolaridade e sem acesso ao mercado de trabalho, sendo integralmente dependente de um Sistema Único de Saúde (SUS) que ora retrai seu financiamento.

As grandes distâncias geográficas características da região costumam ser citadas em pronunciamentos e documentos oficiais, sendo habitualmente apontadas como obstáculos ao desenvolvimento econômico e à interiorização de políticas públicas. Governos das mais

¹ Instituto Leônidas & Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, Brasil.



diferentes orientações ideológicas têm respondido precariamente a tal desafio e preconizando a abertura de estradas como meio de resolução das dificuldades de deslocamento. A devastação ambiental associada à abertura de estradas tem sido sobejamente apontada, evidenciando-se o chamado arco do desmatamento como a expressão mais concreta da violência ambiental que se segue à abertura de novas estradas na Amazônia. Além disso, são incapazes de gerar soluções para espaços em que o deslocamento rodoviário não se mostra alternativa factível frente à hidrografia regional. As rodovias têm atendido aos interesses dos grandes projetos de barragens, agronegócio e mineração, pouco contribuindo para o escoamento da produção da agricultura familiar ou do extrativismo de produtos da floresta.

No caso específico da saúde, as barreiras geográficas costumam ser apontadas como dificuldades que obstaculizam a provisão de ações interiorizadas e o acesso à saúde, seja na atenção primária, seja na média e alta complexidade, sendo as duas últimas fortemente concentradas nas capitais da Região Norte. Tal reconhecimento nominal não resulta em provisão de ações e de custeio para fazer frente a esse elemento inamovível do cenário amazônico. Grandes distâncias e dificuldades de deslocamento parecem ser usadas mais para justificar eventuais insuficiências de desempenho e de resultados da atenção à saúde, do que como objeto de planejamento a ser contemplado na produção de estratégias inovadoras para lidar com as distâncias amazônicas ⁴.

Versões mais recentes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB – 2011 e 2017) ^{5,6} preconizaram a implantação da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), na qual devem ser alocadas Equipes de Saúde da Família Ribeirinha. A PNAB promoveu o reconhecimento oficial de iniciativas já em curso na Amazônia, provendo, em consequência, parte do custeio das ações interiorizadas. A habitual indução de ações mediante oferta de financiamento pelo Governo Federal foi bem recebida por sistemas municipais de saúde, muitos dos quais arcavam integralmente com o custeio de unidades móveis fluviais já implantadas antes de 2011. Entretanto, a insuficiência do repasse e a necessidade de prover adaptações ao fluxo assistencial e à organização de rotinas persistem, em paralelo à necessidade de instituir procedimentos avaliativos capazes de aquilatar a efetividade de um modelo itinerante de assistência. Processos avaliativos das UBSF poderão contribuir para aprimorar a qualidade e a resolutividade de um modelo assistencial que tem o mérito de ampliar a cobertura em vazios assistenciais, e amenizar o ônus dos usuários na busca de acessar cuidados de saúde.

Por outro lado, iniciativas como a criação das Unidades Móveis Fluviais por meio da PNAB repetem o padrão de políticas excessivamente genéricas, produzidas no âmbito federal de gestão, que ignoram as limitações de escopo das iniciativas que preconizam, justamente porque minimizam as profundas diferenças sociopolíticas, econômicas, geográficas e sanitárias de uma realidade como a amazônica. Não se imagina aqui que uma política de abrangência nacional possa se deter sobre minúcias de cada realidade. Entretanto, os modos como se exerce o poder de normatizar não deixa, ao plano local dos sistemas estaduais e municipais de saúde, espaço para redimensionar ou adaptar tais determinações às características e necessidades locais.

A tal cenário de dificuldades prévias soma-se o momento presente de retração de verbas públicas para a saúde, de alteração das regras de financiamento da atenção primária e de tomar a população cadastrada como base de cálculo de repasse de recursos a estados e municípios. Para além da fratura do princípio da universalidade que orientou a criação do SUS, tal medida representa um grave prejuízo numa região em que a aglomeração populacional nas maiores cidades coexiste com baixas coberturas assistenciais, o que

é sinônimo de um menor número de cadastrados, em contraponto à população efetivamente residente que não pôde ser cadastrada em função do reduzido número de equipes multiprofissionais atuantes.

Para as populações rurais amazônicas o prejuízo ainda é mais dramático, pois a baixa densidade demográfica que resulta em pequeno número de cadastrados, cujo acesso demanda um custo operacional elevado devido às citadas distâncias geográficas. Tal cenário tende a exacerbar a insuficiência do custeio das ações de sistemas municipais de saúde cronicamente fragilizados e com dificuldade em manter coberturas assistenciais adequadas.

Políticas de austeridade fiscal, como a atualmente em curso, aprofundam desigualdades preexistentes e, no caso de populações estritamente dependentes do sistema público de atenção à saúde, elas se acentuarão, dificultando a identificação de espaços específicos em que as desigualdades se agudizem. À retração de recursos do âmbito federal se adiciona a distribuição desigual de tributos arrecadados ora vigente, comprometendo a solvência dos municípios, em particular aqueles pequenos e/ou de baixa arrecadação, a quem vêm sendo atribuídas responsabilidades crescentes na provisão de serviços de saúde ⁷.

O crescimento da participação do setor privado na atenção à saúde também contribui para aprofundar a concentração de serviços de média e alta complexidade nas maiores cidades amazônicas, onde estão as famílias de maior renda, aprofundando as limitações de acesso aos cuidados de saúde, a carência estrutural da rede física e a resolutividade do cuidado, em particular devido à dificuldade de fixação de profissionais de saúde e mais especificamente médicos ^{1,7}.

Baixa renda, condições penosas de trabalho, riscos laborativos elevados, violência, exposição intensa e recorrente a agentes infecciosos, falta de acesso à habitação de qualidade e saneamento, acesso limitado a cuidados de saúde, são típicos problemas de saúde que afligem as populações amazônicas, cuja resolução ou controle requer intervenções complexas, alternativas econômicas sustentáveis, ampliação do financiamento à saúde e um denso aprimoramento dos modelos assistenciais e rotinas organizacionais capazes de melhorar o desempenho da atenção primária na região ⁸.

Informação adicional

ORCID: Luiza Garnelo (0000-0003-0263-7286).

1. Viana ALd'A, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2019; 35 Suppl 2:e00022519.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2018. <https://www.ibge.gov.br/estatisticasnovoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>.
3. Santos D, Mosaner M, Celentano D, Mouta R, Veríssimo A. Índice de Progresso Social na Amazônia brasileira: IPS Amazônia 2018. Belém: Imazon/Social Progress Imperative; 2018.
4. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:1225-34.
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 22 out.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
7. Louvinson MCP. Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário. *Cad Saúde Pública* 2019; 35 Suppl 2:e00116019.
8. Albuquerque AC, Cesse EAP, Felisberto E, Samico IC, Frias PG. Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. *Cad Saúde Pública* 2019; 35 Suppl 2:e00065218.