

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Michele Rocha de Araújo El Kadri

**Da atenção básica à atenção especializada e de urgência regional: os modos de fazer
saúde na Amazônia das Águas**

Rio de Janeiro

2022

Michele Rocha de Araújo El Kadri

Da atenção básica municipal à atenção especializada e de urgência regional: os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação do processo saúde-doença, produção/trabalho, território e direitos humanos.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: From municipal primary care to regional specialized and emergency care: The ways to make health in the Amazon of Waters.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa no Amazonas através do edital PROPG – CAPES/FAPEAM nº001/2019.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

E37a El Kadri, Michele Rocha de Araújo.
Da atenção básica municipal à atenção especializada e de urgência regional: os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas / Michele Rocha de Araújo El Kadri. — 2022.
95 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientador: Carlos Machado de Freitas.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Política de Saúde. 3. Saúde da População Rural. 4. Amazônia. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Administração de Serviços de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.10425098113

Michele Rocha de Araújo El Kadri

Da atenção básica municipal à atenção especializada e de urgência regional: os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação do processo saúde-doença, produção/trabalho, território e Direitos Humanos.

Aprovada em 18 de abril de 2022.

Banca examinadora

Prof^a. Dra. Tatiana Schor
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Júlio César Schweickardt
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Leônidas e Maria Deane

Prof^a. Dra. Rosely Magalhães de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^a Dra. Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Quatro iniciaram a jornada. Três retornaram. A meu pai (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

Seguramente as próximas palavras não descrevem toda a tese! As páginas contêm uma parte muito pequena compartilhada comigo pelos trabalhadores, gestores e pesquisadores do Amazonas. Para escrever uma tese é preciso muito mais do que dados, livros, artigos ou horas de estudo. Tão importante quanto tudo isso, precisamos ainda de uma rede de apoio. A minha tese também foi escrita um pouco pela Tia Neide, pela Dida e suas famílias, pela D. Maria, pela Valdirene, pela D. Fausta, pelos meus irmãos Marcelo e Márcia.

O amor também alimenta uma tese. Imensa gratidão à Rinaldo Rosa que nunca mediu esforços no apoio incondicional durante as horas e horas em que eu escrevia, além de ouvir muito dos momentos de “leve desespero”. Ao meu pequeno Bassam que talvez em sua pueril memória não tenha outras recordações da mãe sem estar sentada, estudando e escrevendo. A minha mãe, Nelma Rocha, que doou muito si mesma para estar comigo do início ao fim dessa jornada.

No plano das ideias, devo agradecer as assertivas orientações de prof. Carlos Machado que sempre ampliaram as possibilidades de análise, assim como a generosa parceria e amizade do prof. Julio Schweickardt com quem compartilho a paixão em aprender sobre a saúde na Amazônia.

Agradecimento à Fundação de Amparo de Pesquisa do Estado do Amazonas pela concessão de bolsa para viabilizar estadia no Rio de Janeiro durante o tempo do curso e no financiamento da pesquisa de campo através do edital Programa de Pesquisa para o SUS. Gratidão também se estende aos pesquisadores, trabalhadores do SUS e alunos que contribuem no Laboratório de História, Política Pública e Saúde na Amazônia (LAHPSA-ILMD), em especial Adriana Moreira e Cláudio Pontes pelo apoio logístico e também no esclarecimento das minhas diversas ignorâncias sobre o SUS. Agradeço ainda a direção do Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz Amazônia) pela liberação para cursar o programa.

Aos gestores e trabalhadores do SUS que compartilharam experiências, conhecimentos, ignorâncias, dificuldades, sentimentos e esperanças de condições mais equitativas e justas de vida nos territórios líquidos.

*Até que os leões inventem as suas próprias histórias, os caçadores serão sempre os heróis
das narrativas de caça.*

Provérbio africano em COUTO, 2012, p. 9.

RESUMO

A Amazônia não é um espaço homogêneo. Nela acontecem distintas formas de ocupação do território, diversidade de ecossistemas, culturas e interesses internos e externos aos lugares. Este trabalho elege um desses territórios que é a várzea amazônica, tomando uma região na porção central do Estado do Amazonas como estudo de caso que bem caracteriza as peculiaridades da várzea, a Região do Médio Solimões que tem a cidade de Tefé como ponto luminoso regional. A tese é composta por três artigos que em conjunto apresentam as singularidades da várzea e como elas impactam o acesso dessa população ao serviço de saúde. A sentença da tese é que a construção do SUS local, ou seja, aquele cujas ações sejam capazes de responder com eficiência as demandas singulares da região, deve considerar: extensão territorial, densidade populacional e fluxos que acontecem por via fluvial. Esses três fatores condicionam a produção do acesso na Amazônia das águas. Para tal, o estudo adotou uma combinação de estratégias para coleta e análise de dados: pesquisa bibliográfica; construção de uma matriz de funcionalidade com a identificação de infraestruturas de produção, circulação, serviços; entrevistas com trabalhadores e gestores locais da saúde; mapeamento de trajetos percorridos pelos usuários da atenção básica dos municípios à rede de saúde de Tefé; identificação de agravos e demanda por atendimento especializado nos municípios que compõe a região. Destaca-se que as políticas e ações de saúde planejadas universalmente para gestão não tem dado conta de responder as demandas do território de várzea amazônica, pois desconsideram as diferentes formas de uso do território nesses lugares. O planejamento de ações e objetos técnico adequados a região se faz com reconhecimento das peculiaridades e em diálogo com o saber dos trabalhadores, gestores e especialistas locais e considerando o rio não como barreira ao acesso, mas sim como elemento que facilita conexão entre pessoas, serviços e lugares.

Palavras-chave: Amazônia, Saúde Rural, Política de Saúde. Atenção Básica em Saúde.

ABSTRACT

The Amazon is not a homogeneous space. Different forms of territorial occupation, diversity of ecosystems, cultures and internal and external interests take place in it. This work chooses one of these territories, which is the Amazon floodplain, in a central localization in the State of Amazonas as a case study that well characterizes the peculiarities of the floodplain, the Middle Solimões Region, where the city of Tefé plays a central role. The thesis is composed by three articles that jointly present the singularities of the floodplain and how they impact the access of its population to health services. The sentence of the thesis is that to build a local SUS, whose actions can respond efficiently to the unique demands of the region, must consider territorial extension, population density and the flows that take place by river. These three factors impact the production of access in the Amazon of waters. The study had a combination of strategies for data collection and analysis: literature review; construction of a functionality matrix identifying infrastructures of production, circulation, and services; interviews with workers and local health managers; mapping the routes taken by users of primary care from the municipalities to the health network of Tefé; identification of diseases and demand for specialized care in the municipalities that make up the region. We highlighted that the health policies and actions universally planned for SUS have not been able to respond to the demands of the Amazon floodplain territory, as they disregard the different ways of using the territory in these places. The planning of actions and technical objects suitable for the region is done with recognition of the peculiarities, dialogue with the workers, managers and local experts' knowledges and considering the river not as a barrier to access, but as an element that facilitates connection between people, services, and places.

Keywords: Amazon, Rural Health, Health Policy, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Sentença de tese	15
Quadro 1 -	Desenho metodológico da tese	16
Figura 2 -	Região do estudo	21
Foto 1 -	Residência amazônica na cheia 2015 e vazante de 2016	29
Quadro 2 -	Fatores que impactam acesso à saúde no território líquido	88

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Matriz de funcionalidade de Tefé	23
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANAC	Agência Nacional de Aviação Civil
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANTAQ	Agência Nacional de Transportes Aquaviários
BC	Banco Central
CETAM	Centro de Educação Tecnológica do Amazonas
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
IES	Instituições de Ensino Superior
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILMD	Instituto Leônidas e Maria Deane
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
MP-AM	Ministério Público do Amazonas
PM-AM	Polícia Militar do Amazonas
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
SAME	Serviço de Arquivo Médico e de Estatística
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema Informação de Mortalidade
SIOPS	Sistema Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRE	Tribunal Regional Eleitoral
UEA	Universidade do Estado do Amazonas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	ARTIGOS DA PESQUISA	30
2.1	UM SUS PARA A AMAZÔNIA: CONTRIBUIÇÕES DO PENSAMENTO DE BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS	30
2.2	OS MODO DE FAZER SAÚDE NA AMAZÔNIA DAS ÁGUAS	45
2.3	A CENTRALIDADE DE TEFÉ NA REDE DE SAÚDE NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES NO ESTADO DO AMAZONAS	64
3	CONCLUSÃO	83
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA TRABALHADORES E GESTORES DO SUS	94

1. INTRODUÇÃO

Passadas três décadas da criação do Sistema Único de Saúde, a diversidade dos territórios brasileiros e o dinamismo político, socioeconômico e cultural que os caracterizam continuam a desafiar a garantia do direito universal à saúde. Sabendo que a ocupação do território se deu de modo muito distinto entre as regiões do país, é esperado que tais diferenças marquem igualmente a implantação do SUS nos diferentes cenários brasileiros.

Neste trabalho exponho algumas reflexões e argumentos sobre quais são e como as singularidades amazônicas oferecem um desafio único para implantação de qualquer política pública, incluindo saúde. Assim como o Brasil, a Amazônia não é um espaço homogêneo. Nela se sobrepõem modelos distintos de ocupação e uso do território que em comum tem cotidianos marcados pela influência dos elementos naturais. Para entender como tal situação afeta a produção de saúde nesse território, tomo uma dessas amazônias como cenário de análise: a Amazônia das águas nas regiões de várzea, cuja organização da vida é tão profundamente marcada pelo ciclo sazonal dos rios.

A inquietação, que está na base do desenvolvimento da tese, vem da contradição que vejo no meu campo de vida e pesquisa entre o esforço dos trabalhadores e inovações por eles inventadas para promover saúde num espaço tão diferente daqueles urbano-centrados e aquele “lugar da vulnerabilidade” que aparece com frequência nos estudos sobre saúde na Amazônia. Acredito que é preciso tornar presente o entendimento da Amazônia como um lugar ainda na fronteira do conhecimento, onde o processo de vulnerabilização é sobretudo resultado da invisibilização do território e por consequência, inabilidade da política em produzir acesso à saúde nesse espaço.

Dois grandes estudiosos sobre Amazônia, Becker (2007) e Ab´Sáber (2004), apontam que a região não se submete a plano de desenvolvimento e manejo único em toda sua extensão territorial e que planos responsáveis para Amazônia requerem uma multidisciplinariedade capaz de identificar potencialidades e propor manejo adequado para cada subespaço desse território. No campo da saúde, Viana et al (2007, p. S129) destacam a necessidade de ações gerais e específicas combinadas numa meso e micropolítica diferenciadas nos diversos territórios da Amazônia, “articulando estratégias para o desenvolvimento, proteção social e saúde”. Contudo a compreensão sobre uso e ocupação do território não tem sido objeto de análise na implantação do SUS, gerando uma dificuldade para adaptar a política e as ações de saúde às necessidades das populações nos diversos lugares (ALBUQUERQUE, 2014). No estudo que apresento, selecionei uma região que bem

caracteriza as peculiaridades da várzea na porção central do Estado do Amazonas para compreender a dinâmica desse território usado, ou seja, do território construído de “baixo pra cima” que com frequência difere daquele idealizado “de cima pra baixo” pelos fazedores de políticas.

Assim, a ideia central que defendo nos três artigos que compõem essa tese é que políticas e ações públicas de saúde normativamente instituídas para a Amazônia desconsideram as diferentes formas de uso do território e que a organização do sistema de saúde nas regiões de várzea amazônica precisa considerar a extensão territorial, a densidade demográfica e que a produção do acesso se dá por fluxos principalmente fluviais (fig. 1).

Figura 1. Sentença da tese: O SUS para a amazônico



O quadro 1 apresenta o desenho metodológico da pesquisa: objetivos, as perguntas norteadoras da investigação, a estratégia e fonte para levantamento dos dados, bem como em qual artigo que compõe a tese são apresentados os resultados da pesquisa. É possível que a leitura dos artigos em sequência possa parecer algo repetitivo (peço escusas ao leitor por isso), mas como são trabalhos submetidos a diferentes periódicos, uma descrição do contexto, da região da pesquisa e metodologia é sempre necessária.

Quadro 1. Desenho da pesquisa: objetivos, coleta, tratamento e análise dos dados

Objetivo geral: Analisar de que maneira o território usado condiciona o acesso a rede assistencial do SUS na várzea amazônica.					
Objetivos específicos	Questões norteadoras	Estratégias	Fontes	Resultados	
1) Descrever o uso do território de várzea amazônica considerando a singularidade de seu tempo e extensão territorial	Áreas ribeirinhas necessitam de um modelo diferenciado na organização e oferta dos serviços de saúde? Como o território de várzea condiciona o acesso à saúde da população ribeirinha na região amazônica?	1- Pesquisa bibliográfica	1- Base de teses e dissertações IES no Norte, artigos Scielo	Artigo 1 Artigo 2	
2) Identificar quais os municípios fazem uso da rede de saúde de Tefé		1- Matriz de procedência de usuários 2- Matriz de funcionalidades (infraestruturas de produção-circulação-serviços, distribuição de população)	1- DataSUS: SIA, SIH 2- IBGE, ANAC, ANATEL, ANTAQ, BC, INSS, Justiça do trabalho, TRE, MP-AM, UEA, CETAM, PM-AM, Forças armadas, Correios	Artigo 2 Artigo 3	
3) Descrever a região do Médio Solimões quanto a ocupação do território, situação de saúde e distribuição equipamentos rede sanitária dos municípios		1- Análise de situação de saúde 2- Mapa com fixos de saúde no território (georreferenciamento da rede)	1- Dep. de vigilância de SMS, DataSUS: SIM, SIH, SIA 2- CNES, PMAQ, GIS Coordinate, Google Earth	Artigo 3	
4) Mapear os trajetos da população da região no uso da rede assistencial		Em que medida o planejamento em saúde incorpora a compreensão do uso do território usado na organização dos serviços de saúde áreas ribeirinhas	1- Matriz de procedência de usuários e de oferta de saúde 2- Mapa de trajetos entre os municípios	1 – SAME do Hospital Regional de Tefé, DataSUS: SIA, SIH 2 – Aplicativo Wikiloc, entrevistas, software MaxQDA	Artigo 2
5) Investigar a articulação da Atenção Básica com demais níveis de assistência à saúde			1-Entrevistas com gestores e trabalhadores da AB e hospital 2- Planilha com gastos em saúde (função investida e fonte pagadora)	1-Roteiro de entrevistas, software MaxQDA 2- SIOPS	Artigo 3

O objetivo geral da tese já aponta para um conceito central que fundamentou a pesquisa: território usado. Milton Santos me fez companhia nos últimos quatro anos. Não li sua extensa obra, mas li intensamente as mesmas, dada a profundidade dos conteúdos. A análise do território usado dá o protagonismo para as populações e suas práticas sociais, ajudando a superar o olhar naturalista e generalista sobre a região.

Território é forma, mas território usado é constituído por formas (infraestruturas, elementos da natureza, elemento da produção, tudo o que é material e visível) e seus conteúdos (instituições, pessoas, processos, funções, fluxos), ao que Santos chama também de espaço habitado, espaço humano (SANTOS, 2005; QUEIROZ, 2014). Forma não tem sentido sem o conteúdo. No campo sanitário, essa visão da totalidade incorpora os determinantes naturais e sociais para entendimento das situações de saúde.

O espaço deve ser considerado como um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento. O conteúdo (da sociedade) não é independente da forma (os objetos geográficos), e cada forma encerra uma fração do conteúdo. O espaço, por conseguinte, é isto: um conjunto de formas contendo cada qual frações da sociedade em movimento (DUTRA, 2011, p. 104).

Se o espaço é um conjunto indissociável de sistema de objetos (fixos, no domínio da materialidade, imóvel) e de sistema de ações (fluxos, no domínio do uso, móvel) (SANTOS, 2017), a busca que interessa aqui é compreender os fluxos que se dão na amazônia das águas, entendendo que uso/aceso aos serviços de saúde não se dá de forma isolada ou paralela daquilo que já existe no território e não a partir de protocolos de acesso à rede de serviços. Esta questão ficou evidente no artigo 2 sobre os modos de fazer saúde na Amazônia.

Essa ideia de território usado, a meu ver, pode ser mais adequada à noção de um território em mudança, de um território em processo. Se o tomarmos a partir de seu conteúdo, uma forma-conteúdo, o território tem de ser visto como algo que está em processo (SANTOS, 1999, p. 19).

A apreensão do referencial teórico da Geografia Crítica na perspectiva miltoniana e reflexões sobre Amazônia das águas a partir dele foi e tem sido um exercício desafiador para o pensamento na construção desta tese em dois sentidos: primeiro porque as formulações de Santos se deram a partir de uma dinâmica marcadamente urbana e por vezes isso cria uma brecha na compreensão de um espaço ainda não tão repleto de objetos técnicos humanos e onde o meio natural é tão pulsante; segundo foi o planejamento metodológico para apreender uma realidade em movimento e que não se limitasse a fronteira cartográfica dos municípios. Ainda assim, esses constructos teóricos parecem apropriados para pensar o espaço na mobilidade, pois o território de várzea exige necessariamente vê-lo a partir de seus fluxos.

Se o território é uma totalidade sempre em movimento (daí a complexidade de analisá-lo), isto é ainda mais concreto em terras que se modificam sazonalmente com o movimento das águas.

Nesse sentido, para esse autor o movimento do lugar se dá por conta do campo de força, lugar de dialéticas e contradições entre o Estado e o mercado, entre o uso econômico e uso social do território. Em nossa leitura, no caso do território líquido, esse movimento é também um fenômeno da paisagem e que por conseguinte reverbera no uso que é feito sobre ele.

A raridade do fenômeno urbano na Amazônia

As cidades na Amazônia não surgem pelo desenvolvimento e concentração de técnicas num processo secular contínuo de ocupação humana nesse espaço. Elas já surgem inseridas dentro do processo colonial de dominação europeia e de divisão global do trabalho como lugar de apoio logístico para apropriação de riquezas (TRINDADE-JR; SILVA; BRITO, 2008) e portanto não a partir dos interesses das populações locais. Ao longo dos séculos seguintes, eventos de migração, ação estatal e de empresas em ciclos de expansão e estagnação causaram grandes mudanças no padrão de ocupação do território amazônico, embora tendo sempre interesses externos à região como propulsores dessas mudanças. Assim, as cidades passaram a ser consideradas pela população rural como o lugar de melhores condições de vida.

Minha geração reconhece bem essa mudança no padrão de ocupação do território. No Amazonas, a concentração de pessoas e técnicas em espaços urbanos é fenômeno que não data um século (meus pais e avós são migrantes do interior para a capital). Desse modo ainda se faz presente nas cidades, sob muitos aspectos, os modos de vida típicos da ruralidade amazônica. Com avanço das tecnologias principalmente de comunicação, podemos dizer hoje que “mesmo para quem não está ou reside nas cidades torna-se fundamental se fazer presente nelas, pelo menos a partir da criação de redes de colaboração” (SCHWADE, 2014, p. 43).

O jargão popular local costuma referir-se como “interior” para definir os modos de vida rural dos municípios em oposição a urbanidade própria da capital. Mas ir para cidade não significa abandonar os modos de vida do interior, pelo contrário, é até mesmo estratégia de resistência. Residir na cidade pode não necessariamente significar esvaziamento do campo. Como esclarece Schwade “O morador da cidade vive do interior, transita no interior, é parte do interior e da cidade ao mesmo tempo. O sujeito ora pode estar no interior, ora pode

estar na cidade, tendo para com ambos o sentimento do pertencimento” (2014, p. 49). De fato, o que reconhecemos nas cidades do interior (em oposição à cidade capital) é uma organização de vida bem diversa daquela que caracterizaria a urbanidade. Mesmo nas sedes municipais “do interior”, o rural é sempre muito presente no modo de vida e de uso do território.

Schor e Oliveira (2011) nos advertem que o meio rural, apesar de quase sempre ser associado à agricultura, deve ser entendido fundamentalmente a partir da forte relação que a sociedade mantém com o meio natural. Contudo a territorialidade vem-se modificando à medida que os espaços vão sendo progressivamente incluídos nos sistemas produtivos globais, quase que exclusivamente como fornecedores de matéria-prima e mão de obra (tal como no período colonial). Ao longo da história, fora dos grandes ciclos econômicos, a produção de vida material e imaterial que garante sobrevivência e bem-estar para populações não urbanas (SCHWADE, 2014) tem sido um debate subjacente, periférico, de menor valor.

Este estudo, apesar de ter como campo a várzea amazônica, não se restringe a população ribeirinha habitante exclusivamente da margem dos rios, igarapés, paranás. Como o interesse é compreender o uso território, na prática a população do estudo acabou sendo o morador do interior e cuja vida social está tão ligada aos elementos naturais. A exceção de Tefé que detém mais densamente algumas funções tipicamente urbanas como centro de comercialização e administração, os demais municípios da região tem um conjunto pequeno de atividades produtivas e pouco relacionamento material e imaterial entre si. Ainda assim, a função urbana de Tefé está ligada fortemente a circulação do excedente econômico da produção agrícola regional (QUEIROZ, 2015; IBGE, 2018), por isso também apresenta certa ruralidade, mesmo que apenas 20% da população de fato resida em zona rural.

O percurso metodológico

Embora cada artigo tenha obrigatoriamente que descrever sua metodologia, a pesquisa foi única e diferentes estratégias foram utilizadas. Algumas técnicas foram usadas em um mas não em outro. Para compreensão do conjunto da tese, esta seção detalha o caminho metodológico percorrido, cujo primeiro passo foi a definição da região de estudo.

A região do estudo

O debate sobre zoneamento amazônico foi central nesta tese de modo a permitir ampliar a escala para ver os detalhes distintos sobre padrões de ocupação do território. Embora Ab’Saber (2004) tenha estudado intensamente e proposto um zoneamento em quatro amplos

agrupamentos regionais, sua proposição teve como base o recorte espacial em células entre 100.000 a 200.000 km², pois considerava que cobrir áreas maiores poderia resultar em erros de diagnósticos e por consequência ações inócuas nos territórios. Por tomar elementos da geografia física, sua proposição de uma zona leste-oeste agrupa por exemplo a região do Solimões fronteiro com o Baixo Amazonas no Golfo Marajoara. Contudo, sabemos que a territorialidade que há em zonas de fronteira é bem distinta daquela da foz do mesmo rio. Mais do que isso, vimos que a disposição dos objetos técnicos ao longo da calha do Solimões-Amazonas vai se densificando a leste, à medida que se aproxima de maiores espaços urbanos (SCHOR; OLIVEIRA, 2011).

Desse modo, em congruência com os conceitos da geografia crítica que nos pareceram mais precisos para pensar esse território, a definição de macrorregiões proposta por Becker (2000, 2007) a partir da dinâmica econômica, social e política que já existe independentemente do quão acertadas foram construídas no passado, fornece uma potência para pensar políticas alternativas diferenciadas para a região a partir do presente. Para a pesquisadora, Maranhão, Tocantins e Mato Grosso nunca foram Amazônia, pois nem compartilham ecossistemas e nem cultura.

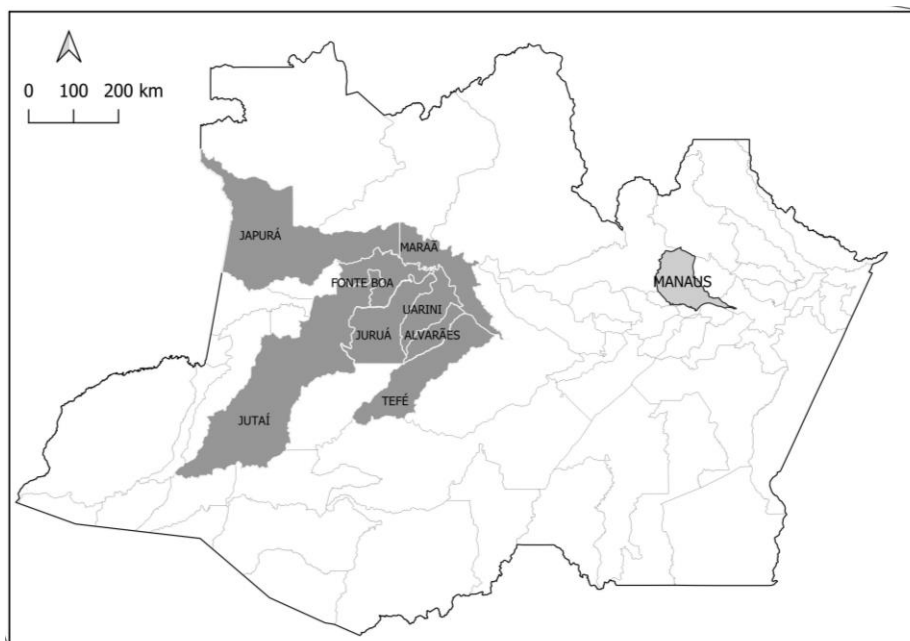
A primeira zona é a Amazônia Oriental que se estende do leste do Acre, Rondônia, sudeste e sul do Pará e tem como característica uma economia dinâmica em pecuária, mineração, soja e com interligação terrestre. Para essa área, a política deveria ser de consolidação produtiva sem novas depredações ambientais e de recuperação do que de fato foi devastado. A segunda é a Amazônia Central que abrange desde a estrada Manaus-Porto Velho-Boa Vista e grande parte do estado do Pará e Amapá. Para ela, esta é a área de maior vulnerabilidade por ser um eixo de transformação acelerada com risco imediato de depredação ambiental e ameaça para as populações tradicionais locais. Para essa região, a política deveria ser além de ações de proteção ambiental, mas com abertura de estradas vicinais para que a população local usufrua da nova circulação regional. A terceira zona é da Amazônia Ocidental correspondendo a todo oeste da zona anterior. Geopoliticamente, aí está a maior parte do território pan-amazônico e é ainda zona de domínio da natureza e onde se mantém certa preservação do ambiente e a tradicional cultura amazônica. Como é região de fronteira, a política deve ser principalmente de vigilância, para combate do narcotráfico e depredação ambiental, mas que seja acompanhada de um desenvolvimento sustentável para sua população. No plano nacional a preservação desta região significa manutenção da dinâmica de circulação de umidade atmosférica que impacta na irrigação de extensas áreas cultivadas no centro-oeste, sul e sudeste, assim como o balanço hídrico das bacias que fornecem água a milhões nas cidades

dessas regiões. No nível global, o equilíbrio dessa cadeia não é irrelevante para regulação do clima. Portanto a discussão sobre a importância da região nada tem de local.

Esta é a região que elegi para meu estudo, onde de fato pude confirmar a presença de todos esses elementos descritos por Becker: atividades ilegais como narcotráfico, garimpos e pirataria, mas também grandes e potentes áreas de conservação e manejo sustentável como Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Mamirauá. Optei por chamá-la de Região do Médio Solimões para distingui-la da região de saúde chamada de Triângulo, uma vez que a definição de quais municípios a compõe foi baseada nos fluxos intermunicipais identificados no trabalho de campo, e que não correspondem àqueles apontados normativamente pela política de regionalização da saúde (figura 2).

Os municípios que compõe essa região enquadram-se naquilo que Trindade Jr, Silva e Amaral (2008) identificariam como modelo de urbanização tradicional, ou seja, que apresentam um padrão de ocupação à beira do rio, pequena população, pouco alcance de polarização com os espaços no entorno, como produção econômica e social pouco extensa e com forte ligação a um centro regional, que é o caso de Tefé. São cidades cuja fundação não está ligada a grandes projetos de ocupação.

Figura 2. Região do estudo



Fonte: Base cartográfica do IBGE. Elaboração própria.

Como meu objeto de investigação era o território usado, não defini a priori quais seriam os municípios que comporiam a região, do mesmo modo que não considerei apenas

dados a partir dos sistemas de informação da saúde ou mapeamento de itinerários terapêuticos seguindo uma linha de cuidado, como costuma ser feito nos estudos de fluxos de pacientes. A identificação foi feita a partir de um conjunto de elementos capazes de gerar fluxos nos territórios para além do setor saúde, a exemplo do que foi adotado nos estudos de Schor; Costa; Oliveira (2007), Queiroz (2015) e Schor; Oliveira (2011). Desse modo construí uma matriz de funcionalidade, contemplando instituições e infraestrutura presentes em Tefé que são referências para os municípios do entorno. Dentre as instituições elegemos serviço de proteção social (INSS), órgãos do sistema judiciário (MP, DP, justiça do trabalho, justiça federal), serviços de educação (CETAM e UEA) e forças de controle e segurança (forças armadas e policiais). Quanto a infraestrutura, investigamos os serviços de transporte de passageiros, rede bancária, telecomunicação (telefonia, internet e tv) e serviços de correio. Essa matriz (tabela 01) permitiu visualizar quais municípios tem Tefé como sede de referência desses serviços, caso o cidadão precise dispor de tal atendimento.

Tabela 1. Matriz de funcionalidade

INSTITUIÇÕES

		Tefé	Alvarães	Fonte Boa	Japurá	Juruá	Jutai	Maraã	Uarini
1	INSS	Gerência Executiva Regional	Agência de Tefé	Agência de Tefé	Agência de Tefé	Agência de Tefé	Agência de Tefé	Agência de Tefé	Agência de Tefé
2	Judiciário	1) Jus.Federal (sub-seção) 2) Jus.Trabalho (vara) 3) Defensoria Pública 4) MP (sub-seção)	1, 2, 3 Jurisdição de Tefé 4) MP (representação)	1, 2, 3 Jurisdição de Tefé 4) MP (representação)	1, 2, 3 Jurisdição de Tefé 4) MP (representação)	1, 2, 3 Jurisdição de Tefé 4) MP (representação)	1, 2) Jurisdição Tabatinga 3) Jurisdição de Tefé 4) MP (representação)	1, 2, 3 Jurisdição de Tefé 4) MP (representação)	1, 2, 3 Jurisdição de Tefé 4) MP (representação)
3	Educação	1) CETAM - Centro de educação 2) UEA - Centro de estudos 3) SENAC	1) CETAM - Gerência	1) CETAM - Gerência	1) CETAM - Gerência	--	1) CETAM - Gerência 2) UEA – (cursos técnicos)	1) CETAM - Gerência 2) UEA (formação professor)	1) CETAM - Gerência
4	Forças de segurança	1) Militar (Batalhão) 2) Civil (Delegacia) 3) Bombeiro (Pelotão)	1) Militar (grupamento) 2) Civil (delegacia) 3) – 4) Guarda municipal	1) Militar (grupamento) 2) Civil (delegacia) 3) –	1) Militar (grupamento) 2) Civil (delegacia) 3) –	1) Militar (grupamento) 2) Civil (delegacia) 3) –	1) Militar (grupamento) 2) Civil (delegacia) 3) – 4) Guarda municipal	1) Militar (grupamento) 2) Civil (delegacia) 3) –	1) Militar (grupamento) 2) Civil (delegacia) 3) – 4) Guarda municipal
5	Forças Armadas	1) Exército (Brigada de Infantaria) 2) FAB (Destacamento) 3) Marinha (Ag.Fluvial)	--	--	--	--	--	--	--

continua

INFRAESTRUTURAS

		Tefé	Alvarães	Fonte Boa	Japurá	Juruá	Jutai	Maraã	Uarini
6	<i>Transporte passageiro</i>	1) Aeroporto (Infraero) 2) Terminal-balsa (privado)	1) -- 2) --	1) Aeródromo (público) 2) Porto peq. porte (público)	1) Aeródromo 2) Terminal-balsa (privado)	1) Aeródromo (privado) 2) Porto peq. porte (público)	1) -- 2) Terminal-balsa (público)	1) -- 2) Porto peq. porte (público)	1) -- 2) --
7	<i>Bancos</i>	1) Bradesco (agência) 2) BB (agência) 3) BASA (agência) 4) CEF (agência) 5) Lotéricas 6) Financeiras	1) Bradesco (posto avançado) 2) -- 3) -- 4) -- 5) Lotérica (Caixa Aqui) 6) --	1) Bradesco (agência) 2) -- 3) -- 4) -- 5) Lotérica (Caixa Aqui) 6) --	1) Bradesco (posto avançado) 2) -- 3) -- 4) -- 5) Lotérica (Caixa Aqui) 6) --	1) Bradesco (posto avançado) 2) -- 4) -- 5) Lotérica (Caixa Aqui) 6) --	1) Bradesco (agência) 2) -- 3) -- 4) -- 5) Lotéricas (Caixa Aqui) 6) --	1) Bradesco (posto avançado) 2) -- 3) -- 4) -- 5) Lotérica (Caixa Aqui) 6) --	1) Bradesco (posto avançado) 2) -- 3) -- 4) -- 5) -- 6) --
8	<i>Telecomunicação - Serviço Móvel Pessoal</i>	1) Claro (4G) 2) Vivo (3G) 3) Oi (2G) 4) TIM (3G)	1) Claro (4G) 2) Vivo (3G) 3) Oi (3G) 4) --	1) Claro (4G) 2) Vivo(2G) 3) Oi (3G) 4) --	1) Claro (3G) 2) Vivo (2G) 3) -- 4) --	1) Claro (4G) 2) Vivo (2G) 3) -- 4) TIM (2G)	1) Claro (3G) 2) Vivo (2G) 3) -- 4) --	1) Claro (3G) 2) Vivo (2G) 3) -- 4) --	1) Claro (4G) 2) Vivo (2G) 3) -- 4) TIM (2G)
9	<i>Telecomunicação - TV assinatura (qt. acesso)</i>	1) Claro (906) 2) Oi (103) 3) Sky (1954)	1) Claro (184) 2) Oi (2) 3) Sky (181)	1) Claro (154) 2) -- 3) Sky (894)	1) Claro (1) 2) Oi (12) 3) Sky (223)	1) Claro (2) 2) -- 3) Sky (200)	1) Claro (128) 2) -- 3) Sky (374)	1) Claro (33) 2) Oi (24) 3) Sky (294)	1) Claro (80) 2) -- 3) Sky (208)
10	<i>Telecomunicação Internet</i>	Banda larga satélite, cabo metálico (>34Mbps) <120 acessos	Banda larga satélite (até 2Mbps) <20 acessos	Banda larga satélite (até 34Mbps) < 20 acessos	Banda larga satélite (até 2Mbps) <20 acesso	Banda larga satélite (até 2Mbps) <20 acessos	Banda larga satélite (até 34Mbps) = 20 acessos	Banda larga satélite (até 34Mbps) <20 acessos	Banda larga satélite (até 2Mbps) < 20 acessos
11	<i>Correios</i>	- 2 agências	- 1 agência	- 1 agência	- 1 agência	- 1 agência	- 1 agência	- 1 agência	- 1 agência

Fontes: 1 – INSS <https://meu.inss.gov.br/central/index.html?app=localizador#/localizador-aps>; Justiça Federal <https://portal.trf1.jus.br/sjam/institucional/enderecos-e-telefones/enderecos-e-telefones.htm>; MP-AM <https://www.mpam.mp.br/>; TRT <https://portal.trt11.jus.br/>; DP-AM <https://www.defensoria.am.def.br/loais-de-atendimento>; UEA <http://www1.uea.edu.br/sobre.php?dest=unidade&id=CEST#>; CETAM <http://www.cetam.am.gov.br/interior/>; PMAM <https://pm.am.gov.br/portal/organizacao>; Corpo de

Bombeiros Militar do AM <http://www.cbm.am.gov.br/cbmam/index.php/organograma/>; Polícia Civil do AM <http://www.policiacivil.am.gov.br/organograma/>; Exército Brasileiro <http://www.cma.eb.mil.br/home/organograma.html>; Marinha do Brasil <https://www.marinha.mil.br/com9dn/omsubordinadas>; Força Aérea Brasileira <http://www.fab.mil.br/organizacoes>; ANAC <https://www.anac.gov.br/dadosabertos/areas-de-atuacao/aerodromos>; Banco do Brasil https://www36.bb.com.br/encontreobb/s001t026p001,500830,500831,1,1,1,1.bb#; Banco Bradesco <https://banco.bradesco/html/classic/atendimento/rede-de-atendimento/index.shtm>; Caixa Econômica Federal <http://www.caixa.gov.br/atendimento/Paginas/encontre-a-caixa.aspx>; ANATEL <https://www.anatel.gov.br/dados/component/content/article/125-chamadas/280-dados-abertos>; Correios <http://www2.correios.com.br/sistemas/agencias/>

Além disso, a região bem caracteriza o território de várzea com ligações intermunicipais que acontecem exclusivamente via fluvial, tem grande parte da população não residente em núcleos urbanos e distribuída ao longo das margens de grandes rios e paranás. Para mim, este é um cenário único em todo o território nacional, trazendo, portanto, desafios singulares ainda não superados pela política universal do SUS, apesar do muito esforço dos trabalhadores locais.

Para mapeamento dos trajetos percorridos, medindo tempo, distância, topografia e velocidade média do deslocamento, utilizei aplicativo de acesso aberto Wikiloc que permitiu marcar os trajetos mesmo off-line e posteriormente o compartilhamento numa plataforma colaborativa. Todos os trajetos percorridos estão registrados e disponível no perfil “Michele.Rocha” em <https://pt.wikiloc.com/>.

O levantamento das principais causas de internação e adoecimento na de dados do Sistema de Internação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi feito antes das viagens de campo e apresentados aos secretários e diretores do hospital de modo a confirmar se informações reportadas nos SIS de fato corresponderiam aquilo que conhecem no cotidiano dos serviços.

Espera-se que a investigação sobre esses elementos do território de várzea que condicionam acesso a saúde, torne possível elaborar estratégias, tomar decisões quanto aos procedimentos, protocolos e políticas ajustadas às características geográficas, culturais, simbólicas, epidemiológicas dessa população, promovendo equidade e consolidação do SUS na região amazônica.

Um ajuste de rota

Como ‘amazoniense’ e pesquisadora local, desde o começo já entrevia a riqueza de detalhes que esse trabalho revelaria sobre o fazer saúde na Amazônia. Desse modo o planejamento inicial do meu trajeto acadêmico previa cerca de 14 meses para coleta de dados, análises e redação da tese. Só que no caminho da tese havia uma pandemia, com impactos diretos como adiamento das viagens de campo e redução no número de visitas programadas (só foi possível visitar seis dos oito municípios da região). Além disso, houve desdobramentos importantes sobre minha responsabilidade pública como servidora e trabalhadora do SUS. Diante da maior crise sanitária vivida, foi preciso dedicação no desenvolvimento de ações voltadas principalmente no campo da saúde mental e apoio psicossocial (minha formação de base) para suporte aos trabalhadores de saúde e da gestão no nível estadual e nacional diante da pandemia.

Além do impacto com relação aos prazos do programa, a decisão por apresentar a tese em formato de artigo foi motivada principalmente porque os roteiros definidos pelas diretrizes editoriais dos periódicos de fato orientam o exercício de encadeamento das ideias. Por outro lado, isso também forçou ajuste na escala de análise de modo a produzir observações no nível mais regional e menos no local (particularizada para cada município), o que pode ser mais interessante para gestão estadual e talvez algo menos para gestão municipal.

A seguir, apresento um resumo do que será discutido em pormenores em cada um dos artigos que compõem a tese e a história por detrás de cada um deles. Os artigos foram ou serão apresentados a diferentes periódicos.

Artigo 1. Um SUS para a Amazônia: contribuições do pensamento de Boaventura de Sousa Santos

O artigo, em um formato de ensaio, traz a principal inquietação que me levou a desenhar esta tese: a Amazônia retratada como o lugar da ausência e da doença. Vazio de assistência, vazio populacional, vazio de inovação, vazio de capacidade de realização. Nesse sentido, o ponto de partida foram minhas leituras de Boaventura de Souza Santos, nas quais encontrei aquilo que penso e sinto sobre a Amazônia: a ausência é criada intencionalmente e produzida a partir da não compreensão do território.

Ao apresentar elementos físicos como regime hidrológico, características do solo ou extensão territorial e fenômenos sociais como distribuição da população no espaço, concentração de equipamentos tecnológicos e de infraestrutura, o texto expõe que essas características moldam um tempo amazônico diferente do tempo linear hegemônico do “trabalho regular, exterior, linear, acelerado e homogêneo determinado a partir das regras de atividades produtivas” (KADRI; FREITAS, 2021, p. 3461). O texto aborda também o problema da escala no estudo e planejamento de ações nos territórios. A escala deve equilibrar a realidade que se quer representar com o nível de detalhamento necessário para que se evidencie particularidades dos lugares. Esse é um desafio permanente para um sistema de saúde de cobertura universal que pretende responder a situação de saúde muito distintas. Em nível nacional, as estratégias são pensadas em pequena escala, com poucos detalhes, enquanto ações cotidianas adotam a grande escala, evidenciando singularidades dos lugares. Não raro, os estudos no campo da saúde coletiva que adotam a pequena escala e comparam a Amazônia com outros espaços do país acabam por reforçar o discurso do vazio, pois elegem um centro de referência e todo o resto vira periferia, lugares do atraso.

O texto finaliza ampliando o debate sobre necessidade de repactuação do papel econômico num modelo de desenvolvimento socialmente inclusivo e ambientalmente responsável. Apontar a Amazônia no plano global como o lugar do vazio ou exclusivamente como um grande depósito de capital natural, reforça a região como fronteira de expansão mercantil e exclusão de suas populações: “onde não há nada, tudo pode ser feito”.

Tornar presente na academia, na gestão, nos serviços, as ausências sobre as singularidades amazônicas é criar espaço de discussão para uma outra forma de organização da saúde na Amazônia, ao que chamei de SUS pós-abissal.

Artigo 2. Os modos de fazer saúde na amazônia das águas

Navegar pelos rios amazônicos é saber que ajustes de rota são feitos a depender no mês do ano que se passa. Por vezes é difícil reconhecer o mesmo trecho navegado em junho e novamente em setembro. Além da paisagem, o tempo de deslocamento é igualmente variável. Esse foi o ponto de partida para o segundo artigo, investigar se e como essa sazonalidade interfere nos percursos da saúde. Este artigo descreve o uso do território de várzea quanto as atividades produtivas, moradia e o deslocamento no espaço, relacionando como essas características impactam a organização do sistema de saúde local e os arranjos que trabalhadores fazem para produzir saúde. A pesquisa apontou como o entendimento dos fluxos de deslocamento é questão central para compreender acesso a serviços, incluindo a saúde.

Embora não tenha sido planejado inicialmente como objeto de análise, o processo de regionalização da saúde foi se revelando uma questão relevante para entender como o SUS está organizado normativamente e a tensão entre esse instituído com a realidade presente no território. Especificamente nas terras de várzea marcada pela ação humana que acontece na mobilidade sazonal das águas, o aporte de Milton Santos sobre um “território em processo” (1999) ajuda a compreender como o território se impõe sobre qualquer norma, decreto, desenho regional. É esse espaço de existência, esse dinamismo, o conteúdo do lugar que nos interessa e que procuramos descrever neste trabalho.

No artigo apresentamos ainda a categoria que temos chamado de território líquido, um termo que pretende abarcar não só a descrição física, mas principalmente a territorialidade que acontece na interrelação paisagem-pessoas na amazônia das águas. Entender a territorialidade que existe em um ambiente de várzea é compreender um lugar que existe e é organizado na mobilidade e fluidez.

Foto 1. Residência a margem do Rio Solimões-Amazonas na cheia de 2015 e vazante de 2016



Fotos: Maria Raimunda Pinheiro

O mapeamento dos fluxos apresentados no artigo dão uma concretude aos desafios sobre o deslocamento no território líquido, mas as entrevistas foram fundamentais para compreender os diversos arranjos feitos localmente na produção do cuidado diante de tão peculiar cenário, revelando os modos de fazer saúde na Amazônia, conforme título do artigo. O desafio para o SUS no território líquido é criar outras técnicas em congruência com espaço tão singular.

Artigo 3. A centralidade de Tefé na rede de saúde na Região do Médio Solimões no Estado do Amazonas

O último artigo não havia sido planejado a priori, mas foi organizado a partir das informações que se revelaram com as entrevistas sobre as soluções que são criadas para articular as referências da Atenção Básica municipal para serviços disponíveis na rede de saúde regional, revelando também as responsabilidades dos entes interfederativos na construção dessa rede. O artigo traz análise mais detalhada sobre a rede de serviços de saúde de Tefé, município que concentra os equipamentos e técnicas para assistência às urgências e alguns serviços de atenção especializada que dão continuidade e suporte para Atenção Básica dos municípios do entorno. Nos encaminhamentos intermunicipais de pacientes, identificamos um ponto crítico quanto ao financiamento da rede de saúde regional, debatendo sobre como a ausência do ente estadual limita a expansão da rede. Tefé reúne condições para atender outras especialidades (ortopedia, cardiologia, oftalmologia, gastroenterologia, dentre as mais demandadas), desde que haja maior apoio para contratação de pessoal especializado, pagamento de insumos e organização do fluxo de referência-contrarreferência na rede regional, o que não é possível sem pactuação de todos os entes envolvidos e suporte principalmente da Secretaria Estadual de Saúde.

O artigo traz a discussão sobre o SUS ser instrumento garantidor de direito social, mas também como agente de desigualdade (ALBUQUERQUE, 2006, p. 9). Nos adverte Santos (2008) que a diferença entre os lugares se dá porque cada um tem uma combinação de técnicas diferentes num tempo específico. Se considerarmos que o SUS é um conjunto de técnicas que não foi implantado ao mesmo tempo e da mesma maneira em todos os territórios, entendemos por que ele é único enquanto norma, mas não como um objeto técnico e por isso suas ações estão desigualmente distribuídas nos territórios. A concentração de técnicas, equipamentos e recursos incluindo a rede de saúde dão luminosidade à Tefé em relação aos municípios circunvizinhos tornando-os opacos.

Para definir quais os municípios têm Tefé como polo de referência, foram consultados vários serviços públicos e privados (principalmente financeiros, telecomunicações e de controle/administração do território), pois entendemos que eles criam fluxos e mobilizam a população à circular pelo espaço. Especificamente para saúde, foram analisados também os dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH), o que permitiu reconhecer também quais os agravos prevalentes na região. Além disso, o artigo analisa também a disposição dos equipamentos

de saúde nos municípios da região, apontando que, à exceção de Tefé e Fonte Boa, nos demais apesar da metade da população residir em zonas rurais, a sede municipal concentra metade das unidades sanitárias. Esta combinação de informações permitiu revelar a dinâmica regional e identificar qual deveria ser o desenho dessa regional de saúde.

2. ARTIGOS DA PESQUISA

2.1 UM SUS PARA A AMAZÔNIA: CONTRIBUIÇÕES DO PENSAMENTO DE BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS

Michele Rocha El Kadri¹

Carlos Machado de Freitas²

¹ Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus-AM

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

Este artigo foi publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, Supl. 2, p. 3459-3466, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.30772019.

Artigo apresentado de acordo com a formatação exigida pelo periódico.

Um SUS para Amazônia: contribuições do pensamento de Boaventura de Sousa Santos

Resumo

A Amazônia brasileira não é um espaço homogêneo, nela subsistem diversas formas de ocupação que em comum tem cotidianos profundamente marcados pela interação com meio natural. Destacando alguns elementos da teoria social de Boaventura de Souza Santos, o artigo discute como o problema do tempo linear e da escala dominante no pensamento hegemônico vem servindo para invisibilizar os territórios amazônicos na organização das ações públicas de saúde. Aponta ainda que consolidar um SUS pós-abissal na região passa inevitavelmente por uma repactuação do papel econômico e desenvolvimento social inclusivo com a Amazônia e não apesar dela. Por fim, reflete se a construção do SUS local deveria basear-se em um tripé, não exclusivamente urbano-centrado, que considere sua extensão territorial, densidade populacional e vias pelas quais os fluxos de acesso aos serviços de saúde acontecem.

Palavras-chave

Política de Saúde, Planejamento em Saúde, Sistema Único de Saúde, Amazônia

Abstract

The Brazilian Amazon is not a homogeneous place, in it there are several forms of people daily lives driven by the interaction with natural environment. Highlighting some elements of Boaventura de Souza Santos' social theory, this paper discusses how the problem of linear timeline and the dominant scale in hegemonic thinking has served to make the Amazonian territories invisible for the public health planning. It also points out that build a post-abysal SUS thinking inevitably requires the economic replacement role of the region in an inclusive social development framework with the Amazon and not regardless of it. Finally, the possibility that the local SUS should be based on a tripod, not exclusively urban-centered, considering its territorial extension, population density and flows of access to health services take place.

Key words

Health Policy, Health Planning, Unified Health System, Amazon

Amazônia ribeirinha, Amazônia de fronteira, Amazônia indígena, urbana, de assentamentos, do agronegócio, do narcotráfico, Amazônia preservada, Amazônia superexplorada. Longe de ser um espaço homogêneo, na Amazônia brasileira hoje subsistem diversas formas de ocupação que em comum tem cotidianos marcados tão profundamente por elementos naturais a orientar a organização da vida, dentre os quais o regime das águas confere a grande singularidade da região. Uma análise mais cuidadosa em qualquer campo do conhecimento deve considerar a historicidade e a dinâmica territorial peculiar dessa região. A proposta do texto é a partir de alguns elementos da teoria social de Boaventura de Souza Santos pensar a região para além do pensamento hegemônico que via de regra vem produzindo leituras no campo da saúde que a localizam como lugar da doença, da incipiência de processos organizativos, do vazio e da vulnerabilidade e que desconsideram tamanha heterogeneidade.

Inicialmente apresentamos alguns elementos do pensamento desse autor que podem contribuir na construção de uma perspectiva pós-colonial e pós-extrativista para a região a partir de uma visão interdisciplinar, positiva e propositiva como deve ser o próprio campo da saúde coletiva. Destaca-se duas dessas questões, o problema do tempo linear e da escala dominante, para discutir como servem para invisibilizar os territórios amazônicos no planejamento das ações públicas de saúde. Por fim, apontamos para ideia de que consolidar o SUS na região passa inevitavelmente por uma repactuação do papel econômico e desenvolvimento social inclusivo com e para as pessoas que aqui constroem suas histórias e dão sentido a este lugar.

Essa discussão sobre o papel da Amazônia no cenário de desenvolvimento nacional nada tem de local, considerando que ela é essencial na irrigação das terras agrícolas que garantem a exportação dos principais produtos do país, assim como o balanço hídrico das bacias que fornecem água a milhões nas cidades no sul e sudeste brasileiro. Também não é irrelevante sua importância na regulação do clima global. As reflexões apresentadas ampliam a discussão e apontam como o modelo de desenvolvimento econômico e social atual concorre mesmo para aprofundar as desigualdades com a marca cartográfica abissal que separa o norte e o sul do país.

A produção de ausências e o pensamento pós-abissal

O colonialismo que separava o mundo entre o moderno, tecnológico e desenvolvido ao norte da linha do Equador e o primitivo, atrasado, bárbaro ao sul nas colônias europeias nos séculos XV e XVI, segundo Boaventura de Souza Santos^{1:71} “continuam a subsistir

estruturalmente no pensamento hegemônico e permanecem constitutivo das relações políticas e culturais excludentes mantidas no sistema mundial contemporâneo”. Sob tal argumento, o autor identifica que as linhas cartográficas abissais que demarcavam o Velho e o Novo Mundo expressam-se ainda hoje, por exemplos, na história “oficial” do mundo contada a partir da explicação ocidental ou sobre a única verdade válida estar contida no conhecimento científico ou ainda no modo hegemônico capitalista de produção. O que quer que se produza fora desses parâmetros é ignorado, desqualificado, são “experiências desperdiçadas”² que a atual racionalidade produz como ausente mas que por certo poderiam estar presentes. A linha abissal não foi apagada com o fim da ocupação colonial nos territórios, hoje assume novas formas que criam racismos, xenofobias, epistemicídios dentre outras formas de exclusão³. Pensamento pós-abissal é, portanto, aquele que considera que outras formas alternativas de conhecimentos e práticas construídas localmente a partir da experiência e histórias dos lugares e das pessoas são válidas e possíveis para além do conhecimento dominante.

Na validação de processos contra hegemônicos, ele propõe aquilo que chama de Sociologia das Ausências³ como forma de reconhecer as sabedorias e fazeres que o pensamento dominante invisibiliza, é tornar presente no discurso e na prática tudo aquilo que fora produzido ativa e intencionalmente como inexistente, invisível frente à leitura hegemônica universal.

Para o autor, produz-se ausências como resultado de cinco “monoculturas”. A primeira é a “monocultura do saber e do rigor científico” que desacredita da prática social e do conhecimento popular que não se curvam a objetividade e ao método da ciência ocidental. A segunda é a “monocultura do tempo linear” que indica que a história de toda humanidade teria pretensamente uma única direção na linha do desenvolvimento, na qual países centrais estariam na dianteira e todo o resto ainda estaria por fazer o mesmo caminho. A terceira forma de criar ausência é pela “naturalização das diferenças” que aponta para uma hierarquização étnica, racial, sexual, social na qual desigualdades seriam naturais. Já pela “monocultura da escala dominante”, desconsidera-se o contexto no qual os fenômenos acontecem de modo que o global, universal é hegemônico e tudo o que é de escala local, é menor ou mesmo inválido. Por fim, “a monocultura do produtivismo capitalista” declara moderna a técnica que reproduz coisas, conhecimentos, práticas em maior escala e no menor tempo possível, fora disso, outra forma de produção não teria grande valor.

A Sociologia das Ausências propõe contrapor a cada monocultura uma ecologia de forma a disponibilizar experiências que se encontram invisíveis, reconhecendo que outros

saberes são possíveis. A “ecologia dos saberes” não se trata de desacreditar o saber científico, mas sim de posicioná-lo num leque mais amplo de saberes em que outros também são possíveis. A “ecologia das temporalidades” considera que além do tempo linear, há outros tempos como os ciclos da natureza ou como o tempo dos antepassados de culturas indígenas ou africanas que continuam sempre contemporâneos. A “ecologia do reconhecimento” propõe descartar hierarquias que sustentam a dominação colonial; diferenças são naturais, desigualdades não. A quarta ecologia é da “transescala” que sugere a possibilidade de articulação entre realidades locais e globais, nunca descontextualizando análises e ações do lugar em que ocorrem. A quinta é a “ecologia das produtividades” como uma alternativa ao modo de produção hegemônico e que valorize a organização de sistemas cooperativos, solidários e ambientalmente mais sustentáveis.

Neste trabalho destacamos dois desses conceitos para aprofundar reflexões importantes que ajudam a apontar como a realidade amazônica tem estado com frequência ausente de diretrizes que orientam a construção do SUS. A primeira é a racionalidade do tempo linear que é diferente do tempo vivido pelas comunidades amazônicas que em grande medida tem suas vidas orientadas pela sazonalidade do ciclo das águas. O segundo ponto é o problema da escala que influencia naquilo que é visto ou invisibilizado numa política universal como o SUS. Essas questões oferecem elementos relevantes para entender como a dinâmica desse território desafia a uma outra lógica de organização do sistema de saúde e que, se bem acolhida pelo planejamento, pode ajudar na construção de um SUS pós-abissal com e para a região.

O tempo linear e o tempo da Amazônia das águas

A marcação cronológica do tempo é uma invenção humana. De fato, o que existe é uma sucessão de fatos e de encontros que nos permite cumprir um conjunto de ações indispensáveis à sobrevivência e produção humana. No entanto o tempo dominante⁴ é do trabalho regular, exterior, linear, acelerado e homogêneo que determina as regras de organização da vida a partir das atividades produtivas.

Contudo, na Amazônia das águas, o tempo é ditado pelos ciclos de enchente e vazante dos rios. Embora os grandes projetos instalados na região a partir de 1960 tenham estimulado a ocupação ao longo das rodovias construídas na porção sul, sudoeste e leste da região, é

ainda ao longo dos rios que há maior concentração populacional, incluindo as metrópoles regionais⁵. O regime hidrológico que tão marcadamente singulariza à região afeta não somente as populações que vivem à margem dos rios, mas também a dos residentes em terra firme que têm seus ritmos de produção influenciados pela sazonalidade fluvial e perenidade ou não dessas águas pois disso depende o escoamento de sua produção agrícola e as chuvas que irrigam as lavouras. Mesmo em cidades médias ou espaços metropolitanos com uma dinâmica mais urbana, o rio comanda o fluxo de abastecimento a essas cidades sendo ainda importante para atividades de turismo e lazer. Assim, apesar da região de várzea compreender cerca de 3% do total da superfície da Amazônia brasileira, sua importância é inversamente proporcional a sua dimensão territorial^{6,7}

A várzea, numa definição geral, é planície aluvial formada por uma rede de rios que está sujeita parcial ou totalmente a inundações sazonais, sendo o seu solo renovado por sedimentos trazidos anualmente pelos rios^{8,9}. As atividades de subsistência e produção dependem necessariamente do regime fluvial cuja sucessão cíclica exige da população um constante reordenamento e adaptação. Quando há seca, as casas ficam isoladas pela falta de acesso, obrigando o morador a caminhadas extensas até um porto. Na cheia, é preciso elevar o assoalho das casas com madeiras para subir os móveis e transferir os animais para terra firme ou fazer currais flutuantes. As distâncias diminuem pela possibilidade de uso do transporte fluvial o que altera também as atividades produtivas. Os lagos são fonte de abastecimento principalmente do pescado, mas os hábitos alimentares se modificam com descida da água e a fonte de proteína passa do peixe para carne de caça. As águas mudam a paisagem, árvores somem e aparecem, casas mudam de lugar ou simplesmente desaparecem, as propriedades são aumentadas ou diminuídas pela sedimentação/erosão deixada na descida dos rios.

Só há história porque há diferentes formas de se realizar a mobilidade no tempo e no espaço¹⁰ e na Amazônia, as horas e os dias são a medida de distância mais apropriada do que quilômetros. É o tempo que mede o deslocamento no espaço¹¹. Esse deslocamento também depende do nível da água, tipo de transporte e potência do motor. Quanto maior a potência, menor é a distância entre os lugares no entanto maior é o custo com combustível. O tempo e o espaço são relativizados pelo conjunto dessas variáveis, sendo tudo isso incorporado pela cultura regional quando o tempo passa a ser outra coisa que não a medida do tempo do capital, mas a medida dos ciclos naturais.

Se do ponto de vista do tempo linear essa sazonalidade dificulta a exploração da terra

pelo produtivismo capitalista porque não admite aceleração do tempo das colheitas ou a especialização das culturas agrícolas, por outro lado, do ponto de vista da ecologia das temporalidades, nesse cenário o rio não é obstáculo à produção, pelo contrário. Ele é mesmo elemento que faz conexão, ligação entre pessoas, serviços, instituições, mediando a ação humana nesse território. O rio não é somente um limite natural, mas é lugar de vida e de significados. Por ele, história das pessoas, das coisas e da natureza se conectam para a criação do evento.

Se o tempo “dessa amazônia” difere do tempo hegemônico, tornar presente essa temporalidade é pensar que a ação humana incluindo políticas públicas também devam ser permeadas por essa fluidez e mobilidade. Nesse cenário, parece bastante imprudente, excludente até, pensar um serviço de saúde que se organize exclusivamente a partir de fluxos terrestres onde usuários se locomovem por meio rodoviário. Cruzar a linha abissal que invisibiliza tal contexto de organização da vida seria organizar um sistema que não segue somente os fixos marcados pela política e pelo planejamento.

Numa perspectiva diferente do tempo da Amazônia das águas, a monocultura do tempo linear vem sistematicamente localizando a região na linha do “atraso”, do “primitivo”, do “incipiente” em uma representação unidirecional daquilo que é entendido hegemonicamente como desenvolvido e moderno. No campo da saúde, é preciso estar atento aos limites de análises a partir de um recorte no tempo. Sem a historicidade dos lugares, são limitadas as possibilidades de explicação das causas (que estão num tempo passado) ou apontar soluções pragmáticas (em um tempo futuro). Para tornar presente o tempo amazônico na prática e no discurso é imprescindível que os achados dos inquéritos nacionais retornem ao território e dialoguem com suas histórias e peculiaridades, potencializando assim a construção de alternativas junto com gestores, trabalhadores e comunidades locais na consolidação do Sistema Único de Saúde. Como abordar a integralidade na assistência às pessoas sem abordar a integralidade de seus lugares? E como abordar a integralidade dos lugares sem considerar suas diferenças?

Os lugares são palco das realizações humanas e todos têm sua história marcada por diferentes jogos de poder, internos e externos a ele, que orientam os processos sociais ao longo do tempo¹⁰. Nas análises globais, mais eficiente do que posicionar as localidades numa etapa mais ou menos “desenvolvida”, supondo uma linearidade dos processos, apoiar-se no produto dessa comparação pode mesmo orientar ações prioritárias focais de modo a

aproveitar positivamente as características atuais e projeções futuras. Experiências e conhecimentos locais (acadêmicos ou populares) podem ensinar um bom caminho para tornar presente o tempo e a história da região em uma ecologia dos saberes.

Produz-se ausência quando se pensa que lugares diferentes estão em tempos diferentes, atrás ou a frente em sentido unidirecional no “desenvolvimento”. Isso significa dizer que são realidades simultâneas, mas não contemporâneas e como aponta Souza Santos¹ não se pode “inventar passados para dar lugar a um futuro único e homogêneo”.

É preciso não naturalizar os lugares como dados da realidade, ignorando-se poderes e construções sociais de diferentes grupos que aí se expressam¹⁰, isso requer pensar o território de modo complexo. Sabendo que a formação histórica e cultural se deu de modo muito distinto entre as regiões do país, é de se esperar que tais diferenças marquem também a implantação do SUS nos diferentes cenários brasileiros.

Essas diferenças reforçam a necessidade para um sistema público que se propõe garantir saúde universal de primar por uma organização focal capaz de diferenciar processos sociais distintos e planejar as ações de modo a responder localmente as demandas¹². Compreender tais diferenças é fundamental na elaboração de políticas públicas pois, a depender das decisões tomadas, as intervenções podem tanto atenuar quanto aprofundar as desigualdades no país¹³. Aqui entramos no segundo ponto que gostaríamos de destacar: o problema da escala.

Monocultura da escala dominante e territorialização da saúde

No pensamento hegemônico, a escala dominante aponta que realidades locais são menos importantes, pois “o global e universal é hegemônico; o particular e local não conta, é invisível, descartável, desprezível”^{2:31}. A questão da universalização está sempre presente entre os sanitaristas, gestores e trabalhadores da região que lidam com o desafio de implantar um sistema único em uma região tão diversa dos centros onde as políticas são desenhadas.

Por reconhecer saúde como direito social, um sistema universal organiza sua atuação de modo a responder à necessidade de saúde da população por ele coberta. A contradição presente é que o modelo universalista ao defender acesso aos bens público como um direito social, não discrimina nem positiva nem negativamente o cidadão, tratando como igual

sujeitos que vivem em condições muito distintas. A igualdade fundamenta estratégia de universalização ao passo que equidade orienta estratégia de focalização¹⁴. Se por um lado o universalismo tem por base garantia de direito independentemente de qualquer condição prévia, por outro lado a focalização orienta concentração de recursos em determinadas condições excepcionais ou grupos preferenciais de maneira que recursos cheguem aos mais fragilizados. Os conceitos não necessariamente se anulam, o sistema pode ser universal mas com uma organização focal. Kerstenetzky^{15:570} esclarece que a focalização pode ser entendida como “ação reparatória necessária para restituir a grupos sociais o acesso efetivo a direitos universais [...] que teriam sido perdidos como resultado de injustiças passadas”. Isso é especialmente importante para países com grandes desigualdades como o Brasil no sentido de aproximar o direito universal à sua efetiva realização. Segundo a autora, somente um sistema universal é capaz de garantir condições mínimas para preservação da vida, em especial aos mais excluídos.

Promover ações de saúde específicas e/ou um modo diferenciado de organizar o sistema “nas amazônias” não se trata de uma intervenção residual, típica do modelo assistencialista, mas sim em um modelo adequado para esse espaço não somente para corrigir negligências passadas e incorreções presentes, mas também por acolher a diversidade de conhecimentos e as territorialidades locais.

Inserir-se aqui uma outra discussão de Souza Santos¹⁶ sobre a cartografia simbólica, que aponta para a construção de um pensamento contra hegemônico que supere o olhar em pequena escala na qual estratégias são planejadas, e aumente a escala para melhor análise e emergência de alternativas possíveis construídas pela região. Ações focalizadas (grande escala) poderiam complementar estratégia universal (pequena escala).

O uso de escala para construção de mapas é uma ferramenta que precisa equilibrar o nível de detalhamento com a funcionalidade que os mapas devem ter de modo que a distorção inevitável da realidade não signifique necessariamente distorção da verdade. Uma vez que priorizam a representação de uma área maior, ao reduzir a escala os mapas ocultam detalhes que nos permitiriam análises mais pormenorizadas dos lugares. Inversamente, ao aumentar a escala a representação revela a heterogeneidade das experiências locais. A escolha de qual escala usar depende da natureza do fenômeno que se quer analisar. As estratégias devem ser pensadas em pequena escala (nível nacional), enquanto as ações cotidianas que levam ao sucesso da estratégia devam ser tomadas na grande escala (nível

local)¹⁶. Entendemos que a questão da escala é especialmente relevante para discutir o quanto análises em pequena escala numa perspectiva global, via de regra vem produzindo distorções capazes de homogeneizar a Amazônia apesar da sua extensão territorial e coexistência de territorialidades.

Em contraposição a monocultura da escala dominante que se expressa no universalismo, a ecologia da transescala permitiria a co-presença solidária do local e global. Já apontamos que apenas um sistema universal reuniria as condições necessárias para promover equidade e, portanto, algum grau de justiça social. Isso não é pouco, mas é preciso também admitir a possibilidade de co-presença de estratégias universais em mesmo grau de relevância de ações focalizadas e ainda de articulação nesses dois níveis. Nesse sentido, assim como para as Epistemologias do Sul não há uma teoria geral capaz de abarcar toda a diversidade das coisas, talvez não haja um SUS universal capaz de abarcar a diversidade dos territórios.

Tão importante quanto considerar as territorialidades locais é dimensionar adequadamente os desafios que a extensão física e ordenamento territorial da Amazônia impõe a organização do sistema de saúde. Para exemplificar a disparidade das escalas as quais as diretrizes nacionais devem dar conta, temos o Estado do Amazonas que territorialmente equivale a 15x o Estado de Santa Catarina com densidades demográficas de 2,61 hab/km² e 73,13 hab/km² respectivamente. Em um outro exemplo, certamente as questões de saúde que afetam os 40 mil brasileiros de São Gabriel da Cachoeira (0,41 hab/km²), município do Amazonas fronteira com Colômbia e Venezuela e onde 3 em cada 4 habitantes são indígenas, são diferentes daquelas dos 40 mil moradores de Santa Cecília concentrados num bairro da região central do município de São Paulo (29,08 hab/km²). A mesma universalidade deve responder a situações de saúde muito distintas. Não se pode desconsiderar a escala e principalmente as diferenças de uso e ocupação do território. Ao comparar realidades tão distintas, quase sempre se elege um centro a partir do qual as diretrizes são pensadas e todo o resto vira periferia. Nessa razão, alguma realidade há de ser invisibilizada.

Trabalhar junto às secretarias locais de saúde tem-nos feito pensar na hipótese que por um lado aponta para inabilidade das políticas (estratégias macros na pequena escala) em atender satisfatoriamente a necessidade de saúde dessa população e por outro lado um engessamento organizativo que dificulta a construção e proposição de soluções locais (ações

territorializadas na grande escala).

Ainda que a descentralização já proposta desde criação do SUS seja uma tentativa de aproximar ações aos territórios, na prática permanece o desafio de definir diretrizes capazes de responder demandas que a diversidade territorial brasileira impõe. Vimos que grande parte da Amazônia, em especial porção central e ocidental, tem particularidades importantes: fluxos que não se dão por via terrestre e sim fluvial; baixa densidade demográfica que por vezes não justifica alocação de equipamentos e profissionais exclusivamente pelo critério demanda por assistência e; uma extensão territorial que desafia construção de redes de atenção acessíveis. Dada a extensão territorial de muitos municípios amazônicos às vezes superior a extensão de alguns estados do país e a baixa densidade demográfica, fica evidente que a organização do sistema de saúde pensado considerando a priori a interligação terrestre e contiguidade dos territórios não há de fazer muito sentido quando se fala de territórios amazônicos.

Repactuação do papel da região no cenário social e econômico do país

É inevitável não associar essa discussão ao modelo de desenvolvimento adotado pelo país e como a região está inserida nesse plano. Ainda hoje no Brasil dos dez produtos mais exportados, oito são produtos básicos (agrícolas) ou semimanufaturados (açúcar e celulose)¹⁷. Vemos que pouco mudou desde as relações colonialistas norte-sul do século XVI. Nesse cenário, a Amazônia de “terras inabitáveis”, “lugares inóspitos” e de “estradas que ligam nada a lugar nenhum” ou alguns termos mais técnicos como “vazio demográfico” são alguns discursos ainda vigentes que além de apontar ausências sobre as amazônias localizam a região no plano global: onde nada há, tudo pode ser feito. Isso reforça a região como fronteira de expansão mercantil e/ou potencial fornecedora de matérias primas.

Em nome do desenvolvimento das cidades – não para todos – invisibiliza-se direitos de indígenas, quilombolas, de posseiros ou ribeirinhos; nesse “desenvolvimento” não cabem esses povos. Qual racionalidade há em viver num território que só pode ser “útil” parcialmente no ano? Ou ainda por que há pessoas que insistem em viver em lugares onde não há serviços públicos? Por detrás disso revela-se o pensamento abissal que as pessoas estariam no lugar errado. O modelo de desenvolvimento ambientalmente predatório e socialmente excludente¹⁸ tem levado a violações de direitos recorrentes às populações

“atrasadas” que aí residem. Danos concretos e/ou ameaças sofridas vêm tanto pela via da expropriação direta da terra quanto pela inviabilização da vida nesses lugares via degradação ambiental com contaminação de rios, solos ou extrativismos predatórios. Todos os nove estados que compõe a Amazônia Legal registraram algum conflito no campo em 2017, com destaque para Maranhão, Rondônia, Pará e Tocantins. Mais alarmante é que não raros os casos ocorrem com conivência do poder judiciário que concede legalidade a terras griladas, por exemplo¹⁹. Mesmo em regiões com famílias já assentadas, a desassistência se expressa na precariedade de vias para escoamento da produção, dificuldade para acesso a crédito e ausência de serviços como saúde e educação para qualificação da produção.

Além dos conflitos de terra que se concentram nos altos relevos de terras firmes, há a ameaça que atinge direta e violentamente os ribeirinhos: a construção de grandes barragens que alteram irremediavelmente o ciclo de enchente e vazante dos rios assim como o curso das águas fluviais. Belo Monte no Rio Xingu ou Complexo de Tapajós (composto por nove usinas) no rio de mesmo nome no Pará, são algumas das dezenas de hidrelétricas planejadas/construídas na Amazônia que além de questões ambientais tem custo social como aumento de violências que não vão na conta da geração de energia para abastecer mercados “desenvolvidos” do Sudeste brasileiro²⁰.

Tais conflitos só existem exatamente porque no território há atores presentes que divergem desses interesses externo ao lugar. Há, portanto, muita presença! Nessa discussão, a distinção em três grandes macrorregiões sobre as quais deveriam incidir políticas diferenciadas proposta por Bertha Becker²¹ ajuda a reduzir a escala e aproximar estratégias macros ao território. A primeira é a consolidação de áreas produtivas do Mato Grosso, Tocantins e sul do Pará com políticas que não aumentem de depredação. A segunda é região de Amazônia central abrangendo maior parte do Pará e corredor rodoviário Porto Velho-Manaus-Venezuela acelerando políticas conservacionistas que respeitam população e dinâmicas já estabelecidas. A terceira é a Amazônia Ocidental cujas terras ainda são domínios da natureza, ostentando, portanto, maior potencial para invenção de um modelo de desenvolvimento sustentável para as comunidades que aí vivem. Em qualquer dessas “amazônias”, cabe inquestionavelmente uma construção que inclui seus povos e biodiversidade, repactuando seu papel na economia brasileira para além de meramente uma reserva energética e mineral ou fronteira de expansão agrícola¹⁸.

Não se trata de um discurso radical contrário ao desenvolvimento, mas sim de apontar

como presente e legítima a luta de ter no Brasil uma matriz de desenvolvimento que garanta direitos e justiça socioambiental para assistir às populações afetadas²². Descolonizar o pensamento é construir um outro desenvolvimento que não tenha uma prática extrativista e que seja com e para os territórios. A saúde como uma política de abrangência nacional não se ausenta desse debate. Apontamos aqui alguns elementos que exemplificam como o SUS não raro tem sido construído hegemonicamente a partir de uma racionalidade diferente da realidade amazônica. Assim, construir um SUS pós-abissal na Amazônia passa por considerar que os atores locais não são apenas portadores de uma “opinião”, mas sim de um conhecimento real e válido e como sujeitos participativos na construção das intervenções de saúde e não apenas objeto delas. De tal modo, abre-se a possibilidade de co-presença de saberes, mas também de ignorâncias dos dois lados da linha abissal.

A singularidade desse território oferece ao SUS a possibilidade de combinar ações gerais e específicas numa meso e micropolítica diferenciadas nos diversos territórios da Amazônia, “articulando estratégias para o desenvolvimento, proteção social e saúde”²³. Fluxos que não se dão necessariamente por estradas, densidade populacional e extensão territorial são três questões centrais no planejamento de serviços de saúde na Amazônia.

Conclusão

O pensamento abissal que evidencia a dominação econômica, política e cultural de uns lugares em detrimento de outros, sustenta o discurso hegemônico que cria ausências onde de fato há muitas presenças. A linha que coloca a Amazônia no lugar do atraso numa hierarquização de saberes, tempo e escala, tem produzido recorrentemente injustiças e desastres resultantes de inadequadas intervenções públicas e/ou privadas pelo desconhecimento, intencional ou não, desse lugar.

Para que a universalização do SUS produza redução de desigualdades, garantindo saúde como condição básica para desenvolvimento na Amazônia é preciso aumentar escala de análise e focalizar alternativas mais coerentes com o lugar. Destacamos aqui o desafio peculiar para a gestão local em consolidar o Sistema em um território de tamanha extensão territorial, com dinâmica de ocupação não urbano-centrada e com fluxos que não se dão invariavelmente por via rodoviária.

Enquanto persistir o não-reconhecimento desse território em toda sua história,

ecossistemas e culturas, não será possível construir uma alternativa pós-abissal que vença a exclusão que o tem mantido do lado de lá da linha. Inovação tecnológica que gere valor para biodiversidade, ciência que reduza iniquidades, ecologia de saberes que compartilhem conhecimentos (e também ignorâncias) podem potencialmente apontar soluções. Discutir preservação da Amazônia é importante, mas alternativas econômicas que impactam diretamente nas condições de vida e saúde daqueles que aqui residem é o debate fundamental a fazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos B de S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos Estud CEBRAP*. 2007;(79):71–94.
2. Santos B de S. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo Editorial; 2007.
3. Santos B de S. *Para uma Sociologia das Ausências* [Internet]. *Jornal de Letras, Artes e Ideias*. 2017. Disponível em: <http://saladeimprensa.ces.uc.pt/index.php?col=opinio&id=17352#.XAfFmWhKjIV>
4. Oliva-Augusto MH. Tempo, indivíduo e vida social. *Ciênc Cult*. 2002;4(2):30–3.
5. Sathler D, Monte-Mór RL, Carvalho JAM de. As redes para além dos rios: urbanização e desequilíbrios na Amazônia brasileira. *Nova Econ*. 2009;19(1):11–39.
6. Ab’Sáber AN. *Amazônia: do discurso a práxis*. 2a. São Paulo: Edusp; 2004.
7. Jardim CM. *Do rural ao urbano: Abordagens sobre as mudanças nos padrões alimentares de moradores de áreas de assentamentos rurais do Amazonas* [tese]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2018.
8. Fraxe TJP. *Homens anfíbios: etnografia de um campesinato das águas*. 1a. ed. São Paulo: Annablume; 2000. 192 p. (Coleção Outros diálogos).
9. Witkoski AC. *Terras, florestas e águas de trabalho: os camponeses amazônicos e as formas de uso de seus recursos naturais*. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas; 2007. 484 p. (Amazônia, a terra e o homem).
10. Santos M. *Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional*. São Paulo: EDUSP; 2008.
11. Kadri MR, Lima RT, Schweickardt JC. Território e Políticas de Saúde na Amazônia: Diálogo Necessário. In: *Seminário Internacional de Determinantes Sociais da Saúde* (no prelo). Manaus; 2017.
12. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar A de CA, Rosa MC da, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias.

Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(6):1763–76.

13. Brito F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Rev Bras Estud Popul*. 2008;25(1):5–26.

14. Cardoso AJC. Políticas de saúde: universalizar ou focalizar é a questão? In: Alves SMC, Delduque MC, Neto ND, organizadores. *Direito Sanitário em Perspectiva*. Brasília: ESMPU/Fiocruz; 2013. p. 333. (Pós-graduação; vol. 2).

15. Kerstenetzky CL. Políticas Sociais: focalização ou universalização? *Braz J Polit Econ*. 2006;26(4):564–74.

16. Santos B de S. Uma cartografia simbólica das representações sociais: prolegômenos a uma concepção pós-moderna do direito. *Rev Crítica Ciênc Sociais*. 1988;(24):139–72.

17. Ministério da Economia, Comércio Exterior, Indústria e Serviços. Comércio Exterior Brasil (Geral) [Internet]. 2018 [citado 11 de abril de 2019]. Disponível em: <http://www.mdic.gov.br/comercio-exterior/estatisticas-de-comercio-exterior/comex-vis/frame-brasil>

18. Aguiar D de. *A favelização da Amazônia e a necessidade de repactuar o papel da floresta na economia do século XXI* [Internet]. 2018 [citado 26 de março de 2019]. Disponível em: <http://dssbr.org/site/entrevistas/a-favelizacao-da-amazonia-e-a-necessidade-de-repactuar-o-papel-da-floresta-na-economia-do-seculo-xxi/>

19. Comissão Pastoral da Terra. *Atlas de conflitos na Amazônia* [Internet]. [citado 11 de abril de 2019] p. 2017. Disponível em: <https://www.cptnacional.org.br/component/jdownloads/send/25-cartilhas/14066-atlas-de-conflitos-na-amazonia?Itemid=0>

20. Rainey SJ, Rainey MCA. Perspectivas ribeirinha sobre os impactos da construção de usinas hidrelétricas no rio Madeira em Rondônia. *Confins Rev Fr-Brés Géographie Rev Fr-Bras Geogr* [Internet]. 2016 [citado 14 de outubro de 2019]; (29). Disponível em: <http://journals.openedition.org/confins/11621>.

21. Becker BK. A Amazônia e a política ambiental brasileira. In: Santos M (org.). *Território, territórios ensaios sobre o ordenamento territorial*. Rio de Janeiro: Lamparina; 2007. p. 21–40.

22. Gagnon R, Joca P, Kahwage Y, Mascolo-Fortin É, Nadeau-Farley A, Pierre L, et al. *Energia, para quem e porquê?* Comitê para os Direitos Humanos na América Latina (CDHAL); 2017 p. 24.

23. Viana AL d'Ávila, Machado CV, Baptista TW de F, Lima LD de, Mendonça MHM, Heimann LS, et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:S117–31.

2.2 OS MODOS DE FAZER SAÚDE NA AMAZÔNIA DAS ÁGUAS

Michele Rocha El Kadri¹

Júlio Cesar Schweickardt¹

Carlos Machado de Freitas²

¹ Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus-AM

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

No momento da apresentação desta tese, o artigo foi submetido à Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação e está em fase de avaliação.

Artigo apresentado de acordo com a formatação exigida pelo periódico.

Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas

Resumo

Descrevemos como a organização do sistema de saúde é afetada pelas características da várzea amazônica. Elegemos uma região a oeste do Estado do Amazonas que bem caracteriza esse cenário. Entrevistamos gestores de saúde e mapeamos os trajetos percorridos pelos usuários para acessar à rede sanitária. Municípios menores são extremamente dependentes da rede de serviço do polo regional e da capital estadual. O transporte de usuários, a exceção de emergências, é feito por via fluvial como maior tempo e custo em relação a via terrestre. O ciclo vazante-cheia também interfere no tempo, custo e agravos prevalentes. Identificamos alguns pontos de tensão entre o instituído normativamente para conformação das regiões de saúde e a realidade regional. Promover saúde na Amazônia passa inevitavelmente pela adaptação e resiliência do sistema de saúde no diálogo com as características do território e dos fluxos dos usuários.

Palavras-chave: Saúde Rural, Política de Saúde, População Ribeirinha, Amazônia.

The ways of doing health in the amazon of the waters

We describe how the health system is affected by the characteristics of the Amazon floodplain. We selected a region west of the state of Amazonas that well characterizes this scenario. We interviewed health managers and mapped the routes taken by users to access the health units. Smaller municipalities are extremely dependent on the service of the regional hub and the state capital. The transport of users, except in cases of emergencies, is done by river, which is more expensive and cost than by land. The ebb-flow cycle also interferes in the prevalence of diseases. We identified some tension between what is normatively established for the health regions and the local reality. Promoting health in the Amazon inevitably involves the adaptation and resilience of the health system in dialogue with the characteristics of the territory and the patient's flow.

Key words: Rural Health, Health Policy, Riverside Population, Amazonia

Las formas de hacer salud en la amazonia del agua

Describimos cómo el sistema de salud se ve afectado por las características de la llanura amazónica. Elegimos una región en el Estado de Amazonas que caracteriza bien este escenario. Entrevistamos a los gestores sanitarios y trazamos un mapa de los caminos que siguen los usuarios para acceder a la red sanitaria. Los municipios más pequeños son extremadamente dependientes de la red de servicios del centro regional y de la capital del estado. El transporte de usuarios, salvo casos de emergencia, es por vía fluvial, con mayor tiempo y costo en comparación con la vía terrestre. El ciclo reflujó-lleño también interfiere en el tiempo, costo y enfermedades prevalentes. Identificamos algunas tensiones entre lo establecido normativamente para las regiones sanitarias y la realidad local. La promoción de la salud pasa inevitablemente por la adaptación y la resiliencia del sistema sanitario en diálogo con el territorio y los flujos de usuarios.

Palabras claves: Salud Rural, Política de Salud, Población Ribereña, Amazonía.

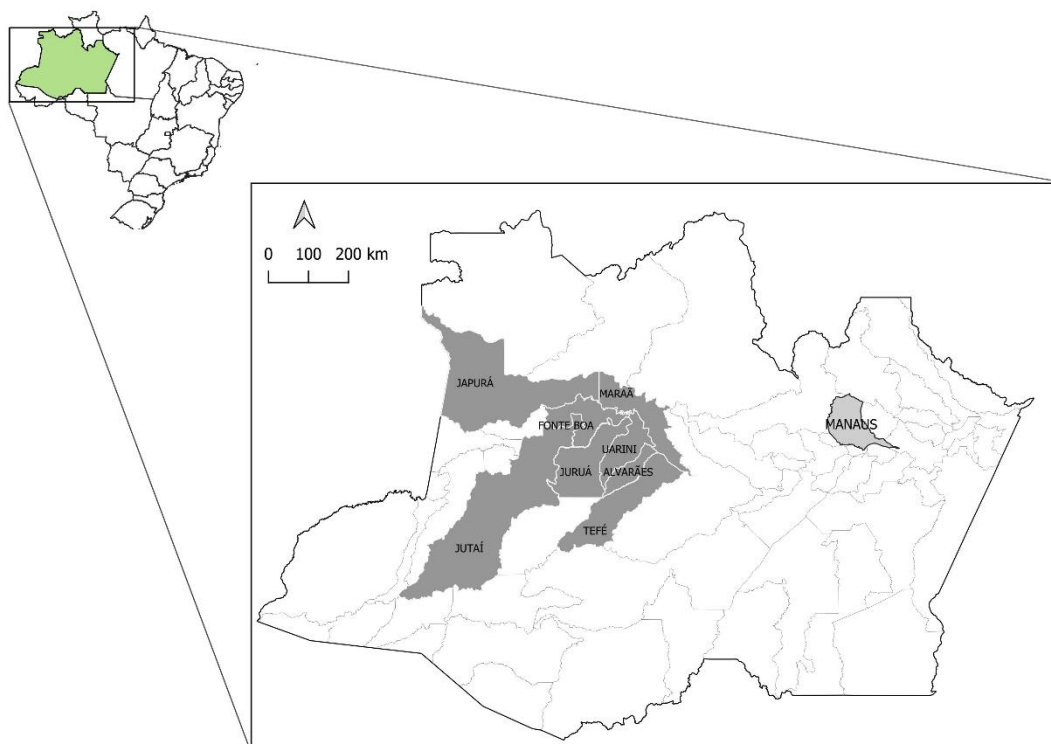
Este artigo descreve o uso do território de várzea amazônica e como suas características impactam a organização do sistema de saúde local. Defendemos que o reconhecimento dessas condições é questão central para o planejamento e organização das políticas públicas que promovam cidadania e proteção social para as comunidades amazônicas. Como camadas de um mapa que se sobrepõe para compor um conjunto de informações que representem a realidade (*layers*), na primeira parte apresentamos uma breve descrição das características que diferenciam esse espaço, especialmente quanto aos fluxos de deslocamento por entendermos ser esta uma questão central para acesso a serviços incluindo saúde. Essas características se integram em uma categoria que temos chamado de território líquido e trazem desafios para os gestores locais. Tal análise revelou alguns pontos de tensão entre o que está normativamente instituído para conformação das regiões de saúde e a realidade amazônica analisada.

Nessa análise, a adoção do referencial teórico da Geografia Crítica na perspectiva de Milton Santos parece oferecer um constructo teórico pertinente para pensar a mobilidade no espaço, pois na amazônia das águas os fluxos fluviais são centrais para compreender o acesso à saúde. Se o território é uma totalidade sempre em movimento (daí a complexidade de analisá-lo), isto toma uma concretude quando analisamos o movimento das águas nesse espaço.

METODOLOGIA

Nesse estudo, elegemos a região conhecida como Triângulo, por ocupar uma posição central na Amazônia Ocidental na confluência de três grandes rios da Bacia Amazônica (Jutaí, Japurá e Solimões-Amazonas), tendo a cidade de Tefé como polo dinamizador e luminoso regional (fig.1). A região apresenta um intenso fluxo de pessoas, trocas econômicas e concentração de serviços, sendo bem caracterizada como um território de várzea que temos denominado de território líquido, ideia a ser apresentada adiante no artigo. O fluxo intermunicipal é realizado exclusivamente por via fluvial, com exceção da ligação aérea entre Tefé e Manaus.

Figura 1. Região da pesquisa



Fonte: Base cartográfica IBGE, 2020. Elaboração própria.

Para compreender o uso do território relacionando-o com o acesso à saúde foi necessária uma combinação de estratégias com abordagem qualitativa-quantitativa. Para mapeamento dos fluxos intermunicipais, foi utilizado na viagem de campo o aplicativo GPS para trilha *Wikiloc*, software livre que permite rastrear a distância percorrida, rota, velocidade e tempo do deslocamento, tipo do transporte e elevação do terreno. Essa marcação foi feita tanto no percurso de subida quanto de descida do rio, o que nos permitiu aferir variação de tempo e velocidade média nos dois percursos. Em um dos trechos (Tefé-Maraã) a marcação foi feita também no momento da seca e da cheia, o que possibilitou comparar o efeito da sazonalidade do rio no mesmo trecho navegado quanto ao tempo de deslocamento. Foram usadas as bases cartográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Por conveniência, considerou-se o ponto de origem as coordenadas das sedes municipais para determinar qual seria a média de tempo percorrida pelo usuário do seu município de origem a outro com maior densidade tecnológica de assistência. O transporte utilizado foi a lancha conhecida como Ajato, sendo o transporte mais rápido em relação ao barco recreio e outros tipos de transportes regionais¹.

De modo a analisar como as características da paisagem – sazonalidade do rio – e o uso do território – moradia e deslocamento – interferem nos fluxos de pacientes da região e na organização dos serviços de saúde, foram conduzidas entrevistas com roteiro semiestruturado com 18 gestores em 6 municípios dentre secretários de saúde, diretores hospitalares, coordenadores da atenção básica e da vigilância em saúde. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e submetidas a análise de conteúdo temática com ajuda do software *MaxQDA* (versão Plus2020). A opção pelo método dedutivo para análise se deu pelo volume de dados coletados nas entrevistas em profundidade, buscando-se assim limitar a possibilidade de fragmentação do discurso e facilitar o processo de convergência.

Os dados foram coletados em dois momentos, setembro de 2020 (durante seca) em três municípios e abril de 2021 (durante cheia) em três outros. Esse trabalho discute parte dos resultados de uma pesquisa de doutoramento sobre “Da Atenção Básica municipal à Atenção Especializada e de Urgência regional: os modos de fazer saúde na Amazônia das águas” aprovada no Comitê de Ética sob CAAE 27567219.2.0000.5240.

A dinâmica da vida no território líquido e influências no setor saúde

Na paisagem de várzea amazônica, onde o espaço não está ainda tão repleto de objetos técnicos humanos e o meio natural é muito pulsante, as atividades humanas são fortemente influenciadas pelo ritmo da natureza. A região se caracteriza em dois períodos: chuvoso e seco, alterando a paisagem com alagamentos de parte significativa do território no período da cheia e na seca os rios e igarapés retornam aos seus leitos principais. Nessa bacia hidrográfica, há rios de águas pretas, brancas e claras. Os rios de cor preta apresentam maior acidez em razão da quantidade de substâncias orgânicas dissolvidas em suspensão na água. Em contraste, os rios de água branca vêm de planaltos mais elevados e descem com maior velocidade trazendo grande quantidade de material argiloso em suspensão, o que lhe confere cor barrenta, maior densidade e menor acidez. Há ainda rios de águas claras com coloração mais transparente e que por sua beleza tem potencial para atividade turística². A coloração das águas relaciona-se com as características ecológicas como fertilidade do solo, quantidade de peixes e mosquitos³. Os gestores municipais destacam que essas diferenças são importantes para focalização das ações de saúde, uma vez que tais características influenciam na prevalência de certos agravos:

“Na área do Caiambé, que é o Solimões [água branca], a gente percebe bastante casos de vômito e diarreia. Já o Rio Tefé [água preta], a gente tem casos de malária.” (E15 – gestor em Tefé)

Na parte mais elevada da várzea o tempo de inundação é curto, só alagando no período final das enchentes e sendo primeiro terreno a emergir. Já a várzea baixa permanece inundada por mais tempo, pois estão mais próximas ao leito do rio⁴. A sobrevivência dos ribeirinhos requer atenta observação do gradual avanço e recuo das águas para definir momento ideal para plantio e colheita^{5,6} ou mesmo a mudança na atividade produtiva da agricultura para a pesca⁷. Assim, a fertilidade do solo de várzea explica historicamente a concentração de população nessa zona.

O fenômeno de cheia e seca em si não é uma ameaça aos ribeirinhos visto que por ser natural e previsível, há estratégias adaptadas para viver nesse ambiente. Contornos de desastre ocorrem quando há alterações nesse ciclo em casos de grandes cheias, o que significa período mais longo sem terras para plantio, ou grandes secas, pois a não fertilização do solo impossibilita renovação das reservas agrícolas para subsistência e comércio que foram armazenadas no período anterior.

Embora sejam as áreas mais férteis da Amazônia, essa sazonalidade faz com que a produção não se submeta a exploração da terra (ou água) nos moldes do produtivismo mercantil, primeiro porque não admite a aceleração do tempo do ciclo de produção agrícola, pois está condicionada ao ciclo natural das águas e, em segundo porque não admite nem monoculturas ou cultivo de espécies alheias a esse bioma. Esse sistema de objetos da várzea condiciona a forma como se dá a ação humana sobre ela, e, simultaneamente, a ação humana também se realiza sobre esses objetos preexistentes. A “ruralidade” do camponês ribeirinho amazônico que utiliza a terra-solo e a terra-água é distinta da “ruralidade” do camponês produtor exclusivamente da terra-solo. Objetivamente essa “territorialidade anfíbia”⁸ se materializa na construção de habitações, sistemas de engenharia de agricultura ou pesca e, subjetivamente, na percepção de um tempo não linear e de uma vida que se organiza em profunda relação com o ecossistema na incessante interação da tríade amazônica – água, floresta e terra⁹.

Outro componente importante para entender essa territorialidade ribeirinha é a ocupação do espaço para habitação, o modo de acessar serviços, hábitos alimentares,

formação de redes de relações interpessoais e ainda como determinante de saúde. Assim, entendemos a moradia não apenas como a edificação física (habitação) mas também como elementos que possibilitem bem-estar dos moradores¹⁰.

Por causa da sazonalidade fluvial, alguns ribeirinhos optam por transferir residência para terra firme durante enchente, mas não abandonam as atividades agrícolas na várzea. Aqueles que optam por permanecer em terras submersas, constroem casas em palafitas, flutuantes ou suspendem assoalho. Palafitas, edificações de madeira construídas sobre estacas, deixam habitação segura do alagamento das águas do rio. Em zonas mais urbanizadas, outra solução é casa de dois andares na qual a família durante a cheia abandona o térreo e passa a residir no andar superior⁵. Há ainda os flutuantes que são construções erguidas sobre gigantescas toras de madeiras que permite a casa flutuar acima do nível da água, acompanhando a movimentação do subir e descer do rio. Outra adaptação comum em grandes enchentes é a elevação do assoalho com a construção de “marombas”, tábuas de madeira que permite circulação dentro da casa e colocação dos móveis, servindo também para elevar poleiros e currais para abrigo dos animais e de pequenos cultivos.

Oficialmente, o IBGE denomina de mobilidade pendular esse deslocamento entre domicílio e o lugar de trabalho ou de estudo, que pode estender-se por vários meses. É comum famílias terem filhos estudando na sede do município, mantendo assim uma casa na cidade e outra na comunidade. No entanto, o habitante da várzea não se percebe como sendo de um lugar e estando em outro, para si todo seu espaço de existência é um único que acontece num regime cíclico de seca e cheia. Isso impacta na forma como os gestores de saúde organizam o fluxo de atendimento nas unidades de saúde:

“Alguns ribeirinhos se identificam como comunidade e diz que ‘está chegando na casa de alguém’, eles dizem assim sobre a casa do parente que mora na sede. Faz a consulta pré-natal e volta. Outros que tem casa na comunidade e casa aqui também. Eles falam ‘enfermeiro, eu moro na comunidade perto daqui, só que também eu fiz uma casa aqui para meus filhos estudarem na sede. Mas eu moro lá, faço agricultura lá, pesco lá, meu trabalho é lá’. Aí você opta, geralmente eles ficam cadastrados como área ribeirinha mesmo” (E8 – Gestor em Jutáí).

Devido a extensão territorial e a dispersão dos objetos técnicos, não raro, as pessoas moram em um município, mas utilizam serviço de outro. Por isso, é comum que as prefeituras custeiem Casas de Apoio para acolhida e acompanhamento em situações de saúde de sua população em outro município que disponha de mais recursos. Essa mobilidade forçou a gestão de um município pesquisado a estender um ponto de atendimento no

município vizinho para prestar assistência regular, como pré-natal ou hipertensão.

“A maioria das pessoas vem para cá, pra Tefé. A maior parte da população ribeirinha está mais próxima daqui do que de Maraã, infelizmente. A gente tenta receber lá, só que eles não vão, eles vêm pra cá e superlota o hospital. Temos comunidades aqui que a distância é 30 minutos para chegar em Tefé. A Casa de Apoio [de Maraã em Tefé] não para”. (E12 – Gestor em Maraã)

As políticas públicas, como é o caso da regionalização, necessitam aprender com a dinâmica da vida das pessoas que não está presa aos limites do município, pois acessam o sistema de saúde onde é mais fácil, cômodo e conveniente. Essas políticas são propostas a partir dos limites da divisão territorial, mas ignora o conteúdo do território uma vez que este “aparece apenas como estatística, caixinhas que abrimos à medida que necessitamos produzir o discurso”^{11:19}, excluindo todo o dinamismo sociocultural nele presente. O caso do município de Maraã é um bom exemplo de que, para assegurar assistência, é possível posicionar equipamentos técnicos fora dos limites fronteiriços do município, reconhecendo o território usado por sua população.

Embora haja estratégias de adaptação das moradias para períodos de cheia ou vazante, o adequado saneamento das residências permanece sendo um fator de vulnerabilização das condições de saúde dessas populações. Paradoxalmente, apesar de viverem cercados por águas, a população enfrenta problemas para adequada captação e destinação de esgoto e resíduos sólidos¹². A falta de saneamento impacta nas demandas que chegam nos serviços de saúde. Os problemas diarreicos nas unidades de saúde são cíclicos e obedecem a sazonalidade do rio. São frequentes quando o rio começa a encher, diminui na enchente e aumentam novamente quando nível da água está baixo:

“Nos primeiros dias da cheia ocorre a questão de diarreia. Depois que as terras alagam mesmo a parte da várzea, que fica corrente em todo o território praticamente isso aí diminui. Na seca o mesmo fenômeno. Quando tá secando que as terras saem de fora, inicia [a diarreia] e quando tá totalmente seco também. Por conta das águas que ficam mais paradas, tem aquela sujeira, parasitas.” (E10, gestor em Maraã)

“Quando a água vem, começa a surgir com mais frequência casos de diarreia que é problema por conta do sistema de moradia do ribeirinho. Mesmo a Atenção Básica fazendo controle da água com cloro, a gente sabe que eles se recusam porque acham que muda paladar da água. Já falam que a gerações e gerações eles tomam a mesma água, aí acaba aumentando esse fluxo quando o rio tá subindo. Aí ele estabiliza um pouquinho, aí vem a descida das águas. Continua novamente, vem todo aquele trabalho de secar e o ambiente fica bastante encharcado.” (E17, gestor em Uarini)

A enorme vazão dos cursos d’água pode levar a percepção equivocada que os

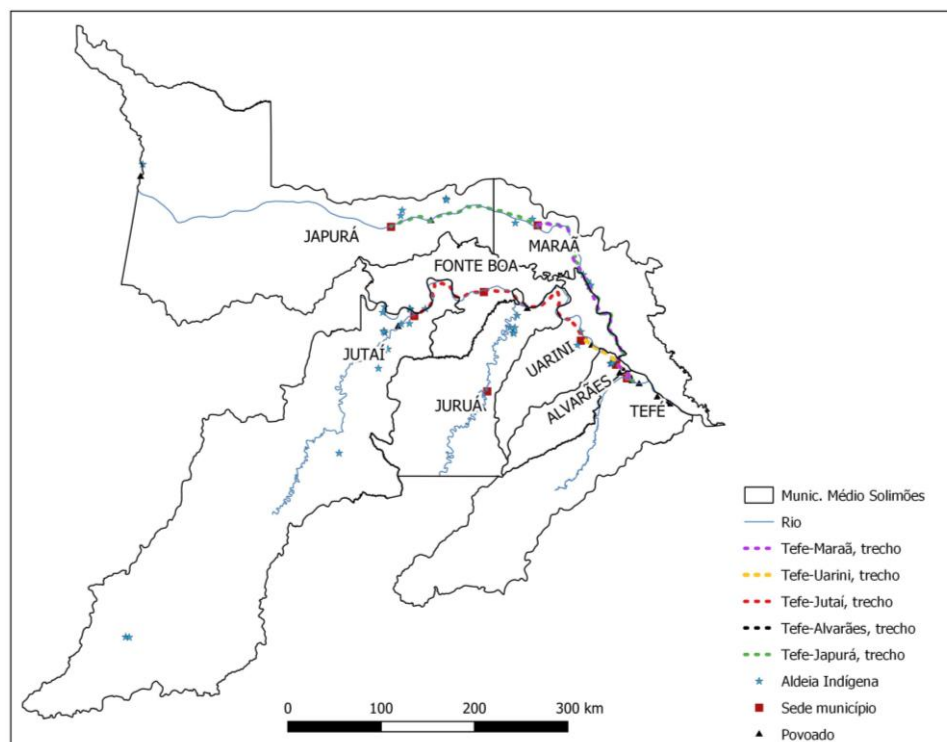
recursos hídricos são inesgotáveis e que nessa abundância de água a contaminação se dilui¹². Além disso, o problema do lixo que a água encobre durante a cheia, costuma ser visível na época de vazante em especial nas áreas mais próximas a concentrações urbanas. A percepção é que a água não só renova o solo, mas também limpa a sujeira¹³.

“Muitos óbitos devido a questão de saneamento básico. Hoje 97% da população descarta os dejetos a céu aberto, isso é um desafio muito grande pra gente na gestão. Se fosse implantado o serviço, diminuiria tudo, internações, doenças diarreicas, respiratória. As fezes não contaminam só o solo, contamina o ar também porque vai tudo para igarapé sem nenhum tratamento. Eu vejo como gestor e como trabalhador da saúde também, é uma dificuldade muito grande, a demanda é enorme”. (E8 – gestor em Jutai)

Produção do acesso no território de várzea

As especificidades do território amazônico têm efeitos importantes na organização do serviço de saúde. O deslocamento nesse espaço pressupõe, uma equação entre tempo de locomoção, espaço a percorrer, custos, disponibilidade e tipo de transporte. As pessoas não percorrem as mesmas distâncias ao mesmo tempo, pois as intenções, os objetos de mobilidade, os meios, os ritmos de cada um não são os mesmos. Para Santos^{14:166}, “o tempo é a base indispensável para o entendimento do espaço. Se as ações sobre um conjunto de objetos se dessem segundo tempos iguais não haveria história; o mundo seria imóvel. Mas o mundo é móvel, em transformação permanente”.

Nos municípios pesquisados, todas as sedes municipais, comunidades e maiores aldeias indígenas encontram-se à margem de rios e lagos. A figura 2 mostra os trechos percorridos pela população quando é necessário acessar assistência especializada ou rede hospitalar em Tefé, deslocamento feito geralmente via fluvial. A depender da gravidade no quadro clínico, excepcionalmente a Secretaria Estadual de Saúde é acionada para realizar deslocamento via UTI aérea diretamente para Manaus. O trajeto percorrido por via fluvial imprime características muito distintas daquele feito por via terrestre: é variável ao curso do leito do rio principal de acordo com período de vazante ou cheia e as condições naturais o que consequentemente impacta no tempo da viagem.

Figura 2. Trajetos entre sedes dos municípios do entorno à Tefé

Fonte: Base cartográfica IBGE, 2020. Elaboração própria

Quando observamos a enorme extensão territorial dos municípios da região aliada a dispersão da população e ainda a predominância de ocupação em zona rural (tabela 1), evidencia-se uma particularidade que é não enfrentada pelo SUS em nenhum outro cenário do país. Assegurar o direito à saúde para essas populações passa em primeiro lugar pelo reconhecimento dessa singularidade e em segundo lugar pelo diálogo entre os atores locais (gestão e comunidade) com os demais entes federativos para proposição de alternativas igualmente singulares.

Tabela 1. Área, população total, densidade demográfica e percentagem de população rural na região

Município	Extensão territorial (km ²)	População total	Densidade demográfica	População rural
Alvarães	5.923,461	14.088	2,38	45%
Fonte Boa	12.155,427	22.817	1,88	34%
Japurá	55.827,203	7.326	0,13	55%
Jutai	69.457,415	17.992	0,26	42%
Juruá	19.442,54	10.802	0,56	48%
Maraã	16.830,827	17.528	1,04	51%
Tefé	23.692,223	61.453	2,59	19%

Uarini	10.274,677	11.891	1,16	43%
--------	------------	--------	------	-----

Fonte: Censo demográfico 2010 (IBGE)

Além disso, outro elemento importante na análise é a compreensão de como o ambiente impacta na produção do acesso. O quadro 1 apresenta detalhadamente tempos e distâncias dos trajetos realizados no sentido de ida (subida) ou volta (descida) do rio. Com o desnível do rio, a velocidade média chega a ser até 18km/h maior na descida do que subida (trecho Tefé-Jutaí-Tefé). Isso significa a diferença de tempo entre 60 e 90 minutos no trajeto de ida ou volta. Considerando um quadro de urgência, essa variação é vital para decisão da melhor conduta terapêutica a adotar.

Quadro 1. Variação da velocidade média e tempo trecho de subida ou descida do rio

Trecho	Distância (km)	Vel.média (km/h)	Tempo	Trecho	Distância (km)	Vel.média (km/h)	Tempo
Tefé-Japurá	432,94	41,4	10h50	Japurá-Tefé	438,89	67,8	9h45
Tefé-Alvarães	32,38	40,5	1h10	Alvarães-Tefé	32	34,3	1h20
Tefé-Uarini	78,78	36,2	2h25	Uarini-Tefé	77,37	45,1	1h45
Tefé- Jutaí	351,08	58,2	8h30	Jutaí-Tefé	344,97	73,9	7h
Tefé-Maraã	239,09	46,1	6h	Maraã-Tefé	237,21	50	4h50

Fonte: dados da pesquisa

Essas medições foram feitas em embarcação com motor entre 500 e 650 HP (lança Ajato). Mais potência significa custo de transporte mais elevado que embarcação comum (trecho mais caro Tefé-Japurá R\$ 367,00). Se o paciente estiver acamado, mas apresentando um quadro clínico estável, os municípios costumam custear esse transporte mais rápido. Em caso de consultas ambulatoriais ou exames especializados, a viagem é custeada em embarcações comuns com tempo de viagem cerca de 3x superior, porém a menor custo.

O “pulso” das águas interfere nos modos de produzir o acesso. Gestores e profissionais afirmam que o trabalho em saúde necessita ser planejado a cada período em um processo de permanente construção e adaptação aos ciclos locais e regionais, pois os caminhos e distâncias se modificam de acordo com o volume e percurso das águas.

“Na cheia, tem comunidade que o gasto de combustível numa remoção são 170 litros pra ‘vim’ e 170 litros pra retornar. Lá, por só ter um profissional de nível técnico, a gente não consegue dizer pra eles que não dá. Então a gente sempre remove, faz os primeiros atendimentos e referencia para atenção básica. Na seca não. Por ser mais difícil, é a lama que eles

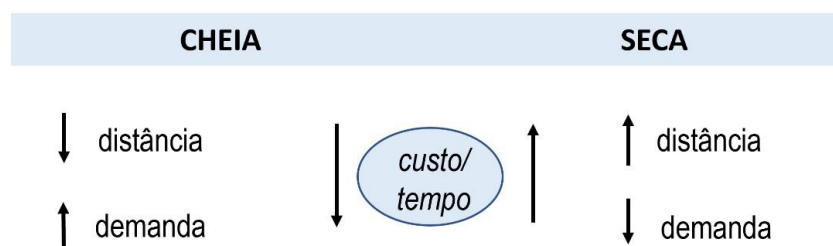
têm que andar, regiões que eles se deslocam por 1 hora e meia até chegar num rio andando pra pegar a canoinha e vir em caminhos estreitos, por ser mais difícil a gente percebe que eles procuram menos.” (E15 – gestor em Tefé)

O relato evidencia que a locomoção é afetada pela sazonalidade e isso tem impacto real e direto nos custos e tempo na prestação da assistência (fig.3). Na seca, embora a demanda diminua, a distância a percorrer aumenta e conseqüentemente o tempo e custo da viagem. O isolamento das casas é maior, pois é necessário caminhar longas distâncias até acesso a um porto com nível perene de água. Na cheia, a possibilidade de uso de atalhos por furos d’água encurta distâncias, diminui o tempo de deslocamento, tornando a viagem indiscutivelmente mais agradável e confortável, o que em caso de urgências em saúde não é irrelevante!

“Quando tá cheio, a ambulancha encosta bem pertinho mesmo. Quando tá seco, fica uns 800 metros de praia, fica mais difícil, mais distante. E tem a prancha que é uma tábua estreita também dificulta. A gente tem que carregar o acamado, mobilizar muitas pessoas que ‘tão’ ali para ajudar a colocar o paciente dentro da ambulancha. Muitas vezes também a lancha não consegue deslizar da forma mais rápida na seca, porque vai topando nos bancos de areia e na lama, aí dificulta, aumenta muito o tempo.” (E2 – gestor em Alvarães)

“Por exemplo no Rio Tefé, a última comunidade tem média de 36 horas para chegar na sede do município de Tefé e aí na seca isso é mais demorado, chega a ser 2 a 3 dias para eles remover um paciente. Eles não conseguem viajar direto, tem momentos que precisam pernoitar, precisam parar por conta dos bancos de areia.” (E15 – Gestor em Tefé)

Figura 3. Relação sazonalidade do rio e acesso à saúde



Fonte: elaboração dos autores

O entendimento de um território processo, como proposto por Santos¹¹ parece tão vivo e potente para reconhecer o tempo-espaço amazônico. Nessa região, não é o quilômetro a medida mais adequada para medir o deslocamento, mas sim as horas e os dias¹⁵. A mobilidade depende: a) do nível da água que varia entre os meses do ano; b) do tipo de transporte pois o tamanho interfere na navegabilidade em leitos mais ou menos profundos, e; c) da potência do motor que define velocidade possível de ser alcançada e

consequentemente a estimativa de tempo necessário para deslocamento. A percepção de longe ou perto, tempos lentos ou rápidos nessa territorialidade apresenta outra dimensão e explicação que não tem relação a ideia de atraso o avanço da modernidade, mas sim de práticas socioespaciais ricas de valores de uso¹⁰.

A toda essa forma peculiar de uso do território para moradia, atividades produtivas, deslocamento, temos considerado adequado categorizá-lo como “território líquido”^{1,15-17}. Inicialmente o termo referia-se especificamente a região da várzea amazônica tanto quanto aos aspectos físicos quanto a territorialidade das pessoas que aí vivem. Aprofundando estudos cada vez mais foi se desvelando como o ciclo ecossistêmico molda a ação humana na amazônia das águas¹⁶. Além dos ribeirinhos que residem próximo aos rios, os moradores da terra firme também dependem do regime hidrológico para escoamento de sua produção que vai abastecer os centros urbanos. Todos esses espaços estão interligados de algum modo e são afetados pela sazonalidade fluvial.

O rio é via de transporte e comunicação, é “terra” de moradia, é palco da cultura, é fonte de alimento e cultivo. Território líquido é uma categoria analítica que tem auxiliado na discussão sobre políticas públicas que promovam inclusão e direitos sociais à população ribeirinha, respeitando uma territorialidade que surge na/da relação das populações com as águas. O adjetivo líquido tem a ver com a materialidade da vida das pessoas e como as águas interferem nisso, mas também está relacionado para os aspectos abstratos e simbólicos que também fazem parte de suas vidas.

O Sistema Único de Saúde no território líquido

Como destacam Viana e Iozzi¹⁸, há dois ciclos na organização do SUS, o primeiro logo após a promulgação da nova Constituição Federal com a descentralização executiva-financeira para os municípios e a partir dos anos 2000 quando a temática do planejamento regional volta a dominar a agenda de debates. O segundo momento evidenciou a importância do território no planejamento para garantir a integralidade da assistência, o que passa invariavelmente pela necessidade de novos arranjos para articulação interfederativa.

Contudo, a iniquidade territorial tem sido grande desafio para efetivação da integralidade do SUS. Pelo nível de especialidade técnica, há procedimentos e ações que exigem escala para baratear custo e desse modo garantir acesso para mais pessoas. As

entrevistas evidenciaram que a sazonalidade do território implica mudanças nas condições sanitárias e, por consequência, exige uma organização do SUS baseada numa materialidade móvel, que segue o fluxo das águas. No caso de campanhas de vacinação, por exemplo, dificilmente os municípios analisados, dada sua extensão e dispersão populacional conseguiriam atingir a meta semanal no mesmo tempo e com mesmos recursos de lugares onde o fluxo é terrestre e menores distâncias. Na região uma única comunidade pode levar 2 dias para ir e voltar a um custo que, embora variável, é sempre alto. Os serviços de saúde, via de regra, são planejados a partir de objetos fixos cuja vias de circulação tem características permanentes, realidade distinta do território líquido.

Em um cenário de pouca prática de planejamento regional e articulação interfederativa, o Ministério da Saúde definiu alguns temas prioritários para assistência: Atenção Materna-Infantil (Rede Cegonha), Rede de Urgência e Emergência, de Atenção Psicossocial, de Cuidado Pessoa com Deficiência e Rede de Prevenção Câncer de colo de útero e mama¹⁹. Essa definição foi universal e sobrepôs-se a análise a partir dos territórios de modo que o planejamento fosse de fato regionalizado. Pragmaticamente, a racionalidade econômica reduziu a regionalização como estratégia de gestão e ordenação do sistema para uma regionalização como norma para implantação das Redes de Atenção à Saúde cujo planejamento considera a oferta instalada de equipamentos de saúde e não necessariamente as necessidades sanitárias, as características epidemiológicas²⁰.

O Decreto 7508/2011 ao definir que as regiões de saúde devem ser planejadas a partir de um conjunto de serviços disponíveis, supôs que tais serviços eram preexistentes ou que deveriam ser implantados para que a região de saúde atendesse a norma instituída. Contudo, o simples cumprimento da norma imposta na conformação das redes regionais, sem levar em consideração tanto os padrões de uso quanto o rol de ações e serviços de saúde disponíveis, desvirtua o que é proposto no Decreto²¹. Assim, o critério para definição das regiões de saúde deu pouca atenção para fluxos de circulação de pessoas e mercadorias que já existem localmente independente de ter ou não pontos fixos na rede de saúde para ordenação do sistema, conforme destaque dos gestores:

“Problema com CPF, bloqueou? Tefé resolve. Polícia militar, problema? Tefé. Existe um fluxo muito grande. Tefé é polo pra Jutai nessas situações, mas na saúde ainda não estamos bem acertados. As especialidades [médicas] que a gente não tem aqui, a gente acha melhor mandar para lá. Esse fluxo para Tefé acontece de modo espontâneo, as pessoas vão para resolver outras coisas e acabam indo no médico lá” (E8 – Gestor em Jutai).

“A questão da regionalização funciona em parte, porque a gente segue esse protocolo do Ministério da Saúde também. Essa dificuldade é imposta pelo Ministério da Saúde, essa é minha visão hoje. A gente trabalha com o que eles dão preestabelecido, a gente tem que alcançar as metas que eles nos colocam” (E1 – Gestor em Alvarães).

Além do papel do Ministério na indução das políticas, nem sempre congruentes com particularidades locais, outro desafio para a regionalização da saúde tem sido a coparticipação intermunicipal e ausência do ente estadual nessa pactuação.

“Tefé arca com tudo. Questão de medicamento, quando a gente atende usuário de lá, eles vêm na nossa farmácia, pegam nosso medicamento e retornam para o município vizinho. Então assim, se faltar é porque Tefé que não tá providenciando nada. É bem complicado, na teoria é bem bonitinha [a regionalização], na prática não funciona assim exatamente” (E15 – Gestor em Tefé).

“O estado [secretaria de saúde] mantem o pagamento de poucos profissionais e uma parte de medicamentos. O recurso é bem insuficiente, funcionamos mesmo com recursos do Ministério. Quem tem nos apoiado de fato nesse processo [de regionalização] é o COSEMS” (E18 – Gestor em Tefé).

Se cada função urbana é dotada de um alcance espacial, a função saúde é por si potencialmente criadora de fluxo. No caso estudado, o município de Tefé concentra funções centrais, distribuindo bens e serviços para população dos municípios circunvizinhos. Os gestores entrevistados nessa pesquisa confirmaram a centralidade que Tefé exerce na região, sendo referência para diversos serviços incluindo a saúde, quer na rede de emergência ou na assistência ambulatorial, recebendo usuários de todos os municípios onde a pesquisa foi feita:

“Dos municípios que recebemos aqui, até agosto [de 2020] o que mais mandou foi Marã com 101, depois Alvarães com 58, Japurá 16, Uarini 43. Fonte Boa, Jutai, Japurá e Juruá mandam menos porque é mais distante, mas recebemos também” (E13 – Gestor em Tefé).

Não raro, o fator populacional é o principal critério que define a distribuição de equipamento de saúde, como aparelhos para exames de imagem ou laboratoriais, por exemplo. A definição das ações baseadas em critérios demográficos pode não ser capaz de responder aos problemas locais, ou seja, a dispersão populacional talvez não justifique a colocação permanente de determinado equipamento ou de um serviço fixo nesses territórios. Novamente, é preciso considerar a possibilidade de oferta de serviços que se desloquem no espaço.

Se por um lado o território usado é uma acumulação desigual de objetos, eventos e

técnicas, por outro, ele também cria resistência para as ações e políticas que se lhes são externas. O relato aponta para esse movimento de resistência, mas também de criação de alternativas locais que respondam a sua singularidade:

“A minha observação como secretaria é que isso aqui é um estudo. Não se aplica no interior do Amazonas, o que o Ministério da Saúde preconiza para outros estados. A nossa realidade é totalmente diferente do restante do Brasil. Eu gostaria que isso fosse colocado na pesquisa dos Senhores. [...]. Logística: tudo é fluvial, tudo demora, tudo é caro. O recurso aumentou? Não! O COVID ajudou? Não! Então piorou a nossa realidade no interior do Amazonas sim. E Ministério da Saúde, tem que ter um olhar diferente pra gente aqui. No interior temos essa parceria de um município socorrendo o outro”. (E1 – Gestor em Alvarães)

Com otimismo Santos²² compreende que em nenhum outro momento da história tivemos acesso a tão potentes meios de transformação da realidade exatamente pelo avanço das técnicas e é isso que permite a construção de alternativas para um outro mundo possível. Se criar uma técnica é criar um poder de uso do território²³, o desafio posto para o SUS no território líquido é, portanto, o desenvolvimento de técnicas em congruência com este espaço social e natural tão singular. Por todas essas peculiaridades do território líquido, seria prudente planejar serviços de saúde de modo itinerante aos moldes do que já feito com as Unidades Básicas de Saúde Fluviais e as equipes ribeirinhas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mapeamento dos fluxos aliado as entrevistas realizadas expuseram quão problemática tem sido algumas questões-chaves que norteiam normativamente a regionalização para a organização do SUS local, em especial quanto aos critérios para conformação das regiões de saúde sem a fundamental análise das condições de produção do acesso. Destaca-se como limite do estudo a ausência da percepção dos usuários-ribeirinhos sobre seu acesso aos serviços de saúde, o que poderia levantar outras questões relevantes.

A aproximação desse espaço como campo de pesquisa e também como campo de vida aponta como dispor de um conjunto de ações de saúde planejado considerando a mobilidade e fluidez desse espaço é uma inovação necessária tanto por parte da gestão local na proposição de alternativas, quanto no nível central para flexibilidade organizativa dos arranjos de financiamento, avaliação e controle do Sistema Único de Saúde para o território amazônico.

Como na Amazônia Ocidental permanecem os desafios para ampliação da oferta de infraestrutura de conectividade informacional, os fluxos ainda acontecem fortemente a partir de uma base material, de modo que não se pode ignorar as distâncias físicas na construção do espaço. Neste trabalho, apresentamos alguns elementos que nos fazem compreender que a organização de serviços públicos em regiões que menos receberam urbanização tal como a conhecemos exige uma outra racionalidade não baseada em fluxos terrestres nem tampouco objetos fixos no território. Quanto mais dispormos de equipamentos e processos de saúde com mobilidade, mais o SUS terá capacidade para responder as demandas da população ribeirinha.

Num plano mais amplo, o território líquido requer mesmo um outro planejamento espacial que alinhe possibilidade de mais qualidade de vida para as populações que aí residem com desenvolvimento econômico ambientalmente responsável, num modelo ainda não experimentado em larga escala no Brasil. No que se refere ao desenvolvimento do SUS, a construção de alternativas e soluções que tornem visível o território passa invariavelmente pela valorização do poder de análise de seus gestores, pela capacidade de inovação local de seus trabalhadores e ainda pela disposição dos planejadores nacionais e regionais em reconhecer os arranjos diferenciados necessários para além de um contexto urbano-centrado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Medeiros JS. Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2022. 230 p. (Saúde e Amazônia, vol. 17).
- ² Branco SM. O desafio amazônico. 15ª. São Paulo: Moderna; 1992. 103 p.
- ³ Rios-Villamar EP, Piedade MTF, Junk, WJ. Tipologias de águas em áreas úmidas da bacia amazônica: uma revisão enfatizando a classificação dos rios e igarapés. In: Ferreira SJF, Silva ML, Pascoaloto D. (orgs). Amazônia das águas: qualidade, ecologia e Educação ambiental. Manaus: Valer, 2016.
- ⁴ Ab'Sáber AN. Amazônia: do discurso a práxis. 2ª. São Paulo: EDUSP; 2004. 319 p.
- ⁵ Lima MV. Movimento das águas na cidade de Parintins-AM [Dissertação]. Manaus, AM: Universidade Federal do Amazonas; 2016.
- ⁶ Ramos ASF. O pulsar das águas: recursividade nas dinâmicas socioambientais em um

agroecossistema de várzea na Amazônia [Dissertação]. Tabatinga, AM: Universidade Federal do Amazonas; 2018.

⁷ Jardim CM. Do rural ao urbano: Abordagens sobre as mudanças nos padrões alimentares de moradores de áreas de assentamentos rurais do Amazonas [Tese]. Manaus, AM: Universidade Federal do Amazonas; 2018.

⁸ Rezende MGG. Terra, floresta e águas de trabalho na Ilha do Careiro (AM-Brasil): Território, governança isomórfica e gestão cibernética camponesa [Tese]. Manaus, AM: Universidade Federal do Amazonas; 2018.

⁹ Witkoski AC. Terras, florestas e águas de trabalho: os camponeses amazônicos e as formas de uso de seus recursos naturais. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2007.

¹⁰ Frota AJ. Entre rios e a cidade: os flutuantes de Tapauá no Amazonas [Dissertação]. Manaus, AM: Universidade Federal do Amazonas; 2017.

¹¹ Santos M. Território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cad IPPUR*. 1999;2: 15–25.

¹² Giatti LL, Cutolo SA. Acesso à água para consumo humano e aspectos de saúde pública na Amazônia Legal. *Ambiente Soc*. 2012;15(1):93–109.

¹³ Tiago ER. Ambiente Flutuante: os significados e identidade de lugar de moradores de casas flutuantes [Dissertação]. Manaus, AM: Universidade Federal do Amazonas; 2014.

¹⁴ Santos M. Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Hucitec; 1994. 190 p.

¹⁵ Kadri MR, Santos BS dos, Lima RT de S, Schweickardt JC, Martins FM. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para Amazônia, Brasil. *Interface - Comun Saúde Educ*. 2019;23:e180613.

¹⁶ Schweickard JC, Souza RTL, Simões A, Alves V. Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: Ceccim RB, Kreutz JA, Paiva-de-Campos JD, Culau FS, Wottrich LAF, Kessler LL (orgs). *In-formes da atenção básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede*. 1ª. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. p. 101–32.

¹⁷ Kadri MR, Debra RW, Julio CS, James GL, Lisandra NGF, Adriana M, et al. The Igarapu fluvial mobile clinic: Lessons learned while implementing an innovative primary care approach in Rural Amazonia, Brazil. *Int J Nurs Midwifery*. 2017;9(4):41–5.

¹⁸ Viana AL d'Ávila, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(suppl 2):e00022519.

¹⁹ Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg Em Saúde Para Debate*. 2014;(52):15–37.

²⁰ Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L da VC, Noronha JC de, Carvalho AI (orgs). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2a. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/Cebes; 2012. p. 547–76.

²¹ Xavier DR, Oliveira RAD de, Barcellos C, Saldanha R de F, Ramalho WM, Laguardia J, et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo interações: método para apoio na regionalização de saúde. Cad Saúde Pública. 2019;35(suppl 2):e00076118.

²² Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record; 2000. 174 p.

²³ Albuquerque MV. O território usado e saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação de metropolização em Campinas/SP [Dissertação]. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo; 2000.

2.3 A CENTRALIDADE DE TEFÉ NA REDE DE SAÚDE NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES NO ESTADO DO AMAZONAS

Michele Rocha El Kadri¹
Carlos Machado de Freitas²

¹ Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus-AM

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

Este artigo foi redigido de acordo com as regras da Revista Saúde em Debate e será submetido após a avaliação da banca.

Artigo apresentado de acordo com a formatação exigida pelo periódico.

A centralidade de Tefé na rede de saúde da região do Médio Solimões no Estado do Amazonas

Resumo

Em um cenário rural de várzea amazônica, o estudo investiga a articulação da atenção básica com a atenção especializada. Para isso, adotou-se uma combinação de estratégias dentre entrevistas, análise dos indicadores de morbidade e sociodemográficos, georreferenciamento da rede sanitária e levantamento dos gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde. O município de Tefé concentra serviços financeiros, bancários, equipamentos do poder judiciário, educacional, órgãos de controle e segurança que lhe conferem uma centralidade de funções. Contudo, a saúde não considera os fluxos existentes no território para definição de quais municípios tem a rede de Tefé como referência. Além disso, a defasagem dos dados no Sistema de Informação em Saúde, aliada a ausência do ente estadual no planejamento regional de saúde, apoio para provimento de profissionais especializados, pagamento de insumos e organização do fluxo de referência-contrarreferência na rede tem sido desafios para planejar integralidade da atenção na região, sobrecarregando o município-polo. Os gastos de Tefé em atenção hospitalar foram superiores aos da Atenção Básica nos últimos cinco anos. Apesar do aumento progressivo de despesas em saúde nos municípios analisados, a oferta de serviço para além da Atenção Básica permanece sendo um grande desafio para o SUS na ruralidade de várzea amazônica.

Palavras-chave: Saúde rural, Política de Saúde, População Ribeirinha, Amazônia

The main role of Tefé city in the regional health services in the Middle Solimões Region, Amazonas State

Abstract

In a rural setting of the Amazon floodplain, the study investigates the articulation of primary care with specialized care. In this sense, a combination of strategies was adopted, including interviews, analysis of morbidity and sociodemographic indicators, georeferencing of the health network, and survey of expenditures on Public Health Actions and Services. Tefé city concentrates financial and banking services, equipment of the judiciary branch, education, control and security agencies that give it a central role. However, health does not consider the existing flows in the territory to define which municipalities have the Tefé as a health reference. Besides that, the outdated data in the Health Information Systems, combined with the absence of the state entity in regional health planning, support for the provision of specialized professionals, payment of inputs and organization of the referral-counter-referral flow in the network it has been challenges to plan comprehensive care in the region, overloading the hub municipality. Tefé's expenditures on hospital care were higher than those in Primary Care in the past five years. Despite the progressive increase in health expenditures in the analyzed municipalities, the offer of services beyond primary care remains a major challenge for the SUS in the Amazon floodplain rurality.

Key words: Rural Health, Health Policy, Riverside Population, Amazonia

Por definição constitucional, o Sistema Único de Saúde deve ser descentralizado ao mesmo tempo que deve buscar integrar uma rede hierarquizada e regionalizada de ações e serviços de modo a garantir integralidade na assistência em saúde. É grandioso o desafio de operacionalizar um sistema único que seja capaz de atender as necessidades de 5.570 municípios, 27 sistemas estaduais e algumas várias políticas nacionais¹. Iniquidades ainda maiores enfrentam áreas rurais que apresentam piores condições de saúde como resultado da dificuldade no financiamento diferenciado, fixação de profissionais especialistas, alocação de equipamentos^{2,3} e, principalmente, a ausência ou inadequação de políticas públicas coerentes para esses territórios.

No Brasil cerca de 45% dos municípios apresentam baixo grau de urbanização, sendo que ¼ da população nacional reside nesses territórios⁴. A Região Norte concentra 65% do total de municípios rurais do país, embora sua população ocupe principalmente os espaços urbanos nas sedes dos municípios (66,3%). Destaca-se que dentro de uma mesma região a “ruralidade” pode ser bem diversa entre os municípios que são interligados por via terrestre daqueles cuja conexão é predominante ou exclusivamente fluvial.

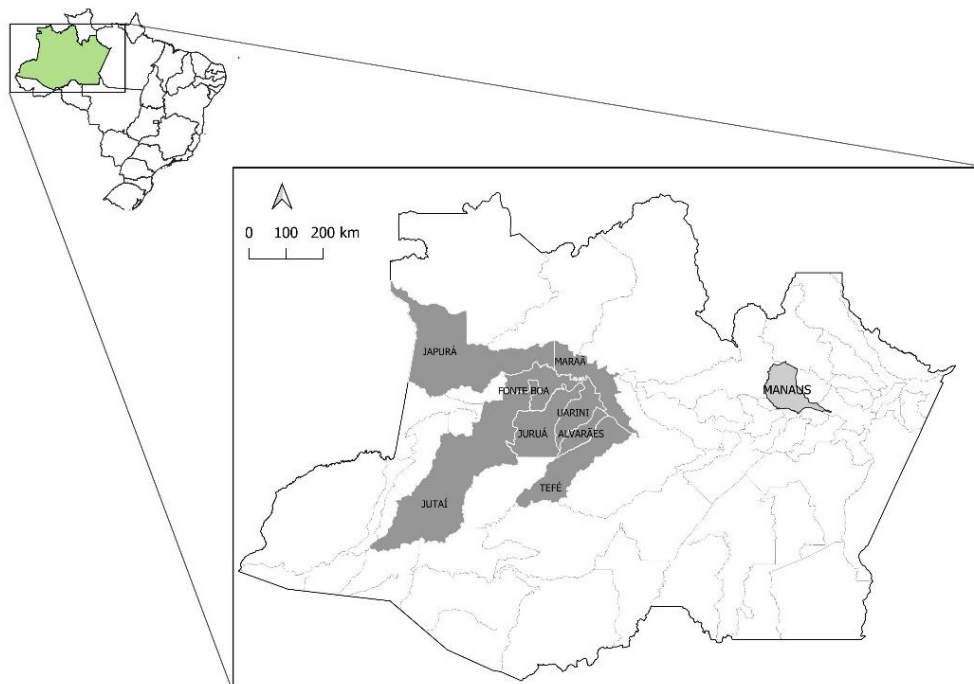
Em um cenário rural peculiar da várzea amazônica, este estudo dedica-se a investigar a articulação da atenção básica com a atenção especializada. Como um estudo de caso, elegemos uma região localizada no centro do Estado do Amazonas que bem representa a dinâmica do território das águas: ligações intermunicipais exclusivamente via fluvial, população dispersa em grandes extensões territoriais, limitada oferta de serviços especializados públicos e privados em geral. Nessa região, analisa-se a situação de saúde quanto aos agravos prevalentes, disposição dos equipamentos sanitários e os arranjos formais e informais para referência de pacientes entre os serviços da rede regional, ponderando sobre quais deveriam ser os pressupostos para organizar o sistema de saúde que de fato seja territorializado e coerente com a realidade desse território.

A priori, não foi definida uma linha de cuidado ou rede de atenção específica, mas após entrevista com gestores identificou-se que o serviço de Urgência e Emergência é aquele que de fato é operacional e com fluxos de referências bem definidos. A análise de dados secundários dos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH) revelou que o município de Tefé é ponto concentrador de ações de saúde da região e quais os municípios fazem uso dessa rede, mesmo que os arranjos interfederativos estejam defasados ou não formalizados conforme definido para esta Região de Saúde.

METODOLOGIA

Por sua posição central na Amazônia Ocidental e que apresenta certa concentração de pessoas, informação, equipamentos e infraestrutura, selecionamos nesse estudo a região conhecida como Triângulo (confluência dos rios Japurá, Jutai e Solimões-Amazonas) tendo a cidade de Tefé como polo dinamizador e luminoso regional (figura 1).

Figura 1. Região do estudo



Fonte: Base cartográfica IBGE, 2020. Elaboração própria

Para entender a complexidade do uso da rede a partir da lógica regional, nem sempre circunscrita no traçado de fronteiras municipais, foi necessária uma combinação de estratégias qualitativas e quantitativas. Os dados de campo foram coletados em duas viagens realizadas em setembro de 2020 (período da seca) e em abril de 2021 (período da cheia). Foram feitas entrevistas, análise dos indicadores de morbidade e sociodemográficos dos municípios de Alvarães, Fonte Boa, Japurá, Juruá, Jutai, Maraã, Tefé e Uarini, georreferenciamento da rede sanitária da região e por fim o levantamento das despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Os dados sociodemográficos e bases cartográficas foram coletados na base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Para mapeamento das unidades sanitárias nas sedes municipais foi utilizado aplicativo *GIS Coordinate* (versão 6.8.) e para aquelas

dispostas na zona rural não visitadas, foram consideradas as coordenadas da comunidade disponível no Google Earth ou coletadas na base do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Nas viagens de campo utilizou-se o aplicativo *Wikiloc* para mapear o trajeto e as distâncias percorridas por barco entre Tefé e as sedes dos demais municípios da região, a exceção de Juruá e Fonte Boa que não foram visitados.

Para identificação dos agravos predominantes na região, foi feito um levantamento na base de dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH), ambos disponíveis publicamente na plataforma do DATASUS entre os anos de 2015 e 2019, o que evidenciou Tefé como polo de referência para serviços assim como a identificação de quais municípios no seu entorno usam sua rede sanitária. Nesse trabalho de reconhecimento dos arranjos para encaminhamento de pacientes na região, identificou-se um ponto crítico quanto ao financiamento dos serviços da rede de saúde regional e os acordos pactuados para acesso a eles. As informações sobre despesas e repasses foram coletadas no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde.

Para entendimento sobre a rotina de encaminhamento da Atenção Básica para Assistência Especializada, foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado em três blocos: organização da Atenção Básica no município, acesso à assistência hospitalar e ambulatorial regional e impacto da sazonalidade fluvial no acesso à rede sanitária. Foram entrevistados 18 gestores de saúde dentre secretários municipais, coordenadoras de Atenção Básica, diretores hospitalares e coordenadores da vigilância em saúde.

Este artigo apresenta parte dos resultados da pesquisa de doutorado “Da Atenção Básica municipal à Atenção Especializada e Urgência regional: os modos de fazer saúde na amazônia das águas” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob o CAAE 27567219.2.0000.5240.

RESULTADOS

Situação de saúde e rede de serviços regional

A Região Norte concentra os municípios de maior extensão territorial do país, sendo que dentre os 50 maiores, 43 estão localizados na região. A área territorial do estudo totaliza

213.603,766 km² onde residem 163.897 pessoas (densidade de 0,77 hab/km²) distribuídos em oito municípios com certa paridade entre população rural e urbana, 45% e 55% respectivamente, a exceção de Tefé que soma 81% pessoas vivendo na sede do município⁵. Exemplificando o desafio que essa questão da escala representa para organização de um sistema universal com realidades tão diversas, em extensão territorial a área do estudo equivale a quase 5x o Estado do Rio de Janeiro, contudo, toda a população da região equipara-se àquela residente no bairro de Copacabana na capital fluminense. Não se trata apenas da diferença de números e escala, mas principalmente do uso e ocupação muito distintos dos respectivos territórios: um notadamente urbano com concentração de pessoas e serviços e outro com uma ruralidade orientada a partir de fluxos fluviais e dispersão de serviços e pessoas no território. As necessidades de saúde das populações assim como os arranjos organizativos do SUS devem ser distintos nesses espaços.

Pensar numa política regionalizada requer estabelecer os nexos entre as condições de vida e de produção de saúde em uma região, uma vez que a lógica de uso dos serviços de saúde é orientada mais pela oferta de transporte conectando os municípios do que simplesmente pelos limites de suas fronteiras⁶. Considerando que seria possível um deslocamento linear, a média de distância percorrida pelos usuários que buscam atendimento no SUS na Região Norte é a maior do país (235 km), sendo que no Amazonas é ainda maior (cerca de 300 km)⁶. Além disso, a locomoção seguindo o curso do rio é bem diferente do trajeto que poderia ser feito, caso fosse possível, por via terrestre e é variável a depender da sazonalidade do período de seca ou cheia do rio. Tomando Tefé como ponto de origem, município-polo regional, nesse estudo a distância variou entre a maior de 433 km (Tefé-Japurá) ou 10h47 min, e a mais próxima de 32 km (Tefé-Alvarães) ou 1h10min percorridos por lancha Ajato (motor de 500 a 650 de potência). Com essas enormes distâncias, em caso de urgências quando o tempo é crucial para desfecho positivo, o uso de aeronave com UTI é o melhor recurso a dispor, embora seja de alto custo. Nesses casos, os municípios solicitam a remoção via Sistema de Regulação da UTI aérea (SISTER), serviço ofertado pela Secretaria Estadual de Saúde que inclui também a regulação do leito para internação em Manaus.

O quadro 1 apresenta um conjunto de indicadores sobre as condições sanitárias e socioeconômicas da região. De modo geral, o estado apresenta resultados abaixo da média nacional e os municípios da região resultados abaixo da média do estado para todos os indicadores comparados, exceto mortalidade infantil em Tefé e Marã e acesso a água nos

municípios de Japurá e Uarini. Apesar da melhoria significativa de todos os indicadores quando comparados a anos anteriores, a região ainda apresenta indicadores que apontam vulnerabilidade e que tem impactos diretos no setor saúde. Ainda que a região apresente condições socioeconômicas desfavoráveis e com limitada possibilidade de melhorias de vida refletidas nos indicadores de desenvolvimento, na Amazônia a disponibilidade de alimento extraído do rio e da floresta ajuda a suprir condições mínimas de sobrevivência⁷, outro diferencial da ruralidade amazônica.

Quadro 1. Situação socioeconômica da região, 2010

Município	Mortalidade infantil (x1.000 nascidos vivos)	Domicílio urbano com acesso rede de água (%)	Taxa analfabetismo > 18 anos (%)	Renda per capita	IDHM
Alvarães	16,75	44,11	22,53	R\$ 178,67	0,527 (baixo)
Fonte Boa	19	63,23	26,62	R\$ 200,40	0,530 (baixo)
Japurá	49,59	93,92	29,28	R\$ 248,60	0,522 (baixo)
Juruá	17,02	41,95	36,45	R\$ 227,39	0,522 (baixo)
Jutaí	21,67	70,85	30,74	R\$ 214,36	0,516 (baixo)
Maraã	7,87	72,10	19,38	R\$ 144,99	0,498 (muito baixo)
Tefé	12,97	72,07	15,65	R\$ 421,41	0,639 (médio)
Uarini	22,79	88,79	20,46	R\$ 223,11	0,527 (baixo)
Amazonas	16	82,09	10,47	R\$ 539,80	
Brasil	13,3	84	10,19	R\$ 793,87	

Fontes: IBGE 2019, Portal ODS 2010, Censo 2010, PNUD 2022. Elaboração própria

A investigação das causas de internação a partir dos dados do SIH mostrou que entre 2015 e 2019 os leitos de maternidade responderam por 48% do total de 40.583 internações sendo a primeira causa em todos os municípios. Os demais agravos tiveram distribuição similar sendo doenças do aparelho digestivo (8,2%), respiratório (7,7%), geniturinário (7%), causas externas (6,5%) e doenças infecciosas e parasitárias (6%). A tabela 1 mostra a distribuição dos principais agravos por município, com destaque para internações por lesões (acidentais ou intencionais) e outras causas externas que aparece dentre as mais prevalentes principalmente por conta das ocorrências em Tefé.

Tabela 1. Principais causas de internação Região do Médio Solimões 2015 – 2019

Município de internação	Doença Infecciosa	Doença Ap. Respiratório	Doença Ap. Digestivo	Doença Ap. Geniturinário	Gravidez, parto, puerpério	Causas externas
Alvarães	110	351	345	288	1749	331
Fonte Boa	446	565	479	334	2045	167
Japurá	142	61	69	160	384	35
Juruá	218	87	168	257	650	45

Jutaí	549	358	314	237	2112	183
Maraã	76	50	49	135	313	18
Tefé	859	1497	1730	1219	11348	1695
Uarini	96	172	188	246	988	185
TOTAL	2516	3141	3342	2876	19589	2659

Fonte: DATASUS, 2020

Reconhecer a situação sobre agravos prevalentes por município é fundamental para definir prioridades em termos de alocação de profissionais especialistas, pactuar a quantidades de procedimentos a serem ofertados para os municípios mensalmente, estimar progressão da demanda para expansão atempada da rede. Contudo, a defasagem dos dados informados no SIA e SIH relatada pelos gestores prejudica o uso dessas informações para planejamento da rede assistencial regional. Eles relataram que com frequência são registrados apenas os procedimentos pactuados na Programação Pactuada Integrada – PPI cuja última atualização é de 2005 e não de fato todos os procedimentos realizados. Além disso, há o problema do correto preenchimento tanto das guias de internação quanto formulários da consulta ambulatorial. Por outro lado, como há repasse federal regular e automático para financiamento da Média e Alta Complexidade, o recebimento de recurso não está atrelado ao reporte de dados via Sistema de Informação. Nessas bases, há municípios sem nenhum registro de atendimento por vários meses ou anos seguidos.

Os gestores municipais entrevistados destacaram que as unidades hospitalares realizam um número de atendimentos superior ao que consta nos bancos oficiais, contudo, o baixo volume de dados informados prejudica análises mais refinadas, inviabilizando comparações, estimativas e desagregação dos dados, além de prejudicar cálculo de estimativas de demanda – tipo e volume de procedimentos necessários – para um mais apurado planejamento da rede.

Quanto a rede sanitária, devido a dimensão territorial e distâncias a percorrer, no Amazonas todos os 62 municípios possuem pelo menos uma unidade hospitalar embora com frequência enfrentem dificuldades para ofertar procedimentos de maior complexidade principalmente devido à falta de profissionais especializados e de oferta de serviços para apoio diagnóstico. A exceção do município-polo Tefé que conta com oferta de vários serviços particulares, nos demais municípios toda a rede sanitária é exclusivamente pública.

O que determina o uso dos serviços sanitários é a necessidade de saúde de uma população e como o serviço está organizado para ofertar a assistência quanto ao acolhimento,

disponibilidade de equipamentos, definição e facilitação de fluxos⁶. Isso significa que o acesso vai ficando mais restrito quando a necessidade de saúde exige intervenções de maior densidade tecnológica, ou seja, à medida que se distancia de grandes centros urbanos concentradores de técnicas (profissionais, equipamentos e serviços). Nesses casos, a existência e facilidade para circular pelos fluxos que ligam os nós da rede de assistência é fundamental na garantia do direito à saúde.

Embora em 2019 a cobertura da Atenção Básica nos municípios analisados tenha sido muito alta (cerca de 98%), essa média deve ser relativizada pois não necessariamente significa acesso à assistência adequada, uma vez que muitas são áreas cobertas por equipes baseadas na sede dos municípios que atendem a essa população rural, comprometendo assim o acompanhamento regular pelas equipes de ESF⁸.

Uma característica de municípios muito extensos no Brasil é que embora metade da população resida na zona rural em uma maior porção territorial, geralmente as zonas urbanas concentram metade das unidades sanitárias⁹. Tal situação também foi verificada no nosso estudo, pois dentre Unidades Básicas, Centros de Saúde e Unidades Hospitalares, a região toda conta 31 unidades em zona urbana, 15 em zona rural e 5 Unidades Básicas de Saúde Fluviais (tabela 2). Ponderando a extensão territorial dos municípios e concentração de equipamentos na sede municipal, grande parte do território permanece desassistido de equipamentos de saúde. Vale destaque para as UBS fluviais presentes em cinco dos oito municípios da região, sendo que em Fonte Boa e Juruá não há unidades de saúde fixas nas zonas rurais e a população ribeirinha conta exclusivamente com assistência da UBS fluvial. Este é um potente equipamento para superar iniquidades do acesso a populações que historicamente são excluídas da atenção à saúde¹⁰, contudo a pesquisa constatou que a sazonalidade do rio tem inviabilizado viagens durante o período da seca. As UBS fluviais juntamente com implantação das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas são estratégias que tem contribuído para aumento da cobertura da atenção básica, sobretudo no último triênio¹¹.

Tabela 2. Área, população rural e distribuição de Unidades sanitárias na região

Município	Extensão territorial (km ²)	População rural	US urbana	US rural	
				Fixa	Fluvial
Alvarães	5.923,461	45%	4	3	-
Fonte Boa	12.155,427	34%	3	-	1
Japurá	55.827,203	55%	2	3	-
Jutai	69.457,415	42%	3	1	1

Juruá	19.442,54	48%	3	-	1
Maraã	16.830,827	51%	4	3	1
Tefé	23.692,223	19%	9	4	1
Uarini	10.274,677	43%	3	1	-
Total	213.603,766		31	15	5

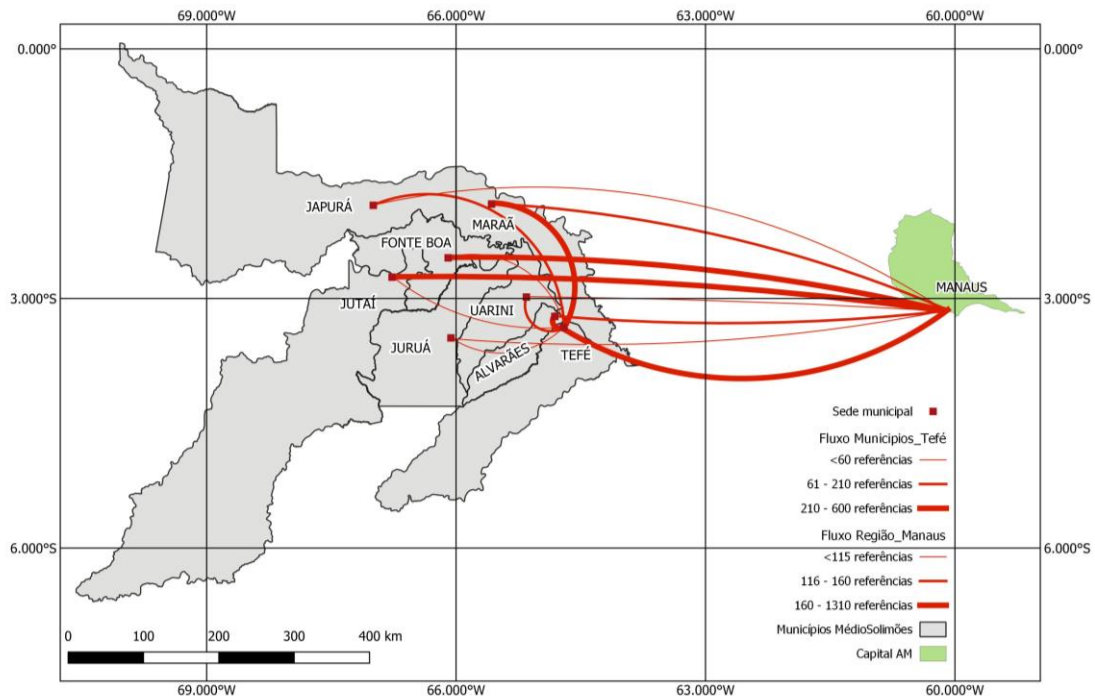
Fonte: Censo 2010 (IBGE), CNES (DataSUS) e dados da pesquisa de campo

Quanto aos serviços disponíveis na rede hospitalar dos municípios do entorno de Tefé, os gestores afirmaram que os procedimentos de baixa incorporação tecnológica (cirurgias de hérnia, vesícula, cálculos, abscessos, partos) e estabilização em caso de agravamento de condição crônica (pico hipertensivo ou diabetes principalmente). Em casos urgentes como traumas complexos, parto de risco, agravamento de condição clínica, os municípios transferem pacientes para Hospital Regional de Tefé. Exceção é Japurá que referencia primeiramente para Maraã, pois apesar do município ter um mais novo, equipado e amplo prédio hospitalar que o de Maraã, há muita dificuldade de captar médicos devido ao isolamento e difíceis condições de vida no município. Já no caso de Jutai, Juruá e Fonte Boa, as urgências são encaminhadas principalmente para Manaus, embora Tefé tenha registrado atendimentos de pacientes provenientes desses municípios em todos os meses do período analisado (figura 2). No entendimento dos gestores, isso acontece principalmente porque as pessoas solicitam ser transferidas para Tefé por terem uma rede de suporte familiar neste município.

No caso de atendimento ambulatorial, Jutai e Fonte Boa pertencem normativamente a outra Região de Saúde (Alto Solimões), mas os gestores referiram que a população subverte o fluxo instituído, preferindo se deslocar à Tefé para acessar consultas especializadas, pois conciliam suas demandas de saúde com serviços bancários, assistência social, lazer ou comércio. Isso aponta para necessidade de repensar as regiões de saúde a partir do que já existe no território, sendo contraproducente planejar fluxos que sejam exclusivos desse setor e que ignorem rede de transporte e relação entre populações desses municípios¹².

Para acesso a serviços como saúde mental, fisioterapia, pediatria, exames etc., os municípios custeiam estadia e transporte da população à Tefé ou Manaus. Em caso de tratamentos de longa duração, como por exemplo oncológico ou hemodiálise, o serviço está disponível apenas na capital cabendo ao paciente e família custear a moradia ou deslocamento regular para Manaus.

Figura 2. Mapa de fluxo de internações hospitalares, período de 2015 a 2019



Fonte: Base cartográfica IBGE, 2010. Elaboração própria

As entrevistas evidenciaram que o fluxo para serviço de urgência e emergência é o que de fato está estabelecido e é operacional. Outras referências para consultas especializadas ou exames de maior complexidade, são sempre encaminhados para Manaus e custeado majoritariamente pelos municípios. Essa concentração e dependência da capital é comum também em outros estados no país¹³. Os gestores de Tefé apontaram que o município reúne condições para atender outras especialidades, como ortopedia, cardiologia, oftalmologia e gastroenterologia dentre as mais demandadas, desde que houvesse maior apoio para contratação de pessoal especializado, pagamento de insumos e organização do fluxo de referência-contrarreferência na rede regional, o que não é possível sem pactuação intermunicipal e suporte principalmente da Secretaria Estadual de Saúde. Isso reduziria muito necessidade de encaminhamento para capital e conseqüentemente tempo de espera por consulta ou procedimento nestas especialidades.

A escassez do profissional médico sem dúvida é um limitador para expansão da assistência em qualquer nível da rede e como consequência faz com que o mesmo profissional atenda a diferentes municípios¹⁴. Dada as distâncias a percorrer nos rios amazônicos, isso significa contar com profissional em poucos dias na semana e por

consequência há concentração de pacientes e muitas consultas a serem realizadas no mesmo dia. Esse duplo vínculo pode levar a degradação do trabalho clínico e fabricar “um médico produtor de demandas” que simplesmente atende a solicitação dos pacientes por exames e consultas especializadas por não ter tempo de avaliar e explicar sobre reais necessidades, riscos e tampouco realizar adequada anamnese¹⁵.

Arranjos interfederativos para efetivação da rede de saúde regional

A iniquidade territorial é um grande desafio para efetivação da integralidade do SUS. Não há como um único ente realizar solitariamente da vacina ao transplante seja porque os recursos financeiros e capacidade técnica estão centrados desigualmente em alguns pontos, seja porque a garantia do direito à saúde é responsabilidade compartilhada pelos três entes subnacionais¹⁶.

Nesse ponto, destaca-se argumento sobre o SUS como garantidor de direito, mas também como agente de desigualdades¹⁷. Nem todos os lugares receberam o SUS ao mesmo tempo e da mesma maneira e essa diferença entre os lugares se dá porque cada um tem combinação de técnicas diferentes num tempo específico¹⁸, por isso o SUS é único como política, mas não como um objeto técnico que se distribui desigualmente nos diferentes nos lugares. O acesso universal é uma ferramenta de modernização ao trazer saúde como direito comum em todos os lugares, mas paradoxalmente é também seletivo à medida que só pode se desenvolver concentrando técnicas e recursos em alguns “pontos luminosos” em detrimento de outros tornados opacos, exacerbando assim desigualdades.

No cenário de estudo, isso se verifica na tensão entre Tefé e os municípios do entorno e entre a região em relação a rede de serviços da capital. Regiões metropolitanas concentram equipamentos, profissionais, formação de competências e poder de decisão. A saúde como um bem público, de fato não está ao alcance de todos. O uso do território é orientado pela racionalidade do lucro e da produção; os lugares só valem à medida que produzem valor. Se não produzem, não são dignos de dispor de instrumentos, objetos técnicos, que preservem e/ou recuperem a vida humana e do ambiente. Isso é fundamental para entender as relações intermunicipais no estudo. Estudar o uso do território pela saúde é evidenciar essa seletividade, reconhecendo que ela interfere na consolidação do SUS¹⁷.

Para assegurar a integralidade do cuidado, a Atenção Básica precisa de serviços de

diagnóstico e apoio de especialistas¹⁹, cabendo ao ente federativo de maior porte a responsabilidade no financiamento, regulação de fluxos de referência e pactuações de modo que cidadãos de municípios menores possam acessar essa rede de serviços especializado no município-polo regional¹⁶. No entanto, como não há obrigatoriedade de um município ofertar serviços para além de suas fronteiras, é primordial que o ente federal e o estadual atuem assegurando que os serviços especializados estejam disponíveis em tempo oportuno no nível regional mais perto possível da população.

No caso analisado, Tefé concentra equipamentos e assume responsabilidade pelo atendimento de usuários de municípios vizinhos. Embora não haja regramento legal sobre a responsabilidade do gestor estadual no processo de regionalização, sem ele não há como conduzir o planejamento de uma rede de serviços regionalizada conforme determina a Constituição Federal e a omissão desse ente não tem contribuído para ampliação da rede regional. Quanto ao arranjo intermunicipal, os gestores dos demais municípios reconhecem a centralidade e solidariedade de Tefé no atendimento aos pacientes dos municípios do entorno, no entanto dizem desconhecer os mecanismos para financiamento dessa rede, evidenciando a inexistência de pactuações intermunicipal na gestão da rede regionalizada. Sem novos aportes para constituição dessas redes, o arranjo regional permaneceu condicionado aos recursos pactuados na PPI, tal como ocorre em outros estados¹⁹.

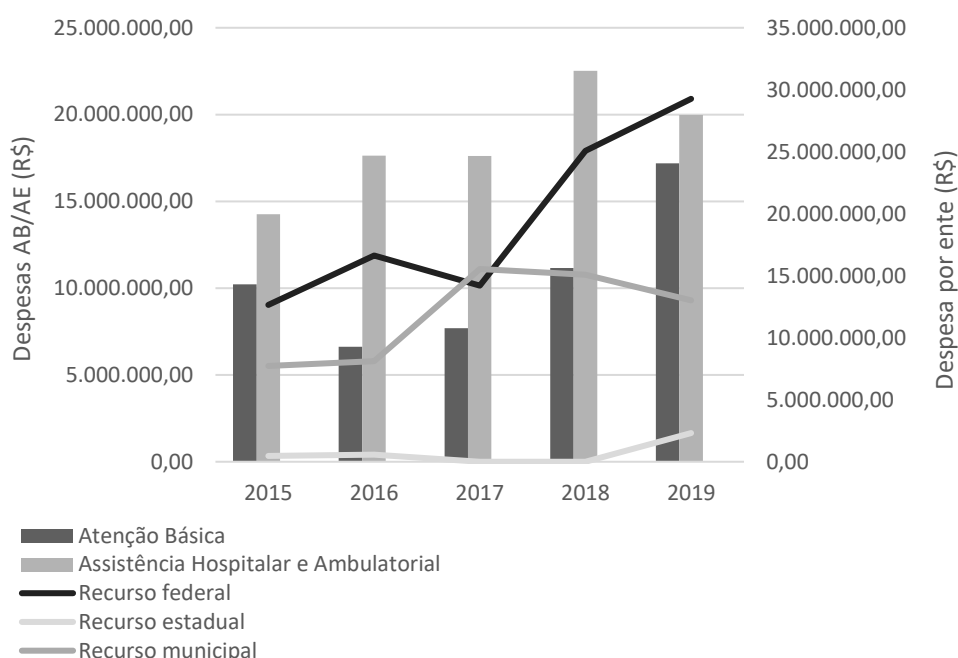
Segundo o Relatório Anual de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde²⁰, em 2019 apenas 5% das despesas liquidadas foram para o Fundo Estadual de Saúde, valor que se dividido igualmente entre os municípios equivaleria acerca de R\$ 2 milhões/ano para cada um. Excetuando cinco unidades sob gestão estadual fora da capital, o pagamento de alguns profissionais lotados em unidades de saúde no interior e medicamentos ofertados pela Central de Medicamento, todas as demais estruturas que recebem recursos diretamente da SES-AM estão na capital, revelando a superconcentração de ações e serviços em Manaus.

Essa situação evidencia a não priorização dos investimentos no fortalecimento das redes regionais não só na região analisada, mas também em todo o estado, o que tem sobrecarregado financeiramente os municípios-polo e restringido acesso a serviços além da Atenção Básica nos demais municípios.

No caso de Tefé, entre 2015 e 2019 os dados reportados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) mostram aumento progressivo nas despesas

do município com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), chegando a quase o dobro no período de 5 anos. Desagregando os valores por competência federativa evidencia-se o ônus do município em torno de 21%, porcentagem superior ao que determina a Lei Complementar 141/2012 (gráfico 1). É possível que a participação do ente estadual esteja subdimensionada, o que reafirma o problema da notificação para eficiente planejamento dos recursos e dos serviços da rede de saúde regional, além de representar um problema de transparência pública.

Gráfico 1. Valores empenhados em ações na Atenção Básica e Assistência Hospitalar* de Tefé com relação aos gastos por ente federado, 2015-2019



Fonte: SIOPS, 2021.

*Obs.: Valores omitidos das demais subfunções

Apesar da importância para a região e da capacidade de sua rede especializada para atender outras demandas além das urgências, Tefé conta com insuficiente contribuição do governo estadual cuja responsabilidade limita-se ao pagamento de alguns poucos profissionais e 50% de medicamentos e insumos do hospital, conforme relato dos entrevistados. O ente federal permanece sendo o grande financiador do sistema junto com os recursos próprios da prefeitura municipal. A exceção dos anos de 2015 e de 2019, o investimento na assistência hospitalar nos demais anos foi mais que o dobro do valor empenhado na Atenção Básica. O peso para gestor municipal é um importante impeditivo

para ampliação da oferta e abertura de novos serviços.

Nos demais municípios da região, o investimento foi maior na Atenção Básica, sendo que a participação estadual em média não ultrapassou 5% das despesas em ASPS. No período de 5 anos, na região a despesa federal reportada foi de R\$ 245.715.613,34, despesa estadual R\$ 22.296.315,94 e despesas dos municípios R\$ 194.035.971,19²⁰.

A proposta preliminar que definiu as Regiões de Saúde no Estado, e por consequência definiu as Comissões Intergestores Regionais (CIR) foram aprovadas em 2011²¹. Contudo as CIR's só foram de fato implantadas a partir em 2013 quando a SES-AM empenhou esforços para efetivar os dispositivos da Regionalização conforme disposto no decreto federal 7508/2011. Apesar da CIR ser a instância de articulação entre gestores estaduais e municipais para pactuação de serviços a serem ofertados em diferentes níveis de atenção dentro da região de saúde¹⁵, no Amazonas seu funcionamento tem sido muito irregular e está num processo progressivo de esvaziamento em especial no último triênio.

Os entrevistados apontaram a inoperância da Comissão para articular melhor uma coordenação com a gestão estadual. Por vezes, as questões perdem o foco sobre o planejamento estratégico regional por conta da ausência do ente estadual e as reuniões funcionavam como espaço de lamentação uma vez que a CIR não tem poder de decisão e todas as demandas locais precisavam ser repassadas para deliberação na CIB. Isso comprometeu a credibilidade dessa instância regional até total paralisação das atividades a partir de 2019.

Apesar do Ministério da Saúde ter definido de antemão algumas temáticas prioritárias para Redes de Atenção à Saúde²², as responsabilidades sanitárias entre os entes subnacionais não podem ser reguladas a priori uma vez que é irreal prever a infinidade de cenários possíveis devido as desigualdades geográficas, sociais e políticas nos territórios¹⁶. Se não existem regiões sem redes²³, quer sejam elas técnicas, sociais ou políticas, seria coerente que a saúde identificasse quais as redes e fluxos já existem nos territórios. Em nosso estudo, como já exposto anteriormente por exemplo, Jutai e Fonte Boa têm uma série de serviços financeiros e bancários, equipamentos do poder judiciário, educacional, órgãos de controle e segurança com sede regional em Tefé, no entanto o município de referência para saúde é Tabatinga. Os dados do SIH entre 2015 e 2019 na unidade hospitalar de Tabatinga não registrou nenhum paciente de Fonte Boa e apenas 2 de Jutai. Na prática, como Tabatinga

tem oferta de transporte mais difícil e como a norma não permite transferir para Tefé, os gestores optam por referir pacientes diretamente para Manaus, elevando custo de operação de todo o sistema estadual.

A falta de articulação regional e a acentuada assimetria fiscal e social agrava situações como disputa predatória por profissionais (principalmente médicos especialistas), demora para consultas e exames, sobrecarga de demanda de pacientes¹⁹ e custo elevado para o município-polo da região. Apesar das regulamentações e todo processo de incentivo do gestor federal, persistem dificuldades para planejamento e pactuação político, financeira e administrativa nos territórios. As entrevistas apontaram que a corresponsabilização no financiamento e gestão da rede requer um arranjo político sofisticado e principalmente solidário.

Neste estudo, a linha de cuidado da Urgência e Emergência, talvez pela necessidade imediata de resposta, é aquela que efetivamente acontece na rotina da região. Tefé como dinamizador regional, atrai população de municípios vizinhos que aí fixam residência em busca principalmente de trabalho ou educação. Segundo os gestores, quando é necessário um serviço especializado, o usuário que tem condições de custear o deslocamento, procura por conta própria diretamente consultas e exames em Tefé, alegando ser residente na casa de parentes no município. Esse movimento, embora perfeitamente justificável do ponto de vista individual, gera dificuldades para quantificar a demanda e conseqüentemente planejar oferta de serviços e fluxos organizativos, com impacto mais grave principalmente na rede de saúde do município-polo.

Por outro lado, os usuários sem condições de bancar esse deslocamento por conta própria, seguem o fluxo normativo estabelecido, contando com assistência das casas de apoio mantidas pelas prefeituras municipais em Tefé ou Manaus. As equipes das casas de apoio dão suporte de transporte e alojamento enquanto o usuário necessitar permanecer no município prestador de assistência. Nesse caso, a equipe da regulação do município de origem é a responsável por tal coordenação.

Santos e Giovanella¹⁵ descrevem ainda que profissionais usam do argumento da amizade com colegas em outros pontos de assistência para tentar resolver demandas que ficam paradas em algum ponto da rede. Contraditoriamente são os profissionais mais antigos e mais comprometidos com resolutividade que mais usam tal estratégia para desemperrar

burocracia dos fluxos assistenciais. Isso foi verificado tanto no encaminhamento de pacientes para Manaus quanto para a rede regional.

Destacamos como principais limites desta pesquisa a não inclusão de Manaus como ponto importante da rede para população residente na região do estudo e a baixa consistência dos dados disponíveis nos Sistemas de Informação, o que impossibilitou análise mais detalhadas sobre a situação de saúde dos municípios como previsto inicialmente. Para contornar tais limites, as entrevistas com gestores foram fundamentais como fonte de informação para compreender os arranjos estabelecidos localmente e os desafios ainda não superados pelo SUS para assegurar integralidade do cuidado aos brasileiros residentes nesta porção do país.

CONCLUSÃO

A articulação da Atenção Básica para serviços de Atenção Especializada seja ambulatorial ou de emergência não se limita a análise de fluxos entre demanda e oferta no compartilhamento da rede de atenção em saúde, mas sobretudo em compreender sob que condições políticas, geográficas e sociais a rede é estabelecida.

A construção de um sistema de atenção integrado requer um nível de gestão que seja acima do municipal, pois legalmente este ente não tem responsabilidade de ofertar serviços para outros além de seus próprios munícipes, e abaixo nível central, que não reúne condições de monitorar e propor soluções territorializadas adequadas para demanda peculiar da várzea amazônica.

O estudo evidenciou o fundamental papel do gestor estadual como nível intermediário para planejamento e apoio a rede regionalizada quanto a: a) provisão de profissionais, principalmente especialistas, de modo a evitar competição desigual por médicos entre os municípios; b) assegurar rede de suporte diagnóstico para Atenção Básica, seja pela implantação de serviços físicos ou via teleconsultas; c) pactuação entre os municípios que compõe a região de modo a estabelecer fluxos de encaminhamento de pacientes tanto na assistência ambulatorial, atualmente pouco operacional, quanto serviço de emergência, sendo necessária a redefinição de quais municípios de fato tem Tefé como município de referência; d) por fim, orientação aos municípios para correto preenchimento dos Sistemas de Informação e Base de Dados, sem os quais não é possível planejar assertiva

e atempadamente a rede de cuidado ou avaliar as condições de saúde e agravos prevalentes nos municípios da região.

Apesar do aumento progressivo de despesas em saúde em todos os municípios analisados nos últimos cinco anos, a oferta de serviço para além da Atenção Básica permanece sendo um grande desafio para o SUS na ruralidade de várzea amazônica. A resposta às diversidades regionais exige criatividade e solidariedade entre os gestores dos três níveis federativos. Sem isso, a rede sanitária de Tefé continuará sobrecarregada e o rol de serviços ofertados para a população da região permanecerá inalterado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde E Soc.* 2015;24(2):438–46.
2. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Fam Pract.* agosto de 2003;20(4):457–63.
3. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saúde Pública.* 2021;37(7):e00310520.
4. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, organizador. *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação.* Rio de Janeiro: IBGE; 2017. 78 p. (Estudos e pesquisas, informação geográfica).
5. IBGE. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. Banco de tabelas estatísticas [Internet]. 2019 [citado 25 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br>
6. Xavier DR, Oliveira RAD, Barcellos C, Saldanha RF, Ramalho WM, Laguardia J, et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo internações: método para apoio na regionalização de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(suppl 2):e00076118.
7. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 19 de fevereiro de 2018 [citado 24 de setembro de 2021];34(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205007&lng=pt&tlng=pt
8. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Em Debate.* setembro de 2018;42(spe1):81–99.
9. Filho AMS. Atenção primária à saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. [Internet]. [citado 16 de junho de 2021]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atencao-primaria-a-saude-no-norte-e>

nordeste-do-brasil-mapeando-disparidades-na-distribuicao-de-equipes/17843

10. Kadri MR, Santos BS, Lima RTS, Schweickardt JC, Martins FM. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface - Comun Saúde Educ.* 2019;23:e180613.

11. Lima RTS, Fernandes TG, Martins Júnior PJA, Portela CS, Santos Junior JDO, Schweickardt JC. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. *Ciênc Saúde Coletiva.* junho de 2021;26(6):2053–64.

12. Guimarães RB. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(4):1017–25.

13. Roese A, Gerhardt TE, Miranda AS. Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde Em Debate.* 2015;39(107):935–47.

14. Schweickardt JC, Lima RTS, Kadri MR, Silva JMBF, Heuffeman N. Cenário da Gestão do Trabalho no Amazonas: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS. (Relatório de Pesquisa). Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/Fiocruz Amazônia; 2016.

15. Santos AM, Giovanella L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. *Saúde Em Debate.* março de 2016;40(108):48–63.

16. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva.* abril de 2017;22(4):1281–9.

17. Albuquerque MV. O território usado e saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação de metropolização em Campinas/SP [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.

18. Santos M. Espaço e método. São Paulo: EDUSP; 2008. 120 p.

19. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG, Martins CL, Almeida PF, et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad Saúde Pública.* 2019;35 (suppl 2):e00099118.

20. Amazonas SES. Relatório Anual de Gestão 2019. 3º quadrimestre [Internet]. 2019 p. 143. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2019.pdf

21. Amazonas. Dispõe sobre a proposta de reorganização da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AM) e a criação e funcionamento das Comissões Intergestores Regionais (CIR/AM) [Internet]. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB 138/2011 de 14 de dezembro de 2011 2011. Disponível em: http://www.hpsjoaolucio.am.gov.br/uploads/storage/cib/docs/res/res_cib_2011_138.pdf

22. Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg Em Saúde Para Debate.* 2014;(52):15–37.

23. Albuquerque MV, Viana AL d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde Em Debate.* 1º de dezembro de 2015;39(spe):28–38.

3. CONCLUSÃO

Em congruência com o entendimento sobre o território estar sempre em processo, ao final dessa jornada devo alertar que qualquer conclusão possível já se encontra algo desatualizada. Muito da realidade posterior a coleta de dados já se modificou, especialmente pelas inúmeras mudanças trazidas na organização e oferta de serviços que se estruturam a partir da pandemia de COVID-19 ou em curso mesmo na Atenção Básica com o novo modelo de financiamento (Previne Brasil). Como recorte temporal, planejei análise dos cinco anos mais recentes (2015-2019), considerando que o SUS sofre um acelerado ritmo de expansão e consolidação na região e portanto uma análise de anos muito anteriores produziria invariavelmente distorções importantes sobre a realidade. Obviamente que o território que eu conhecia no momento que escrevi o projeto de pesquisa muito já havia mudado quando fiz a primeira viagem de campo em setembro de 2020. Todas as entrevistas trouxeram relatos sobre o funcionamento dos serviços durante a pandemia o que, embora não tenha aparecido nos artigos apresentados dado o recorte temporal que adotei, este pareceu ter sido um evento desencadeador de importantes reflexões e mudanças quanto ao referenciamento de usuários (de ordem prática na rotina do trabalho), mas também sobre as possibilidades para suporte solidário entre os municípios da Região do Médio Solimões (de ordem estratégica no planejamento da rede).

A pandemia de COVID-19 trouxe outro impacto relevante durante execução deste trabalho. O cronograma inicial, obviamente, não previa a suspensão da pesquisa por quase um ano. Ao todo estavam prevista três viagens de campo sendo que a defesa deveria ter sido apresentada em julho de 2021. Mas viagens se tornaram inviáveis pela prudência em evitar circulação quanto devido à sobrecarga de trabalho que os profissionais viveram nos últimos dois anos. Além disso, a partir do dia 21 de março de 2020, reuni-me com um grupo de pesquisadores para coletar as melhores evidências e práticas científicas em Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS) adotadas em países que já viviam a pandemia há mais tempo de modo a antecipar quais seriam os temas que demandariam orientação e formação em Saúde Mental para os profissionais de saúde no Brasil. Nos meses seguintes, participei na elaboração de 12 cartilhas orientadoras, além do envolvimento no Curso Nacional em SMAPS no contexto da COVID-19 que teve mais 69 mil inscritos no formato EaD. Concomitantemente, integrei o comitê de emergência em Saúde Mental COVID-19 no Estado do Amazonas, no intuito de apoiar a Secretaria Estadual de Saúde na seleção e formação inicial para

rede emergencial de profissionais para cuidado em SMAPS. Logo em seguida, coordenei um projeto de Apoio aos Povos Indígenas na Amazônia Brasileira na mitigação dos impactos da COVID-19, um trabalho em parceria com Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB). Todos esses eventos em caráter emergencial dificultaram para eu pudesse seguir com o cronograma previamente planejado.

No que se refere a produção da tese em si, este trabalho traz desde o título essa ideia de movimento, trajeto, fluxos que acontecem em razão do deslocamento do usuário pela rede de serviços para suprir sua necessidade de saúde, quer dizer da assistência disponível na Atenção Básica no seu município até assistência especializada disponível no município-polo regional. Olhar o espaço como um todo em movimento foi preocupação sempre presente. Criar ferramentas e instrumentos que permitam interpretar os dados empíricos e secundários de modo a produzir uma ideia sobre os espaços amazônicos a partir do território foi um desafio desde o desenho da pesquisa e o é até este momento de avaliação do que foi realizado. Considero que as estratégias adotadas na tese apontaram um caminho possível, embora o trabalho final talvez tenha trazido mais contribuições para entendimento da ruralidade do território líquido do que soluções objetivas e pragmáticas a ser implantadas. Santos (1999) ensina que de certo modo o território usado seria ingovernável. Eu, no plano epistêmico, penso mesmo se ele não seria “impesquisável”, considerando que ao finalizar esta tese grande parte daquilo que conheci já não o é mais.

Outro desafio foi a questão da defasagem dos bancos de dados constatada logo na fase de estudo preliminar, o que trouxe limitações importantes acerca do que estava previsto originalmente no projeto. Além do problema da qualidade dos dados nos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde apontados no terceiro artigo, também havia risco de produzir distorções importantes ao usar os bancos do IBGE. Como exemplo, citamos o município de Japurá cuja projeção da população estimada em 2021 foi de 1.755 habitantes, sendo que a base do Tribunal Regional Eleitoral registra 4.771 eleitores com biometria cadastrada. Isso distorce cálculo de taxa de qualquer indicador epidemiológico. Sem ter assegurado a confiabilidade dos dados, empregar estratégia de análise espacial sobre as condições de vida da população teria o risco de produzir análises não condizentes com a realidade do território. De todo modo, a cartografia ainda assim foi útil para representar as informações coletadas no trabalho de campo, em especial na relação tempo-distância-sazonalidade do rio para medir deslocamento no espaço.

Apontamos no primeiro artigo a questão da escala e a complexidade de não encerrar os lugares nas divisões dos municípios (forma), mas sim na perspectiva de uso do território (conteúdo). Apresentei que a escala em cartografia é a relação matemática entre as dimensões de um desenho e o objeto por ele representado. Se a escala influencia na quantidade de detalhes que são representados da realidade, ela tem o poder de determinar o que é o centro e o que são as periferias (SANTOS, 1988). Quanto mais periférica, mais distorcida é a realidade. Quanto maior a escala, mais local, detalhada, próxima aos fatos e emoções das pessoas ela está. Contudo a abundância de detalhes dificulta a apreensão do todo. É a capacidade de omitir dados que permite reduzir a realidade à sua essência (SEVALHO; STOTZ, 2012), possibilitando assim que o fenômeno seja analisado nas faces que o compõe. Nesse sentido, considero que a escolha de apresentar a tese em formato de artigo foi bem apropriada, pois isso facilitou análises numa escala efetivamente regional, na concepção geográfica da palavra.

Dada a limitação do uso dos bancos de dados e que acima de tudo o que se pretendia era uma análise mais próxima possível da realidade dos territórios, as informações qualitativas tendo como fonte principalmente as entrevistas passaram a ter uma relevância maior na compreensão dos fatores que condicionam acesso à rede assistencial do nosso território de interesse.

Essas entrevistas conduziram a pesquisa para uma questão que se mostrou central sobre uso do território pelo setor saúde: o processo de conformação das regiões de saúde definido normativamente a partir do Decreto 7508/2011 e as subsequentes normas, portarias e resoluções. Conforme apresentado no segundo artigo, a regionalização defendida como solução para resolver a fragmentação do sistema e garantir integralidade do cuidado (SANTOS; CAMPOS, 2015), na prática foi reduzida como norma para conformação das cinco prioritárias linhas de cuidado. Contudo na Amazônia, a lógica de organização do sistema baseada em programas verticais não tem contribuído para redução de iniquidade, uma vez que são mais dependentes de fatores técnicos e infraestrutura do que alocação de recurso per capita (OLIVEIRA, 2008). De modo geral, no Amazonas as redes que lograram algum êxito no reforço e melhoria dos respectivos cuidados foi a Rede Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência, sendo que conforme apresentamos, de fato esta última é a que tem fluxos mais definidos e operacionais no território analisado. A Comissão Intergestores Regional (CIR) embora tenha funcionado apenas entre os anos de 2013 e 2019, ainda que tenha sido apontada como espaço para lamentações e pouco envolvimento do ente estadual e com assimetria nas relações e fragilidade nas relações intermunicipais (GARNELO; SOUSA;

SILVA, 2017), representou um esforço importante para impulsionar o exercício de planejamento regional participativo, o que nunca havia ocorrido antes.

Neste sentido, os trabalhadores do SUS são detentores do saber local, do cotidiano que deve estar na base da construção da política e não vistos apenas como “tendo uma opinião sobre”. É preciso que conheçam sobre o mundo e os caminhos da agenda política, mas tem que viver o lugar. O técnico burocrata (da SES, COSEMS, Ministério) ou o especialista acadêmico deve fomentar a discussão e assegurar espaço para que invenções sejam possíveis, mas são os sujeitos do lugar que detém o poder de uso do território (SANTOS, 1999). A produção do saber local deve ter espaço mais importante como objeto de análise do campo da saúde pública, porque esta é uma ferramenta importante para superação de iniquidades sociais. O planejamento regional da saúde que temos hoje no Amazonas não é o planejamento do espaço porque não são considerados “a totalidade dos atores, das instituições e das pessoas” (SANTOS, 1999, p. 18).

A frase na epígrafe deste trabalho resume minha principal motivação e ponto de partida para esta pesquisa: trazer uma outra narrativa presente e potente sobre o fazer saúde na Amazônia, dando “vozes aos leões sobre suas próprias histórias de caça”. O protagonismo e comprometimento de profissionais e gestores, heróis das histórias de saúde, frente as inovações singulares construídas no cotidiano do cuidado no território líquido precisa se fazer presente nas histórias contadas sobre o SUS, superando as narrativas centradas com frequência no discurso da ineficiência dos agentes públicos, nas condições desfavoráveis da natureza e num cenário sempre adoecido.

Defendo que conhecer os fenômenos que singularizam o território líquido e que impactam no acesso à saúde ajuda a descolonizar as políticas públicas pensadas *para* este território, mas não *com* este território. Visibilizar o território permite elaborar estratégias, tomar decisões quanto aos procedimentos, protocolos e ações ajustadas às características geográficas, culturais, simbólicas, epidemiológicas dessa população, promovendo equidade e consolidação do SUS na região amazônica. Neste sentido, reitero a tese de que o território líquido necessita de uma gestão de serviços de saúde diferenciada que considere a extensão territorial, a densidade demográfica e fluxos que acontecem principalmente por via fluvial, conforme resumido no quadro a seguir:

Quadro 2. Fatores que impactam acesso à saúde no território líquido

Extensão territorial

- Desafia a construção das redes de atenção à saúde, devido a imensa distância entre um ponto e outro da rede. A média de distância percorrida pelos usuários no Amazonas é maior do país, estimada em 300km (XAVIER et al., 2019);
- Há extensa áreas sem território usado. Tanto o usuário quanto o trabalhador da saúde (normalmente ACS) tem que se locomover por longas distâncias mesmo que seja para um serviço da atenção básica;
- Contiguidade dos territórios nem sempre existente. O município referência por vezes não apresenta fronteira física com o município o qual ele polariza;
- Distancia também os trabalhadores de possibilidades de qualificação técnica e educação permanente. Quanto mais afastado de um centro urbano, maior dificuldade quanto provisão de profissionais mais graduados.

Baixa densidade demográfica

- Relacionada diretamente a questão da demanda por serviços. Baixa demanda não justifica a alocação de equipamentos e profissionais exclusivamente pelo critério custo da assistência. A definição das ações baseadas em critérios demográficos pode não ser capaz de responder a demanda local;
- Relação entre qualidade dos serviços e volume de atendimentos realizados. Quanto mais um serviço oferta um procedimento, melhor será sua organização interna em ofertá-lo, além de mais qualificada torna-se a prática profissional de quem o executa. Ainda que houvesse fartura de recursos e a oferta de muitos serviços localmente, a baixa demanda em si poderia comprometer a qualidade do serviço prestado (MENDES, 2011; KADRI, 2019);
- Não há evidências que o quadro se modifique nos próximos anos, nem em termos de aumento expressivo de população e nem quanto a concentração de população na zona urbana, como por exemplo na sede dos municípios;
- Cerca da metade da população é residente fora da sede municipal. Aliada a enorme extensão territorial, mesmo que disposta ao longo dos rios, é muito elevada a dispersão populacional no território.

Fluxos fluviais

- A exceção de casos de emergência, no território líquido o meio de transporte de usuários, quer seja providenciado por agente público ou custeado com recursos próprios, é feito por via fluvial;
 - As condições do deslocamento variam ao longo do ano, ao passo que trajetos terrestres mantem mais ou menos condições estáveis em qualquer época do ano. No território líquido o tempo e a distância percorrida é variável;
 - O custo é variável. A seca obriga a adotar trajetos mais longos e portanto maior consumo de combustível, tempo e diária dos profissionais para deslocamento entre os pontos da rede sanitária;
 - Esses fluxos interligam a rede de serviços de saúde da região, independente da contiguidade espacial entre os municípios.
-

Essas dimensões necessariamente se articulam e se influenciam mutuamente. O que aprendemos a partir do caso da Região do Médio Solimões é que a organização do SUS no território líquido em primeiro lugar deve identificar e fortalecer a rede de serviços ofertados pelo município dinamizador regional (isso inclui principalmente provisão de profissionais e financiamento diferenciado para o polo) e em segundo lugar que o setor saúde deve considerar os fluxos que já existem na organização do espaço, ao invés de criar outras formas de ordenamento territorial. A “solução” passa invariavelmente por um arranjo em escala espacial mais ampla do que a regional e que inclua o ente estadual como articulador entre os municípios da região e o ente federal como garantidor das condições diferenciadas para funcionamento do SUS em um território que apresenta singularidades não vista em nenhum outro cenário do país. Oliveira (2008) já destacou que quanto maior o apoio do ente estadual à uma política, mais exitosa será a implantação desta no território, ratificando a imprescindível presença do estado no exercício do planejamento regional de modo a favorecer a cooperação intermunicipal.

À medida que ia entendendo, produzindo e organizando ideias sobre a região do estudo, algumas outras questões vieram no pensamento e configuram lacunas passíveis de serem mais detidamente aprofundadas em trabalhos futuros. Olhar o território líquido com a lente da determinação social do processo saúde-doença ou da demografia ou da justiça ambiental revelaria outras questões e uma outra tese teria sido escrita. Mas o exercício do conhecimento científico e da prática da pesquisa nos fez definir uma lente para olhar o objeto do estudo e optei por olhar a partir das questões práticas dos processos de trabalho no cotidiano da gestão da política pública de saúde, em especial quanto ao fenômeno de sazonalidade do rio e acesso do usuário.

Contudo, entendo que as considerações apresentadas sobre o que caracteriza o território líquido podem contribuir relevantemente para compreensão da situação geográfica da Amazônia de modo mais amplo e que impactam também outras ações do Estado Brasileiro na região no campo da educação, proteção social, política fundiária e habitacional, por exemplos, num entendimento mais interdisciplinar para o planejamento regional. Situação geográfica entendida como recurso metodológico para estudar uso do território por diversos agentes: “*sítio mais ação*” (CATAIA; RIBEIRO, 2015, p. 11), ou ainda para compreensão em como a ordem com que objetos técnicos (no nosso caso, o SUS) se estabelecem no lugar e nele criam arranjos singulares (SILVEIRA, 1999). Ressalto que objetos técnicos tanto podem ser locais, por exemplo, novos fluxos criados por uma UBS fluvial, ou globais, como fluxos criados pelas áreas de garimpo que conhecemos em Japurá e Jutai (AM). Nos lugares

incidem interesses internos e externos aos territórios e esses interesses mudam a relação do lugar com o mundo.

Situações potencialmente danosas para setor saúde foram identificadas na região como garimpo ilegal e tráfico de entorpecentes, mas como e com que intensidade esses fenômenos impactam as condições de vida da população? Qual a velocidade com que a transição epidemiológica vem acontecendo nesses lugares e como preparar o SUS local para responder atempadamente a essas mudanças? Esse padrão é diferenciado das zonas metropolitanas do estado? Repete-se em outros espaços de territórios líquidos na Amazônia? Se por um lado constatamos uma progressiva melhoria nos indicadores tradicionais socio-sanitários, como redução de mortalidade infantil ou aumento de escolaridade, por outro lado, ainda permanece a degradação ambiental crescente e conflitos pelo uso da terra que antagoniza indígenas e não-indígenas, ribeirinhos e garimpeiros ou piratas que saqueiam embarcações nessa porção do Solimões-Amazonas. Quais os indicadores ambientais permitiriam monitorar as consequências para saúde oriundas desse insustentável e predatório modelo de desenvolvimento econômico também presentes no território líquido? Em outro sentido, defendemos aqui que o território líquido por suas características necessita de forma diferenciada de financiamento para ações de saúde, mas qual modelo seria mais custo-eficiente? Todas essas são outras possibilidades de estudo e ratifica necessidade do quanto a investigação em saúde pública deve seguir avançando **com** a região.

Detalhe singular: Especificamente na realidade do Estado Amazonas (não em um território líquido em qualquer outro estado amazônico), ao longo dos 1500km do Rio Solimões-Amazonas as regiões apresentam um centro luminoso que concentra funções urbanas importantes para si e alguns municípios em seu entorno. Analisando os fluxos de encaminhamento de pacientes aliado a nota de tipificação da rede urbana na calha do Solimões apresentado por Schor, Costa e Oliviera (2007) é possível identificar que além de Tefé, Tabatinga, Manacapuru, Itacoatiara e Parintins são cidades que apresentam arranjos institucionais que agregam valor à região e polarizam outros municípios. Nessas regiões seria possível adotar a mesma estratégia metodológica de pesquisa adotadas nesta tese, com comparações intrarregionais e possíveis extrapolações de resultados. Contudo, a região do Alto Rio Negro ou calha do Juruá e Purus no sul do estado, por exemplo, embora apresente ocupação semelhante àquela descrita no território líquido, não tem um centro regional dentre os municípios que a compõe. Cabe portanto, uma investigação particular com possíveis recomendações para a gestão do serviço diferente das apontadas neste trabalho para o Médio Solimões.

Nesse caso, dever-se-ia insistir na implantação de novos polos de atendimento para seguimento na assistência especializada ou de emergência ou dever-se-ia continuar encaminhando para atendimento na rede de Manaus? Qual estratégia seria mais custo-efetiva?

Num plano mais amplo de análise, a Amazônia é um complexo espaço geográfico de acumulação desigual de tempo e técnicas (SANTOS; SILVEIRA, 2006) e onde a coexistência de densa floresta, maior bacia hidrográfica do mundo e múltiplos povos e culturas impõe exclusivos desafios analíticos e políticos (GONÇALVES, 2017). Infelizmente abundam exemplos de ações públicas e privadas para “desenvolvimento regional” que tem acelerado processo de degradação ambiental e social como resultado de inadequadas intervenções pelo desconhecimento – intencional ou não – dos territórios amazônicos.

Se considerarmos o importante papel na regulação climática e distribuição de chuva para toda América do Sul, a Amazônia passa a estar menos distante do restante do país e assumindo um destaque ainda maior no cenário nacional. Contudo, Aguiar (2018) aponta que não se trata somente de discutir questões sobre controle e preservação do ambiente mas também discutir a região do ponto de vista econômico e que caberia ao Estado Brasileiro dar civilidade nesse processo ainda colonial-extrativista predominante na região. Enquanto a Estado não tem um projeto economicamente sustentável e socialmente justo com e para as amazônias, outros atores tem disputado o território. Desmatamentos, grilagens de terra, extrativismos nem tem enriquecido o Estado, posto que funcionam na ilegalidade sem fiscalização e regulação, nem tampouco tem beneficiado as populações locais. O modelo de agrogócio, extrativismos, grandes projetos de infraestrutura é um modo de uso do território que concentra renda na mão de poucos. Essa invisibilização da Amazônia é política e intencionalmente construída porque serve para interesses de um sistema-mundo capitalista externo a estes territórios. Se condições saudáveis de vida podem ser indicadores de modernidade, a ampliação da oferta de serviços de saúde do SUS nesses lugares contribui para libertar a população local dessa eterna espera pelo desenvolvimento, pelo menos no campo sanitário.

Para ser universal, o Sistema Único de Saúde precisa ser diverso.

REFERÊNCIAS

- AB’SÁBER, A. N. **Amazônia: do discurso a práxis**. 2a. ed. São Paulo: EDUSP, 2004.
- AGUIAR, D. DE. **A favelização da Amazônia e a necessidade de repactuar o papel da floresta na economia do século XXI**, 20 ago. 2018. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/entrevistas/a-favelizacao-da-amazonia-e-a-necessidade-de-repactuar-o-papel-da-floresta-na-economia-do-seculo-xxi/>>. Acesso em: 26 mar. 2019
- ALBUQUERQUE, M. V. **O território usado e saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação de metropolização em Campinas/SP**. Dissertação—São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.
- ALBUQUERQUE, M. V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros**. Tese —São Paulo: Universidade de São Paulo, 2014.
- BECKER, B. Cenários de curto prazo para o desenvolvimento da Amazônia. **Cadernos IPPUR**, v. 14, n. 1, p. 53–85, 2000.
- BECKER, B. K. A Amazônia e a política ambiental brasileira. Em: SANTOS, M. (Org.). **Território, territórios ensaios sobre o ordenamento territorial**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007. p. 21–40.
- CATAIA, M. A.; RIBEIRO, L. H. L. Análise de situações geográficas: notas sobre metodologia de pesquisa em geografia. **Revista da Anpege**, v. 11, n. 15, p. 9–30, 2015.
- COUTO, M. **A confissão da leoa**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- DUTRA, D. A. **Geografia da saúde no Brasil: Arcabouço teórico-epistemológico, temáticas e desafios**. Tese—Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2011.
- GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1225–1234, abr. 2017.
- GONÇALVES, C. W. P. **Amazônia, encruzilhada civilizatória: tensões territoriais em curso**. Rio de Janeiro: Consequência, 2017.
- IBGE. **Regiões de influência das cidades 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.
- KADRI, M. R. A Regionalização da Saúde: O caminho para o SUS em todos os territórios? **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 33, p. 67–76, 2019.
- KADRI, M. R. E.; FREITAS, C. M. DE. Um SUS para a Amazônia: contribuições do pensamento de Boaventura de Sousa Santos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3459–3466, 2021.
- MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- OLIVEIRA, P. DE T. R. **Desigualdade regional e o território da saúde na Amazônia**.

Belém: EDUFPA, 2008.

QUEIROZ, K. O. **Centralidade periférica e integração relativizada: uma leitura de Tefé no Amazonas**. Tese—São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015.

QUEIROZ, T. A. N. Espaço geográfico, território usado e lugar: ensaio sobre o pensamento de Milton Santos. **Para Onde!?**, v. 8, n. 2, p. 154–161, 13 dez. 2014.

SANTOS, B. DE S. Uma cartografia simbólica das representações sociais: prolegômenos a uma concepção pós-moderna do direito. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 24, p. 139–172, 1988.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. DE S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 438–446, 2015.

SANTOS, M. Território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, v. 2, p. 15–25, 1999.

SANTOS, M. O retorno do território. **Observatório Social de América Latina**, v. 16, p. 255–261, 2005.

SANTOS, M. **Espaço e método**. São Paulo: EDUSP, 2008.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4a. ed. São Paulo: EDUSP, 2017.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 9a. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SCHOR, T.; COSTA, D. P.; OLIVEIRA, J. A. Notas sobre tipificação da rede urbana na calha do Rio Solimões, Amazonas. **Anais ENANPUR**, v. 12, n. 1, p. 13, 2007.

SCHOR, T.; OLIVEIRA, J. A. Reflexões metodológicas sobre o estudo da rede urbana no Amazonas e perspectivas para a análise das cidades na Amazônia brasileira. **Revista ACTA Geográfica**, p. 15–30, 2011.

SCHWADE, M. A. **Riquezas materiais e imateriais: relações cidade e campo na Amazônia**. Dissertação —Manaus: Universidade Federal do Amazonas, 2014.

SEVALHO, G.; STOTZ, E. A cartografia simbólica do risco epidemiológico: uma incursão ao pensamento de Boaventura de Sousa Santos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 19, n. 3, p. 899–918, 2012.

SILVEIRA, M. L. Uma situação geográfica: do método à metodologia. **Revista Território**, v. 4, n. 6, p. 21–28, 1999.

TRINDADE-JR, S. C. C.; SILVA, M. A. P. DA; BRITO, M. D. Das “janelas” às “portas” para os rios: compreendendo as cidades ribeirinhas na Amazônia. Em: TRINDADE-JR, S. C. C.; TAVARES, M. G. DA C. (Orgs.). **Cidades ribeirinhas na Amazônia: mudanças e permanências**. Belém: UFPA, 2008.

VIANA, A. L. D’ÁVILA et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma

política regional para a Amazônia Legal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. S117–S131, 2007.

XAVIER, D. R. et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo interações: método para apoio na regionalização de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. e00076118, 2019.

APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA DE GESTORES E TRABALHADORES E GESTORES DO SUS

I) CARACTERIZAÇÃO

Formação: fundamental médio graduação. Qual? Pós-graduação. Qual?

Qual sua função?

Quanto tempo a exerce no município?

Você reside no município? Quanto tempo?

II) INFRA-ESTRUTURA DISPONÍVEL

Telefonia móvel Telefonia fixa Internet. Qual meio?

Qual meio de acesso a municípios vizinhos?

III) REDE DE SAÚDE

- 1) Qual rede assistencial disponível no seu município e nível de complexidade?
- 2) Quais principais questões de saúde do município?
- 3) Há alguma particularidade que você identifica própria do seu município?
- 4) Há diferença na condição de saúde e uso da rede na cheia e vazante do rio?
- 5) Como se dá fluxo entre Atenção Básica e a Rede de Urgência e Emergência? Qual tempo de deslocamento para ponto de referência na cheia e na seca?
- 6) Seu município dispõe de casa de apoio em outro município?

- 7) Quantas equipes ESF há no município? Há equipes ribeirinhas/fluvial?
- 8) Como é realizada cobertura das comunidades fora da sede?
- 9) Como é o encaminhamento e transporte das comunidades para hospital?
- 10) Alguém da equipe AB acompanha o paciente no hospital?
- 11) A equipe AB consegue acompanhar o paciente no retorno para comunidade?

- 12) Quais os serviços disponíveis na Rede de Urgência e Emergência no município?
- 13) O hospital recebe pacientes de outros municípios? Quais? Média mensal?
- 14) Como é o acolhimento dos pacientes que vem das comunidades? Há protocolo diferenciado?
- 15) Como é o transporte dos pacientes das comunidades para a sede ou outro município?
- 16) Você avalia que sua Região de Saúde é funcional? Por quê?
- 17) O sistema de regulação tem sido funcional? Como você o avalia?
- 18) Como avalia a situação de saúde em geral no seu município?
- 19) Algo mais que gostaria de acrescentar?

Obrigada pela colaboração!