



# A Saúde na Amazônia Legal

## Análise Qualitativa sobre Desafios e Boas Práticas

AMAZÔNIA  
2030

DEZEMBRO 2021

## O que é Amazônia 2030

O projeto **Amazônia 2030** é uma iniciativa de pesquisadores brasileiros para desenvolver um plano de ações para a Amazônia brasileira. Nosso objetivo é que a região tenha condições de alcançar um patamar maior de desenvolvimento econômico e humano e atingir o uso sustentável dos recursos naturais em 2030.

## Contato

### Assessoria de imprensa

O Mundo que Queremos

[amazonia2030@omundoquequeremos.com.br](mailto:amazonia2030@omundoquequeremos.com.br)

### Amazônia 2030

[contato@amazonia2030.org.br](mailto:contato@amazonia2030.org.br)

### Responsável pela pesquisa

Rudi Rocha

[rudi.rocha@fgv.br](mailto:rudi.rocha@fgv.br) | [rudi.rocha@ieps.org.br](mailto:rudi.rocha@ieps.org.br)



# Ficha técnica

## Autores

**Rudi Rocha**

FGV EAESP e IEPS

**Marcela Camargo**

IEPS

**Lucas Falcão**

FGV EAESP

**Mariana Silveira**

FGV EAESP

**Gabriela Thomazinho**

FGV EAESP

## Agradecimentos

Agradecemos a Beto Veríssimo, Juliano Assunção, Caetano Scanavino, Eugenio Scanavino, João Biehl e participantes das reuniões de acompanhamento deste projeto. Agradecemos a todas as pessoas que nos concederam entrevistas: gestores públicos, pesquisadores, profissionais da linha de frente na saúde, lideranças comunitárias e indígenas, representantes de organizações não-governamentais. As diferentes perspectivas coletadas nas entrevistas trouxeram valiosas contribuições ao trabalho, sobretudo no que diz respeito à compreensão das heterogeneidades no território, dos desafios e possibilidades para o desenvolvimento de políticas públicas na Amazônia Legal. As opiniões e erros remanescentes são de nossa inteira responsabilidade.

## Palavras-chave

Saúde populacional; sistemas de saúde; serviços de saúde; rede assistencial e recursos humanos; saúde indígena, governança de sistemas de saúde.

# Índice

<b>Sumário Executivo .....</b>	<b>1</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>6</b>
<b>Metodologia.....</b>	<b>10</b>
Limitações.....	12
<b>Desafios de Acesso e Promoção dos Serviços de Saúde .....</b>	<b>14</b>
Dificuldades de Acesso e de Gestão dos Serviços de Saúde .....	14
Regionalização e Planejamento Integrado.....	27
<b>Saúde Indígena.....</b>	<b>36</b>
Especificidades epidemiológicas.....	38
Território, Meio Ambiente e Saúde .....	41
SESAI: Estrutura e Profissionais .....	42
Articulação da SESAI dentro do SUS .....	45
Práticas Tradicionais .....	47
<b>Boas Práticas .....</b>	<b>52</b>
<b>Comentários Finais .....</b>	<b>77</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>81</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>83</b>
Roteiro das Entrevistas .....	84
Matriz de possíveis entrevistados.....	87
Áreas de Atuação e vínculos institucionais dos entrevistados.....	88
Estrutura de códigos usada no NVIVO .....	89

## Lista de figuras e tabelas

Quadro 1 – Síntese sobre Dificuldades de Acesso, Promoção e Gestão dos Serviços de Saúde .....	15
Figura 1- Menções sobre desafios de acesso e gestão dos serviços de saúde (Categorias) .....	25
Tabela 1 - Menções sobre desafios de acesso e gestão dos serviços (Categorias e Subcategorias) .....	25
Quadro 2 - Síntese sobre Percepções sobre o Planejamento Regional e seus Desafios .....	28
Figura 2- Menções sobre desafios de regionalização (Categorias e Subcategorias) .....	35
Quadro 3 – Síntese de Percepções sobre Saúde Indígena .....	37
Figura 2 - Distribuição dos DSEI no território brasileiro .....	42
Figura 4- Menções sobre saúde indígena (Categorias) .....	50
Tabela 2 - Menções sobre saúde indígena (Categorias e Subcategorias) .....	50
Quadro 4 – Síntese sobre Boas Práticas Mencionadas em Entrevistas .....	53
Figura 5- Menções sobre Boas Práticas (Categorias) .....	74
Tabela 3 - Menções sobre Boas Práticas (Categorias e Subcategorias) .....	74
Figura 6- Percentual de Menções sobre Gestão, Planejamento e Financiamento versus outros aspectos (segundo eixo de análise) .....	77
Figura 7- Número de Menções sobre Aspectos Específicos de Gestão, Planejamento e Financiamento (diferentes aspectos/categorias, segundo eixo de análise) .....	78
Tabela A. 1 - Matriz de Mapeamento de Categorias de Possíveis Atores Entrevistados .....	87
Tabela A. 2 – Distribuição dos entrevistados segundo área de abrangência/atuação .....	88
Tabela A. 3 - Distribuição dos entrevistados segundo categoria de vínculo .....	88



## Sumário Executivo

- Este estudo teve por objetivo identificar as percepções de atores-chave sobre os principais desafios da saúde na Amazônia Legal, bem como sobre possíveis soluções e boas práticas, capazes de endereçar tais dificuldades. Para isso, foram entrevistados especialistas e pesquisadores, lideranças comunitárias e indígenas, gestores públicos, profissionais de saúde, representantes de organizações não-governamentais atuantes na saúde, parlamentares e autoridades sanitárias. Técnicas qualitativas permitiram a construção de quadros-síntese e gráficos com os principais resultados, resumindo as diferentes percepções dos entrevistados.
- A pesquisa se organizou em torno de três eixos analíticos: (i) desafios às condições de acesso e oferta de serviços de saúde na Amazônia, incluindo dificuldades relacionadas à regionalização da saúde; (ii) saúde indígena; (iii) boas práticas e respostas aos desafios identificados.
- Dentre os principais resultados, destacamos a seguir os aspectos mais mencionados/enfatizados pelos entrevistados, conforme os respectivos eixos de análise. De forma geral, sobressaem temas sobre gestão e governança das ações em saúde adequadas ao contexto amazônico.
  - **Condições de acesso e oferta de serviços de saúde:** a Figura 1 (replicada abaixo) sintetiza e coloca em perspectiva os aspectos sobre condições de acesso e oferta de serviços mais mencionados nas entrevistas. Grande parte das menções se refere à (a) **escassez de profissionais de saúde**, sobretudo a questões de rotatividade e dificuldade de fixação de médicos em municípios do interior; às (b) **dificuldades de planejamento e no financiamento** das ações em saúde de forma adequada às necessidades específicas do contexto amazônico, em particular por existir um ‘fator amazônico’ associado a custos de operação mais altos e dificuldades logísticas. Destacam-se também menções à baixa capacidade institucional-administrativa no nível subnacional e a desafios específicos dos diversos tipos de serviços de saúde: a atenção básica é pouco resolutiva enquanto os serviços mais especializados e de urgência/emergência





se concentram nas capitais, sobrecarregadas pela demanda do interior. Outras dificuldades também estão detalhadas no relatório.

Figura 1- Menções sobre desafios de acesso e gestão dos serviços de saúde (Categorias)

Dificuldades de Acesso e de Gestão dos Serviços de Saúde (Categorias)	Entrevistados (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
Profissionais de saúde (falta de profissionais, rotatividade, formação)	19	111	21,3
Dificuldades de financiamento e planejamento	19	104	20,0
Baixas capacidades institucionais-administrativas e desafios de gestão	19	62	11,9
Atenção Básica (desafios)	15	67	12,9
Atenção Especializada e Urgência/Emergência (desafios)	18	59	11,3
Desafios de acesso e grandes distâncias	17	59	11,3
Dificuldades ligadas a condições urbano-ambientais (sobretudo saneamento)	15	25	4,8
Desafios de oferta de serviços em função de sazonalidades	12	20	3,8
Falta de equipamentos, insumos e recursos adequados	9	14	2,7
<i>Total de menções</i>	<i>29</i>	<i>521</i>	<i>100,0</i>

Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas.

- o **Regionalização dos serviços de saúde**: os entrevistados destacaram de maneira relativamente equilibrada um número grande de dificuldades, como mostra a Figura 2 (replicada abaixo). Destacam-se em particular (a) as limitações de atuação das **instituições interfederativas**; (b) a **falta de apoio dos governos estaduais** na coordenação do planejamento regional integrado e (c) a necessidade de se **organizar a rede de atenção para além de jurisdições municipais e estaduais**, considerando a necessária identificação dos fluxos e da circulação da população no território.

Figura 2- Menções sobre desafios de regionalização (Categorias e Subcategorias)

Planejamento Regional e seus Desafios (categorias e subcategorias)	Entrevistas (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
Limitações - esferas de pactuação interfederativa e pautas da região amazônica	7	13	19,4
Necessária regionalização pan-amazônica (fluxos da população no território)	6	11	16,4
Falta de coordenação federativa (governos Estaduais e Federal)	5	12	17,9
Assimetrias - capacidades de financiamento/atendimento entre municípios	5	9	13,4
Necessidade de hospitais e unidades ambulatoriais regionais	8	9	13,4
Dificuldade de organizar as redes de atenção à saúde em diferentes jurisdições	4	9	13,4
Conflitos políticos, descontinuidades e dificuldades de governança	3	3	4,5
Assimetrias - alocação de repasses interestaduais	1	1	1,5
<i>Total</i>	<i>16</i>	<i>67</i>	<i>100,00</i>

Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas

- o **Saúde Indígena**: os desafios mencionados para aprimorar o atendimento a populações indígenas são diversos, e qualquer ação pensada deve partir da consideração da



heterogeneidade destes povos. Fatores étnicos, territoriais, e nível de proximidade com as áreas urbanas influenciam o perfil epidemiológico de cada povo. Apesar da diversidade dos desafios, nas entrevistas destacaram-se em particular dois grupos de preocupações. Como ilustrado na Figura 4 (replicada abaixo), por um lado, ressaltaram-se fatores relacionados à gestão e governança do subsistema de saúde indígena, em especial (a) **a baixa integração e corresponsabilização das gestões municipais e estaduais à política de saúde indígena**. É necessário melhor articulação e pactuação entre os diferentes órgãos e entes da federação, por meio da elaboração de arranjos institucionais de coordenação/articulação entre a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e governos subnacionais. Por outro lado, destacaram-se também (b) **desafios da gestão e promoção das ações em saúde em contextos interculturais e epidemiológicos bastante diversos**, levando em conta a diversidade de concepções de saúde e cuidado.

Figura 4- Menções sobre saúde indígena (Categorias)

Percepções sobre Saúde Indígena (categorias)	Entrevistas (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
Características epidemiológicas e fatores relacionados	12	66	22,1
Dificuldades de articulação entre SESAI e governos subnacionais	15	73	24,4
Concepções de saúde e cuidado	10	48	16,1
Gestão - saúde indígena	11	40	13,4
Profissionais da SESAI	9	26	8,7
Estrutura, insumos e recursos	4	8	2,7
Participação indígena e desafios do controle social	6	18	6,0
Racismo	9	20	6,7
<i>Total</i>	<i>19</i>	<i>299</i>	<i>100,00</i>

Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas

- o **Boas Práticas**: dentre as centenas de menções sobre boas práticas, é possível identificar alguns grandes grupos de temas mais ressaltados pelos entrevistados. Como mostra a Figura 5 (replicada abaixo), em particular destacaram-se menções a boas práticas relacionadas à **gestão e financiamento da saúde adequados ao contexto amazônico** e iniciativas de articulação interfederativa e de governança colaborativa. Os entrevistados destacaram a necessidade de realização de assessorias a governos locais para ampliação das capacidades de gestão e financiamento da saúde (e maior acesso às linhas de financiamento ampliado para serviços direcionados a populações específicas, como é o caso das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais - ESFR e ESFF); a importância de **arranjos de governança colaborativa** entre atores estatais e não-estatais e diferentes entes federativos; e o uso de **equipamentos**,





**tecnologias e processos de trabalho** que subsidiem a maior resolutividade das ações de saúde no contexto amazônico (como, por exemplo, ampliação do uso da telemedicina e da gestão matricial, do acesso às unidades básicas de saúde fluvial, equipamentos à base de energia solar; dentre outros). Destacaram-se também menções a estratégias e incentivos ao provimento e **fixação de profissionais de saúde**, sobretudo nos municípios do interior, e ao **uso de práticas integrativas e complementares em saúde**.

Figura 5- Menções sobre Boas Práticas (Categorias)

Percepções sobre Boas Práticas (categorias)	Entrevistas (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
Gestão e financiamento de serviços conforme características amazônicas	20	128	30,3
Governança colaborativa, regionalização e articulação interfederativa	15	56	13,3
Capacidades estatais, planejamento e gestão	9	29	6,9
Profissionais - Estratégias de Provimento, fixação e qualificação	15	49	11,6
Saúde Indígena (boas práticas específicas)	9	33	7,8
Fortalecimento da Atenção Básica	9	26	6,2
Fortalecimento da Atenção Especializada e de Urgência/Emergência	10	26	6,2
Práticas integrativas e complementares	16	39	9,2
Abordagens integradas: meio ambiente, território e saúde	7	15	3,6
Saneamento básico (alternativas e tecnologias)	6	15	3,6
Participação, fortalecimento de redes comunitárias	4	6	1,4
<i>Total</i>	<i>31</i>	<i>422</i>	<i>100,00</i>

Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas

- Cada uma das categorias em cada uma das figuras acima abre-se em subitens, detalhados no corpo do texto deste relatório. A riqueza das entrevistas e a diversidade de perspectivas foram bastante grandes, mas conseguimos identificar dentre os padrões mais relevantes que, tanto em termos de desafios quanto em relação às possíveis alternativas ou soluções, há especial atenção sobre o tema da gestão no contexto amazônico. De fato, do total de 1.039 menções dos entrevistados sobre os três eixos de análise, 48% se referem aos temas de gestão, planejamento e financiamento das ações em saúde. Destaca-se em especial a necessidade de arranjos e modelos de governança capazes de articular diferentes entes federativos e esferas de pactuação interfederativa na saúde. Nesse sentido, muitos entrevistados destacaram a importância da atuação coordenada e articulada entre municípios, estados, união e esferas de pactuação interfederativa no SUS, buscando uma melhor organização das redes de atenção à saúde, com fluxos e referências estabelecidos conforme especificidades regionais e territoriais, incluindo a saúde de comunidades tradicionais. Ou seja, as entrevistas sugerem que as palavras **articulação**, **coordenação** e **pactuação** devem ser orientadoras do esforço e da resposta frente aos enormes desafios que a saúde na Amazônia nos impõe.



- Por fim, cabe ressaltar que, na visão de muitos entrevistados, as especificidades geográficas da Amazônia não deveriam ser vistas como um impeditivo à adequada oferta e organização de serviços de saúde, e sim como **desafios que requerem respostas adequadas a um contexto específico**.



## Introdução

A Amazônia Legal enfrenta inúmeros desafios, tanto do ponto de vista ambiental quanto social. Às transformações da paisagem e mudanças nos regimes de uso e ocupação do território, somam-se as dificuldades relacionadas ao acesso a políticas públicas, em geral, e às condições de saúde e bem-estar da população que reside na região.

Se a dimensão territorial importa para o adequado planejamento e governança das políticas setoriais como um todo, esse fator é ainda mais central quando se trata da saúde na Amazônia. As características geográficas da região, com suas barreiras naturais de difícil transposição e acesso, associadas à presença de diferentes povos e comunidades tradicionais, consolidam um contexto extremamente heterogêneo para a provisão de saúde. O desafio envolve centenas de etnias indígenas, comunidades ribeirinhas, quilombolas e extrativistas, inseridas em contextos tanto rurais como urbanos e metropolitanos. São territórios caracterizados por múltiplos regimes de uso e ocupação, como é o caso de áreas de maior preservação ambiental ou áreas marcadas por usos corporativos e de maior exploração dos recursos naturais, áreas de fronteira internacional, áreas de maior ou menor dispersão populacional, rurais ou urbanos (Viana et al. 2015). Sobre esta complexidade, sobrepõe-se uma intrincada rede de instituições públicas e da federação, cujas responsabilidades nem sempre são claras *de jure* ou são assumidas *de facto*. Também neste sentido, há ainda limitações da gestão. Destacam-se a baixa institucionalidade e as discontinuidades das ações em saúde, capacidades administrativas e de gestão da saúde limitadas, além de coordenação regional precária e dificuldades no planejamento integrado entre os entes federados (Oliveira 2008; Viana et al. 2015; Viana, Giatti 2016; Garnelo, Sousa, Da Silva 2017; Castro et al. 2019).

No primeiro relatório desta pesquisa sobre saúde na Amazônia, buscamos contribuir para o debate ao caracterizar a evolução e o quadro atual da saúde da população na região, analisar a rede assistencial, financiamento e governança, disponibilidade de profissionais e condições de oferta de serviços. A principal contribuição do primeiro relatório foi a realização de uma análise sistemática, que permitiu a identificação de padrões ao longo dos últimos anos, tanto no que diz respeito às condições de saúde da população, quanto às condições de oferta de serviços.



Neste segundo estudo, apresentamos os principais resultados da pesquisa qualitativa, que teve por objetivo identificar as percepções de atores-chave sobre os principais desafios da saúde, bem como sobre possíveis alternativas e boas práticas, capazes de endereçar tais dificuldades. Para isso, foram entrevistados especialistas e pesquisadores, lideranças comunitárias e indígenas, gestores públicos, profissionais de saúde, representantes de organizações não-governamentais atuantes na saúde, parlamentares e autoridades sanitárias, entre outros atores-chave da saúde na região.

Mais especificamente, em primeiro lugar, apresentamos uma análise sobre processos e fenômenos ora mais amplos e transversais à região, como as dificuldades de gestão das políticas de saúde e diferentes estratégias adotadas para contorná-las, ora mais específicos a populações e territórios, como é o caso da saúde indígena. Em ambos os casos, a pesquisa qualitativa proporciona um foco sobre questões tanto transversais como específicas que fogem ao alcance dos sistemas de informação e de análises de dados. O exercício pressupõe, ao mesmo tempo, que se leve em conta padrões identificados no Relatório 1 (Rocha et al. 2021), mas também que se identifique processos que qualificam e ajudam a compreender tais fenômenos, de modo detalhado e contextualizado. Nesse sentido, este estudo contribui para a melhor compreensão de processos e dinâmicas, tanto no nível local, quanto em nível interfederativo e da região como um todo.

A segunda contribuição da pesquisa consiste no mapeamento e análise das percepções de diferentes atores-chave. Ao entrevistarmos desde lideranças comunitárias e profissionais atuantes na implementação das políticas públicas, até gestores estaduais e regionais, procuramos identificar e articular as perspectivas sobre saúde sob diferentes óticas. Esse desenho metodológico da pesquisa qualitativa tem o potencial analítico de oferecer uma compreensão mais diversa dos temas analisados.

A pesquisa qualitativa se organizou em torno de quatro eixos analíticos: (i) caracterização das condições de saúde da população; (ii) desafios às condições de acesso e oferta de serviços de saúde na Amazônia, (iii) especificidades da saúde indígena e desafios de gestão, (iv) boas práticas e alternativas que possam responder aos desafios identificados.

A (i) caracterização das condições de saúde da população foi incorporada, de modo complementar, aos resultados da pesquisa quantitativa, apresentados no Relatório 1 (Rocha et al. 2021). No que diz respeito aos (ii) desafios às condições de acesso e oferta de serviços de saúde na Amazônia, nós analisamos os relatos dos entrevistados quanto às dificuldades para



acessar a rede de assistência à saúde bem como as percepções sobre as limitações de governança, planejamento e gestão. Os resultados da pesquisa evidenciaram sobretudo (a) dificuldades de planejamento e financiamento das ações em saúde, (b) escassez de profissionais de saúde e (c) problemas ligados à efetivação da Atenção Básica, de forma contínua e resolutive nos diversos territórios, inclusive municípios do interior e áreas rurais mais remotas. Os desafios de gestão aparecem associados a baixas capacidades administrativas subnacionais e à falta de arranjos de governança adequados ao contexto amazônico. Faltam articulações intergovernamentais capazes de promover o planejamento regional integrado. A esse respeito, destacam-se os territórios onde coexistem múltiplos usos, diferentes comunidades tradicionais (indígenas, ribeirinhas, extrativistas, quilombolas), variadas jurisdições administrativas e atribuições de gestão territorial. Na visão de muitos entrevistados, as especificidades geográficas da Amazônia não deveriam ser vistas como um impeditivo à adequada oferta de serviços de saúde, e sim como um contexto específico que requer respostas específicas e, sobretudo, maior coordenação/articulação e planejamento colaborativo entre governos subnacionais, produzindo atendimento singularizado, contínuo e responsivo às necessidades da população no território.

Quanto à (ii) saúde indígena, levantamos as percepções dos entrevistados sobre especificidades epidemiológicas, dificuldades de integração do subsistema às redes de atenção à saúde administradas por municípios e estados, além de outros fatores relevantes às condições de saúde indígena, tais como a questão territorial, condições de acesso e desafios à efetivação da atenção à saúde em contextos interculturais. No que se refere aos resultados, os pontos de atenção mais destacados pelos entrevistados sobre o tema envolvem: (a) problemas de baixa integração da atuação das gestões municipais e estaduais à política de saúde indígena, limitando o acesso à Atenção Especializada. Faltam mecanismos e arranjos institucionais que organizem a integração entre a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e os governos subnacionais na estruturação da rede de atenção à saúde, considerando o contexto intercultural e a saúde indígena. Também foram mencionados (b) problemas de gestão/promoção das ações em saúde em contextos interculturais.

Por fim, a pesquisa também mapeou indicações dos entrevistados sobre (iv) boas práticas e possíveis alternativas aos diversos problemas de acesso e de gestão da saúde na Amazônia Legal. Os resultados incluem ações diversas, em diferentes graus de institucionalização. Boas práticas de gestão local e regional foram mencionadas, sobretudo soluções de governança colaborativas, integradas e intersetoriais, que possam promover respostas adaptadas às complexidades do território. O aprimoramento de tecnologias, equipamentos e infraestrutura,



como é o caso da UBSFs, de equipamentos fotovoltaicos e do crescente uso da telemedicina também foram enfatizados. Relatos sobre medidas e incentivos à maior provisão e fixação de profissionais de saúde foram destacados, tendo em vista os vazios assistenciais, principalmente no interior. As linhas já existentes de financiamento ampliado a populações específicas, tais como a ESFR e ESFF, além de práticas integrativas e complementares também foram indicadas pelos entrevistados, considerando a diversidade cultural e as características territoriais da Amazônia. De modo geral, nota-se que os principais pontos de atenção mais mencionados pelos entrevistados se concentram em três grandes temas quanto às boas práticas: (a) fomento e aprimoramento das capacidades municipais e estaduais de planejamento, financiamento e gestão dos serviços de saúde de forma adequada ao contexto amazônico, (b) estabelecimento de mecanismos e incentivos ao provimento e fixação de profissionais de saúde, sobretudo nos municípios do interior; (c) valorização e ampliação do uso de práticas integrativas e complementares em saúde.

Além desta introdução e de uma seção de comentários finais, o relatório se organiza da seguinte forma. Na próxima seção, apresentamos a metodologia usada na pesquisa qualitativa, apontando também os limites do estudo. Em seguida, apresentamos os resultados da pesquisa conforme os temas/eixos analíticos já citados: desafios de acesso e promoção dos serviços; saúde indígena; boas práticas. Além das descrições e análises dos relatos coletados nas entrevistas, cada seção apresenta também: um (i) quadro-síntese das diferentes percepções e temas abordados pelos entrevistados e (ii) gráficos que sumarizam essas percepções (indicando o número de menções obtidas para cada aspecto).





## Metodologia

Neste relatório são apresentados os resultados da análise qualitativa da pesquisa, que teve o objetivo de identificar fenômenos/processos não cobertos pelos sistemas de informação e aumentar a compreensão dos resultados obtidos na análise quantitativa, que constam no Relatório 1 deste projeto. Para tanto, entrevistamos atores-chave ligados às políticas de saúde na Amazônia Legal com o intuito de identificar suas percepções sobre: (i) padrões identificados na análise quantitativa da pesquisa e aspectos do perfil epidemiológico da população, (ii) principais desafios às condições de oferta de serviços de saúde na Amazônia, (iii) saúde indígena, e (iv) boas práticas e possíveis alternativas/soluções a essas dificuldades.

O roteiro das entrevistas foi elaborado a partir de revisão da literatura sobre saúde pública na Amazônia Legal, de entrevista exploratória com profissionais da saúde e resultados preliminares da análise quantitativa. A partir disso, foram identificados os principais tópicos a serem abordados nas entrevistas. Elaboramos um roteiro de entrevista semiestruturada, com itens divididos nos seguintes blocos: i) demanda/características epidemiológicas; ii) características regionais; iii) desafios de acesso à saúde; iv) dificuldades de oferta dos serviços; v) boas práticas; vi) condições de trabalho dos profissionais de saúde; vii) saúde indígena. O Anexo A apresenta o roteiro das entrevistas.

No que diz respeito aos critérios de identificação e seleção de entrevistados, elaboramos uma matriz de mapeamento de categorias de atores, considerando: i) atores envolvidos na saúde pública a partir de uma perspectiva macro (gestores públicos, especialistas, organizações não-governamentais com atuação regional), e atores envolvidos na perspectiva local, ligados à implementação de políticas públicas no território – profissionais da linha de frente, usuários das políticas, representantes comunitários; ii) demais atores envolvidos na oferta ou demanda de serviços de saúde, bem como especialistas.

A seleção das pessoas para entrevista se pautou por meio de amostra propositiva (Merriam and Tisdell 2016), cujos critérios envolveram tanto a seleção por (a) aspectos teóricos e dimensões de interesse, resultando nas 21 categorias de entrevistados descritas na Tabela A. 1 do Anexo 2, bem como considerações sobre a heterogeneidade da região; quanto por (b) seleção por bola de neve, dado que determinadas pessoas e instituições já tinham manifestado disponibilidade



em serem entrevistadas (e/ou já tinham contato com a coordenação do projeto Amazônia 2030) e correspondiam às categorias de interesse pré-definidas no desenho da pesquisa qualitativa.

Ao total, foram feitas 33 entrevistas com duração em torno de 1h30 a 2 horas, em geral. As Tabelas A.2 e A.3 do Anexo 3 mostram a distribuição das pessoas entrevistadas, segundo a categoria e área de abrangência no território. As entrevistas foram realizadas via Zoom, gravadas e posteriormente transcritas. Em alguns casos, quando o(a) entrevistado(a) teve dificuldade de acesso à internet, as entrevistas ocorreram por telefone.

A análise das entrevistas foi realizada com o apoio do software NVivo por meio de um processo de codificação. A Tabela A. 3 do Anexo 4 ilustra a estrutura de codificação utilizada no NVivo. Ao todo foram 2.526 referências de texto codificadas. A organização dos temas para o relatório foi elaborada a partir da agregação destas referências de texto (códigos), tendo como referência os eixos analíticos mencionados. Ao longo do relatório, inserimos citações dos entrevistados para ilustrar as diferentes percepções e opiniões coletadas nas entrevistas, mantendo a identidade do entrevistado anônima.

As codificações das referências de texto realizadas no Nvivo também nos possibilitaram a elaboração de quadros-síntese e de gráficos que sintetizam as diferentes perspectivas e percepções dos entrevistados sobre os temas analisados. Esses quadros e gráficos serão apresentados junto com as citações, propiciando uma visão de conjunto sobre os dados qualitativos coletados.

A análise qualitativa gerou diversos resultados para a pesquisa. O primeiro deles foi o mapeamento de informações que complementam a análise quantitativa já realizada e apresentada no Relatório 1 (Rocha et al. 2021). O segundo foi a identificação de materiais, legislações específicas e outros conteúdos/referências que passaram a subsidiar a pesquisa sobre a saúde na região. O terceiro e principal resultado foi a ampliação da compreensão de fenômenos relacionados à saúde na Amazônia Legal, a partir da perspectiva dos atores-chave entrevistados. Parte dessas diferentes visões/perspectivas foram apresentadas no Relatório 1 (Rocha et al. 2021). No presente relatório, organizamos e descrevemos os achados completos, para o conjunto das 33 entrevistas realizadas.

Descrevemos neste relatório os principais aspectos mencionados pelos entrevistados a partir dos eixos analíticos que organizam o estudo qualitativo. Para tanto, as percepções dos entrevistados foram organizadas em torno dos tópicos: (i) desafios de promoção dos serviços



de saúde, tanto do ponto de vista das condições de acesso, quanto sob a ótica de governança e gestão regionalizada no território; (ii) saúde indígena, incluindo as especificidades das condições de saúde e da SESAI, bem como a articulação interinstitucional e práticas tradicionais; (iii) boas práticas e alternativas para responder aos desafios e dificuldades identificadas no território amazônico em termos de serviços de saúde.

É importante ressaltar que, embora os resultados apresentados neste relatório se refiram aos eixos analíticos acima mencionados, fornecendo ao leitor uma visão panorâmica das principais informações coletadas nas entrevistas, análises mais aprofundadas sobre um determinado tema/aspecto da saúde na Amazônia poderão ser realizadas no futuro para outros recortes analíticos com base no material coletado.

## Limitações

Destacamos duas principais limitações da pesquisa qualitativa. A primeira diz respeito ao acesso aos entrevistados. Embora tenhamos identificado inúmeras pessoas a serem entrevistadas em todas as categorias e estados da região, houve situações mais difíceis para agendar certas entrevistas, sobretudo em áreas mais remotas e de menor acesso à internet, o que reflete uma condição própria de alguns territórios da Amazônia Legal. Algumas entrevistas tiveram que ser adiadas ou remarçadas após interrupções por problemas de internet, por exemplo. O contexto de pandemia por Covid-19 também dificultou o acesso a profissionais da saúde.

Outra limitação, relacionada ao desenho de pesquisa, consistiu nas diferentes condições de abrangência da análise, tanto às 21 categorias de possíveis atores-chave a serem entrevistados, quanto aos diferentes territórios da Amazônia Legal. Dado que a seleção dos entrevistados se deu por meio de uma amostra propositiva, envolvendo a seleção tanto por critérios teóricos quanto por bola de neve, algumas regiões e categorias contaram com mais pessoas entrevistadas do que outras. Embora esse fator não comprometa a validade da análise, há que se considerar que algumas regiões contaram com menor número de pessoas entrevistadas (por exemplo, as regiões de fronteira). De todo modo, essa limitação pôde ser contornada por meio das informações coletadas com informantes cuja atuação se dá em todo o território da Amazônia Legal, incluindo as regiões sub-representadas.

No que se refere à apresentação de resultados da pesquisa qualitativa, é importante esclarecer que os gráficos gerados a partir da mensuração de referências/citações dos entrevistados devem ser lidos com cautela, por dois principais motivos. Em primeiro lugar, embora os gráficos sejam úteis para a identificação e a sumarização de aspectos mais frequentemente ressaltados



pelas pessoas entrevistadas, tais dados foram coletados a partir de uma (i) amostra propositiva de seleção das entrevistas, conforme critérios especificados acima. Em segundo lugar, os resultados refletem temas (ii) previamente abordados ou questionados nas entrevistas semiestruturadas, cujos roteiros de perguntas foram adaptados segundo o perfil e a atuação do entrevistado, conforme explicitado no Anexo 1.

Tendo em vista estes dois aspectos, os achados da pesquisa qualitativa devem ser interpretados a partir dos seus respectivos contextos de análise e das escolhas metodológicas adotadas. Os gráficos e tabelas gerados a partir da análise qualitativa são úteis para se ter uma visão de conjunto das informações coletadas nas entrevistas, embora não sejam informações representativas para uma determinada população. Ainda assim, são abordagens importantes para sintetizar as percepções dos diferentes atores-chave ou partes interessadas atuantes em variadas organizações e escalas no ecossistema da saúde na Amazônia Legal.



# Desafios de Acesso e Promoção dos Serviços de Saúde

Apresentamos neste capítulo os principais desafios mencionados pelos entrevistados sobre as condições de acesso da população aos serviços de saúde e também sobre as dificuldades de gestão e implementação das ações na saúde, tendo em vista as características territoriais e necessidades de populações específicas, e os desafios de organização e coordenação das redes de assistência de forma regionalizada.

O capítulo se divide em duas seções. Na primeira, abordamos as dificuldades de acesso, limitações das capacidades administrativas, desafios de financiamento, escassez de recursos humanos, além de limitações de gestão e coordenação no nível local. A segunda seção apresenta os relatos dos entrevistados sobre os principais desafios ao planejamento regional integrado na Amazônia e à hierarquização das redes de atenção à saúde, conforme necessidades e características territoriais.

## Dificuldades de Acesso e de Gestão dos Serviços de Saúde

Apresentamos a seguir (Quadro 1) as diferentes menções dos entrevistados sobre os principais desafios mencionados quanto às condições de acesso e de oferta de serviços. Organizamos os relatos dos entrevistados em seis conjuntos de temas, que estão sumarizados no quadro abaixo e envolvem os seguintes tópicos: (1) dificuldades de transporte/acesso, (2) desafios à gestão e governança, sobretudo no nível local, (3) dificuldades de financiamento e planejamento, apoio intergovernamental e resposta a necessidades locais; (4) desafios da Atenção Básica; (5) desafios da Atenção Especializada e dos serviços de Urgência/Emergência; e (6) escassez e rotatividade dos profissionais de saúde.



Quadro 1 – Síntese sobre Dificuldades de Acesso, Promoção e Gestão dos Serviços de Saúde

Temas:	Menções/percepções das pessoas entrevistadas:
<b>(1) Dificuldades de transporte em saúde, aspectos logísticos e desafios de acesso à rede de atenção</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dispersão da população no território, desafios de organização e gestão da rede de atenção à saúde de acordo com as necessidades e características locais.</li><li>• Desafios de transporte: sazonalidade dos rios, condições de navegabilidade e condições limitadas de transporte da população e das equipes de saúde. Uso de vários modais de transporte para contornar barreiras geográficas.</li><li>• Limitações de deslocamento em casos de urgência/emergência.</li><li>• Dificuldades de acesso à rede de atenção, por parte de populações residentes em áreas remotas. Por exemplo, dificuldades para agendamento e realização de exames e consultas.</li></ul>
<b>(2) Baixa capacidade administrativa e desafios de gestão/governança</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desconhecimento de muitos gestores locais sobre a existência de linhas específicas de financiamento ampliado para populações específicas da Amazônia, levando à subutilização de linhas de financiamento disponíveis.</li><li>• Falta de elaboração de diagnósticos/avaliação de necessidades do território e desconhecimento de muitos gestores sobre os territórios, em particular das áreas rurais dos municípios.</li><li>• Desafios de planejamento das ações de assistência à saúde considerando a sazonalidade dos rios/períodos chuvosos e sua influência sobre a circulação das pessoas.</li><li>• Desafios de gestão das UBSF.</li><li>• Dificuldades de gestão das ações de saúde em territórios onde coexistem diferentes jurisdições e unidades administrativas (territórios indígenas, reservas extrativistas, unidades de conservação) e atribuições compartilhadas entre diferentes entes federativos.</li><li>• Descontinuidades das ações entre gestões/períodos eleitorais e alternância nos cargos. Indicados políticos que atuam como gestores na área da saúde.</li><li>• Baixo estímulo à participação popular e controle social. Pouca valorização dos espaços participativos, baixa governança participativa, assimetrias de participação.</li><li>• Estratégias incipientes de gestão compartilhada, pouca articulação de estruturas da rede de atenção à saúde, demais políticas setoriais e comunidades.</li><li>• Infraestrutura deficiente das unidades de saúde, sobretudo em áreas remotas: acesso limitado ou inexistente à energia elétrica e canais de comunicação, como rádio, telefonia e internet.</li><li>• Dificuldades na provisão e gestão adequada de insumos de trabalho e medicamentos</li></ul>





Temas:	Menções/percepções das pessoas entrevistadas:
<b>(3) Dificuldades de financiamento e planejamento, apoio intergovernamental e resposta a necessidades locais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desafios de financiamento e planejamento das ações de saúde em áreas remotas e que devem lidar com a dispersão territorial (“fator amazônico”).</li><li>• Planejamento desarticulado à identificação de necessidades locais e regionais, e monitoramento de indicadores básicos.</li><li>• Falta de planejamento das ações de forma intersetorial (considerando características territoriais e sociais, meio ambiente e saúde de forma integrada).</li><li>• Dificuldades na execução do financiamento tripartite da Atenção Básica.</li><li>• Financiamentos via emenda parlamentar e consequente dificuldade de planejamento integrado no SUS.</li><li>• Pouco apoio de Governos Estaduais aos municípios, sobretudo envolvendo ações da Atenção Primária.</li><li>• Dificuldades de abastecimento regular de farmácia básica (problemas de planejamento e gestão farmacêutica)</li><li>• Transferências intergovernamentais condicionadas à identificação da demanda: capacidades municipais reduzidas para o cadastro da população em áreas remotas e sub-financiamento das ações em relação à demanda potencial.</li><li>• Incompatibilidades entre soluções de equipamentos financiados ou providos pelo Ministério da Saúde e as necessidades dos contextos/características locais.</li></ul>
<b>(4) Desafios da Atenção Básica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Menor resolutividade e longitudinalidade das ações da AB, resultando em sobrecarga da rede de atenção especializada.</li><li>• Limitações à ordenação das redes de saúde conforme a identificação das necessidades e características da população no território.</li><li>• Deficiência nas ações de prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento que poderiam evitar o agravo às condições de saúde.</li><li>• Desafios ao estabelecimento de vínculos no território entre as equipes de saúde e a população adscrita, em especial quando as ações das UBSF ocorrem de forma descontinuada.</li><li>• Menor acesso de populações específicas (dispersas no território, em áreas rurais) que estão distantes dos entroncamentos fluviais (população dispersa em terra).</li><li>• Falta de coordenação para os fluxos de referência.</li></ul>
<b>(5) Desafios da Atenção Especializada e serviços de Urgência/Emergência</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sobrecarga da Atenção Especializada em função das deficiências na Atenção Básica</li><li>• Concentração de serviços especializados nas capitais dificulta o adequado acesso da população, principalmente população dispersa em áreas remotas.</li><li>• Falta de unidades ambulatoriais em pólos regionais e maior integração aos fluxos de referência da rede de atenção básica.</li><li>• Distâncias dificultam a oferta dos serviços de urgência e emergência (desafios logísticos)</li><li>• Menor proporção de leitos de UTI por habitante na Amazônia em relação ao restante do país (e sobrecarga das capitais)</li><li>• Dificuldade de provisão de profissionais para atuar na Atenção Especializada</li><li>• Desafios ao credenciamento de hospitais e unidades ambulatoriais junto ao SUS</li><li>• Problemas associados a remoções e tratamentos fora de domicílio</li></ul>



Temas:	Menções/percepções das pessoas entrevistadas:
<b>(6) Profissionais de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escassez de profissionais de saúde na região e alta rotatividade, sobretudo de médicos, tanto generalistas quanto especialistas.</li><li>• Em municípios do interior e áreas rurais a escassez de profissionais de saúde é ainda mais pronunciada.</li><li>• Falta de mecanismos que induzam o provimento e a fixação de profissionais de saúde na Amazônia (sobretudo nos municípios interioranos, áreas rurais e vazios assistenciais).</li><li>• Infraestrutura e condições de trabalho precárias dificultam a fixação de profissionais de saúde.</li><li>• Necessidade de formação em saúde (para a população já residente na Amazônia); e de fortalecimento de competências específicas para o trabalho em saúde na região amazônica.</li><li>• Necessidade de maior suporte aos profissionais atuantes na linha de frente/implementação das ações de saúde, sobretudo em áreas mais remotas (formação e garantia de melhores condições à sua atuação)</li><li>• Importância do papel desempenhado por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes Indígenas de Saúde (AIS), sobretudo em áreas mais remotas.</li></ul>

Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas

As características demográficas e territoriais da Amazônia são desafios tanto para o acesso da população à saúde, quanto para as redes de governança que viabilizam a gestão e implementação das ações em saúde. Para superar as dificuldades impostas pelas características naturais, são necessários esforços coordenados de articulação institucional, que levem em conta tanto as especificidades territoriais quanto a própria “*organização social da vida amazônica*” (Garnelo, Sousa, and Da Silva 2017, p. 1233). Os relatos de alguns entrevistados sobre as condições de acesso e oferta de serviços vão desde menções sobre a dispersão populacional e as dificuldades de provisão de políticas em áreas remotas, dificuldades de deslocamento, tanto da população quanto de profissionais da saúde, até sobre a necessidade de se viabilizar diferentes estratégias e modelos de gestão mais adequados ao contexto amazônico, além da melhor organização da rede de atendimento, de forma longitudinal/contínua e territorializada.

No que diz respeito especificamente às **(1) dificuldades de transporte e desafios de acesso à rede de atenção**, inúmeros relatos ilustram os desafios impostos pela dispersão populacional no território, e a constante dificuldade de provimento de soluções de deslocamento, em diferentes situações. Por exemplo, como relatado a seguir:

*Um agente comunitário de saúde de uma comunidade ribeirinha, ele precisa percorrer 30 km de rio pra atingir as famílias deles. Aí o problema é que 30 que ele anda de rabeta para fazer a cobertura da comunidade dele, vai*



*dar 30 famílias. É muito pouco né? Porque acho que o padrão de densidade populacional é ínfimo. Então assim, todos os indicadores de saúde, todos os padrões de saúde previstos daquela proporção população/profissional de saúde às vezes elas estão adequadas, mas elas estão adequadas para o padrão tradicional, não para o padrão amazônico.*

Recebemos muitas menções sobre comunidades localizadas há vários dias de barco de alguma unidade de atendimento especializado ou mesmo de Unidades Básicas de Saúde. As dificuldades de acesso são ainda maiores em períodos chuvosos e de cheia dos rios -- a sazonalidade influencia as condições de acesso -- ou em áreas onde os rios têm piores condições de navegabilidade de forma geral. Este é o caso de trechos de rio encachoeirados, onde está situada parte expressiva de comunidades indígenas e quilombolas.

Como também apontado por Garnelo e outros (2018), o acesso das equipes de Atenção Primária a meios de transporte também é limitado. Segundo entrevistados, muitas vezes os profissionais de saúde recorrem a multimodalidades de transporte para percorrer um único trajeto: *“a gente precisa de moto, a gente precisa de bajara, a gente precisa de bicicleta. (...) A gente precisa de combustível, (...) do conserto do material, porque a gente trabalha com ele e a gente não tem uma reposição. (...) transporte é essencial”*.

Houve menções sobre a falta de alternativas de acesso/transporte de forma regular entre comunidades situadas em áreas remotas até a rede de atendimento especializado. Este é o caso, por exemplo, de dificuldades de transporte periódico para pacientes oncológicos.

O problema de acesso se intensifica quando se trata do atendimento de urgência/emergência. Por vezes o equipamento, profissional e tratamento necessário existem apenas na sede do município ou na capital. Muitas vezes, faltam meios de transporte e modelos de gestão que garantam que os pacientes cheguem com vida até o local de atendimento. Não apenas a sazonalidade dos rios, mas até mesmo o período do dia pode afetar as condições de transporte de urgência. Ocorrências de urgência e emergência à noite, em certos locais na Amazônia, não têm cobertura. Como mencionado no relato abaixo:

*E o maior dos maiores [problemas] que mexe com a saúde chama-se transporte. Nós só temos uma ambulância, ambulancha, para atender esses três rios. E o mais difícil é (...) que ela não vem de noite. **Ela não vem buscar paciente à noite.** E os indígenas, eles conseguiram helicóptero, mas helicóptero não vem à noite, só vem de dia. Então, se você tiver de adoecer tem que dizer: **“olha, doença, me ataca só de dia, não me ataca de noite, por favor, senão eu vou morrer”**.*



No que se refere aos **(2) desafios de gestão e limitações quanto a capacidades administrativas** locais, houve inúmeros relatos, principalmente sobre desafios de gestão em municípios do interior. Se, por um lado, as barreiras geográficas dificultam a provisão de políticas públicas, por outro, há pouco conhecimento de gestores locais sobre as linhas de financiamento específicas do MS para o contexto amazônico. Este é o caso de recursos e equipamentos ampliados, acessíveis aos municípios, por meio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF). Além do desconhecimento sobre soluções institucionais para problemas locais específicos, também se mencionou que parte dos gestores municipais na Amazônia Legal tem pouco conhecimento sobre o território onde atua, pouco conhecimento técnico na saúde, e não elabora levantamentos e diagnósticos sobre as necessidades locais. A falta de diagnóstico das necessidades também dificulta o processo de solicitação de apoio a estados e união.

*Muitos gestores não têm conhecimento das linhas [de financiamento] ofertadas dos serviços de saúde [no Ministério da Saúde]. (...) Ainda tem um desconhecimento sobre as possibilidades de financiamento. (...) A gente ainda não vê uma busca significativa [dos gestores]. Nós temos algumas ofertas dentro dos equipamentos para a atenção primária em área ribeirinha, como por exemplo a **Câmara de energia solar que poderia auxiliar na questão dos imunobiológicos, na questão até de animais peçonhentos, que a gente sabe que tem uma certa dificuldade de ter os imunobiológicos.** E a gente não vê muito o gestor tendo essa informação, né? Por mais que a gente traga essa informação para o território, (...) parece que isso ainda não foi percebido como uma possibilidade de qualificar e de melhorar a oferta de cuidado nessas regiões de maior dispersão [territorial].*

A capacidade administrativa limitada na saúde foi associada, por alguns entrevistados, à alta rotatividade nos cargos de gestão e à ocupação desses cargos por indicados políticos com pouco conhecimento técnico-gerencial na saúde. Segundo menções, isso levaria à maior descontinuidade entre as políticas públicas de saúde entre as gestões, e à menor qualidade das ações desenvolvidas. Nesse mesmo contexto, houve relatos sobre o baixo incentivo à participação popular e aos mecanismos de controle social, bem como relatos sobre limitações das instituições participativas (IPs), tais como assimetrias de participação.

Ainda no âmbito das limitações das capacidades de gestão local, as entrevistas chamam a atenção para a falta de infraestrutura nas unidades de saúde (energia elétrica, acesso à telefonia e internet) e problemas de gestão de insumos, equipamentos e acesso a medicamentos. Esses problemas se refletem em menores condições de oferta dos serviços e em menor resolutividade da Atenção Básica. Os entraves à gestão farmacêutica, por exemplo, foram associados a menores condições de acompanhamento e tratamento de pessoas com doenças crônicas, principalmente diabetes e hipertensão, e problemas ligados à saúde mental.



Quanto às características geográficas da Amazônia, também foram mencionados (i) desafios de planejamento das ações em função da sazonalidade dos rios e períodos chuvosos, tanto no contexto do atendimento especializado, quanto da atenção básica. Nesse último caso, os gestores relataram que o planejamento das UBSF precisa acompanhar a dinâmica sazonal. Esse fator muitas vezes compromete a periodicidade e continuidade das ações no território, bem como o caráter longitudinal das ações, dificultando o estabelecimento de vínculos entre comunidades e equipes de saúde.

Mencionou-se também o (ii) descompasso entre as características geográficas e as múltiplas jurisdições administrativas superpostas no território, onde coexistem distintas atribuições compartilhadas pelos entes federativos. Um exemplo típico dessa situação são as regiões cobertas pelas ações das UBSF: uma única área de adscrição de UBSF pode envolver dezenas de comunidades ribeirinhas, diferentes comunidades indígenas, áreas de reservas extrativistas em distintos municípios (com diversas equipes de ESF). Em cenários como esse, foram muitos os relatos sobre desafios à governança integrada e compartilhada, tais como: alternância de equipes de saúde entre os municípios ao longo do trajeto percorrido pela UBSF, desafios de cofinanciamento das ações, dificuldades quanto ao estabelecimento de vínculos, problemas de governança e necessidade de se considerar arranjos mais participativos, envolvendo os diferentes atores comunitários. Esse conjunto de limitações inclui desde os desafios de governança participativa, até a efetivação de arranjos institucionais que viabilizem a atuação conjunta de municípios e organizações distintas sobre o mesmo território.

Dificuldades de **(3) financiamento e planejamento das ações em saúde frente às necessidades e demandas locais** foram mencionadas por diversos entrevistados (totalizando 104 menções nas entrevistas). Em geral, muitas pessoas destacam o “fator amazônico”, argumentando que as ações na região requerem maior aporte de recursos se comparado ao restante do país quando se leva em conta os insumos necessários para a promoção de saúde em áreas remotas e junto a populações dispersas. Gestores e profissionais da saúde enfatizaram a necessidade de aprimoramento do financiamento tripartite da Atenção Básica. Segundo relatos, há dificuldades nos repasses da união e estados, tais como atrasos e descontinuidades, assimetrias em condições de financiamento de cada ente federado e baixa integração da gestão orçamentária tripartite. Outro ponto de atenção, citado frequentemente, diz respeito ao investimento na saúde por meio de emendas parlamentares, cuja lógica de alocação de recursos não se articula a um planejamento integrado das necessidades em saúde junto ao MS.



Ainda no âmbito do custeio das ações em saúde, houve menções sobre o modelo de financiamento da Atenção Primária, instituído pela portaria Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Antes da Portaria, o financiamento era composto pelo piso de Atenção Básica Fixo e Variável, adotando como referência a população municipal segundo o IBGE. O novo modelo de financiamento, instituído pela Portaria 2979, leva em consideração três componentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas. A capitação ponderada é baseada na população cadastrada na Atenção Primária, com atribuição de peso por pessoa e critérios de vulnerabilidade, aspectos demográficos e classificação geográfica. Mesmo que a classificação de áreas remotas esteja considerada no cálculo, ainda assim muitos entrevistados argumentaram preocupações quanto à condição de cadastro prévio da população para o custeio da Atenção Primária. Segundo entrevistados, os governos dos municípios de grande extensão territorial, alta dispersão populacional e baixa capacidade administrativa têm dificuldades para cadastrar a população, sobretudo populações residentes na área rural.

Outro tema citado pelos entrevistados se refere às incompatibilidades entre determinadas soluções de equipamentos fornecidos pelo MS, em contraposição às necessidades e contextos locais na Amazônia. Um fato que ilustra esse aspecto é o relato de um gestor sobre uma embarcação provida pelo MS para atendimento nas comunidades ribeirinhas. Como os componentes do barco eram padronizados para todo o país, houve incompatibilidades quanto ao tipo de combustível disponível no interior da Amazônia em relação ao combustível necessário ao motor instalado na embarcação. Com isso, o barco permaneceu atracado e inoperante no porto:

*Pra você ver as diferenças regionais. O Ministério da Saúde resolveu fazer os barcos de apoio à área de saúde. Aí foi pro Pantanal, foi lá para o Rio Grande do Sul, Lagoa dos Patos, (...) região de Araruama. Bem. Distribuíram os barcos. Barco padrão, igual para todo mundo: **consulta odontológica, mamografia, consultório, pequena cirurgia**. Aí veio para cá (...). Está atracado até hoje. (...) Sabe por quê? Porque o **motor dele é o mesmo motor para o Brasil inteiro e usa um tal de um óleo S10, é um óleo super filtrado e não tem [no interior da Amazônia]**. Só temos óleo diesel no interior [da Amazônia].*

Os desafios enfrentados na **(4) oferta das ações da Atenção Básica** foram frequentemente mencionados, conforme já indicado nesse relatório. Em síntese, boa parte dos comentários se refere a deficiências nas ações de prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento de forma contínua e resolutiva no território. Muitas pessoas enfatizaram que a oferta limitada das ações da Atenção Básica na Amazônia leva a agravos às condições de saúde da população, sobrecarregando a demanda pelos serviços de Atenção Especializada. Mencionou-se também





que grande parte desses agravos poderia ser evitada por meio de ações territorializadas, longitudinais/contínuas e mais resolutivas nas áreas de atuação. Este é o caso, por exemplo, do acompanhamento dos casos de diabetes ou o adequado acesso das mulheres às ações de atenção à saúde materno-infantil. Sobre esse último exemplo, diferentes entrevistados reportaram problemas e agravos que poderiam ser evitados com um atendimento pré-natal adequado.

A falta de iniciativas voltadas à identificação das necessidades da população no território, sobretudo em áreas remotas, a falta de ordenação das redes de atenção à saúde e linhas de cuidado também foram enfatizadas. Relataram-se desafios ao estabelecimento de vínculos no território de forma contínua, em função de ações itinerantes pouco frequentes e descontinuadas em áreas de dispersão populacional, e de lacunas da gestão e das condições de trabalho na ponta. A esse respeito, um dos entrevistados chama a atenção para situações de descontinuidade do cuidado de ações itinerantes pouco planejadas/integradas ao cuidado de forma longitudinal:

*Não necessariamente fazer o exame significa ter um diagnóstico, porque as expedições anteriores, as ações anteriores, elas às vezes fazem o preventivo e não devolvem um resultado. (...) Se você não tem um cenário muito grande de um planejamento, que é continuado e presente junto com todos os atores, vai virar essa ação [pontual]. Uma das coisas que eu acho que é uma das experiências mais negativas (...) no contexto amazônico é essa persistência dessa visão de 'missão de saúde': (...) vários desses profissionais são formados muito nesse sistema de que: "- eu vou na comunidade, vou fazer as ações de saúde e deixo uma farmacinha" e **não tem uma continuidade do cuidado né.***

Os relatos a seguir ilustram diferentes aspectos das dificuldades de acesso da população à rede de atenção à saúde e desafios de oferta da Atenção Básica:

*Entendo como **a maior necessidade é acesso.** Seriam necessidades básicas que vão desde um pré-Natal, com cuidados mínimos, acesso a exames laboratoriais básicos, até o acompanhamento de questões simples como imunização, saúde bucal. **É uma região que tem necessidades básicas, coisas muito simples, que poderiam mudar a realidade dessas pessoas.***

*Então, eu vejo assim, que é outro ponto que precisa melhorar bastante, o **encaminhamento.** E você chega vindo do interior com encaminhamento, entrega para a secretaria, que o agente de saúde entrega né? Marcou, você vem, faz o trabalho.... mas não é só aquele trabalho, o médico que atende vai passar novos exames, **até ele descobrir o que você tem, você fica exausto, né, sem dinheiro e triste por não continuar o tratamento, e retornar para o sítio.** Aí a pessoa diz assim: "mas, pô, o cara não continuou o trabalho, nem continuou consulta, não veio mais aqui". **Mas você perguntou para ele se ele tinha condições para ficar aqui na cidade?***



Ainda no âmbito dos desafios da Atenção Básica, os entrevistados também chamaram a atenção para as menores condições de acesso dos serviços de saúde por parte de populações específicas, dispersas territorialmente em áreas que estão distantes dos eixos fluviais e que são vazios assistenciais. Em função do difícil acesso, essas populações dispersas por terra não são visitadas pelas UBS Fluviais e ainda não contam com linhas específicas de financiamento junto ao MS.

No que se refere à **(5) atenção especializada**, destacou-se sobretudo a concentração da oferta desses serviços nas capitais, dificultando o acesso da população do interior e de áreas rurais/remotas à rede de média e alta complexidade. Foram mencionadas a falta de hospitais regionais em municípios-polo na Amazônia e a falta de unidades ambulatoriais para atendimentos especializados e procedimentos cirúrgicos mais simples. Na visão de entrevistados, ainda há deficiências na organização e nos estabelecimentos dos fluxos de referência/encaminhamento no território. Esses desafios e a assimetria em termos de infraestrutura de serviços entre capitais e municípios do interior são abordados à frente na seção sobre regionalização. Ainda nesse contexto, houve muitas menções sobre as dificuldades decorrentes das ‘remoções’ e dos tratamentos foram de domicílio.

A **(6) escassez de profissionais da saúde** foi também um dos problemas mais mencionados pelos entrevistados (com 111 menções dos entrevistados), na mesma linha de pesquisas realizados por outros autores (Dolzane and Schweickardt 2020; Garnelo et al. 2020; Scheffer et al. 2020). A falta de profissionais de saúde, principalmente médicos, e a baixa permanência desses profissionais nos locais de atuação são problemas comuns à região. Tais dificuldades se acentuam nas regiões interioranas, áreas rurais e mais remotas. Além da menor resolutividade da Atenção Básica, a escassez de médicos limita a constituição de Equipes de Saúde da Família (ESF), já que toda ESF precisa contar com, pelo menos, um médico, de acordo com a Portaria 2436 da PNAB. Muitos gestores destacam e enfatizam essas persistentes dificuldades de contratação de médicos que, portanto, limitam a formação de ESF mesmo que todos os demais profissionais da equipe já estejam disponíveis:

*Uma dificuldade (...) é a gente conseguir contratar médico viu?! Eu estou aqui com sete equipes ribeirinhas que foram habilitadas agora e eu não tenho nenhum médico que queira vir. Se eu não tiver o médico, eu não consigo financiamento para a equipe, aí eu não consigo nem que o enfermeiro vá trabalhar, porque eu não vou ter o custeio disso, entendeu?*

Como discutimos no Relatório 1 (Rocha et al, 2021), a proporção de médicos por habitante na Amazônia Legal é equivalente à metade da proporção média para o restante do país. Muitas



comunidades remotas contam apenas com visitas de médicos periódicas, e por vezes descontinuadas, que inviabilizam a longitudinalidade e a integralidade do cuidado à saúde. A falta de interiorização dos médicos é citada como um dos principais desafios na visão dos entrevistados:

*A questão da **regionalização ou interiorização dos profissionais de saúde**, principalmente dos médicos, eu acho que é um problema que precisaria ser o primeiro a ser enfrentado, principalmente porque ele gera assimetrias e gera problemas graves na execução de políticas públicas. (...) Quando você tem a mudança do profissional de saúde, que não é pouca, é constante(...), você vai ter todo um trabalho de novo de investigação e aí você tem uma descontinuidade dos prescritores.*

Além da própria dificuldade de atração e fixação dos médicos, os entrevistados apontam a necessidade de profissionais de saúde atuantes nestes territórios terem uma formação diferenciada para as particularidades do contexto. Segundo o entrevistado, falta uma “matriz de competências” diferenciada para a formação dos profissionais de saúde inseridos no contexto amazônico:

*Acho que esse é um outro gargalo, a deficiência de recursos humanos, em especial do trabalho médico. E aí quando eu coloco a deficiência, eu incluo também a **capacitação para trabalhar nesses contextos com uma matriz de competências diferenciada**. Então, por exemplo, um médico que trabalha num contexto ribeirinho, **ele precisa saber fazer uma pequena cirurgia, ele precisa saber operar um aparelho de ultrassom**.*

A seguir, na Figura 1 e na Tabela 1, apresentamos o número de menções dos entrevistados para cada um dos diferentes temas ligados aos desafios de acesso e promoção dos serviços de saúde na Amazônia Legal. Mais especificamente, na Figura 1, sintetizamos o número de menções nas entrevistas para os diversos conjuntos de temas, organizados em categorias mais amplas. Na Tabela 1, cada um desses temas é detalhado em subcategorias, com o respectivo número de menções recebidas nas entrevistas.

O gráfico apresentado na Figura 1 abaixo evidencia que, dentre os temas abordados pelos entrevistados, os desafios ligados aos (i) **profissionais de saúde** (escassez e rotatividade de profissionais, e necessidade de formação para o contexto amazônico), dificuldades ligadas a (ii) **financiamento e planejamento**, além de (iii) **gestão dos serviços e capacidades institucionais** foram as categorias mais citadas e enfatizadas pelos entrevistados. Juntas, essas três categorias ou conjuntos de temas respondem por 53% das menções apresentadas pelos entrevistados, no âmbito dos desafios à oferta de serviços de saúde. Em seguida, destacam-se também preocupações mais específicas ligadas à oferta dos serviços na Atenção Básica (13% das



menções), na Atenção Especializada e nos serviços de Urgência/Emergência (11%) e problemas relacionados à logística, grandes distâncias e condições de acesso (11%).

Figura 1- Menções sobre desafios de acesso e gestão dos serviços de saúde (Categorias)

Dificuldades de Acesso e de Gestão dos Serviços de Saúde (Categorias)	Entrevistados (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
Profissionais de saúde (falta de profissionais, rotatividade, formação)	19	111	21,3
Dificuldades de financiamento e planejamento	19	104	20,0
Baixas capacidades institucionais-administrativas e desafios de gestão	19	62	11,9
Atenção Básica (desafios)	15	67	12,9
Atenção Especializada e Urgência/Emergência (desafios)	18	59	11,3
Desafios de acesso e grandes distâncias	17	59	11,3
Dificuldades ligadas a condições urbano-ambientais (sobretudo saneamento)	15	25	4,8
Desafios de oferta de serviços em função de sazonalidades	12	20	3,8
Falta de equipamentos, insumos e recursos adequados	9	14	2,7
<i>Total de menções</i>	29	521	100,0

Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas.

Cada uma das categorias (indicadas no gráfico da Figura 1) estão mais detalhadas na Tabela 1 abaixo, em que as citações dos entrevistados estão organizadas em grupos de comentários/relatos mais específicos (subcategorias). Na categoria sobre ‘profissionais de saúde’, notam-se algumas preocupações mais mencionadas, tais como a necessidade de maior investimento em formação dos profissionais atuantes em contexto amazônico (para que possam ter maior autonomia quanto a determinados procedimentos), além de comentários sobre as dificuldades de provimento e fixação de profissionais, bem como medidas necessárias para contorná-las. Outros temas (subcategorias) bastante mencionados foram as dificuldades de adequação do planejamento das ações de saúde às características da Amazônia (38 menções); dificuldades de financiamento (33), o necessário fortalecimento (provendo maior acesso e resolutividade) da Atenção Básica (37); e fatores ligados às dificuldades de oferta da Atenção Especializada, com 27 menções – tais como distâncias, problemas evitáveis na Atenção Básica e sobrecarga da Atenção Especializada, falta de especialidades médicas e dificuldade de organização do referenciamento.

Tabela 1 - Menções sobre desafios de acesso e gestão dos serviços (Categorias e Subcategorias)

Dificuldades de Acesso e de Gestão dos Serviços de Saúde (Categorias e Subcategorias)	Entrevistados (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
<b>Profissionais de saúde (falta de profissionais, rotatividade, formação)</b>	<b>19</b>	<b>111</b>	<b>21,31</b>
Falta de profissionais (rotatividade, dificuldade de fixação sobretudo no interior)	13	35	6,72
Formação necessária e maior autonomia para profissionais na Amazônia	11	19	3,65
Condições de trabalho (precarizações, e falta de condições adequadas)	10	17	3,26



Dificuldades de Acesso e de Gestão dos Serviços de Saúde (Categorias e Subcategorias)	Entrevistados (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
Possibilidades de provimento e fixação de mão de obra	9	21	4,03
Necessidade de interiorização dos profissionais de saúde	5	7	1,34
Agentes Comunitários de Saúde: importância e demanda	4	8	1,54
Carreira	2	2	0,38
Necessidade de formação específica para o trabalho em contexto amazônico	1	2	0,38
<b>Dificuldades de financiamento e planejamento</b>	<b>19</b>	<b>104</b>	<b>19,96</b>
Dificuldades de adequação do planejamento às características da Amazônia	11	38	7,29
Dificuldades de financiamento e 'fator amazônico'	10	33	6,33
Necessário planejamento intersetorial (território, meio ambiente e saúde de forma integrada)	5	8	1,54
Falta de identificação de necessidades, monitoramento, avaliação, adequado planejamento	5	7	1,34
Pouco apoio de Governos Estaduais aos municípios, sobretudo envolvendo Atenção Primária	5	7	1,34
Improvisos na oferta dos serviços para contornar problemas de gestão e desenho institucional	2	6	1,15
Dificuldades de abastecimento regular de farmácia básica (gestão farmacêutica)	3	5	0,96
<b>Capacidades institucionais-administrativas e desafios de gestão</b>	<b>19</b>	<b>62</b>	<b>11,90</b>
Baixa capacidade municipal e dinâmicas políticas locais	8	16	3,07
Desafios da gestão no território (diferentes jurisdições)	7	11	2,11
Ativismo de gestores e profissionais	5	8	1,54
Capacidades de gestores e profissionais	5	8	1,54
Descontinuidades na gestão e nas políticas públicas	7	8	1,54
Necessário fortalecer instituições participativas e controle social	5	8	1,54
Considerações sobre o território amazônico como um todo (desafios de gestão)	2	3	0,58
<b>Atenção Básica (desafios de oferta dos serviços)</b>	<b>15</b>	<b>67</b>	<b>12,86</b>
Necessário fortalecimento (maior acesso e resolutividade) da Atenção Básica	12	37	7,10
Agravos que poderiam ser evitados	3	7	1,34
Estratégia de Saúde da Família e populações específicas	2	7	1,34
Necessidade de maior foco em prevenção e melhor entendimento sobre a Atenção Básica	5	5	0,96
Necessária a organização em rede	1	3	0,58
Necessária longitudinalidade da oferta da Atenção Básica	2	3	0,58
Necessário atendimento singularizado para comunidades tradicionais (dispersão em terra)	2	3	0,58
Indicadores de saúde	1	1	0,19
Vigilância em saúde	1	1	0,19
<b>Atenção Especializada e Urgência/Emergência (desafios de oferta dos serviços)</b>	<b>18</b>	<b>59</b>	<b>11,32</b>
Dificuldades de oferta da Atenção Especializada - distâncias, problemas evitáveis na AP e sobrecarga da AE, falta de especialidades, dificuldade de organização do referenciamento	13	27	5,18
Dificuldades de oferta - serviços de emergência e urgência (distâncias)	10	17	3,26
Poucos leitos de UTI por 100mil habitantes	3	4	0,77
Sobrecarga de municípios-polo com problemas evitáveis	3	3	0,58
Desafio - provimento de profissionais para a Atenção Especializada	1	2	0,38
Dificuldade de credenciamento (habilitação) de unidades ambulatoriais	2	2	0,38
Regiões-polo deveriam ter estrutura para o atendimento especializado	2	2	0,38
Dificuldade de deslocamento (emergência e urgência)	2	2	0,38



Dificuldades de Acesso e de Gestão dos Serviços de Saúde (Categorias e Subcategorias)	Entrevistados (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
<b>Desafios de acesso e grandes distâncias</b>	<b>17</b>	<b>59</b>	<b>11,32</b>
Desafios logísticos	12	30	5,76
Heterogeneidade dos territórios, dificuldades de acesso e distâncias continentais	11	19	3,65
Dispersão populacional no território	4	4	0,77
Tratamento Fora de Domicílio (TFD)	3	3	0,58
Problemas das remoções (população rural, comunidades tradicionais, etc)	2	2	0,38
Relações tensas entre comunidades locais e forças armadas em regiões de fronteira	1	1	0,19
<b>Condições urbano-ambientais (saneamento e gestão de resíduos sólidos)</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>4,80</b>
Falta ou problemas ligados a saneamento Básico	15	23	4,41
Gestão de resíduos sólidos	2	2	0,38
<b>Desafios de oferta de serviços em função de sazonalidades</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>3,84</b>
<b>Falta de equipamentos, insumos e recursos adequados</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>2,69</b>
<i>Total</i>	<i>29</i>	<i>521</i>	<i>100,00</i>

Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas

## Regionalização e Planejamento Integrado

O tema da regionalização e a incorporação de uma lógica territorial mais ampla na provisão de serviços de saúde é um desafio para a Amazônia Legal, sobretudo quando levamos em conta aspectos singulares da região, como suas características geográficas, a dispersão populacional e capacidades estatais.

Na percepção dos entrevistados, os principais desafios à governança e à regionalização da saúde na Amazônia dizem respeito a temas como: (1) a necessidade de se pensar redes de governança e de planejamento da saúde para o território amazônico como um todo, para além das divisões administrativas dos municípios, regiões de saúde ou estados; (2) os desafios de integração da saúde indígena ao planejamento regional; (3) a atuação limitada dos governos estaduais na promoção de ações coordenadas no território; (4) necessidades de organização da rede de atenção à saúde; (5) dificuldades das gestões locais para a atuação regionalizada; limitações e desafios associados às (6) esferas de pactuação interfederativa. O quadro abaixo sintetiza as diferentes percepções dos entrevistados, organizadas a partir destes seis eixos. Na sequência, os principais aspectos mencionados nas entrevistas são apresentados, em maior detalhe, com citações.



Quadro 2 - Síntese sobre Percepções sobre o Planejamento Regional e seus Desafios

Temas:	Menções/percepções das pessoas entrevistadas:
<b>(1) Necessidade de rede de governança integrada para a Amazônia como um todo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desafios enfrentados por municípios cujas cidades-pólo mais próximas pertencem a outra região de saúde ou a outro estado; incompatibilidade entre divisões político-administrativas e os fluxos de acesso à saúde. As características geográficas influenciam outras dinâmicas, que não coincidem com a divisão em regionais.</li><li>• Necessidade de criação de redes de encaminhamento baseadas nas características geográficas/territoriais e na compreensão dos fluxos da população no território.</li><li>• Dificuldade de identificação de necessidades e demandas locais, falta de diálogo entre entes federativos, dificuldade de se trabalhar com uma perspectiva integrada do território.</li></ul>
<b>(2) Integração da saúde indígena ao planejamento da saúde entre os entes federativos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desafios de integração da SESAI às ações de saúde promovidas por governos municipais e estaduais.</li><li>• Falta de instrumentos legais e instrumentos de gestão que possibilitem a melhor integração entre SESAI e entes subnacionais.</li><li>• Dificuldade de promover ações integradas e conjuntas entre a SESAI e a administração municipal. Por exemplo, coordenação de campanhas de vacinação, considerando tanto as comunidades indígenas, quanto as demais comunidades no município.</li></ul>
<b>(3) Atuação limitada dos governos estaduais na regionalização</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Baixo apoio (e baixo repasse de recurso) estadual às ações municipais da Atenção Primária e fragilidades no diálogo de gestores estaduais com gestores municipais.</li><li>• Baixa articulação/planejamento integrado na realização de ações cujas competências são compartilhadas entre governos estaduais e municipais.</li><li>• Atuações pontuais dos governos estaduais, mediante situações críticas. Por exemplo, quando há denúncias municipais ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS.</li><li>• Atuação estadual limitada na coordenação de ações, discussões e pactuações entre municípios. Governos estaduais deveriam atuar na coordenação de ações regionalizadas e induzir cooperação municipal.</li><li>• Governos estaduais deveriam investir mais na implantação de unidades regionais de atendimento especializado (por exemplo, hospitais regionais e descentralizar atendimentos), organizando a rede de atenção à saúde.</li><li>• Contrapartidas estaduais implementadas de forma assimétrica, deixando certas regiões de saúde (por ex.: áreas mais remotas) desassistidas em relação a outras regiões (tais como polos turísticos ou econômicos).</li><li>• Descontinuidades de ações regionalizadas e de negociação interfederativa associadas à rotatividade de gestores estaduais.</li></ul>
<b>(4) Organização da rede de atendimento entre municípios menores, polos regionais e capitais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Concentração de serviços principalmente nas capitais: necessidade de ampliação desses serviços para outras cidades-polo, para além de capitais, diminuindo assimetrias intrarregionais.</li><li>• Assimetrias de capacidades e infraestrutura de atendimento em saúde: excessiva dependência de municípios do interior às capitais.</li><li>• Necessidade de fortalecer a Atenção Primária: ampliar o acesso à população, melhorar resolutividade, diminuir agravos à saúde que são evitáveis.</li><li>• Necessidade de maior infraestrutura e descentralização dos serviços de Atenção Especializada à saúde em polos regionais.</li></ul>



Temas:	Menções/percepções das pessoas entrevistadas:
(5) Governos locais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Descontinuidades de ações regionalizadas e de negociação interfederativa associadas à rotatividade de gestores municipais.</li><li>• Falta de cooperação entre municípios e necessidade de constituição de arranjos colaborativos intermunicipais, tais como consórcios intermunicipais de saúde, como forma de organização da rede de atenção à saúde, sobretudo atenção especializada.</li><li>• Entraves ao planejamento regional integrado e à hierarquização da rede de atendimento, em função de agendas políticas divergentes no nível local.</li><li>• Limitações locais (acesso a recursos e capacidades administrativas limitados) e dificuldades de atuação com pouco apoio de governos estaduais (faltam incentivos à regionalização, transferências e contrapartidas, suporte à gestão).</li></ul>
(6) Espaços de pactuação interfederativa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de unidade entre entes para reivindicar políticas estruturantes para a região. Pouca vocalização dos problemas de saúde da Amazônia nos diferentes espaços de pactuação interfederativa (CONASS, CONASEMS, CIB, CIT, CIR).</li><li>• Falta de valorização e reconhecimento dos espaços de pactuação interfederativa, por gestores e pela população.</li><li>• Gestores deveriam receber capacitação/formação que lhes permita efetivamente atuar de forma cooperada entre os entes, valorizando os espaços de pactuação e resolvendo problemas comuns.</li><li>• CIRs inoperantes, há vários anos sem a realização de reuniões para discussão de plano de regionalização. Falta de atuação coordenada entre gestões estaduais e locais.</li></ul>

Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas

No que diz respeito ao primeiro aspecto, sobre a **(1) necessidade de se considerar uma rede de governança para a Amazônia como um todo**, diversos entrevistados mencionaram as incompatibilidades entre as divisões político-administrativas municipais, estaduais ou ainda das próprias regiões de saúde, argumentando que as características geográficas influenciam a circulação das pessoas e suas condições de acesso aos serviços de saúde (aos serviços de modo geral). Conforme mencionado por um dos entrevistados:

*Eu acho o grande gargalo, vamos dizer assim é dos interiores, né (...)  
A gente na verdade não avançou muito no modelo de regionalização, porque a gente tem um dos municípios que estão nas calhas dos rios, né? Então quando você né pega o Rio, por exemplo Juruá, que é um Rio muito sinuoso, que você leva dias para chegar até lá. (...) Acontece que um município que está mais abaixo e outros estão no alto, então eles não podem formar uma região, porque eles não se comunicam, eles não têm relação entre eles. Uns se comunicam com Manaus, ou se estão próximos de outra capital, como lá o caso de Boca do Acre [AM] se comunica com Rio Branco, né? Porque tem uma estrada e é fácil de eles irem, ou até mesmo Pauini [AM], que é um outro município de né, do lado do [Rio] Purus: é mais fácil eles irem ao Acre, do que vir para Manaus. Vão gastar muito mais para transportar. (...) Esse é um nó que a gente não conseguiu desatar ainda, a gente já fez vários debates, a gente participou junto da Secretaria do estado aqui, discutindo né? Qual seria o melhor formato regionalização?*





Considerando essas discontinuidades entre divisões político-administrativas e características territoriais, algumas pessoas entrevistadas apontaram para a necessidade de se pensar alternativas de governança mais amplas, em que se pudesse planejar as ações de saúde para o território da Amazônia como um todo:

*Eu acho que as redes as regionais de saúde no contexto amazônico, elas poderiam ser um pouquinho mais organizadas no sentido de não necessariamente a gente ter uma regionalização estadual. A gente [poderia] pensar uma **regionalização pan-amazônica**, né? Então, por exemplo, aquela região Oeste do Pará, aquela pontinha ali do Oeste do Pará: é muito mais próxima de Manaus e a população naturalmente vai para Manaus! (...) A gente talvez precisaria **repensar a regionalização da saúde no contexto amazônico**. (...) E talvez por questões de estado e os pactos federativos que a gente tem no país, dificultam um pouco essa discussão.*

### A (2) integração da saúde indígena ao planejamento da saúde (entre os entes federativos)

também aparece nos relatos dos entrevistados quando se fala em regionalização. As dificuldades de integração de certas ações entre municípios ou estados e a SESAI - como é o caso, por exemplo, do planejamento das estratégias de vacinação – são apontadas como desafios cotidianos, que se intensificam frente às reduzidas capacidades administrativas dos governos municipais ou à baixa institucionalização da governança compartilhada entre os entes federativos no território.

*Por exemplo, aqui (...) nós temos comunidades indígenas. A gente tem o DSEI. Aí, do lado, tem a atenção primária [municipal], que tem na verdade a função de fazer a mesma coisa. (...) Você não consegue atingir a meta da campanha, porque **você não consegue formular a estratégia em conjunto [com DSEI] com a Atenção Primária**. Eu acho que o desafio... esse é um **desafio enorme**. (...) Acho que o Ministério [das Saúde] ele tem que intervir de forma pontual e ele não pode agir também de forma cartorial como vem sempre agindo. Eu acho que **tem que haver um diálogo**, essa falta de diálogo é histórica, não é de agora. (...) Em alguns momentos até atuam junto, o posto de saúde que atende o DSEI é junto com o posto de saúde da Atenção Primária [municipal]. Mas é **incrível como não consegue haver um planejamento estratégico para que englobe os dois entes ali para fazer uma coisa bem**.*

A (3) atuação limitada dos governos estaduais na regionalização foi um dos aspectos mais mencionados pelos entrevistados – embora seja atribuição dos Estados a coordenação do processo de regionalização e da promoção/facilitação da organização das redes de atenção à saúde, considerando as regiões de saúde. Como apresenta o Quadro 3, muitos entrevistados criticaram a atuação de governos estaduais por motivos diversos: problemas quanto ao repasse de recursos/contrapartidas estaduais (por exemplo, no caso da assistência farmacêutica); baixo apoio estadual às ações da Atenção Primária, pouca ou quase nenhuma atuação estadual para



promover o diálogo contínuo e a gestão compartilhada junto aos municípios; descontinuidades entre gestões, baixa atuação nas esferas de pactuação interfederativa.

Também se falou muito sobre as limitações dos estados em planejar e estruturar as redes de encaminhamento (em articulação com as esferas de pactuação interfederativa, como é o caso da Comissão Intergestores Regional - CIR), de acordo com as necessidades de saúde no território, a capacidade instalada, os vazios assistenciais e os fluxos de acesso. Diversos relatos apontaram a falta de infraestrutura em municípios-polo e a necessidade de hospitais regionais ou unidades ambulatoriais de atendimento especializado. Caso fortalecida, a infraestrutura local poderia minimizar a sobrecarga da demanda por atendimento especializado e de urgência/emergência nas capitais. Por outro lado, houve percepções positivas direcionadas aos estados que conseguiram implantar hospitais regionais e outras unidades de atendimento especializado a partir de uma lógica territorializada. Ainda assim, de forma mais geral, a incipiência do apoio estadual à Atenção Primária e à regionalização foi uma crítica predominante, feita por diversos entrevistados, como ilustra um dos relatos a respeito:

*Agora, no interior (...) o governo precisa entrar nisso aí. O estado (...) investe muito em Saúde, é dos estados que mais investe. Agora, **se a gente olhar para o investimento em Atenção Primária, aí investimento é zero, é menos que 1%**. O governo federal dá algum apoio, mas é ínfimo. O governo [estadual] deveria pelo menos ajudar a fazer as pactuações (...) A **Secretaria [estadual] de Saúde (...) cuida dos hospitais do interior, junto com os municípios (...). Só que ela não dialoga com a Atenção Primária**. E tem que ter o segundo passo. E o segundo passo não é o Estado invadir a competência do município: **é o Estado, junto com o COSEMS, trabalhar estas pactuações**. E agora, a gente tem a internet, pode ter um encontro presencial anual para criar simpatia, e [depois] ter trimestral por internet. **E vamos começar regionalizadamente**.*

Na mesma perspectiva do relato acima, outro entrevistado ressalta a ausência do governo estadual no apoio às gestões municipais, o que leva alguns municípios a apresentar denúncias ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS): “o Estado, se não for por denúncia, eles não vêm ao município, entendeu?! Eles só vão se tem denúncia ao DenaSus em Brasília: aí o DenaSus manda para a Secretaria do Estado, para a Secretaria ir ao município”.

Também se destacaram problemas relativos às transferências/repasses estaduais aos municípios, a falta de atuação do estado nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), além de assimetrias quanto ao apoio estadual entre as diferentes regiões de saúde:

*Desde 2016 que nós não recebemos a contrapartida a assistência farmacêutica básica, que é um per capita baixíssimo, insuficiente. (...) Mesmo sendo pouco, eles não estão repassando. Em **todas as reuniões nós***



*reclamamos, falamos, pontuamos, solicitamos que tenham as reuniões das Comissões Regionais [CIR], que estructurem as regionais nos municípios. Tem regiões de saúde (...), onde lá tudo se pensa para essa região, ou para o entorno da capital (...). As outras regiões [remotas], como a que eu trabalho hoje, (...), eles ficam esquecidos.*

A (4) **organização da rede de atenção à saúde**, sob a perspectiva regionalizada, também foi um ponto de atenção mencionado pelos entrevistados. Houve relatos sobre a importância da organização da saúde considerando polos regionais para a atenção especializada (como já mencionado), menor sobrecarga das capitais, além do fortalecimento da Atenção Básica nos municípios, atentando-se para as necessidades/especificidades locais e regionais. Como mencionado por um dos entrevistados:

*Os municípios que estão nas regiões metropolitanas, eles tendem a ficar muito dependentes das capitais, né. Estão dependentes porque aí você tem uma ambulância. Meta na balança aí: a pessoa vai, e tinha um colega lá de Roraima lhe dizer assim: “o SUS em Roraima é de um carro”, né. Qualquer problema, bota no carro, manda pra Boa Vista, né. (...) E **acaba que a média complexidade ela fica muito pouco resolutive, porque acaba dependendo muito né.** (...) Isso acaba afogando aqui também, nas unidades aqui da capital.*

No que diz respeito aos (5) **governos locais** e os desafios à regionalização, além das dificuldades já mencionadas, houve relatos sobre os entraves à cooperação intermunicipal (em geral, por agendas políticas divergentes entre governos locais), baixas capacidades administrativas municipais e descontinuidades associadas à rotatividade de gestores. Como mencionado nas entrevistas, a cada nova gestão, muitas vezes torna-se necessário recomeçar o trabalho de diálogo e pactuação regional. Os depoimentos abaixo ilustram alguns desses aspectos:

*Eu tentei implantar consórcio [no Estado], eu não consegui (...). Não consegui porque **não há convergência mínima entre os prefeitos de uma região para fazer** [consórcio]. Então não dá, porque estavam fazendo consórcio no meio de uma briga, no meio de uma guerra. (...) Não adianta eu consorciar, continuava a guerra: era um dos municípios do lado e do outro, em uma **disputa política ali entre os prefeitos e tal.***

*É uma oferta que deveria ser compartilhada com as instâncias [federativas] né. E a gente precisa muito estar cada vez mais discutindo essas questões de forma singular e temos também os **entraves de rotatividade os entraves de recomeçar muitas vezes agendas a cada período/ano eleitoral, que a gente sabe que muda muitas vezes todas as ofertas. É um recomeçar constante.** Esse recomeçar também eu acho que é um fator que dificulta.*

Os desafios descritos na esfera local se conectam com (6) **limitações de atuação dos espaços de discussão e pactuação interfederativa**. Os entrevistados destacaram diferentes dificuldades encontradas à concretização do efetivo diálogo entre os entes federados. Os resultados encontrados em nossa pesquisa são consistentes com estudos de caso sobre regionalização da



saúde na Amazônia, que mostram que “com o esvaziamento da CIR, apesar da situação de interdependência entre os gestores municipais, os mesmos encontram-se trabalhando de forma mais isolada na região e sua rede social é formada de acordo com a capacidade individual de articulação e trajetória setorial na região” (Casanova et al. 2018, p. 3175). Diversos gestores enfatizaram as dificuldades relacionadas à falta de reuniões, por diversos anos, ou à falta de atuação integrada entre os entes federativos, especialmente à falta de apoio de representantes estaduais. Como mencionado:

*Pra você ter ideia, as CIR [Comissão Intergestores Regional], elas não funcionam, não tem reunião há mais de dois anos: esse governo ele tomou posse [em 2019], já não estavam acontecendo as reuniões. Aconteciam assim, de forma esporádica e com os municípios querendo que acontecesse. Mas a partir de então, não aconteceram mais reuniões, a gente está no quarto Secretário [estadual] da Saúde, ele já tem mais de três meses enquanto Secretário, ele nunca foi a uma reunião de CIB [Comissão Intergestores Bipartite], para você ter uma ideia. Na última reunião da CIB, mais de trinta gestores municipais estavam [presentes] (...), **pela quarta ou quinta vez ele mandou avisar que não iria para a reunião, que ele tinha outra agenda.** Aí nós, na nossa assembleia, **a gente decidiu que a gente não iria mais para nenhuma reunião da CIB enquanto o Secretário de Estado não estiver presente** - porque se ele manda o nosso presidente do COSEMS coordenar a reunião e a gente já passa a manhã reunindo com o presidente, e discutindo as nossas questões. E quem tem que dar um posicionamento é a Secretaria de Estado.*

*Na verdade, tem que ter primeiro boa vontade política, é o que nós não temos. Para poder rediscutir tudo isso, para poder planejar toda essa forma de organização de saúde na Amazônia como um todo. Porque o Pará enfrenta as mesmas dificuldades, o Acre, Roraima e Rondônia também não ficam tão distantes, o Amapá também se você olhar os indicadores do Amapá (...). Então assim, falta vontade política, eu acho que às vezes a CIB e a CIT até tentam, mas eu acho que está muito acima deles. Nós temos aqui **problemas, por exemplo, que tem que ser discutido via CIT [Comissão Intergestores Tripartite], que pelo fato de o Amazonas ter um tamanho muito grande, territorial muito grande, existem municípios que ele consegue ir para outro estado: é mais próximo ir para outro estado do que vim para Manaus. Então a gente não consegue, pelo menos na minha época, tentamos várias e diversas vezes fazer essa discussão, para que se houvesse uma pactuação interfederativa para que esses municípios dessem suporte, esses estados dessem suporte a esse município.** Mas é muito, eu **acho que é muito ‘cada um com seu’, entendeu? Ninguém quer muito saber do seu vizinho não.***

Alguns entrevistados avaliam que os gestores deveriam receber capacitações para se criar e fortalecer o efetivo diálogo entre os entes federados e viabilizar a resolução de problemas que são comuns a toda a região. Outros destacaram que os representantes e gestores da Amazônia deveriam vocalizar mais (nas reuniões de CIT, CIB, CIR, CONASS e CONASEMS) as necessidades da região. Na percepção de um entrevistado: “ao contrário do Nordeste, que consegue, por exemplo, independentemente de qualquer partido político, ter uma unidade política para reivindicar políticas econômicas, sociais, a região amazônica não conseguiu até hoje ter unidade



comunidade política pra reivindicar políticas estruturantes para a sua região junto ao Governo Federal". Os relatos a seguir ilustram esses aspectos:

*A gente precisa é fortalecer a discussão numa coisa que eu falo muito dos Estados: (...) eu acho que **a Região Norte ainda é muito tímida para colocar suas necessidades nesses espaços** [de pactuação interfederativa]. **Eu acho que a região norte precisa falar mais de si nesses espaços.** (...) Se você não se apresenta, se você não fala de você (...) se você não traz as tuas necessidades, você não vai ser lembrado. Você vai ficar né, não vão ser identificadas suas demandas*

*A população e o **próprio gestor não reconhece essa importância** [da pactuação interfederativa] **porque de alguma forma essa importância nunca foi trabalhada no âmbito da saúde no âmbito do SUS como um programa, né.** **E eu acho que a gente passa por um momento do país em que há uma certa desvalorização de espaços como esse né?** (...) Existe então uma questão (...) da pouca importância que se dá (...) Os espaços de discussão são entendidos como moedas de troca muitas vezes. (...) Por outro lado, eu acho que existe a necessidade de a gente pensar **saúde na Amazônia de modo mais integrado, né?!***

Por fim, apresentamos o gráfico a seguir (Figura 2), que quantifica as menções dos entrevistados sobre os diferentes desafios do planejamento regional, conforme as respostas nas entrevistas. Parte importante dos relatos sobre regionalização se refere a (i) limitações na atuação das esferas de pactuação interfederativa (13 menções), e a (ii) falta de incentivos e coordenação das ações regionalizadas, sobretudo por parte das Secretarias Estaduais de Saúde, que são as responsáveis por coordenar o Planejamento Regional Integrado (PRI), em articulação com municípios e União<sup>1</sup> (12 menções).

Destacam-se ainda os relatos dos entrevistados sobre a necessidade de se reconhecer, no planejamento regional, os fluxos da população entre diferentes municípios e estados, considerando o território da Amazônia como um todo, de forma integrada (11 menções); além de ponderações sobre assimetrias em relação às capacidades municipais de financiamento e oferta de serviços de saúde (9 menções). As dificuldades de estruturar as redes de atenção à saúde, a partir da lógica regional, e de implantar hospitais e unidades ambulatoriais regionais também aparecem com 9 menções cada.

---

<sup>1</sup> Conforme disposto na Resolução Nº 37, de 22 de março de 2018 da Comissão Intergestores Tripartite.



Figura 2- Menções sobre desafios de regionalização (Categorias e Subcategorias)

Planejamento Regional e seus Desafios (categorias e subcategorias)	Entrevistas (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
Limitações - esferas de pactuação interfederativa e pautas da região amazônica	7	13	19,4
Necessária regionalização pan-amazônica (fluxos da população no território)	6	11	16,4
Falta de coordenação federativa (governos Estaduais e Federal)	5	12	17,9
Assimetrias - capacidades de financiamento/atendimento entre municípios	5	9	13,4
Necessidade de hospitais e unidades ambulatoriais regionais	8	9	13,4
Dificuldade de organizar as redes de atenção à saúde em diferentes jurisdições	4	9	13,4
Conflitos políticos, descontinuidades e dificuldades de governança	3	3	4,5
Assimetrias - alocação de repasses interestaduais	1	1	1,5
<i>Total</i>	<i>16</i>	<i>67</i>	<i>100,00</i>

*Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas*

Em conjunto, portanto, os relatos apontam para inúmeras barreiras ao processo de regionalização, coordenação e planejamento integrado das políticas de saúde na região. Por um lado, há a capacidade limitada de entes locais na articulação horizontal, sobretudo quando há a sobreposição de diferentes jurisdições em um único território, ou quando as divisões político administrativas não coincidem com os fluxos da população na região, em função de barreiras geográficas e da própria inserção regional do município. Por outro lado, muito se mencionou sobre a baixa atuação dos governos estaduais, principais responsáveis por coordenar e articular os processos de regionalização, junto aos demais entes federados e esferas de pactuação interfederativa. Os resultados da pesquisa mostram diversas críticas à falta de coordenação estadual para a regionalização e à falta de apoio estadual aos governos locais.

De forma mais ampla, as percepções dos entrevistados indicam que o avanço de um processo de regionalização e coordenação das ações de saúde é particularmente necessário para a região, cuja heterogeneidade geográfica e institucional requer planejamento e soluções integradas. Muitos entrevistados chamaram a atenção para a importância de se considerar estratégias e arranjos institucionais voltados à ordenação da rede de atenção à saúde para a região como um todo ('regionalização pan-amazônica'), de forma adaptada ao contexto amazônico.



## Saúde Indígena

A atenção à saúde da população indígena como está configurada hoje tem origem na Constituição Federal de 1988. O modelo de atenção começa a ser estruturado pela Lei Arouca (Lei nº 9.836/99), que estabeleceu a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) com base nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), buscando associar as áreas de cada unidade territorial de atenção com as características territoriais e culturais das múltiplas etnias indígenas distribuídas pelo País. Cabe a cada DSEI a organização dos serviços dentro de sua jurisdição territorial.

Em 2010 foi criada a SESAI (Decreto nº 7.336/2010), que está estruturada dentro do Ministério da Saúde e tem a gestão de equipamentos associados à Atenção Básica. Já os atendimentos de nível secundário e terciário aos povos indígenas são executados pelas redes municipais e estaduais do SUS. Mas é competência da SESAI a coordenação da política de saúde indígena e a articulação de todos os setores governamentais para a sua execução. Os mecanismos de cooperação e articulação, no entanto, ainda não estão regulamentados e bem definidos por lei, como apontam Scalco, Aith, Louvison (2020).

Concomitantemente ao desafio de coordenação dos múltiplos serviços de saúde oferecidos por diferentes jurisdições, a política de saúde indígena tem o desafio de ser configurada e implementada localmente de acordo com a enorme diversidade dos povos indígenas brasileiros. Na área da Amazônia Legal estão presentes desde povos isolados, povos em terras indígenas ainda em processo de demarcação, e ainda indígenas que vivem em áreas urbanas. Ao longo de suas histórias, os povos indígenas desenvolveram medicinas tradicionais e técnicas de cura que também variam entre cada comunidade. Esta ampla diversidade traz o desafio de construir políticas coerentes com as especificidades culturais, sociais, geográficas, territoriais e epidemiológicas de cada povo. Além disso, muitos dos problemas de saúde que acometem povos indígenas são hoje para eles recentes e pouco conhecidos. Este é o caso, por exemplo, de diabetes e neoplasias, como o câncer de colo de útero.

Nesta seção, iremos aprofundar a discussão sobre a saúde indígena a partir da perspectiva dos entrevistados sobre os desafios ao bom atendimento, as limitações dos serviços atuais e caminhos possíveis para a promoção de uma política de saúde de qualidade para os indígenas



da Amazônia Legal. Iniciaremos abordando especificidades epidemiológicas para compreender melhor quais são as principais demandas que a política precisa responder. Em seguida, trazemos a discussão sobre a importância da questão territorial para a garantia da saúde destes povos. Após diagnosticar estes primeiros desafios, direcionamos o foco para a atual oferta de serviços e o que os entrevistados apontam como seus limites, principalmente no que se refere à infraestrutura, recursos, profissionais e articulação institucional. Abordamos com um olhar mais aprofundado as dificuldades de integração das ações no âmbito do SASI dentro do SUS, principalmente na média e alta complexidade. Por fim, abordamos um elemento que precisa ser melhor incorporado no desenho e execução das políticas de saúde indígena, as práticas tradicionais. A síntese das percepções dos entrevistados sobre estes temas é apresentada no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3 – Síntese de Percepções sobre Saúde Indígena

Temas:	Menções/percepções das pessoas entrevistadas:
<b>(1) Especificidades epidemiológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Principais causas de morte ainda são as doenças comunicáveis.</li><li>• Heterogeneidade do perfil de saúde entre os diversos povos indígenas. Fatores geográficos, alimentares e nível de proximidade com as áreas urbanas impactam o perfil epidemiológico de cada povo.</li><li>• Doenças infecciosas respiratórias e comunicáveis pela água seguem com alta incidência.</li><li>• Ocorrência de agravos à saúde que poderiam ser evitáveis a partir das ações de assistência à saúde previstas, tanto pela atenção básica, quanto especializada.</li><li>• Doenças crônicas estão em patamares inferiores em relação ao restante da população, mas tendem a aumentar.</li><li>• Um ponto de atenção é o alcoolismo, uso abusivo de outras drogas, principalmente em comunidades mais próximas a áreas urbanas e consideradas de recente contato.</li><li>• Saúde mental.</li></ul>
<b>(2) Território, meio ambiente e saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transformações nos padrões de uso e ocupação do território aparecem associadas a mudanças nas condições de saúde e bem-estar das comunidades indígenas.</li><li>• Processos de demarcação de terra e os conflitos locais afetam a saúde dos povos indígenas.</li><li>• Incentivos/pressões pelo arrendamento e à monocultura em terras indígenas preocupam os entrevistados por seus efeitos sobre conflitos internos e na segurança alimentar da comunidade.</li></ul>
<b>(3) Infraestrutura da SESAI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de infraestrutura adequada em unidades de diagnóstico e consulta, além de falta de tecnologia de comunicação.</li><li>• Falta de infraestrutura adequada das CASAI, aumentando a exposição de indígenas que estão na cidade a doenças e outros problemas.</li><li>• Remoções de indígenas de suas aldeias e comprometimento de vínculos sociais.</li><li>• Necessidade de se evitar remoções.</li></ul>





Temas:	Menções/percepções das pessoas entrevistadas:
(4) Profissionais da SESAI	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de profissionais concursados e qualificados associada à dificuldade de fixação de profissionais em áreas remotas.</li><li>• Alta rotatividade dos profissionais do subsistema ligada à falta de infraestrutura adequada em unidades de saúde.</li><li>• O Agente Indígena de Saúde (AIS) exerce papel central na atenção à saúde indígena, representando o elo entre a comunidade e a equipe multidisciplinar de saúde. Faltam ações voltadas à formação/valorização dos AIS e garantia de melhores condições para sua atuação.</li></ul>
(5) Dificuldades de articulação da SESAI com governos subnacionais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Baixa integração e corresponsabilização das gestões municipais e estaduais na promoção da política de saúde indígena.</li><li>• Nos serviços oferecidos pelos governos municipais e estaduais falta uma adequação da estrutura dos equipamentos e uma formação intercultural de seus profissionais.</li><li>• É importante (porém escassa) a presença de intérpretes nos serviços de média e alta complexidade</li><li>• A adequação dos serviços de média e alta complexidade fica à mercê da atuação de cada gestor (faltam instrumentos normativos que regulem a articulação entre o subsistema da saúde indígena e os demais órgãos/instâncias do SUS).</li><li>• O racismo institucional contra os indígenas contribui para a falta de articulação da SESAI com governos municipais e estaduais. São necessárias ações como formação dos profissionais de saúde e gestores, além de mecanismos de controle, fiscalização e denúncia.</li><li>• É necessário elaborar e fortalecer incentivos à colaboração e à melhoria dos serviços das redes municipais e estaduais, como o IAE-PI.</li><li>• A SESAI deve ser mais proativa na coordenação da política de saúde indígena e na promoção da articulação de todos os setores governamentais, o que também significa ser mais atuante em fóruns de pactuação.</li></ul>
(6) Práticas tradicionais	<ul style="list-style-type: none"><li>• A inclusão das práticas tradicionais é assegurada por legislações, como a Convenção 169 da OIT. A falta de recursos direcionados para o incentivo a práticas integrativas e complementares, bem como a rejeição de tais práticas pelos profissionais de saúde, no entanto, são sintomas de sua desvalorização.</li><li>• No geral, os profissionais de saúde priorizam a alopatia, em detrimento da medicina tradicional e complementar.</li><li>• Profissionais de saúde deveriam conhecer as interações medicamentosas entre os medicamentos alopáticos e as terapias integrativas/complementares (como é o caso do uso de medicamentos fitoterápicos).</li><li>• Apesar do consenso sobre a necessidade de se reconhecer e valorizar as práticas tradicionais, o modelo de articulação ainda não está estabelecido e deve ser construído conforme as características/demandas locais.</li></ul>

Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas

## Especificidades epidemiológicas

No Relatório 1 deste projeto (Rocha et al. 2021) apontamos que as populações indígenas da Amazônia Legal apresentam algumas **(1) especificidades epidemiológicas**. Entre os indígenas, as principais causas de óbito ainda são por doenças comunicáveis – a mortalidade dos indígenas por estas doenças é duas vezes maior do que em comparação à população da Amazônia Legal.



Para além dessa diferença em relação à população não indígena, na discussão sobre o perfil epidemiológico dos mais de 400.000 indígenas da Amazônia Legal (dados de 2010), muitos entrevistados destacaram a necessidade de se considerar a **heterogeneidade do perfil de saúde** entre os povos.

As limitações dos dados que acessamos nos impediram de fazer um diagnóstico mais detalhado da situação de cada povo e território, mas as experiências e falas dos entrevistados indicam questões relevantes. Por exemplo, povos isolados ou semi-isolados têm um perfil bastante diferente daqueles com maior contato com as cidades e os indígenas urbanos. Enquanto a dieta dos primeiros ainda é baseada na caça, pesca e roça, indígenas com maior contato com áreas urbanas tendem a ter introduzido mais alimentos industrializados e ultra processados, o que pode acarretar no aumento da prevalência de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. A cultura e hábitos, a geografia, a inserção em áreas de fronteira ou de atividades exploratórias, a condição jurídica da terra que ocupam, dentre outros fatores, também afetam o perfil da saúde de cada povo. Na fala de um dos entrevistados:

*A outra questão é que somos seres muito diferente, **se engana quem acha que ainda que indígena é tudo uma coisa só**. A nossa crença é diferente. Mas o que é que tem a ver com saúde? Tem. Nossos esqueletos são diferentes, nosso corpo é diferente, nosso sistema é diferente. Você tem povos como Xavante, grandão, tem o biotipo todo diferente, daí você tem um outro Guarani, que é daquele jeitinho mesmo, assim, sabe (...) Então como que você acha que é tudo igual? Não, é totalmente diferente, com massas, corpo diferente, com questão com doenças diferentes, saúde diferente e diferente contato: muito contato, pouco contato.*

Diante deste cenário de grande variação, as generalizações precisam ser cuidadosas, pois a tendência observada para o conjunto dos povos indígenas não exclui a possibilidade da existência de comunidades específicas com tendências contrárias. Inclusive esta heterogeneidade apoia a compreensão de visões de diferentes entrevistados que poderiam ser tomadas como contraditórias se vistas em uma perspectiva mais geral, mas podem ser compreendidas como derivadas das experiências e vivências específicas de cada ator em sua comunidade. Por exemplo, alguns entrevistados apontam que alguns problemas e doenças têm tendência de queda no agregado, porém continuam a afetar alguns povos específicos. Este é o caso da desnutrição e da fome. Enquanto um entrevistado afirmou que “há muita pouca fome ou quase nada de fome”, outra entrevistada apontou a presença da fome e desnutrição, principalmente nas comunidades do Rio Negro.

Apesar da tendência de redução ao longo das últimas décadas, as doenças infecciosas ainda presentes em algumas comunidades indígenas são, em grande medida, as respiratórias e as



comunicáveis pela água. Estas doenças afetam principalmente as crianças, o que ajuda a explicar a mortalidade infantil ainda grande entre os indígenas da região, mortalidade esta que pode chegar a ser 6,5 vezes maior que a reportada para o país como um todo.

Muitos dos agravos que afetam as comunidades indígenas da Amazônia Legal podem ser considerados evitáveis. Este é o caso, por exemplo, das doenças comunicáveis pela água. Os entrevistados apontam também que as doenças crônicas apresentam uma tendência de aumento entre a população indígena devido a “(...) influência direta da mudança do hábito alimentar. Essa alimentação industrializada que agora tem o acesso da população é muito forte e as práticas tradicionais estão se perdendo”. Outras doenças que começam a aparecer são as neoplasias, como o câncer de colo de útero.

Por fim, outro fator que é bastante apontado por entrevistados como um ponto de atenção é o alcoolismo e uso abusivo de outras drogas. A percepção dos entrevistados é que esse problema apresentou uma tendência de aumento nas últimas décadas, principalmente em comunidades indígenas com maior contato com as cidades. E muitos entrevistados abordam diferentes problemas associados ao alcoolismo. Um deles é que pais alcoólatras tendem a ter filhos desnutridos e que, portanto, o SUS deveria trabalhar o alcoolismo na perspectiva de saúde da família. O alcoolismo e uso de drogas também são associados pelos entrevistados a doenças mentais, que se refletem em taxas de suicídio elevadas. De acordo com pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL 2019), as taxas de suicídio são maiores entre os indígenas do que entre o resto da população brasileira. As mais altas taxas apontadas por este estudo estão nas comunidades indígenas do Araguaia, do alto Solimões, do Vale do Javari, entre os Yanomami e do Médio Solimões. Os entrevistados apontam que o suicídio, em geral, é maior entre jovens, embora seja difícil identificar causas gerais para o fenômeno:

*É muito difícil a gente atribuir também causas e fatores, você deve saber, para o suicídio, é uma questão que isso varia muito. Assim não dá para determinar o que que é, a gente consegue identificar fatores de risco das populações. Então na Amazônia como um todo a gente tem alguns povos hoje que estão mais em alerta, (...) mas a gente percebe um índice maior de suicídio com comunidades que a gente chama de recente contato - que é um jargão que é utilizado nas políticas públicas, mas não necessariamente eles são de recente contato em questões temporais.*



## Território, Meio Ambiente e Saúde

Um elemento chave para a compreensão da saúde indígena é a **(2) questão territorial**. No Relatório 1 (Rocha et al, 2021) mostramos evidências sugerindo que padrões de uso e ocupação do território, como a presença das atividades exploratórias de extração de madeira e garimpo, podem afetar condições de saúde e bem-estar. No caso da saúde indígena, a questão territorial pode ser ainda mais destacada porque envolve processos de demarcação de terras e os conflitos locais em torno de terras em litígio jurídico. Tais processos, por exemplo, podem afetar diretamente aspectos nutricionais, da saúde mental e índices de violência. O relato a seguir é ilustrativo deste ponto:

*(...) A saúde não pode existir sem a terra, saúde não pode existir sem a caça, a pesca, sem o rio, sem a água, sem a cultura, sem espiritualidade. É todo um contexto emaranhado né (...) imagine o parente que não tem terra - e olha que a gente tem muitos. Primeiro ele não tem uma saúde mental, vamos começar por aí. Já não tem uma saúde mental porque não consegue ter a terra dele demarcada. Os que tem, tem ataque de garimpeiros, madeireiros e essas coisas todas aí, também já não tem uma saúde mental né. Então a falta de terra é um problema. Ou quando se tem e o governo também não cumpre com fiscalização e proteção - no caso, a Funai, Ibama, ICMBIO - também já tem um problema de saúde mental. E onde não tem terra, você tem problema de questão de alimento, e aí de desnutrição. (...) e eles têm problema de doença com o mercúrio de garimpo. (...) Como vai ser a reprodução cultural daquela comunidade que não tem uma terra demarcada, física e cultural de uma comunidade. E como que aquilo se replica? E o esquecimento de uma tradição, canto, uma dança - isso é saúde. Quando ele não tem terra para plantar a mandioca, para fazer o Biju, para fazer aquele bolo, aquela tapioca, se perde aquela culinária - isso é saúde. Quando ele não tem lugar para fazer suas festas, luau espiritual - isso é saúde. Quando ele não tem mato, se quer para tirar uma folha para cozinhar o chá - isso é saúde. (...) **então a questão da demarcação de terra é essencial para saúde mental, cultural, física, espiritual de um povo, de uma comunidade. (...) saúde é a floresta em pé também. Saúde é alimentação saudável, a saúde é as rezas.***

A percepção dos entrevistados é que problemas relacionados à questão territorial aumentam a vulnerabilidade dos indígenas através de inúmeros canais, incluindo desde a exposição a contaminantes e violência, passando por saúde mental e alimentação. Em particular, outro ponto de atenção levantado por entrevistados diz respeito a incentivos e pressões ao arrendamento e à monocultura em terras indígenas. Estas situações geram problemas internos à comunidade. Este é o caso, por exemplo, de conflitos e da degradação da terra, que dificulta posteriormente o plantio da roça, afetando a segurança alimentar e as condições de bem estar de forma geral. Na perspectiva de uma das entrevistadas:

*Tu vai ter uma terra degradada que provavelmente vai...tu não vai ter como fazer plantio novamente, **tu vai ter uma insegurança alimentar**(...). Então tu **esfacela a questão da coletividade**, ao esfacelar o coletivo tu*

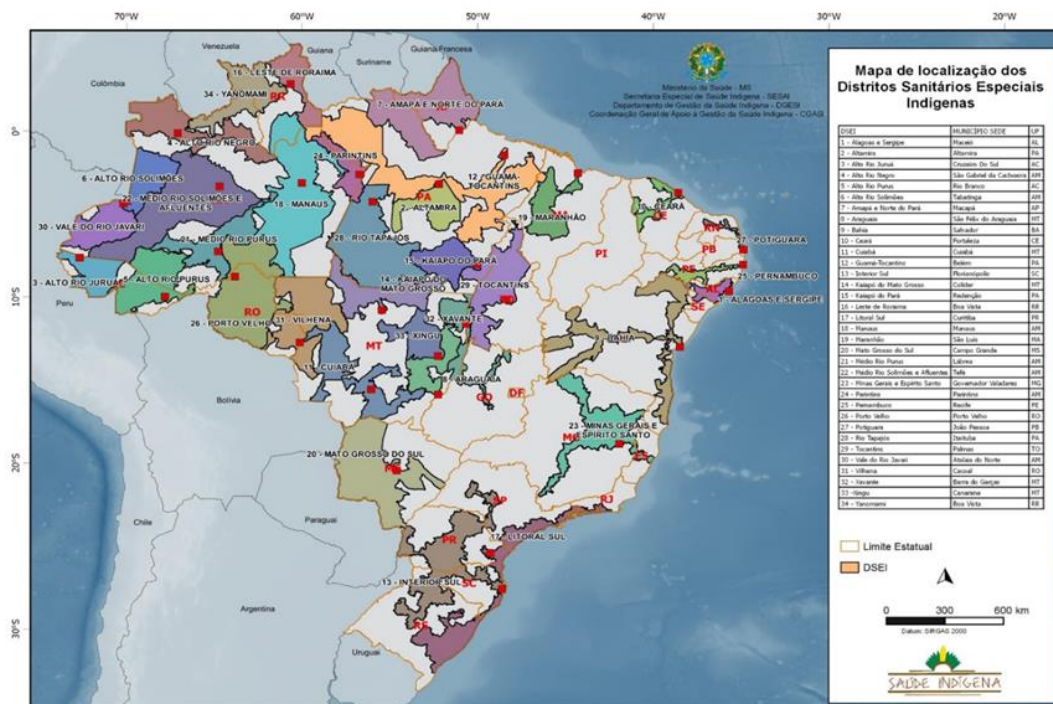


*desorganiza socialmente o grupo, porque tem regras e ao desorganizar socialmente o grupo tu leva uma série de **conflitos dentro do grupo que gera os problemas da saúde mental**, que isso não é visto. Então tu tem uma série de **seqüências que a monocultura faz**, além dos problemas que você vai ter com a questão da saúde pelo uso de agrotóxico e isso não é colocado. Então tu vê... Se tu pegar por exemplo a propaganda da Funai no Dia do Índio era uma loucura, porque era um incentivo total a monocultura, ao arrendamento da terra e ao uso de agrotóxico.*

## SESAI: Estrutura e Profissionais

A estrutura dos serviços de saúde indígena é composta em nível local por polos-base, unidades básicas de saúde indígena e as Casas de Saúde Indígena geridos pelos DSEIs. As CASAI são os pontos de apoio para indígenas em tratamento na cidade e suas famílias. Em nível regional, a estrutura é composta por unidades de pronto atendimento e hospitais de média e alta complexidade geridos pelos municípios e estados. Os DSEIs formam 34 Unidades Gestoras descentralizadas, distribuídos conforme a Figura 3. As delimitações territoriais dos DSEIs perpassam diferentes unidades político-administrativas municipais e estaduais. Se, por um lado, esse recorte territorial é mais adequado ao planejamento das ações em saúde nos territórios das diferentes comunidades indígenas, por outro, a articulação entre as jurisdições territoriais e competências entre os órgãos federativos se torna um desafio (conforme mencionaremos na seção seguinte).

Figura 3 - Distribuição dos DSEI no território brasileiro



Fonte: Ministério da Saúde



No que se refere à **(3) qualidade da estrutura da SESAI**, os entrevistados apontam que há falta de infraestrutura nas unidades de saúde, provocada pela falta de insumos, equipamentos para diagnóstico e consulta, e tecnologia de comunicação. Estas limitações dificultam o diagnóstico prematuro de doenças e a continuidade do tratamento, de modo que doenças evitáveis ou tratáveis se agravam com maior frequência.

Os entrevistados apontam que particularmente nas CASAI falta uma infraestrutura adequada. Relata-se que em algumas CASAI os pacientes, inclusive oncológicos ou parturientes, e suas famílias ficam em “barracos” ou “sob lonas pretas”, aumentando a exposição a doenças ou problemas sociais. Este é o caso de doenças comunicáveis pela água, malária, consumo excessivo de bebida alcoólica e exposição à violência. Nas entrevistas, chegou a ser relatada situação em que o Ministério Público Federal interveio a favor de uma remodelagem da estrutura da CASAI:

*Porque inclusive o Ministério Público Federal teve que fazer uma intervenção na CASAI. Porque a CASAI de [cidade] parecia um acampamento de longa duração de sem terras. Era um lugar onde as pessoas faziam tratamento oncológico ou ainda estava esperando fazer parto e todos eles viviam sob lonas pretas mesmo, bem acampamento mesmo. Então era assim, um cenário de terror.*

Além disso, alguns entrevistados levantaram a discussão sobre o que representa estar na cidade para um paciente indígena, tais como a perda de vínculos e o comprometimento das condições de sustento da família. O afastamento gera impacto tanto para os que ficam na aldeia, por estarem sem aquela pessoa que por vezes tem um papel importante na família ou na comunidade, como para os que se locomovem à cidade, que ficam vulneráveis a uma série de problemas urbanos e de saúde. Por conta disso, alguns entrevistados apontam que é necessário evitar a remoção de indígenas de suas aldeias quando possível.

Além da estrutura dos equipamentos, os entrevistados trouxeram suas perspectivas sobre os **(4) profissionais da SESAI**. Relataram falta de profissionais concursados e qualificados, associada à dificuldade de fixação dos profissionais, principalmente para a atuação em áreas mais remotas. Conforme o relato a seguir:

*A gente tem no geral uma qualificação técnica não ótima, eu diria. Inclusive das pessoas que chegam e vão ficar no SUS e das pessoas que chegam no subsistema. Exemplo disso é a questão da própria inserção médica, historicamente distritos nunca conseguiram contratar médicos. O Mais Médicos foi a iniciativa que viabilizou. E quando cai o convênio com Cuba, o*



*que você vê os médicos que ocuparam ali a qualidade é muito ruim, são pessoas que se formaram em instituições bastante precárias.*

Uma das causas apontadas para a alta rotatividade dos profissionais do subsistema é a falta de qualidade da infraestrutura nas unidades de saúde, pois tal precariedade impede a atuação profissional de qualidade. Um dos entrevistados relatou que, por ser a rotatividade dos profissionais alta, os gestores não têm incentivos para oferecer formação continuada.

*E, no caso do subsistema, o que a gente tem visto: no começo houve um esforço que tinha que se qualificar os trabalhadores para atuar no contexto intercultural (...) mas infelizmente ao longo dos anos isso foi se perdendo. Parou de contratar antropólogo. Parou de fazer formações robustas ... por quê? Está ligado com a precarização. **Então a precarização dos vínculos gera uma alta rotatividade das pessoas.** Então que aconteceu, que eu ouvi de várias pessoas: **“a gente desistiu de fazer qualificação porque as pessoas não ficam. Então você tem que ficar fazendo e refazendo, fazendo e refazendo e refazendo. Investe uma grande enorme e esforço e minha pessoa vai embora”.** Então as coisas estão relacionadas.*

Muitos entrevistados mencionaram a importância do trabalho realizado pelo Agente Indígena de Saúde (AIS), que atua de maneira análoga ao Agente Comunitário de Saúde (ACS). O AIS mora na aldeia onde atua e é responsável por cadastrar famílias que moram em sua área de abrangência, acompanhar crianças, idosos e pacientes com tratamentos de longa duração e detectar problemas de saúde na comunidade. Além disso, o AIS é tradutor entre a equipe de saúde e os moradores de suas comunidades, tradutor não apenas da língua, mas também das concepções de saúde e de doença.<sup>2</sup>

O AIS, portanto, é um elo importante entre a comunidade e a equipe multidisciplinar de saúde alocada no pólo-base. Na perspectiva de alguns dos entrevistados, o trabalho do AIS é central para prevenção, informação e acompanhamento de condições de saúde, bem como no estabelecimento de uma confiança entre o paciente e a equipe de saúde, pois muitas vezes o paciente indígena tem maior liberdade de se expressar com outro indígena de sua comunidade do que com integrantes da equipe multidisciplinar. Os AIS também realizam um trabalho educativo com as famílias sobre a importância de tomar vacinas, aderir a tratamentos, realizar consultas. É neste contexto que está a discussão sobre a qualificação e profissionalização dos AIS. Alguns entrevistados indicam a necessidade de que a eles sejam oferecidos mais qualificação e treinamento. O Projeto de Lei 3.514/2019 foi citado como uma opção de regulamentação da profissão do AIS, na medida em que define seis competências que devem

---

<sup>2</sup> Mais sobre o papel dos agentes indígenas de saúde em <https://www.epsiv.fiocruz.br/educacao-profissional-em-saude/profissoes/agente-indigena-de-saude>





caber a este profissional, entre elas a produção e a análise de informações para vigilância em saúde e a realização de ações de primeiros socorros.

## Articulação da SESAI dentro do SUS

Parte substancial dos serviços da política de saúde indígena é oferecida por equipamentos do SUS que não são geridos pela SESAI. O atendimento de média e alta complexidade, o transporte de pacientes e a execução de exames diagnósticos por vezes são competência de outros órgãos subnacionais. Portanto, o bom atendimento aos indígenas depende de uma boa integração e cooperação dos outros serviços do SUS com a SESAI. Como destacamos no início, além de gerir equipamentos associados à atenção básica, à SESAI cabe a coordenação da política de saúde indígena e a promoção da articulação de todos os setores governamentais.

A competência da gestão da atenção especializada à saúde, em particular, está principalmente nos governos estaduais e municipais. Quando a SESAI e os DSEI foram criados, foi estabelecida uma corresponsabilidade dos gestores municipais e estaduais tanto financeira quanto de execução, ou seja, estas redes também devem fazer parte do subsistema de saúde indígena. Isto significa que as políticas municipais e estaduais precisam se coordenar para atender às populações indígenas. No entanto, como indicado por Garnelo (2004), não foram claramente definidas as interrelações entre o subsistema de saúde indígena e os órgãos municipais e estaduais. Os entrevistados nesta pesquisa indicaram que ainda há pouca articulação e corresponsabilização por parte das redes municipais e estaduais, e estas ainda oferecem serviços inadequados à população indígena. Um dos problemas apontados é que alguns gestores municipais e estaduais negam suas responsabilidades com a saúde indígena por uma visão de que a SESAI deveria prover todos os serviços. Conforme relato de uma entrevistada: *“há uma tendência de achar que o subsistema de saúde indígena é uma coisa à parte do SUS. (...) Gestores municipais e estaduais simplesmente dizem que índio é problema da FUNAI ou da SESAI.”*

Um aspecto mencionado em entrevistas é que a adequação dos serviços municipais e estaduais fica à mercê da atuação proativa (ou não) de cada gestor, ao invés de contar com procedimentos estabelecidos normativamente. Gestores que são mais atentos aos direitos das populações indígenas procuram estabelecer (por iniciativa própria) melhores relações com as equipes da SESAI, promovendo adequações nos seus serviços para atender os indígenas com qualidade. Esta dinâmica torna a qualidade do serviço muito vulnerável a diferentes grupos de interesse, políticas locais e ciclos eleitorais. Conforme apontado por uma entrevistada, os





gestores locais por vezes são conectados a grupos de interesses que têm conflitos com os povos indígenas:

*(...) é um problema de base: os gestores municipais e estaduais são pessoas ligadas aos grupos de interesses que estão em choque com indígenas. Você tem que ter uma forte política Federal que vai induzir e articular.*

A questão dos conflitos locais afeta a qualidade da saúde indígena, e está relacionada a outro problema citado por muitos entrevistados: o racismo contra indígenas, inclusive o racismo institucional. Na fala de um deles, “o indígena quando entra na secundária e terciária é o carrapato do cavalo do bandido. Ele vai ser o primeiro a ser cancelado, ele vai ser o primeiro que não vai ser feito. Ele vai ser o primeiro que ninguém vai dar a menor confiança.” O racismo contra estes povos está relacionado à história da região amazônica e principalmente aos conflitos gerados pela entrada de fluxos migratórios para a execução de diversas atividades econômicas. Conforme relatado por um entrevistado:

*Existe racismo institucional no SUS. Tem racismo contra a população negra e racismo contra a população indígena... (...) **A gente vive em regiões onde há genocídio hoje.** Eu trabalhava com Profissionais de Saúde, todos eles profundamente preconceituosos - não todos né - mas a grande maioria profundamente preconceituosos em relação aos povos indígenas. Até porque eles, enquanto crianças, ou mesmo enquanto adultos, viveram um conflito com povos indígenas, porque tá fazendo parte da ocupação, da invasão das terras indígenas.*

Os entrevistados apontaram a necessidade de incentivos à colaboração e à melhoria dos serviços das redes municipais e estaduais, como o Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI). O IAE-PI é um incentivo do governo federal que objetiva qualificar os serviços de média e alta complexidade do SUS para a população indígena. Estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares que atendem indígenas podem acessá-lo desde que executem alguns pré-requisitos, como a elaboração de um Plano de Metas e Ações que contemplem pelo menos 2 objetivos listados pela lei do IAE-PI. Coordenação com profissionais do DSEI, promoção de aspectos interculturais e viabilização do direito ao intérprete são alguns dos objetivos listados na lei.

Ao serem questionados sobre a eficácia do IAE-PI, os entrevistados afirmam que incentivos como esses precisam ser aprimorados e ampliados em termos de volume de recursos e principalmente de mecanismos de acompanhamento e controle. Um dos problemas apontados foi a baixa aderência dos hospitais ao incentivo, seja por falta de informação, organização ou interesse. Diante desta falta de aderência, os entrevistados sugerem dois caminhos. O primeiro seria a maior proatividade da SESAI de levar a informação aos hospitais e articular a introdução



do incentivo. Segundo, é central o incentivo vir junto com práticas de qualificação e formação de quadros preparados para atender os povos indígenas, inclusive em nível da gestão municipal e dos equipamentos. Ou seja, é necessário um trabalho proativo de formação, sensibilização e informação sobre o incentivo. Nas palavras de um dos entrevistados, “*é um processo que tem que ser construído. Eu acho que caberia à SESAI, a Secretaria de saúde indígena novamente, formar uma equipe para visitar os lugares para oferecer isso*”.

De maneira geral, os entrevistados avaliam que a SESAI precisa assumir melhor o seu papel de coordenação da política de saúde indígena e promoção da articulação de todos os setores governamentais. Por exemplo, ela deveria ser mais atuante em fóruns de pactuação interfederativa, como o CONASS e CONASEMS, aprimorando os diálogos dos DSEI com os municípios, estados, regiões de saúde. A ausência do SASI nos espaços de pactuação do SUS também foi apontada por Scalco, Aith e Louvison (2020). Como afirmado por uma entrevistada, a falta de pactuação e o racismo institucional, que são particularmente fortes nas gestões municipais e estaduais, dificultam o atendimento de qualidade aos povos indígenas:

*(...) a responsabilidade é do Sistema Único de Saúde, o subsistema é parte desse sistema. Ele tem que estar articulado, mas efetivamente acho que, nesse sentido, a gente vê muita, muita, muita dificuldade de avanço. É isso, desde a presença nos conselhos, na parte do controle social, desde a parte das instâncias pactuadoras como a comissão intergestores tripartite e bipartite, eles não têm espaços ali. E é ali que tem negociação de gestores, então é um problema bastante difícil para você garantir. **Daí quando você cruza ainda com racismo, é mais difícil ainda, você não tem nem a pactuação e nem a boa vontade.***

Em síntese, os desafios para aprimorar o atendimento aos indígenas nos equipamentos geridos pelas redes municipais e estaduais são vários. Passam pela formação dos profissionais no combate ao racismo, maior articulação e pactuação entre os diferentes órgãos, e pela elaboração de arranjos institucionais mais efetivos de comunicação e coordenação entre os gestores, de diferentes órgãos e entes federativos. Nesse sentido, arranjos institucionais e instrumentos normativos que organizem a integração entre o SASI e o SUS são necessários para aprimorar a oferta dos serviços de saúde aos povos indígenas.

## Práticas Tradicionais

As práticas tradicionais indígenas nas políticas de saúde são asseguradas por legislação. A Lei 9.836/1999 declara que no Subsistema de Saúde Indígena “dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o



modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena” (Art. 19-F). A Convenção 169 da OIT, aprovada pelo Senado brasileiro em 2002, é ainda mais precisa em seu artigo 25, parágrafo 2:

*Os serviços de saúde deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais. (OIT, 1989)*

Porém, alguns entrevistados apontam que, na prática, as medicinas tradicionais não são valorizadas. Eles observam isto tanto na falta de recursos direcionados para práticas tradicionais quanto pela rejeição de tais práticas por parte dos profissionais da saúde. Na fala de um entrevistado:

*A medicina tradicional só serve dentro do sistema de saúde para enfeitar texto, para deixar os livros bonitos, para falar das ações e as práticas indígenas, só isso. Pra ilustrar capas e texto. A pergunta primeira, existe rubrica para isso? É a prova. Quanto foi destinado para medicina tradicional desde que a SESAI foi feita até agora? Existe rubrica para isso? Tem recurso específico para isso? (...) Existe a rubrica para pneu, para diária, para compra de carro, para comprar equipamento, mas você não tem rubrica para medicina tradicional.*

Os entrevistados apontam que há alguns casos pontuais de iniciativas bem-sucedidas de promoção ou integração com as práticas tradicionais, mas que a política como um todo não tem aderência. Um dos sintomas disso é a priorização da alopatia na maioria dos casos, em detrimento de práticas integrativas complementares. A escolha do profissional de saúde tem a ver com a sua própria formação, a prevalência da alopatia nas políticas de saúde e a segurança que um saber acadêmico biomédico proporciona ao profissional no momento de sua decisão.

Outra discussão que foi trazida pelos entrevistados é que os profissionais de saúde devem conhecer as interações medicamentosas que podem ocorrer entre remédios alopatícos receitados e medicamentos fitoterápicos ou outros medicamentos tradicionais. Algumas pessoas entrevistadas também destacaram os desafios de se atuar em contextos interculturais. Há percepções diversas entre os entrevistados quanto às formas de articulação e atuação complementar entre os saberes da medicina biomédica e os saberes tradicionais. Por um lado, enquanto algumas pessoas chamam a atenção para a possibilidade de complementariedade entre estas práticas e conhecimentos, por outro lado, alguns entrevistados mencionam que – por serem conhecimentos com epistemologias muito distintas – a atuação integrada ou complementar ainda é um desafio. Segundo uma entrevistada:



*A saúde da forma como que a gente estruturou dentro do SUS, ela é biomédica, ela tem uma epistemologia completamente diferente dos outros conhecimentos. Então, querer que se integre, não vai dar certo. Mas elas podem trabalhar de forma concorrente, eu acho que isso dá para ser feito, sem querer integrar. Então assim: é saber que existe. Você primeiro [precisa] respeitar que existem outros saberes, saber que o seu conhecimento não vai ser o único que aquela população vai ter.*

A articulação entre estes diferentes saberes/práticas de cuidado à saúde é diversa e se concretiza de modos heterogêneos entre os distintos contextos interculturais. Como exemplo dessa diversidade de abordagens, alguns entrevistados relataram inúmeras circunstâncias em que os pajés acompanhavam os pacientes durante a realização de atendimentos eletivos em unidades ambulatoriais móveis em determinadas comunidades indígenas. De forma antagônica, em outras comunidades, houve relatos de separação clara entre as ações da biomedicina convencional em relação às práticas e saberes indígenas tradicionais de cura.

De todo modo, o consenso entre os entrevistados é a necessidade de se reconhecer a existência e a importância das práticas tradicionais, considerando-as nas políticas de saúde indígena, seja por meio de abordagens complementares ou de outras alternativas, conforme necessidades e especificidades do contexto local. Segundo um entrevistado, *“é preciso que a medicina reconheça que há uma ciência também nas aldeias e nos indígenas. (...) Reconhecer que há um modo tradicional de cura também. E reconhecer que os dois juntos, (...) podem contribuir muito. (...) Por que que o médico não pode fazer a prática dele, e o pajé não pode rezar e fazer a prática sua?”*

Por fim, a Figura 4 e a Tabela 2 (abaixo) sintetizam, respectivamente, as categorias mais amplas e subcategorias dos temas mencionados pelos entrevistados, no que se refere à saúde indígena. De modo geral, nota-se que as dificuldades de articulação entre a SESAI e os governos subnacionais foram os aspectos mais mencionados pelos entrevistados (com 24% das citações ou 73 menções), seguidas por ponderações sobre especificidades epidemiológicas e condições de saúde (66 menções) e sobre distintas concepções de saúde e cuidado (48).



Figura 4- Menções sobre saúde indígena (Categorias)

Percepções sobre Saúde Indígena (categorias)	Entrevistas (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
Características epidemiológicas e fatores relacionados	12	66	22,1
Dificuldades de articulação entre SESAI e governos subnacionais	15	73	24,4
Concepções de saúde e cuidado	10	48	16,1
Gestão - saúde indígena	11	40	13,4
Profissionais da SESAI	9	26	8,7
Estrutura, insumos e recursos	4	8	2,7
Participação indígena e desafios do controle social	6	18	6,0
Racismo	9	20	6,7
<i>Total</i>	<i>19</i>	<i>299</i>	<i>100,00</i>

Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas

No que se refere às dificuldades de atuação integrada entre a SESAI e demais governos subnacionais, os entrevistados chamaram a atenção para a baixa institucionalidade e para a necessidade de elaboração de instrumentos legais/mecanismos formais e arranjos institucionais que favoreçam e organizem a atuação coordenada e integrada entre municípios, estados e a SESAI, além das esferas de pactuação interfederativa. A Tabela 2 indica esse e outros aspectos/comentários mais específicos, conforme os temas mais amplos abordados inicialmente.

Tabela 2 - Menções sobre saúde indígena (Categorias e Subcategorias)

Percepções sobre Saúde Indígena (Categorias e Subcategorias)	Entrevistas (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
<b>Características epidemiológicas e fatores relacionados</b>	<b>12</b>	<b>66</b>	<b>22,07</b>
Condições de saúde e fatores associados	9	32	10,70
Território, meio ambiente e saúde	9	26	8,70
Doenças não comunicáveis	3	6	2,01
Doenças comunicáveis	2	2	0,67
<b>Dificuldades de articulação entre SESAI e governos subnacionais</b>	<b>15</b>	<b>73</b>	<b>24,41</b>
Baixa institucionalidade e desafios de integração	14	46	15,38
Limitações da Atenção especializada	8	17	5,69
Falta de arranjos institucionais que organizem a integração	5	10	3,34
<b>Concepções de saúde e cuidado</b>	<b>10</b>	<b>48</b>	<b>16,05</b>
Diferentes epistemologias (concepções de saúde e doença)	8	12	4,01
Práticas tradicionais	9	27	9,03
Desvalorização dos saberes indígenas	3	9	3,01
<b>Gestão - saúde indígena</b>	<b>11</b>	<b>40</b>	<b>13,38</b>
Falta de dados e subnotificação	5	14	4,68
Intérpretes/tradução	6	11	3,68



Percepções sobre Saúde Indígena (Categorias e Subcategorias)	Entrevistas (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
Necessário fortalecimento da Atenção Básica	2	4	1,34
Desafios do contexto intercultural	4	4	1,34
Desafios de modo geral / considerações gerais	2	4	1,34
Gestão repassada a Organizações Sociais	1	1	0,33
Indígenas em contexto urbano-metropolitano	2	2	0,67
<b>Profissionais da SESAI</b>	<b>9</b>	<b>26</b>	<b>8,70</b>
Centralidade do trabalho desempenhado pelo AIS (e limitações)	4	10	3,34
Mais Médicos e Saúde Indígena	1	1	0,33
Necessária maior regulamentação das categorias e importância de profissionais de saúde indígenas	3	3	1,00
Escassez, rotatividade de profissionais, e necessidade de formação para atuar em contexto intercultural	5	12	4,01
<b>Estrutura, insumos e recursos</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>2,68</b>
<b>Participação indígena e desafios do controle social</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>6,02</b>
<b>Racismo</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>6,69</b>
<i>Total</i>	<i>19</i>	<i>299</i>	<i>100,00</i>

Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas.



## Boas Práticas

Além da identificação das percepções dos entrevistados sobre os desafios da saúde na Amazônia, a pesquisa qualitativa também levantou sugestões de possíveis boas práticas e alternativas a essas dificuldades. O Quadro 4 reúne as diferentes perspectivas das pessoas entrevistadas sobre o tema.

Algumas das menções se referem a experiências (programas ou políticas públicas) já existentes e institucionalizadas, que poderiam ser fortalecidas e escaladas, na visão dos entrevistados. Outras menções se referem a projetos implementados em escala reduzida de forma experimental, ou são projetos-piloto que ainda não se concretizaram ou não se institucionalizaram. Ainda nesse contexto de boas práticas, alguns entrevistados também indicaram a necessidade de determinadas ações, medidas e programas, considerando os desafios da região. Mesmo que algumas dessas indicações ainda não tenham sido implementadas, ainda assim, são reflexões motivadas por problemas vivenciados cotidianamente no território, por profissionais da saúde, gestores, pesquisadores, representantes de organizações não-governamentais e comunidades locais.

Do ponto de vista da abrangência das indicações de boas práticas, elas envolvem tanto experiências na Amazônia, quanto práticas implementadas em outros contextos – seja no contexto nacional de modo mais amplo, ou de forma local e regional. No Quadro 5, as indicações dos entrevistados sobre alternativas/boas práticas estão organizadas em oito conjuntos de temas: (1) gestão e governança; (2) formação e gestão de equipes; (3) adequação das ações da saúde às necessidades do território, (4) tecnologias e equipamentos que poderiam aprimorar a provisão de serviços de saúde; (5) alternativas de saneamento básico; (6) profissionais de saúde: estratégias de provimento e fixação de profissionais; (7) práticas integrativas e complementares; (8) práticas relativas à segurança alimentar, meio ambiente e saúde; (9) saúde indígena.

Tendo em vista a diversidade de sugestões recebidas, procuramos apresentar não apenas as percepções dos entrevistados sobre as boas práticas, como também indicar suas reflexões críticas sobre alguns desafios de implementação. A análise a seguir, portanto, apresenta as



potencialidades das boas práticas mencionadas, reconhecendo também alguns pontos de atenção e desafios apontados pelos entrevistados.

Quadro 4 – Síntese sobre Boas Práticas Mencionadas em Entrevistas

Temas:	Menções/percepções das pessoas entrevistadas:
<b>(1) Gestão, governança e regionalização</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Linhas de financiamento já existentes para populações específicas do SUS (ESF Ribeirinha, UBSF, IAE-PI).</li><li>• Planejamento e organização de políticas intersetoriais por eixo fluvial / planejamento e financiamento de ações considerando sub-bacias hidrográficas.</li><li>• Planejamento da Atenção Primária à Saúde e regionalização / estratégias colaborativas de atenção à saúde entre os entes federativos.</li><li>• Arranjos de cooperação entre municípios (por ex.: consórcios intermunicipais de saúde, entre outros arranjos de governança colaborativa).</li><li>• Gestão da oferta de serviços orientada por diretrizes da Política de Atenção Básica (territorialização, resolutividade, estabelecimento de vínculos no território, longitudinalidade do cuidado, organização da rede, atendimento humanizado, participação de comunidade).</li><li>• Apoio matricial e maior resolutividade da Atenção Primária.</li><li>• Diálogo constante e valorização das instituições participativas para a efetivação de ações da saúde.</li><li>• Espaços colegiados (e intersetoriais) de participação, com foco no território/nível local, envolvendo diferentes atores-chave da comunidade.</li><li>• Parcerias entre universidades, governos municipais/estaduais e organizações do terceiro setor.</li></ul>
<b>(2) Formação de equipes/profissionais de saúde e gestores</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Formação de gestores e assessoria técnica a municípios (suporte às gestões municipais para o ordenamento das ações em contexto amazônico)</li><li>• Formação contínua de AIS, ACS e outros profissionais de saúde (práticas permanentes de formação).</li><li>• Interdisciplinaridade das equipes de ESF.</li></ul>





Temas:	Menções/percepções das pessoas entrevistadas:
<b>(3) Adequação das ações da saúde às necessidades do território (Atenção Primária e Especializada)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Equipe de Saúde da Família Ribeirinha e composição híbrida de equipes ampliadas, para a troca de experiências/ideias e encaminhamentos (maior resolutividade na AP).</li><li>• UBS Fluvial.</li><li>• UBS Flutuante (projeto piloto).</li><li>• Consultório odontológico móvel.</li><li>• Estratégias de prevenção / educação.</li><li>• Fortalecimento de redes comunitárias, lideranças comunitárias e formação de 'promotores da saúde'.</li><li>• Projetos de comunicação comunitária e educomunicação voltados à promoção da saúde e ações preventivas.</li><li>• Envolvimento de atores-chave locais, de forma integrada e complementar às ações da AB, como por exemplo as parteiras no pré-natal.</li><li>• Alternativas de assistência no caso de acidentes ofídicos.</li><li>• Alternativas para a realização de cirurgias ambulatoriais, consultas e exames especializados de forma adaptada a necessidades locais e especificidades culturais (por ex.: saúde indígena).</li></ul>
<b>(4) Tecnologias e equipamentos que podem aprimorar a provisão de serviços de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistemas de comunicação e notificação adequados (acesso à internet, telefonia ou rádio).</li><li>• Telemedicina para (i) atendimento/assistência e (ii) formação de profissionais.</li><li>• Equipamentos a energia solar (por ex.: Câmara fria para Conservação de Imunobiológicos).</li><li>• Possível uso de drones.</li><li>• Meios de transporte adaptados a áreas mais remotas ou a situações de urgência/emergência: hidroaviões e ambulanchas.</li><li>• Adequação dos meios de transporte à sazonalidade dos rios, por exemplo: embarcações com o calado baixo e uso combinado entre embarcações maiores e voadeiras</li><li>• Pontos de apoio adaptados a áreas remotas/pouco acessíveis.</li><li>• Uso de aplicativos e plataformas digitais para ampliação do acesso à rede.</li></ul>
<b>(5) Alternativas para ampliação das redes de saneamento básico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estações menores de tratamento de efluentes.</li><li>• Tratamento primário e secundário (mais acessível).</li><li>• Programas de ampliação do acesso à água potável.</li><li>• Tecnologias sociais/gestão compartilhada de alternativas de saneamento básico.</li></ul>



Temas:	Menções/percepções das pessoas entrevistadas:
<b>(6) Profissionais de saúde: estratégias de provimento e/ou fixação de profissionais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cotas geográficas que ampliam o acesso da população local aos cursos na área de saúde (cotas para origem local)</li><li>• Descentralização e interiorização dos cursos de medicina</li><li>• Programas como o Mais Médicos</li><li>• Programas de residência e parcerias entre universidades e gestões locais/estaduais</li><li>• Maior investimento nas condições de oferta e organização dos serviços de saúde (insumos, infraestrutura, organização da rede, etc.) criando incentivos e melhores condições de trabalho para a fixação de profissionais</li><li>• Mecanismos/incentivos para profissionais que atuem em áreas remotas (pontuação para as provas de residência, e bolsas/remuneração adicional para atuação nessas áreas)</li><li>• Possível criação/institucionalização de carreiras médicas de estado</li></ul>
<b>(7) Práticas integrativas e complementares</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Possível integração/consideração de saberes tradicionais (ampliação do diálogo intercultural)</li><li>• Uso de plantas medicinais e fitoterapia</li><li>• Abordagens alternativas de cuidado, como terapias comunitárias e outras práticas</li></ul>
<b>(8) Segurança alimentar, meio ambiente/território e saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Arranjos produtivos locais</li><li>• Cadeias produtivas sustentáveis</li><li>• Técnicas de agrofloresta</li><li>• Incentivos à agricultura familiar (ações do PAA e PNAE)</li></ul>
<b>(9) Saúde indígena</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ampliação e aprimoramento de mecanismos, incentivos e arranjos institucionais voltados à maior integração entre a saúde indígena e as redes de atenção básica, especializada, urgência/emergência sob responsabilidade de municípios e estados (como é o caso do Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas - IAEPÍ).</li><li>• Experiências de DSEIs cujos processos de planejamento/gestão e organização do trabalho ampliaram o acesso às redes de atenção à saúde, articulando diferentes entes federativos e considerando práticas interculturais de cuidado.</li><li>• Uso de unidades ambulatoriais móveis/modulares para ampliação do acesso à atenção especializada.</li><li>• Presença de intérpretes/tradutores nas diferentes redes de atenção à saúde</li><li>• Práticas adequadas aos contextos interculturais, reconhecendo a especificidade e a diversidade de cada povo/etnia.</li><li>• Reconhecimento e valorização dos saberes tradicionais de cura das comunidades indígenas (consideração de práticas complementares e integrativas).</li><li>• Projeto piloto de aplicativo sobre redes de atenção à saúde (itinerários terapêuticos), com tradução, para ampliar o acesso à saúde indígena.</li><li>• Profissionais de saúde indígenas, valorização e formação contínua de profissionais atuantes na linha de frente (como é o caso dos AIS).</li></ul>

Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas



O primeiro tema, **(1) gestão e governança**, envolve relatos que vão desde aspectos mais (i) pontuais de gestão no nível local, até estratégias (ii) mais amplas de incentivo ao planejamento regional/territorial integrado. Do ponto de vista mais amplo, inúmeros entrevistados enfatizaram a necessidade de se planejar as ações e políticas públicas de forma integrada e intersetorial no território amazônico, principalmente a partir dos eixos fluviais -- dado que o fluxo de pessoas e as condições logísticas são condicionadas pelas características geográficas e fluxos dos rios:

*A lógica (...) da Amazônia toda, isso eu também estou tomando o cuidado de estudar hoje são os rios. Então você vai ver, **tudo acontece nos rios**, então você tem uma calha de Rio às vezes o Rio pode ter 2 ou 3 municípios. (...) Então a lógica desses municípios, a lógica do financiamento ou do cofinanciamento ou da economia são estratégias onde a gente pense nas calhas do rio, e pense internamente, entropicamente para quem que vai fazer a ação dentro dessa calha do rio. Então se você olhar no Amazonas, por exemplo, vamos olhar o Rio Tiquié, o Rio Tiquié sai... tem umas comunidades tradicionais, depois tem umas 100 comunidades indígenas lá no fim e ali está trabalhando a Secretaria de Educação, está trabalhando um montão de organização não governamental (...) Está trabalhando um montão de gente. (...) A Secretaria de Educação manda todo dia um barco, ou manda toda vez por mês um barco pro professor com a merenda escolar, (...) a Secretaria de Saúde manda ambulância não sei quantas vezes por dia, por mês, manda o barquinho para levar o remédio, para levar a equipe médica, para distribuir equipe médica, o Exército manda não sei quem para lá também para fazer a soberania ou para fazer alguma ação de saúde ou alguma coisa. (...) **No fim, você tem um montão de gente passando naquele barco e levando muitas vezes por mês coisas que poderiam ser levadas uma ou duas vezes por mês.** (...) As ações podiam ser de uma forma estratégicas, mas melhor aplicadas. Porque, o que é caro na Amazônia? É combustível, é energia. Então, você vê: no fim, para fazer o mesmo trabalho, você gastou 10 mil litros de gasolina ou de diesel, onde a gente poderia gastar mil. **Então as ações poderão ser melhor coordenadas no sentido do financiamento do que já existe, otimizado (...).***

Além do planejamento de políticas (intersetoriais) articulado às bacias hidrográficas, outro tema relacionado são linhas de financiamento do Ministério da Saúde para populações específicas, como é o caso das Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Equipes de Consultório na Rua, conforme disposto na Portaria Nº 2.436 de 2017.

*A Política nacional de Atenção Primária, (...) a portaria de 2017, ela mantém como **equipes específicas** as Equipes de Saúde da Família ribeirinhas fluvial e Consultório na Rua. (...) Elas são consideradas equipes específicas porque elas **demandam uma organização de cuidado diferenciada** das equipes de saúde da família tradicionais. Diferenciadas desde a carga horária dessa equipe; a organização de processo de cuidado.*

Muitas vezes, contudo, os gestores locais desconhecem essas linhas de financiamento, elaboradas especificamente para a região amazônica, tendo em vista as barreiras geográficas e



a dispersão territorial. Na visão dos entrevistados, embora seja uma solução importante para responder aos desafios territoriais, muitos gestores desconhecem sua existência ou não conseguem pleiteá-la por limitações administrativas/baixas capacidades locais. Há relatos de gestores que não conseguem elaborar um diagnóstico de necessidades do seu território, ou que não têm um conhecimento sobre o território e todas as comunidades locais.

Quanto à regionalização, alguns entrevistados destacaram tanto experiências promovidas por governos estaduais quanto práticas divulgadas e incentivadas pelo CONASS. Dentre essas experiências e práticas, foram destacadas: (i) a implantação de hospitais regionais em municípios do interior dos estados, organizando a oferta de atenção ambulatorial especializada e hospitalar no território, de acordo com fluxos de acesso, grau de influência regional e infraestrutura de municípios-polo; (ii) estratégias de Planificação da Atenção Primária à saúde, fomentando maior integração das ações e serviços de saúde, sobretudo no fortalecimento das redes de atenção e encaminhamentos; (iii) constituição de consórcios intermunicipais de saúde ou outros arranjos de governança colaborativa entre governos locais, possibilitando uma melhor gestão das ações de saúde no território. Nesse último caso, os entrevistados exemplificam situações em que uma única UBS Fluvial atende mais de um município/mais de uma jurisdição, passando por quase 80 comunidades, e diferentes governos municipais se articulam para organizar as equipes prestadoras de serviço.

*Como eu lhe falei, eu tive oportunidade de tomar conta dos hospitais regionais. (...) Nós fizemos uma descentralização desse plano com a construção dos hospitais em municípios-polo (...). E aí com isso a **gente conseguiu descentralizar um pouco e levar a média e alta complexidade para o interior** do estado. Lógico, que esses locais eles foram escolhidos em função deles já terem uma estrutura de estrada, de energia, aeroporto, de acessos que a gente pudesse remover as pessoas do interior, nos lugares mais longínquos, para que chegassem àqueles locais onde tivesse os hospitais. São hospitais que variam de 70 a 200 leitos (...) e com isso a gente colocou leitos de UTI que não tinha.*

*Ao longo do tempo que foi desenvolvendo essa política de regionalização da atuação da saúde pública e tem um serviço específico porque deu muito certo esse tipo de experiência (...) que é a planificação da atenção em saúde (...) Tentei criar ao longo do tempo isso aqui [no Estado], criar hospitais e policlínicas regionais, **pensar a saúde a partir de regiões e não a partir só de municípios** eu regionalizar atendimento de saúde (...). Eu fazia isso em parceria com a prefeitura municipal. (...) Não precisa fazer mágica, né? Precisa fazer o que muita gente já disse que tem que ser feito. Então assim, **implanta aquele roteiro ali de regionalizar serviço pensar o território**, pensar a região, vê o cuidado de atenção, **apostar na atenção básica e ter alguma atenção especializada** porque vai precisar.*



Ainda sobre o tema de governança e gestão, inúmeros entrevistados enfatizaram a importância de que os gestores locais organizem a implementação das ações de saúde a partir de diretrizes previstas pela Política de Atenção Básica. Entre essas diretrizes, destacam-se: a territorialização, a busca por maior resolutividade da Atenção Básica, o estabelecimento de vínculos no território, a longitudinalidade do cuidado, a organização da rede, o atendimento humanizado e a participação comunitária. Nesse sentido, uma gestora local descreveu diferentes estratégias adotadas – tais como a disponibilização de infraestrutura local, em comunidades/áreas mais remotas – para que os profissionais de saúde possam permanecer no território por um determinado período e criar vínculos de confiança com a população. Na mesma perspectiva, outra entrevistada enfatizou a importância de se fortalecer as ações da Atenção Básica, destacando ações de prevenção e ampliação do acesso:

*É colocar em prática o que está posto na Política da Atenção Básica: que a gente tenha realmente no território, que a equipe tenha **vínculo**, que a gente consiga realmente que a equipe fique um tempo mesmo lá, para que ela conheça a população e que a população a conheça, e eles **estabeleçam uma relação de confiança**.*

*Acredito que ainda precisa (...) realmente **reconhecer a Atenção Básica** com a menina dos olhos dos gestores. (...) **Todo mundo se preocupa com o hospital regional (...), mas ninguém se preocupa com a Atenção Básica, que poderia evitar que as pessoas fossem para esses outros espaços, de média e alta complexidade**. Então, às vezes, as pessoas estão morrendo por falta de uma Atenção Básica. E que esteja executada de acordo com aquilo que a gente quer, que é **promoção, prevenção e o acesso universal das pessoas a esses bens e serviços**.*

O relato acima, assim como tantos outros, ilustra como alguns exemplos de boas práticas partem de caminhos já previstos pelo desenho institucional da política de saúde, sobretudo no que diz respeito ao fortalecimento das condições de assistência à saúde no âmbito da Atenção Básica. Dado que a maior resolutividade na Atenção Primária pode gerar menor sobrecarga da demanda por atendimento especializado (e menor sobrecarga nas capitais), muitos entrevistados apontaram boas práticas voltadas à maior resolutividade da AP. Este é o caso do apoio matricial entre as equipes, como já previsto no desenho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O apoio matricial prevê que os profissionais da linha de frente da ESF sejam amparados por uma equipe multiprofissional, em um processo de “*compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas*” (BRASIL, 2012, p. 18), visando (i) melhorar a resolutividade da ação clínico-assistencial e, ao mesmo tempo, (ii) capacitar, prover apoio técnico-pedagógico às Equipes de Saúde da Família (em geral, de perfil mais generalista). Na perspectiva de um



entrevistado, as práticas de gestão matricial pelas ESF no interior da Amazônia (cujas equipes poderiam ser amparadas/assessoradas presencialmente ou remotamente por telessaúde pelas equipes de NASF) poderiam não só (i) otimizar a resolutividade da AP como também (ii) contribuir para a formação dos profissionais:

*Além do suporte presencial ou à distância para apoio à tomada de decisão clínica, que objetiva qualificar o cuidado, dar mais resolutividade na atenção primária e diminuir encaminhamentos, o **matriciamento** é também uma estratégia de educação em serviço, que visa ofertar ao matriciado a oportunidade de aprofundar essa estratégia como um espaço de educação permanente em saúde. No contexto Amazônico, essa estratégia, realizada à distância seria mais adequada, mas também pode ser executada presencialmente, usando as unidades fluviais. (...) Uma questão importante (...) é a gente pensar, é como trabalhar o médico da ponta em ações de matriciamento. Isso era um projeto que a gente tinha, (...) ou seja: o médico que está lá na ponta na Atenção Primária. **Ele, mediante o uso de tecnologias de comunicação, com uma rede de apoio matricial, ele pode resolver até mais de 80% dos problemas de saúde se ele tiver na outra ponta da linha um especialista que orienta, que orientaria ele na condução de alguns agravos né? Quer dizer, isso diminuiria impacto um pouco na média alta complexidade, né?! Então, se a gente utilizar tecnologias de comunicação, o apoio matricial é uma estratégia.***

Outro tema ligado à governança diz respeito às instituições participativas e às experiências de diálogo contínuo entre a população e as equipes de saúde, tanto profissionais da linha de frente, quanto gestores. Os entrevistados relataram, por um lado, boas práticas de ações construídas a partir de diálogo entre atores estatais e a comunidade – destacando que a decisão compartilhada e o maior controle social foram importantes para que os projetos se concretizassem e tivessem encaminhamentos adequados às necessidades locais. Por outro lado, entrevistados também citaram projetos que foram implementados sem o devido diálogo com a população: algumas dessas experiências enfrentaram dificuldades e entraves de implementação, muitas vezes por não terem sido consideradas (previamente) características locais. Mesmo que os entrevistados reconheçam os desafios à efetivação da governança participativa (tais como as assimetrias de participação), ainda assim as instituições participativas foram mencionadas como boas práticas, por viabilizarem o desenvolvimento de ações mais responsivas às necessidades comunitárias e complexidades territoriais:

*Eu acho que nesse contexto, não somente na Amazônia legal, mas em todo o país, acho **importante ainda a valorização e a contribuição da participação popular nesse processo construtivo**. A gente está vendo que cada vez mais os gestores desvalorizam os Conselhos Municipais. (...) Acredito que ainda precisa fortalecer e reconhecer esse importante instrumento de participação popular para o desenvolvimento das políticas públicas.*



Além de instâncias participativas setoriais, alguns entrevistados também destacaram a necessidade de se formar conselhos locais intersetoriais - tendo o território como eixo das discussões. Nessa perspectiva, políticas e medidas sobre meio ambiente, saúde, educação e assistência social seriam discutidas por um colegiado intersetorial, composto por diferentes órgãos da administração pública e atores de diferentes setores da sociedade. Um dos relatos ilustra esse aspecto: o entrevistado chama a atenção tanto para a (i) importância de espaços participativos, que articulem pautas intersetoriais sobre o território, quanto para os (ii) entraves decorrentes da ausência de diálogo e articulação entre órgãos governamentais e comunidade. Ele chama a atenção para a importância de se construir ações de assistência à saúde envolvendo os diferentes atores-chave no território, como profissionais implementadores das demais políticas, lideranças religiosas e lideranças comunitárias no território:

*Eu acho que tem essa questão que é muito importante... a participação das pessoas que são envolvidas no território, pra realmente entender o que que essa política pública tá tentando fazer, porque - sem elas - só dá ruído. (...) Não tem como pensar em saúde dessas populações (...) sem pensar no território como um todo. Então assim, **não adianta você ficar falando "vamos fomentar as equipes de saúde" sem você minimamente ter mapeado os conhecedores tradicionais, quem faz erva, quem vai buscar os negócios no mato, quem que trabalha da cadeia produtiva, quem que é a professora, quem que é o líder religioso pode ser evangélico ou católico, por mais que você... precisa estar tudo junto.** Porque assim: um único ruído gera uma bola de neve... E a gente já viu inclusive enfermeiros que acabaram de se formar, (...) ser expulso da comunidade em dois meses. (...) A gente teve algumas experiências muito traumáticas, (...) um projeto muito grande de instalação de placas solares, fossas sépticas. Então vem assim... o modelo alemão, o modelo de outro lugar. Em várias teve um ruído muito grande, porque o modelo que foi construído não era um modelo que ia ser aceito pelas instituições. Então aí que que aconteceu? Por mais que as populações e as comunidades têm autorização de construir, a manutenção vai ficar a cargo das entidades públicas ou dos órgãos federais. E, se as entidades não comprassem [a ideia], você tem um equipamento obsoleto. **Então assim, (...) é um diálogo que não existe, uma conversa entre esses órgãos com as comunidades, uma arena fixa de discussão.** (...) Então esse alinhamento do que significa saúde, do que significa desenvolvimento, do que significa produção, ela é desencontrada".*

Frequentemente mencionada, outra boa prática sobre gestão e governança diz respeito a parcerias entre diferentes instituições: ações conjuntas promovidas por governos locais ou estaduais, junto a universidades, organizações não-governamentais e comunidades. Inúmeros projetos experimentais e iniciativas locais foram associados a arranjos híbridos entre organizações, envolvendo ações de formação continuada de profissionais de saúde, desenvolvimento de tecnologias, gestão e governança colaborativa, aprimoramento das ações de assistência à saúde, programas de residência médica, projetos aplicados de pesquisa e extensão.



As ações em parceria entre universidades e governos subnacionais foram frequentemente associadas a boas práticas de **(2) formação e gestão de equipes/profissionais de saúde**. Acadêmicos/pesquisadores e gestores desenvolveram em parceria conteúdos programáticos alinhados às necessidades da região, levando em conta, por exemplo, os perfis dos profissionais da ESF de forma geral. Alguns gestores locais destacaram a importância dessas parcerias para o aprimoramento e capacitação dos profissionais de saúde e das ações de assistência à saúde de forma geral:

*(...) O que me motiva é a gente conseguir alcançar indicador, é a gente se tornar referência para um determinado trabalho, sabe? Conseguir mobilizar a equipe de saúde do município para que eles enxerguem que realmente eles têm que ser protagonistas, que dá para a gente ser do interior do Amazonas, muito distante de tudo, dá para a gente ser referência, porque eu já experimentei em outros locais. (...) A gente fez um trabalho de educação permanente em saúde.*

As experiências relatadas ocorreram tanto de forma pontual, quanto de modo contínuo e mais consolidado. Em todos os casos, os entrevistados relataram a importância desses processos para a maior qualidade das políticas ofertadas. Frente à dificuldade de provimento de mão de obra à região, sobretudo de médico(a)s e enfermeiro(a)s-, houve muitas menções à importância da atuação e do maior protagonismo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes Indígenas de Saúde (AIS) nos territórios. Os ACS e AIS não só desempenham suas funções básicas (estabelecidas e atribuídas normativamente), como também são os primeiros a terem contato com situações emergenciais (tais como acidentes ofídicos, lesões/cortes por outros acidentes, crises hipertensivas) em áreas remotas, onde o acesso a unidades de urgência e emergência pode estar há horas ou dias de barco. Diante disso, ONGs, instituições de pesquisa/ensino e governos locais têm se articulado para promover processos formativos voltados à atuação de ACS e AIS no território amazônico:

*O Programa Saúde da Floresta (...) foi implementado oficialmente a partir de setembro do ano passado (...). O PIR [Primeira Infância Ribeirinha] envolve capacitações dos Agentes Comunitários de Saúde e outros profissionais da Atenção Básica que atuam nos municípios. Ele é mais focado nas comunidades ribeirinhas, mas não exclusivamente. (...) Procura abranger os profissionais Ação Primária da sede dos municípios, para empoderar mais a própria secretaria, para que haja uma política única... embora com diferenciações na sua aplicação (rural e urbana), haja uma integração maior. (...) [Há] também um curso de pronto atendimento, de funções de pronto-socorro para Agente Comunitário de Saúde e lideranças de comunidades né... como você atende uma pessoa, uma criança que quebrou a perna uma pessoa, que foi picada de cobra, alguém que está numa crise hipertensiva. Enfim: **(..) você tem que fazer um atendimento imediato até para poder socorrer e levar ela para o local que tenha especializado**. Você sabe, a formação dos agentes de saúde com formação técnico jurídica é muito limitada né... uma visão*





*cosmopolita de grandes cidades, de médias cidades, onde o agente saúde ele é muito mais um coletor de informações, o informador, e às vezes apoiador de ação primária, e não alguém que vai prestar Socorro imediato para alguém que necessita desse socorro. Mas na Amazônia é diferente: **alguém que está a 5 horas de barco de viagem da sede do município, ou mesmo de uma UBS, uma comunidade mais desenvolvida que é exceção, ele precisa de socorro imediato. O Agente Comunitário de Saúde tem que estar preparado para prestar Socorro imediato.***

Um dos fatores para que as diferentes experiências de formação ocorressem de forma contínua e com adesão dos profissionais foi o apoio dos governos locais ou estaduais. Em alguns casos, houve relatos de que trocas de gestão (com diferentes prioridades/agendas políticas) levaram à descontinuidade ou dificuldades de trabalho ao longo dos processos formativos.

No que se refere a **(3) adequação das ações às necessidades do território** (tanto na Atenção Básica quanto Especializada), foram mencionadas ações (i) já institucionalizadas, como é o caso das UBS Fluviais, da ESF Ribeirinha, consultório odontológico móvel; (ii) e ações com menor grau de institucionalização, como é o caso de projetos de formação de lideranças comunitárias, projetos de integração do trabalho complementar de parteiras e outros atores comunitários, projeto-piloto de pontos de apoio diferenciados (UBS Flutuante), entre outras ações ou propostas de equipamentos, nos campos da prevenção e da assistência à saúde.

A UBS Fluvial (UBSF) foi frequentemente mencionada como uma importante alternativa para garantir o acesso à saúde pelas comunidades ribeirinhas. Apesar dos desafios à sua gestão e implementação, ainda assim as UBSF foram vistas como conquistas importantes para o atendimento das comunidades, de acordo com diversos entrevistados. Alguns dos relatos a seguir ilustram esses aspectos:

*O avanço de serviço foi quando o Ministério criou a partir de 2013 as chamadas unidades básicas de saúde fluvial, né? Acho que essa aí a gente já pesquisou bastante sobre essas unidades, publicamos sobre isso e alunos também têm feito teses e dissertações sobre isso. Essa para mim é a grande virada, para (...) incluir uma população que estava bem descoberta, (...) as populações ribeirinhas. (...) A inovação que eu vejo na UBS fluvial, (...) é uma inovação para a produção de acesso para uma população que era invisível, que não era conhecida, que só vinha à cidade quando tinha alguma situação (...) Mas associado a isso por isso que eu digo tem que ter uma boa gestão do território, né?*

*Nós temos unidade de saúde, unidade básica de saúde fluvial (...). Nós conseguimos construir uma embarcação em 2019, ela nos deu um suporte muito grande para a população ribeirinha no período da pandemia, tanto que ela não retornou para a cidade, ela ficou quase 6 meses navegando no rio, subindo e descendo o rio para poder atender a população (...) Foi muito importante para (...) todos nós, tanto para a gestão, quanto para a população assistida. E através da UBS fluvial, nós desenvolvemos diversas outras ações,*



*nós não tivemos só pacientes com COVID, nós tivemos pacientes de todos os níveis de complexidade, paciente com AVC, paciente com picada de cobra. Então tiveram uma série de situações ali que a unidade Básica de Saúde Fluvial deu o primeiro suporte. (...) E como nós temos internet na UBS fluvial, nós conseguimos o contato com a unidade de saúde, no hospital, e aí fazia todo um preparo para receber esse paciente que viesse da zona rural.*

Da mesma forma, as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas também foram destacadas pelos entrevistados. Como a ESF Ribeirinha (ESFR) é composta por equipes multiprofissionais e permite a contratação adicional de profissionais, alguns gestores não só fazem uso dessa composição ampliada, como também fomentam o trabalho integrado e interdisciplinar na Atenção Primária. Essa forma diferenciada de gestão das ESFR, organizada pelo intercâmbio e aprendizado organizacional, favorece, na visão de uma entrevistada, a maior qualidade das ações, além de maior resolutividade da AP:

*[Na ESFR] a gente está colocando mais um profissional de nível superior para cada equipe, que seria uma outra recomendação (...) A gente pode contratar até doze técnicos de enfermagem, pode contratar (...) mais microscopistas, (...) mais um auxiliar de consultório dentário e mais dois profissionais de nível superior, que aí você escolhe (...). Eu sempre peço mais um enfermeiro pra cada equipe, (...) aí vejo um fisioterapeuta. Na outra equipe eu estou pedindo um **nutricionista, na outra uma assistente social, na outra um farmacêutico, na outra um fonoaudiólogo**(...). **Daí dá pra a gente fazer um trabalho de uma equipe multiprofissional para a área ribeirinha e a gente fazer uma troca entre eles, entendeu?** Aí eu sugeriria para os demais gestores que fizessem também, da mesma forma: porque **potencializa o trabalho da atenção primária, do médico, do enfermeiro e ali do dentista, porque a gente fica tão voltado para a assistência, e a gente com esses profissionais consegue apoio para fazer promoção e prevenção.***

Se, por um lado, a PNAB contempla o atendimento de populações dispersas no contexto ribeirinho (eixos fluviais, áreas pantaneiras), por outro lado, há limitações quanto a linhas de financiamento a populações específicas dispersas por terra. Ainda persiste, por exemplo, o desafio de atender comunidades dispersas em áreas remotas e que não são acessíveis por eixos fluviais. A esse respeito, alguns entrevistados mencionaram duas sugestões/possíveis boas práticas. Em primeiro lugar, menciona-se a necessidade de que o Ministério da Saúde elabore e institucionalize linhas específicas de financiamento, com valores diferenciados, às populações de dispersão por terra. De acordo com o entrevistado, hoje essas alternativas de atendimento diferenciado às populações específicas e em áreas remotas oneram a gestão municipal, por não contar com uma linha de transferência intergovernamental específica no MS:

***Eu acho que seria para áreas de dispersão por terra.** A gente tem hoje a oferta [diferenciada para populações específicas] por água, mas a gente não tem oferta de valores diferenciados para a região de maior dispersão de floresta, por exemplo. E aí atenderia a necessidade dos extrativistas, (...)*



*demandas em relação ao cuidado dessa população, que também vive em áreas de grande dispersão. Como população do campo também. (...) Eu acho até que a gente já conseguiu avançar com essa nova forma de financiamento do previne, que olha para região pelo IBGE, né? Então a gente já tem hoje um diferencial de valor para área remota (...), mas a gente não tem ofertas diferenciadas como pontos de apoio, culturas de oferta para essa dispersão. (...) **Eu escuto que os gestores, eles se organizam muitas vezes tendo aqueles postinhos que eles colocam em áreas de dispersão territorial por terra, e aí esse custo ele fica mesmo na responsabilidade da gestão municipal muitas vezes.***

Em segundo lugar, alguns entrevistados destacaram outras alternativas de pontos de apoio, como é o caso de um projeto-piloto de UBS Flutuante. De acordo com relatos, a UBS Flutuante cumpriria a função de infraestrutura de apoio, assim como os demais pontos de apoio já previstos na PNAB, com a vantagem de que ela poderia: (i) permitir a permanência de profissionais da ESFR no território por maior período, facilitando criação de vínculos e a longitudinalidade da atenção à saúde, sobretudo nos períodos em que a UBS Fluvial não estivesse na área; (ii) permitir a adequação às sazonalidades dos rios e às variações nas áreas de várzea, dispondo de infraestrutura modular tanto para sua implantação/fixação em terra, quanto à margem de rios; (iii) viabilizar a conexão e maior infraestrutura para a oferta de serviços de saúde entre diferentes comunidades dispersas em áreas remotas, integrando trechos até então segmentados por barreiras geográficas:

*Ela [UBS Flutuante], ficando lá nessa região, quando o lago secar, ela sendo flutuante, **a gente tira e coloca no Rio Madeira.** (...) Quando o nível aumentar, a gente coloca dentro, e dá uma assistência melhor àquela população que fica muito dentro do lago (...), entendeu? Só que para a gente montar uma equipe ribeirinha, a gente tem que pegar um território grande porque a população ela é bem dispersa, então para a gente juntar para dar uma equipe ribeirinha para poder ter financiamento, aí a gente tem que pegar a população que fica à margem do Rio Madeira e população que fica lá dentro. Aí, (...) **os pontos de apoio são importantes também,** que a gente colocou no nosso projeto: quatro pontos de apoio para cada UBS, para cada unidade de saúde da família ribeirinha. (...) Se tenho sete áreas ribeirinhas e o território com duzentas e tantas comunidades, (...) distribuídas nesse território e em vários rios, (...) quando eu estiver na parte sul do município [com a UBS Fluvial] (...) a parte norte vai estar descoberta. **Pra ela não ficar descoberta tanto tempo, eu teria lá uma UBS Flutuante entendeu?** (...) Eu falo da UBS flutuante, mas é uma UBS como se ela fosse fixa: **a diferença é que eu posso tirar, colocar para a parte que está lá dentro do lago, quando o lago baixar o nível eu coloco ela para a parte de fora, coisa que eu não posso fazer com a UBS de alvenaria.** Pra gente aqui, no meu entender - eu já conheci todo o território - são duas áreas nossas que seria importante: uma pela distância, e a outra por ser várzea.*

O projeto arquitetônico da UBS Flutuante foi elaborado por uma gestão municipal no Amazonas, mas ainda não foi implementado, pois requer autorização junto ao MS. Segundo a



entrevistada, seria necessário implementar o projeto em caráter experimental e avaliar como os benefícios previstos se concretizam.

Outras iniciativas, como consultório odontológico móvel, estratégias territorializadas de educação e prevenção sobre temas como, por exemplo, saúde bucal e prevenção a ISTs, também foram destacados nas entrevistas. A esse respeito, ações intersetoriais, em parceria com a rede de educação, também foram sugeridas.

Outro aspecto diz respeito à valorização e formação de lideranças comunitárias locais, para que as próprias pessoas das comunidades sejam protagonistas de sua trajetória em termos de condições sanitárias e bem-estar. Inúmeras práticas foram relatadas, desde ações contínuas de educação/prevenção, até projetos de comunicação comunitária, projetos de pesquisa (em parcerias entre UBS, universidades, comunidades e ONGs): *“As pessoas perceberam que se elas (...) fizessem a educação, assumindo um protagonismo delas, isso foi muito legal. Elas se tornaram protagonistas da sua própria trajetória em saúde”*.

Neste sentido, muitos entrevistados defenderam a importância de se reconhecer, valorizar e integrar atores-chave locais com atuação direta ou indireta na saúde para a efetivação das ações da Atenção Primária. As parteiras, por exemplo, foram frequentemente citadas pela contribuição que têm ao pré-natal:

*Pensar a integração das partidas das equipes né? Tem umas experiências muito boas Integração das parteiras às equipes no pré Natal. Porque a parteira ela desenvolve um pré Natal (...) que não é reconhecido pelo SUS. (...) É um cuidado que a parteira faz. Então a gente ajudou na **criação da associação aqui de parteiras tradicionais** (...) Isso talvez seja um bom exemplo de como é que a gente pode pegar né conhecimento/um saber tradicional e como (...) é que essas parteiras podem ser incluídas na equipe. (...) Fazer parte da equipe, eu acho que isso talvez é uma boa prática, que eu diria assim, que ela ela poderia ser ampliada, né? (...) A gente tem casos muito pontuais, mas isso poderia virar (...) uma estratégia. (...) A parteira tem uma ação bem forte, específica, mas a gente poder considerar esses outros saberes né? Como sendo relevantes e importantes, e que também produz “cuidar” (...) Muitas vezes são mais procurados do que a própria equipe de saúde, né?”*

Na mesma linha, alguns entrevistados destacaram a atuação de profissionais da saúde vinculados a ONGs que prestam atendimento especializado em comunidades indígenas, de forma articulada à atuação de lideranças indígenas e às práticas, saberes e tradições locais:

*Por exemplo, **depois que nós começamos a usar [contar com a presença dos] pajés no pré no pós-operatório, a vida dos pacientes melhorou muito** (...) Às vezes a gente consegue (...) ver algumas Casais em que as pessoas são mais abertas [às diferentes epistemologias de cuidado]. Eu acho que, quanto mais aberto, quanto mais próximo:*



*nós não somos concorrentes, (...) podemos trabalhar juntos, isso vai ser bom. Nosso objetivo é a felicidade dos nossos pacientes.*

Outros aspectos também mencionados como boas práticas foram as **(4) tecnologias que podem aprimorar as condições de oferta de serviços de saúde**, tendo em vista as características geográficas da região. Algumas dessas tecnologias ou equipamentos já são disponibilizados e constam da Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes para o SUS, como é o caso de Câmaras para Conservação de Imunobiológicos a energia solar, enquanto outras ainda não foram incorporadas. As indicações sobre esse tema foram variadas, envolvendo desde sugestões sobre melhores sistemas de comunicação e notificação, incluindo acesso à internet, telefonia e rádio, até sugestões sobre hidroaviões e uso de drones.

De modo geral, os entrevistados enfatizaram que é necessário mobilizar os melhores e mais recentes insumos/equipamentos de trabalho para a Amazônia, tanto para possibilitar o adequado atendimento de saúde, quanto para contornar os desafios logísticos. Nesse contexto, menciona-se a necessidade de acesso à energia elétrica, internet e sistemas de comunicação, seja para o (i) uso e preenchimento de informações em sistemas e plataformas digitais (sistemas do SUS), ou para (ii) a comunicação adequada com outras unidades de saúde, órgãos gestores e rede de atenção à saúde. Melhores canais de comunicação para áreas mais remotas também foram mencionados, para os casos em que a comunidade precisa reportar acidentes ou ocorrências de emergência, como acidentes ofídicos.

Muitas pessoas enfatizaram o uso da telemedicina/telessaúde, como uma importante alternativa aos desafios atuais. Na visão dos entrevistados, a telemedicina poderia ser usada para facilitar a comunicação entre as equipes de ACS e profissionais de enfermagem com equipes médicas generalistas ou especialistas, ou ainda a comunicação entre médicos generalistas e especialistas. Segundo relatos, algumas experiências do uso da telemedicina já têm sido implementadas na Amazônia, sobretudo em função do contexto da pandemia por Covid-19. Os relatos sugerem que as experiências de telessaúde foram úteis para se ter (i) maior resolutividade da assistência em áreas remotas, possibilitando orientações entre ESF e médicos, ou orientação médico a médico; e também para (ii) viabilizar processos formativos de profissionais da saúde, especialmente ACS, AIS e profissionais da enfermagem. Essas experiências de formação e de assistência clínica, como relatadas, ocorrem principalmente por iniciativa de ONGs e universidades, em parceria com governos locais e estaduais. O caráter mais econômico e mais resolutivo da telemedicina foi muito enfatizado também como uma alternativa à falta de profissionais no interior da Amazônia.



Mas tem um tipo específico que é o **teleatendimento médico**. Os médicos em regra não gostam de fazer teleatendimento de pacientes sem ter outro médico na ponta. A própria UEA [Universidade do Estado do Amazonas], ela tem uma experiência exitosa de teleatendimento que é muito mais uma orientação médico a médico. (...) É um trabalho muito importante, porém não é o trabalho que nós estamos fazendo. Nosso trabalho é atender o paciente da comunidade, ele estando distante né? Em comunidade remota ele poder ser atendido pelo médico. Claro, caso cirúrgico jamais né? **Mas os casos clínicos, até na identificação daquilo que terá que ser encaminhado necessariamente para a sede do município**. Então é mesmo aproveitando a lei que permite o teleatendimento durante a pandemia, (...) permitiu provisoriamente enquanto a epidemia estiver presente aqui. É algo subjetivo sabe até quando vai ser considerado o Brasil está sob pandemia? mas por enquanto pode.

Eu acho que eu volto a repetir só a questão do **telediagnóstico na medicina como uma interiorização do diagnóstico e do serviço especializado em saúde**. Eu acho que isso é um modelo que tem que se pensar já, nós estamos perdendo tempo com relação a isso, e nós estamos perdendo vidas com relação a isso, porque quando você tem um paciente que tem um surto psiquiátrico ou que precisa de um psiquiatra e você não tem acesso a ele, você pode estar perdendo um paciente. Não só isso, nós temos diversos outros casos, paciente com determinadas patologias que você não consegue fechar diagnóstico, você precisa de um apoio diagnóstico e você não tem, eu acho que a maneira mais barata e mais rápida e eficaz seria esse modelo.

Um dos entrevistados enfatiza a importância da telemedicina, por contornar problemas logísticos, diminuir processos de retirada/deslocamentos de pacientes que seriam considerados desnecessários se houvesse assistência local adequada, otimizando os processos da rede de cuidados. Ele também sugere que, caso as estratégias de telemedicina sejam institucionalizadas, seria necessário implementar filtros de atendimento e encaminhamento, organizando a assistência remota:

Eu acho que o gestor se quiser economizar **tem que aderir a telemedicina para a Amazônia e tentar fazer esses pontos de telemedicina chegarem lá pra realmente para (...) melhor formação do agente comunitário, melhor formação dos técnicos de saúde, sejam os enfermeiros ou o técnico de enfermagem, e para o médico também, dar um apoio**. (...) É muito difícil estar na ponta, você estar na cara a cara com doente, que às vezes você não sabe o que que é, ou tem dúvida. **Então, se você tem um ponto em telemedicina, você pode ter uma segunda opinião, (...) e aí beneficiar o paciente** (...) Telemedicina é a solução, barata hoje em dia, cada vez mais barata. (...) Se o governo abraçar isso, por que não o hospital regional não ganhar um incentivo financeiro para manter 24 horas por dia o seu corpo clínico à disposição de uma teleconsulta, sabe? Mas tem que ter os estágios, porque se leva tudo para o hospital regional ele pára pra fazer só isso. Então **tem que ter os filtros, tem que identificar os problemas**, tem que ter um diagnóstico, por exemplo, um trauma, então vai ter o trauma o médico de lá da ponta diagnóstica, ativa a rede, um da outra ponta tenta resolver, se não resolver passa para outro nível. **Então tem que ter pelo menos os 3 níveis de telemedicina, porque se não o volume é inadministrável**. E eu não tenho dúvida que o ponto final é quem tem que cuidar, que são os hospitais regionais e hospitais terciários ou última



*instância, o último cara que vai ser... é o hospital regional, fala “- esse caso ninguém resolve aí manda pra mim”. (...) Retirar uma menina da área que na verdade ela teria um glaucoma e o especialista poderia dizer assim “- É um glaucoma, bota esse colírio aí”. Então é isso. Tem como otimizar, se não sai caro.*

Outros entrevistados também chamaram a atenção para a criação de pontos de apoio mais adequados a áreas de difícil acesso (por exemplo, áreas a montante de rios de difícil navegabilidade), que seriam elaborados a partir de diferentes materiais e para além daqueles já previstos na PNAB. Assim como mencionado anteriormente, no caso do exemplo da UBS Flutuante, houve menções a pontos de apoio alternativos, que poderiam ser melhor equipados para viabilizar o atendimento em áreas remotas: poderiam ser estruturas modulares simplificadas (não necessariamente de alvenaria), com a infraestrutura necessária à realização de atendimentos periódicos.

*Como trabalhar com tecnologias alternativas de ponta, de fácil manuseio, de maior resolutividade? Pensar em tecnologias de manuseio no próprio local. Como podemos fazer desenhos de acordo com a geografia? Como por exemplo barco hospital/unidade móvel, posto de saúde equipados com essas tecnologias, **sistemas de notificação via rádio por exemplo para casos de picada de cobra**. A questão logística. Interessante ter hidroaviões em áreas que são mais remotas ainda, pra levar uma equipe uma vez por mês, num determinado polo fazer atendimento regular, por exemplo. (...) Você pode ter unidades de contêineres, em locais estratégicos e fazer deslocamentos das equipes. Às vezes é mais fácil transportar a pessoa [as equipes de saúde], do que transportar um hospital. A questão da saúde em áreas remotas depende não só de médicos, mas de engenharia, para pensar essa logística/tecnologias.*

Houve menções sobre a possível utilização de drones para entrega de insumos a profissionais de saúde em áreas de difícil acesso, além do uso de hidroaviões e ambulanchas para as situações de maior complexidade e de urgência-emergência. As ambulanchas, também usadas junto com as rabetas, foram bastante mencionadas nas entrevistas por serem mais baratas quando comparadas ao transporte aéreo:

*Temos também um outro braço, **um projeto que é o de transporte de urgência e emergência para as comunidades (...) as ambulanchas caboclas né?** Que são barcos velozes, com a maca, com alguns instrumentos de primeiros socorros, para poder chegar a um local de atendimento para aquele caso daquele atendimento de urgência e emergência. São lanchas velozes. Também foram fornecidos barcos menores para os Agentes Comunitários de Saúde poderem trabalhar com rabetinhas. E então também temos este instrumento de apoio ao transporte de urgência e emergência.*

Embora inúmeros desafios de infraestrutura e condições de oferta de serviços permaneçam, por outro lado houve muitos relatos sobre o desconhecimento de gestores locais sobre os equipamentos disponíveis pela Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes





para o SUS. Este é o caso de câmaras frias a energia solar para conservação de imunobiológicos. Nesse contexto, alguns entrevistados pontuaram que é preciso ampliar a divulgação a gestores não só sobre as linhas de financiamento para serviços/populações específicas, como também sobre os equipamentos e insumos para a oferta desses serviços, já prevista pelas normativas do MS. Este é o caso das embarcações e insumos à ESFR, além dos equipamentos fotovoltaicos:

*Eu acho que a gente ainda tem que falar mais sobre isso para poder pensar nas possíveis alternativas(...), buscar alguma possibilidade de oferta. Aí, o que a gente conseguiu foi incluir na RENAME né, na lista de equipamentos, essa câmara fria de energia solar. Poucos gestores eu acho que têm conhecimento e pedem. São poucas as unidades que eu vejo que solicitaram esse tipo de equipamento.*

Tendo em vista as doenças comunicáveis pela água, alguns entrevistados também indicaram, entre as boas práticas, alternativas para **(5) ampliação das redes de saneamento básico**. As sugestões envolveram tanto iniciativas em menor escala (fossas sépticas, sistemas de captação e reservatório de água, com equipamentos fotovoltaicos e tecnologias sociais, administradas pelas próprias comunidades), quanto projetos mais estruturantes, como investimentos em infraestrutura de tratamento primário e secundário de efluentes. Também foram mencionados programas de abastecimento, como é o caso do Programa Água Doce. Alguns dos relatos a seguir ilustram essas diferentes indicações:

*Na saúde, o foco é no saneamento básico: oferecer cloro e microsistemas de abastecimento de água a partir de energia solar, gerido pelas próprias comunidades. Temos saneamento com distribuição de água com qualidade gerido pela própria comunidade (...) A gente capacita a população na auto-gestão daquilo, a comunidade aprova um estatuto. Cabe à comunidade administrar o sistema, esse “elevado de água”. (...) Tem um fundo de caixa pra manutenção/reparo. Hoje são sistemas que funcionam com energia solar e não precisa de bateria (porque a bateria é cara). Desenvolvemos esse modelo a partir do Instituto de energia da USP. E de uns 5 anos pra cá, passamos a desenvolver esses sistemas, a mensalidade que era 15 passou a 5 (com energia fotovoltaica). E simplifica muito a gestão. O diesel, você só liga quando está muito chuvoso/nublado.*

*A gente precisa fazer tratamento primário [de efluentes]. (...) Existem várias tecnologias desenvolvidas, modelos de estação de tratamento (...), estações pequenas, mas isso esbarra nos modelos de concessão. Tem que ter essa visão descentralizada e não-financeira.*

Frente à falta de profissionais de saúde (sobretudo médicos) na Amazônia, muitos entrevistados destacaram a importância de estratégias voltadas ao **(6) provimento e fixação de profissionais** na região. Em termos de provisão de profissionais, houve muitos relatos sobre experiências





como o Programa Mais Médicos e sobre programas de residência médica na região, em parcerias com universidades.

Os entrevistados enfatizaram a necessidade de se fortalecer um conjunto de ações voltado à formação e permanência de profissionais já residentes na região. Dentre as alternativas de fixação de mão de obra, as soluções mais apontadas foram as oportunidades de formação e capacitação (tanto no ensino superior, quanto ensino médio/técnico) de profissionais da saúde que possuem vínculos com a região. Os vínculos familiares foram bastante mencionados como um dos fatores que mais contribuem para a permanência dos profissionais no interior, ou o seu retorno ao interior, caso tenham se deslocado para outros municípios para realizar os estudos:

*Na pesquisa, a gente foi vendo umas coisas bem interessantes e quem eram os médicos que estavam no interior. (...) A gente pesquisou todas as 14 profissões né? **As pessoas que voltaram para o interior eram aquelas que eram do município.** A gente conseguiu mostrar, pela pesquisa, entrevistou 850 profissionais, né, em 20 municípios de todas as regiões. É isso: o **componente familiar**, esse é o porquê que você veio aqui e por quê você permanece aqui. (...) As pessoas saem para estudar e acabam retornando. Então tem alguns gestores que usam uma máxima assim, que é: “- **contratar gente da terra**”.*

Os entrevistados também argumentaram sobre a importância da (i) descentralização e interiorização dos cursos superiores na área da saúde, a (ii) destinação de vagas (cotas específicas/cotas geográficas) para ampliar o acesso da população local; (iii) maior investimento nas condições de oferta dos serviços de saúde (insumos, infraestrutura, etc.), capazes de gerar melhores condições de trabalho aos profissionais. Também foram mencionados (iv) incentivos e mecanismos de estímulo para áreas remotas, como sistemas de pontuação para a prova de residência e remuneração adicional, além de uma (v) possível criação de carreiras médicas de estado.

*Todos os países eles desenvolvem um conjunto de estratégias, não é uma estratégia única, não é um programa único, para dar conta desse desafio de formar, prover e fixar profissional de saúde em áreas remotas. (...) Porque você tem uma série de outras questões que influenciam na decisão desse profissional ir ou não para aquele lugar, ficar ou não naquele lugar, que ultrapassa o tema da recuperação do mercado (...) **Uma primeira parte da política é a formação profissional né. Você tem mecanismos de entrada de acesso das pessoas da própria região das áreas vulneráveis no processo de formação. Então todo o debate sobre cota indígena, todo o debate sobre cota de origem local né.** Então você tem um conjunto de faculdades estaduais sediadas na Amazônia que foram colocadas como cota desde o começo: metade das vagas serem de pessoas do Estado do Amazonas, por exemplo as fundações fizeram isso. (...) (...) Então **primeiro**, você tem que ter uma política muito direcionada de fazer um esforço de fazer com que as **pessoas, os jovens da região entrem no processo de formação profissional da área da saúde - do Agente de Saúde até o nível superior.** E depois a residência médica, a*



*qualificação permanente desse profissional. Para isso, precisa abrir mas faculdades lá, mais oportunidades de formação e **ter regras de acesso mais explícitas de priorizar as pessoas da região.** (...) Segundo: você precisa ter mecanismos de, em esse profissional formado, quando ele vai entrar no mercado de trabalho, ele saber que você tem **mecanismos de estímulo para que esse profissional vá para as regiões mais vulneráveis.** E aí esses estímulos é sim ter carreira, ter uma remuneração adequada (...) Mas eu acredito que isso só não basta e não resolve. Porque, nos (...) outros países, não resolveu. Você tinha **mecanismos de estímulo maior por parte do sistema público para levar esses profissionais para lá.** E aí tem vários, desde por exemplo a gente criou na época do ministério da saúde o PROVAB, que é um programa antes do Mais Médicos, onde estabeleceu o seguinte: o profissional médico de enfermagem e de odontologia fosse para uma área vulnerável recebendo uma bolsa do Ministério da Saúde (...); o tempo que ele ficasse lá contaria como pontos para prova de residência.*

Os entrevistados também apontaram boas práticas relacionadas a temas que influenciam as condições de saúde e bem-estar da população, tais como meio ambiente, trabalho e geração de renda, segurança alimentar, aspectos culturais. Ao considerarem a relação entre aspectos culturais/modos de vida das comunidades tradicionais (sobretudo quilombolas, ribeirinhas, indígenas, extrativistas), seus territórios e as condições de saúde, muitos entrevistados indicaram as **(7) práticas integrativas e complementares**, além de projetos ligados a **(8) segurança alimentar, meio ambiente e saúde.**

Do ponto de vista de práticas integrativas e complementares, há vários relatos de experiências sobre identificação/mapeamento e pesquisa sobre o uso de plantas medicinais e tratamentos fitoterápicos envolvendo projetos em parceria entre universidades/institutos de pesquisa, ONGs, comunidades e governos locais. Nesse contexto, também foram mencionadas abordagens de cuidado e possibilidades terapêuticas a partir de práticas e saberes tradicionais locais. Mesmo que boa parte dessas experiências ocorra em menor escala, e de maneira pouco institucionalizada, ainda assim muitos gestores, lideranças comunitárias, profissionais da saúde e pesquisadores enfatizaram o papel de práticas complementares para a maior integralidade na Atenção Primária.

*O nosso trabalho tem sido também no sentido de nos apropriarmos dessa sabedoria [local], transferir essa sabedoria para os agentes comunitários de saúde. Nós tivemos ajuda lá de **pesquisadores da Fiocruz, que estiveram lá mapeando toda essa fito-remediação, e tá tentando criar algumas padronizações das medicações que usam.** Porque assim, você vai numa casa, ela usa um chazinho com pé de folhas com 1 litro d'água e bebe o dia inteiro. A outra, usa uma xícara para 10 folhas também, a outra usa 50 folhas ou o ramo inteiro. A outra macera a folha ou deixa secar. Então você precisa meio que padronizar, enxergar todos os usos que você faz de uma determinada planta, para determinado tipo de enfermidade e a partir daí então você tentar padronizar essa utilização. **Qual é a dosagem segura para***



*utilizar? Esse tem sido uma das contribuições que a gente tem tentado enquanto universidade levar lá, conhecer.*

*A gente teve uma experiência muito boa para saúde outro dia porque o AIS da Aldeia (...), ele é um indígena e aí o presidente da associação começou a reclamar que o DSEI não tá mandando o remédio. (...) Aí eu perguntei o que que vocês trabalham aí (...) com as florestas, remédios medicina indígena de vocês? Aí o líder falou "- É o nosso AIS aqui, o nosso maior conhecedor das ervas, ele tira muita coisa da floresta e traz..." (...) Então valorize o máximo o que ele pode passar para vocês*

*Como que a gente pode valorizar o conhecimento dessas populações para elas produzirem no seu território medicamentos fitoterápicos, para elas usarem no seu tratamento e assim terem mais autonomia, para não depender tanto da saúde vinda do serviço público também? (...) São alguns caminhos que acho que a gente pode pensar também.*

No que se refere a projetos relacionados às temáticas de meio ambiente, saúde e segurança alimentar, houve menções a (i) arranjos produtivos locais, (ii) cadeias produtivas sustentáveis ligadas a atividades extrativistas ou a técnicas de agrofloresta. Em geral, os entrevistados argumentaram que a criação de oportunidades de geração de trabalho e renda que incorporem práticas de preservação ambiental e usos sustentáveis dos recursos florestais podem propiciar condições mais favoráveis ao bem-estar, aos regimes de alimentação e às condições de saúde das comunidades tradicionais e que dependem do território.

*E é preciso valorizar (...), a gente tem trabalhado junto com o conselho municipal de saúde 2014, a gente começou um trabalho em algumas comunidades aqui próximo da cidade. É um projeto agroextrativista, então tem uma política de ação que a gente está trabalhando e são os nossos arranjos produtivos locais, com plantas medicinais, com cumaruzinho, com erva-cidreira. (...) A gente tem trabalhado agora fazendo para o laboratório da UFOPA, o xarope do Guaco pra redistribuir nas nossas unidades básicas de saúde, o chazinho do Cumarú. Nós estamos nesse processo do arranjo produtivo local que é um projeto que está sendo trabalhado também pela Secretaria municipal de saúde junto também ao Ministério da saúde, que já tem algumas experiências no Brasil, são nossos arranjos produtivos locais.*

Os relatos sobre cadeias produtivas sustentáveis também se relacionam a menções sobre valorização dos saberes comunitários tradicionais locais, possibilidades de desenvolvimento, complementaridade das estratégias de cuidado, preservação ambiental e melhores condições de saúde. Boas práticas (projetos e iniciativas) que articulem essas diferentes temáticas foram muito destacadas pelos entrevistados.

*Um dos elementos que a gente reputa como transformador são os sistemas agroflorestais. (...) São mais de 30 anos aqui no município perto de Belém (...) Tem a cooperativa agrícola mista (...) surgiu com uma família (...) Quando eles começaram a trabalhar por agroflorestas, com as plantas nativas misturadas com as exóticas frutíferas, e começaram a fazer essa combinação:*



*aí, uma eliminava a praga da outra, uma protegia a outra. A sombra de uma, benéfica para outra. Tem uns programas agroflorestais (...), eu acho isso uma preciosidade. Porque é algo transformador, que pode inclusive (...) **utilizar do conhecimento tradicional da cultura, né?** Do povo da floresta, nessa questão. Eu acho também outra coisa importantíssima é o conhecimento dos povos indígenas que a gente precisa.*

No que se refere a boas práticas para a (9) saúde indígena, há relatos que são transversais aos diferentes temas já apresentados nessa seção. No entanto, alguns aspectos mais específicos quanto à ampliação do acesso à saúde indígena também foram mencionados pelos entrevistados e por isso compõem um item à parte. Dentre as diferentes menções, destacam-se mecanismos e incentivos voltados à integração entre a saúde indígena e as redes de atenção especializada, urgência/emergência sob responsabilidade de municípios e estados. Esse é o caso do Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAEPI), que ainda é subutilizado pelas unidades, inclusive em regiões com maior presença de povos indígenas. Outras boas práticas são experiências exitosas de alguns DSEIs que lograram ampliar o acesso à saúde, por meio de processos de planejamento e gestão diferenciados, em maior articulação junto a outros órgãos, além da maior consideração de práticas interculturais de cuidado.

A presença de intérpretes/tradutores, em diferentes ações ou procedimentos de cuidado à saúde, a valorização e as iniciativas de formação contínua de profissionais de saúde também foram enfatizadas por diversos entrevistados, sobretudo envolvendo profissionais de saúde indígenas da própria comunidade, como relata um dos entrevistados: *“Quando a gente inventou a Sesai, (...), foi o primeiro momento das equipes nas aldeias, os postos, caminhonete para levar os pacientes, atenção primária né? Os indígenas trabalhando não só de zeladoria, [mas também] de médico, de dentista, de enfermeiro, AIS e AISAN né? Então a gente pensou nisso: nosso povo cuidando da gente também”*.

A Figura 5 sumariza as menções obtidas nas entrevistas sobre boas práticas. De forma geral, vemos que a maior parte das menções se concentra em comentários sobre formas de gestão, provisão e financiamento de serviços de saúde conforme características e necessidades dos territórios da Amazônia (128 menções ou 30% do total de menções). Esse tema reúne desde aspectos como o uso de tecnologias adequadas ao território; linhas de financiamento para populações específicas (como é o caso da ESFR) e equipamentos (UBSF); até aspectos de gestão como interdisciplinaridade na composição de equipes e gestão matricial.

Menções sobre os temas da governança colaborativa, regionalização e articulação interfederativa, além de estratégias de provimento e fixação de profissionais também foram bastante enfatizadas (56 e 49 menções, respectivamente). Esse primeiro aspecto reflete as



percepções dos entrevistados quanto às necessidades de melhor articulação e aprimoramento dos arranjos de governança, tendo em vista as distintas jurisdições administrativas do território, e os próprios desafios ligados à baixa institucionalidade e menores capacidades estatais.

Figura 5- Menções sobre Boas Práticas (Categorias)

Percepções sobre Boas Práticas (categorias)	Entrevistas (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
Gestão e financiamento de serviços conforme características amazônicas	20	128	30,3
Governança colaborativa, regionalização e articulação interfederativa	15	56	13,3
Capacidades estatais, planejamento e gestão	9	29	6,9
Profissionais - Estratégias de Provimento, fixação e qualificação	15	49	11,6
Saúde Indígena (boas práticas específicas)	9	33	7,8
Fortalecimento da Atenção Básica	9	26	6,2
Fortalecimento da Atenção Especializada e de Urgência/Emergência	10	26	6,2
Práticas integrativas e complementares	16	39	9,2
Abordagens integradas: meio ambiente, território e saúde	7	15	3,6
Saneamento básico (alternativas e tecnologias)	6	15	3,6
Participação, fortalecimento de redes comunitárias	4	6	1,4
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>422</b>	<b>100,00</b>

Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas

A Tabela 3 a seguir apresenta, de forma mais detalhada, os temas vinculados às categorias mais amplas indicadas na figura acima.

Tabela 3 - Menções sobre Boas Práticas (Categorias e Subcategorias)

Boas Práticas (Categorias e Subcategorias)	Entrevistados (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
<b>Gestão e provisão de serviços conforme características da Amazônia</b>	<b>20</b>	<b>128</b>	<b>30,33</b>
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha	4	9	2,13
Financiamento (créditos de carbono e saúde de comunidades tradicionais)	1	2	0,47
Interdisciplinaridade das equipes de ESF	1	1	0,24
Linhas de financiamento para populações específicas	1	3	0,71
Pontos de apoio (áreas remotas)	3	3	0,71
Reorganização institucional do SUS para a realidade da região Amazônica (e possível atuação do Legislativo no aprimoramento institucional)	1	2	0,47
Tecnologias que se adequem à Amazônia (Ambulanchas, Aplicativos, Drones, Equipamentos fotovoltaicos, Estratégias e métodos adequados ao território, Hidroaviões para áreas mais remotas, Sistemas de notificação e comunicação modernos, Tecnologias e maior resolutividade local)	10	32	7,58
UBS Flutuante (projeto-piloto)	3	8	1,90
UBS Fluvial (Desafios e necessidades de aprimoramento das UBSF, Gestão das UBSF, UBSF e atenção especializada, UBSF e sazonalidade)	16	68	16,11
<b>Governança colaborativa, regionalização e articulação interfederativa</b>	<b>15</b>	<b>56</b>	<b>13,27</b>
Arranjos de cooperação entre municípios ou estados	3	5	1,18
Governança participativa, espaços colegiados (e intersetoriais) de participação, com foco no território, envolvendo diferentes atores-chave da comunidade	3	9	2,13
Pactuação interfederativa	3	4	0,95
Parcerias Universidade-Gestão Pública-3º Setor	11	38	9,00



Boas Práticas (Categorias e Subcategorias)	Entrevistados (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
<b>Capacidades estatais, planejamento e gestão</b>	<b>9</b>	<b>29</b>	<b>6,87</b>
Apoio matricial e maior resolutividade	3	5	1,18
Assessoria e capacitação a gestores (educação para a gestão na saúde)	3	8	1,90
Fortalecimento da atuação das instâncias de controle e fiscalização	1	1	0,24
Outras boas práticas (ligadas à gestão)	4	6	1,42
Planejamento e organização de políticas intersetoriais por eixo fluvial ou características orgânicas do território	2	3	0,71
Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS) e regionalização	3	6	1,42
<b>Profissionais - Estratégias de Provento, fixação e qualificação</b>	<b>15</b>	<b>49</b>	<b>11,61</b>
Carreiras	1	1	0,24
Descentralização e interiorização dos cursos de medicina	2	2	0,47
Formação - cotas e consideração das necessidades regionais	4	7	1,66
Formação de AIS, ACS e outros profissionais de saúde (práticas permanentes de formação)	9	20	4,74
Incentivos específicos e planejamento dos programas de residência médica conforme necessidades	1	2	0,47
Mais Médicos	6	10	2,37
Melhoria da infraestrutura, logística, condições de trabalho (para promoção do cuidado integral)	1	1	0,24
Programas de residência no interior da AMZ legal (descentralização)	4	6	1,42
<b>Práticas integrativas e complementares</b>	<b>16</b>	<b>39</b>	<b>9,24</b>
<b>Saúde Indígena (boas práticas específicas)</b>	<b>9</b>	<b>33</b>	<b>7,82</b>
Aplicativos	1	2	0,47
Contratação de profissionais locais indígenas	1	1	0,24
DSEIs e planejamento conforme características territoriais	1	2	0,47
Incentivo financeiro municipal (ampliação da equipe de AP em saúde indígena)	1	1	0,24
Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)	1	3	0,71
Interculturalidade	7	9	2,13
Necessária rediscussão e aprimoramento da SESAI	1	3	0,71
Necessário considerar que 'o que serve para uma etnia não necessariamente serve para a outra'	1	3	0,71
Organização do trabalho que favoreça o acesso (DSEI Tapajós)	2	2	0,47
Tradução durante cada mínimo procedimento (durante o cuidado e atendimento)	1	1	0,24
Unidades ambulatoriais móveis e modulares	4	6	1,42
<b>Fortalecimento da Atenção Básica</b>	<b>9</b>	<b>26</b>	<b>6,16</b>
Acompanhamento, planejamento em saúde continuado, busca ativa e resolutividade	4	6	1,42
Criação de vínculos no território e fortalecimento das AB	1	2	0,47
NASF	1	1	0,24
Prevenção e educação	5	12	2,84
Outros aspectos (Atenção Básica)	2	5	1,18
<b>Fortalecimento da Atenção Especializada e serviços de Urgência/Emergência</b>	<b>10</b>	<b>26</b>	<b>6,16</b>
Acidentes ofídicos (alternativas) (Soro liofilizado x soro convencional e capacitação para aplicação por outros profissionais, Suporte a crianças que sofreram acidentes ofídicos)	4	8	1,90
Atendimento especializado (móvel) em áreas remotas	6	16	3,79
Hospitais e unidades ambulatoriais regionais	1	1	0,24
Urgência e emergência	1	1	0,24
<b>Práticas considerando meio ambiente e saúde de forma integrada</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>3,55</b>
Alimentação, práticas para a maior segurança alimentar	3	6	1,42



Boas Práticas (Categorias e Subcategorias)	Entrevistados (Nº)	Menções (Nº)	Menções (%)
Cadeias produtivas sustentáveis (agrofloresta, desenvolvimento territorial, saúde, meio ambiente)	2	5	1,18
Diferentes mecanismos de fiscalização - uso de agrotóxicos	2	3	0,71
Vigilância genômica, meio ambiente e saúde	1	1	0,24
<b>Saneamento básico (alternativas)</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>3,55</b>
Biodigestores	1	1	0,24
Estações menores de tratamento de esgoto	2	2	0,47
Programa Água Doce	1	1	0,24
Reservatórios de água	2	4	0,95
Tecnologias sociais, gestão comunitária de recursos hídricos e saneamento básico	4	6	1,42
Tratamento primário e secundário	1	2	0,47
<b>Participação, fortalecimento de redes comunitárias</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>1,42</b>
<i>Total</i>	<i>31</i>	<i>422</i>	<i>100,00</i>

Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas

Em suma, os entrevistados relataram inúmeras possibilidades de ação e boas práticas, com escopo e populações-alvo as mais variadas, a depender de problemas e necessidades locais. Dentre as experiências, projetos-piloto e ideias mencionadas, notam-se três grandes pontos de atenção, na percepção dos entrevistados: (i) aspectos mais ligados às capacidades institucionais de governança/financiamento, gestão e provisão dos serviços de saúde (conforme as características do território amazônico), (ii) mecanismos de incentivo ao provimento, fixação e contínua formação de profissionais de saúde na região, (iii) além da importância de se considerar práticas integrativas e complementares, sobretudo quando se leva em conta os contextos interculturais.

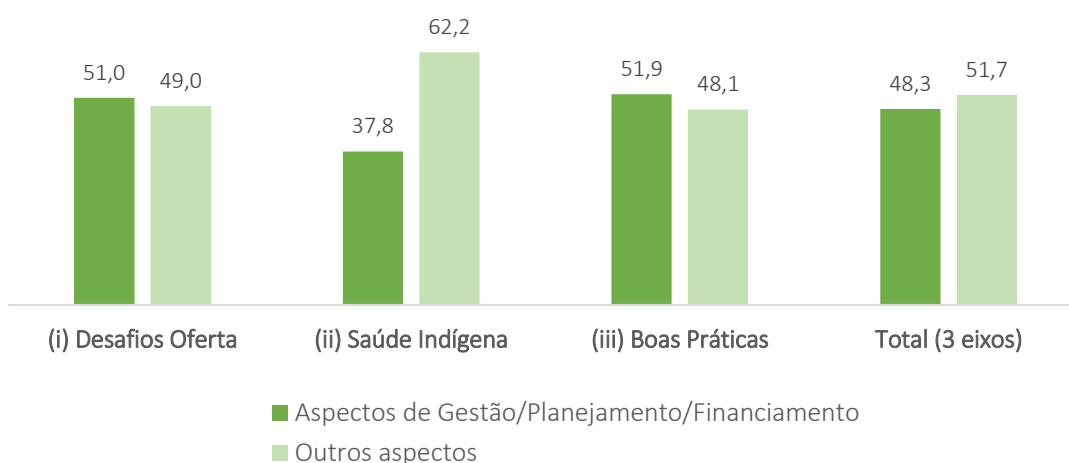


## Comentários Finais

Neste estudo analisamos as percepções de atores-chave sobre os principais desafios e possíveis soluções para a saúde na Amazônia Legal. Entrevistamos especialistas, lideranças locais, gestores públicos, profissionais de saúde, representantes de organizações não-governamentais, parlamentares e autoridades sanitárias, entre outros atores-chave. Técnicas qualitativas permitiram a identificação dos principais pontos de atenção na perspectiva dos entrevistados, organizados conforme três eixos de análise, que estruturam esse relatório: **(i)** desafios às condições de acesso e oferta de serviços de saúde, **(ii)** saúde indígena e **(iii)** boas práticas.

No que se refere aos principais resultados e, de modo transversal aos três eixos de análise, destacamos o número de menções dos entrevistados sobre a importância de aspectos de planejamento, financiamento e gestão das ações em saúde, adequando-os às necessidades do contexto amazônico, à sua diversidade cultural e suas características territoriais, com as múltiplas jurisdições que se superpõem. Os resultados da pesquisa qualitativa mostram que, do total de 1.039 menções dos entrevistados sobre os três eixos de análise, 632 menções ou **48%** do total se referem aos temas de gestão e planejamento/financiamento das ações em saúde, como ilustra a Figura 6 a seguir.

Figura 6- Percentual de Menções sobre Gestão, Planejamento e Financiamento versus outros aspectos (segundo eixo de análise)



Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas

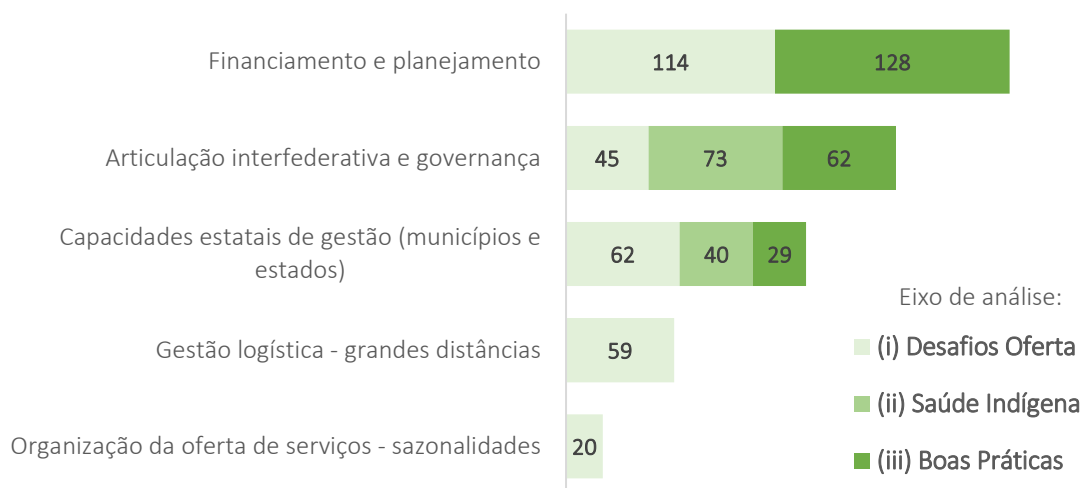




Podemos notar ainda que, conforme o gráfico a seguir (Figura 7), dentre os relatos sobre o tema mais amplo de gestão, predominam as menções sobre: planejamento e financiamento (com 38% das menções); importância e necessidade das articulação e coordenação interfederativa no território, sobretudo tendo em vista os desafios da região amazônica (28%); e relatos sobre capacidades estatais municipais ou estaduais de gestão dos serviços de saúde, com 20% das menções, entre os três diferentes eixos de análise: desafios de oferta, saúde indígena, boas práticas.

Estes resultados da pesquisa qualitativa sugerem que, tanto em termos de desafios quanto em relação às possíveis alternativas ou soluções, há especial atenção sobre o tema da gestão no contexto amazônico, principalmente quando se trata de financiamento e planejamento em saúde, e quando se leva em conta a necessidade de arranjos e modelos de governança capazes de articular diferentes entes federativos e esferas de pactuação interfederativa na saúde. Nesse sentido, muitos entrevistados destacaram a importância da atuação coordenada e articulada entre municípios, estados, união e esferas de pactuação interfederativa no SUS, buscando uma melhor organização das redes de atenção à saúde, com fluxos e referências estabelecidos conforme especificidades regionais e territoriais, incluindo a saúde indígena.

Figura 7- Número de Menções sobre Aspectos Específicos de Gestão, Planejamento e Financiamento (diferentes aspectos/categorias, segundo eixo de análise)



Fonte: elaboração a partir das entrevistas realizadas

Para além do aspecto transversal acima mencionado e, mais especificamente, no que se refere a cada um dos três eixos analíticos da pesquisa qualitativa, destacamos os seguintes pontos de atenção, mais ressaltados pelos entrevistados:



- **(i) Condições de Acesso e Oferta de Serviços de Saúde:** Mencionaram-se (a) a importância de se adequar o planejamento e a oferta de serviços de saúde conforme as necessidades do contexto amazônico, (b) a necessidade de se ampliar e fortalecer mecanismos voltados à provisão e fixação de profissionais de saúde na região, sobretudo nos municípios do interior – a partir de medidas como cotas geográficas para cursos na área da saúde, programas de residência médica estruturados conforme necessidades territoriais, planos de carreira, programas de formação contínua de profissionais de saúde (entre outras medidas). O (c) fortalecimento da Atenção Básica também foi muito enfatizado, apontando-se para a importância da ampliação do acesso, e da promoção de ações em saúde de forma contínua e resolutiva nos diversos territórios, inclusive municípios do interior e áreas rurais mais remotas – contribuindo também para a menor sobrecarga da demanda por Atenção Especializada e serviços de Urgência/Emergência nas capitais. No que se refere ao tema mais específico da regionalização, ressalta-se a necessidade de organização da rede de atenção à saúde considerando as especificidades territoriais da Amazônia como um todo, para além de jurisdições municipais e estaduais, tendo em vista os fluxos e a circulação da população. A esse respeito, muitos entrevistados destacaram a necessidade de se pensar em uma estratégia de regionalização pan-amazônica de modo mais amplo e integrado, a partir da articulação dos diferentes estados e municípios na Amazônia, a partir das diferentes esferas de pactuação interfederativa. É necessário, ainda, que os governos estaduais assumam o protagonismo na coordenação do planejamento regional integrado, de forma conjunta a municípios e união, e esferas de pactuação.
- **(ii) Saúde indígena:** Os desafios indicados da saúde indígena são diversos, bem como as possíveis indicações de aprimoramento da oferta de serviços, uma vez que aspectos étnicos, territoriais, e grau/nível de contato influenciam o perfil epidemiológico de cada povo. Dentre os principais pontos de atenção citados nas entrevistas, destacam-se: (a) a baixa integração da atuação das gestões municipais e estaduais à política de saúde indígena. É necessária a melhor articulação entre os órgãos competentes e entes da federação, além da melhor regulamentação ou normatização da interface entre a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e os governos subnacionais. Também foram mencionados (b) desafios de gestão/promoção das ações em saúde em contextos interculturais e a necessidade do reconhecimento da importância destas práticas tradicionais, incluindo o investimento em práticas complementares e integrativas de forma institucionalizada no SUS. Destacou-se também a (c) necessidade



de melhor estruturação dos equipamentos da SESAI e das condições de trabalho de seus profissionais. Nesse contexto, também se mencionou a importância da criação de incentivos à formação e à fixação de profissionais da SESAI, a valorização dos profissionais atuantes na linha de frente das ações (como é o caso dos AIS), além da composição de equipes de saúde formadas também por profissionais indígenas das próprias comunidades.

- **(iii) Boas práticas:** Dentre as 422 menções sobre boas práticas, é possível identificar três grandes grupos de temas mais ressaltados pelos entrevistados: (a) fomento e aprimoramento das capacidades institucionais municipais e estaduais de planejamento, financiamento e gestão dos serviços de saúde, de forma adequada ao contexto amazônico, (b) criação e fortalecimento de incentivos ao provimento e fixação de profissionais de saúde, sobretudo de médicos em municípios do interior; (c) valorização e ampliação do uso de práticas integrativas e complementares em saúde.

Sobre o primeiro aspecto, os entrevistados citam diversos exemplos, tais como a importância de se realizar assessorias técnicas a governos locais para ampliação das capacidades de gestão e financiamento da saúde, garantindo o efetivo acesso e uso das linhas de financiamento ampliado para populações específicas, como é o caso das ESFR e ESFF; a importância de arranjos de governança colaborativa entre atores estatais e não-estatais e diferentes entes federativos; além do uso de equipamentos e tecnologias que subsidiem a maior resolutividade das ações de saúde no contexto amazônico (como, por exemplo, ampliação do uso da telemedicina associada a estratégias de gestão matricial, o maior acesso às unidades básicas de saúde fluvial, equipamentos fotovoltaicos; entre outros aspectos). Muitas destas alternativas já estão previstas e são garantidas pela Política Nacional de Atenção Básica, porém são pouco acessadas pelas gestões municipais, como é o caso das linhas de financiamento ampliado das ESFR e ESFF e da própria implantação de UBSF.

Por fim, cabe ressaltar que, na visão de muitos entrevistados, as especificidades geográficas da Amazônia não deveriam ser vistas como um impeditivo à adequada oferta e organização de serviços de saúde, e sim como um contexto específico que requer respostas adequadas e, sobretudo, coordenação e colaboração entre instituições.



## Referências Bibliográficas

- BRASIL. 2019. *Saúde Indígena: Análise Da Situação de Saúde No SasiSUS*. Ministério Da Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_analise\\_situacao\\_sasisus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf).
- Casanova, Angela Oliveira, Lígia Giovanella, Marly Marques da Cruz, and Milena Farah Damous Castanho Ferreira. 2018. "Skateholders, Spaces and Policy Network in Health Governance in Two Health Regions of Legal Amazon." *Ciencia e Saude Coletiva* 23 (10): 3163–77. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.15442018>.
- Dolzane, Rozenila da Silva, and Júlio Cesar Schweickardt. 2020. "Atenção Básica No Amazonas: Provimento, Fixação e Perfil Profissional Em Contextos de Difícil Acesso." *Trabalho, Educação e Saúde* 18 (3). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00288>.
- Garnelo, Luiza. 2004. "Política de Saúde Dos Povos Indígenas No Brasil: Análise Situacional Do Período de 1990 a 2004." 9. Porto Velho. <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc9.pdf>.
- Garnelo, Luiza, Juliana Gagno Lima, Esron Soares Carvalho Rocha, and Fernando José Herkrath. 2018. "Acesso e Cobertura Da Atenção Primária à Saúde Para Populações Rurais e Urbanas Na Região Norte Do Brasil." *Saúde Em Debate* 42 (spe1): 81–99. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s106>.
- Garnelo, Luiza, Rosana Cristina Pereira Parente, Maria Laura Rezende Puchiarelli, Priscilla Cabral Correia, Matheus Vasconcelos Torres, and Fernando José Herkrath. 2020. "Barriers to Access and Organization of Primary Health Care Services for Rural Riverside Populations in the Amazon." *International Journal for Equity in Health* 19 (1): 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01171-x>.
- Garnelo, Luiza, Amandia Braga Lima Sousa, and Clayton De Oliveira Da Silva. 2017. "Health Regionalization in Amazonas: Progress and Challenges." *Ciencia e Saude Coletiva* 22 (4): 1225–34. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>.
- Merriam, Sharam B., and Elizabeth J. Tisdell. 2016. *Qualitativa Research*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Brand.
- Oliveira, Paulo de Tarso Ribeiro de. 2008. "Desigualdade Regional e o Território Da Saúde Na Amazônia," no. 1988: 248–248. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-535902>.
- Rocha, Rudi, Marcela Camargo, Lucas Falcão, Mariana Silveira, and Gabriela Thomazinho. 2021. "A Saúde Na Amazônia Legal Evolução Recente e Desafios Em Perspectiva Comparada." *Amazônia 2030*.
- Scalco, Nayara, Fernando Aith, and Marília Louvison. 2020. "A Relação Interfederativa e a Integralidade No Subsistema de Saúde Indígena: Uma História Fragmentada." *Saúde Em Debate* 44 (126): 593–606. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012601>.



Scheffer, Mário, Alex Cassenote, Alexandre Guerra, Aline Gil Alves Guilloux, Ana Pérola Drulla Brandão, Bruno Alonso Miotto, Cristiane de Jesus Almeida, Jackeline Oliveira Gomes, and Renata Alonso Miotto. 2020. *Demografia Médica No Brasil*. Edited by Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina. 1<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Medicina, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de.

Viana, Ana Luiza D'Ávila, Bousquat; Aylene, De Pereira; Ana Paula Chancharulo M Pereira;, Liza Yurie Teruya Uchimura, de Albuquerque; Mariana Vercesi, dos Santos Mota; Paulo Henrique, Demarzo; Marcelo Marcos Piva, and Ferreira; Maria Paula Ferreira. 2015. "Tipologia Das Regiões de Saúde: Condicionantes Estruturais Para a Regionalização No Brazil." *Saude e Sociedade* 24 (2): 413–22. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>.

Viana, Rosana Lima, Carlos Machado de Freitas, and Leandro Luiz Giatti. 2016. "Saúde Ambiental e Desenvolvimento Na Amazônia Legal: Indicadores Socioeconômicos, Ambientais e Sanitários, Desafios e Perspectivas." *Saude e Sociedade* 25 (1): 233–46. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016140843>.



# Anexos



## Roteiro das Entrevistas

### APRESENTAÇÃO

0 - Você pode me contar um pouco de você e da sua trajetória e ligação com as ações de Saúde na Amazônia?

### DEMANDA

1 - Atualmente, quais são os principais problemas de saúde que a população da Amazônia Legal apresenta? Por quê?

### DOENÇAS ESPECÍFICAS

2 – Resultados parciais da análise qualitativa sugerem um crescimento de doenças cardiovasculares e diabetes. Qual é o quadro diagnosticado por você, no seu dia-a-dia de trabalho, em relação a estas doenças?

2.1 - Associado ao aumento destas doenças, observamos que a taxa de sobrepeso está aumentando na região. Qual é o quadro diagnosticado por você, no seu dia-a-dia de trabalho, em relação ao sobrepeso, subnutrição e outras questões alimentares?

2.2 - Apesar do sobrepeso estar aumentando, não encontramos a mesma tendência entre os indicadores de obesidade. Este fato se verifica no seu trabalho do dia-a-dia? Como compreendê-lo?

3 - Também observamos um forte crescimento das ISTs. Qual sua percepção a respeito?

4 - Os dados revelam um aumento da taxa de mortalidade materna. Qual sua percepção a respeito?

5. Observamos uma queda na mortalidade infantil na região ao longo da última década, porém ela permanece maior do que no resto do país. Qual sua percepção a respeito?

5.1 - entre 0 e 4 anos, os óbitos causados por doenças comunicáveis pela água são mais comuns na Amazônia legal do que no resto do país. Qual sua percepção a respeito?

6 - As mortes por causas externas, como violência e acidentes de moto, subiram bastante na região. Qual sua percepção a respeito?

7 - Qual é o quadro diagnosticado por você em relação a doenças mentais, consumo abusivo de álcool, suicídio, etc?

8 - Quais outras doenças ainda não citadas você lida no seu dia-a-dia de trabalho? Quais ações são tomadas em relação a elas?

### DIFERENÇAS REGIONAIS

9 - Como você percebe diferenças/padrões epidemiológicos entre cada região atendida? (diferença é por rural e urbano? por bacia hidrográfica? por município ou UF?)

9.1 - Quais as especificidades dos problemas de saúde das regiões de fronteira?

9.2 - Quais as especificidades dos problemas de saúde das regiões metropolitanas?

9.3 - Quais as especificidades dos problemas de saúde de populações ribeirinhas?

9.4 - Quais as especificidades dos problemas de municípios situados em áreas de maior pressão/ desmatamento / conflitos ambientais? (explorar sobretudo municípios do arco do desmatamento)



## ACESSO

10. Quais os principais desafios de acesso à Saúde Pública na região?

10.1 - Quais populações enfrentam maiores desafios de acesso?

10.2 - Quais serviços são mais difíceis de serem acessados?

## OFERTA DE SERVIÇOS

11 - Quais são os pontos fortes e desafios dos serviços de oferta na AB? (Estratégia de Saúde da Família, Unidades Fluviais, etc)

12 - Quais os principais gargalos/problemas na oferta de saúde pública na Amazônia legal?

12.1 - Quais os desafios de logística?

12.2 - Quais os desafios em termos de presença e rotatividade dos profissionais?

12.3 - Quais os desafios em termos de equipamentos e recursos disponíveis?

12.4 - Quais os principais desafios ligados à Atenção Primária?

12.5 - Quais os principais desafios ligados à Atenção Especializada?

13 - Como os serviços de saúde lidam com as especificidades de cada região e estação?

14 - Como os serviços de saúde se integram para lidar com populações sob diferentes jurisdições (municipais, UCs, terra indígena, etc)

15 - Quais ações são tomadas no sentido preventivo?

16 - Há problemas de saúde específicos que recebem menos atenção do sistema de saúde do que deveriam? Quais?

17 - Há desigualdade na oferta de saúde para populações diferentes? Em quais termos?

18 - Quais os principais entraves à regionalização da saúde pública, na sua percepção?

18.1 Como você percebe a atuação do governo federal e governos subnacionais no planejamento de ações no território?

18.2 Como você percebe a atuação dos órgãos de articulação e pactuação interfederativa?

18.3 Quais as principais dificuldades de municípios menores (e possíveis soluções em termos de organização da oferta de serviços)

18.4 Que tipo de iniciativa e/ou desenho institucional/Programa poderia facilitar a superação de desigualdades inter-regionais e intra-regionais? (pensando em desenhos institucionais / possíveis programas / etc)

## BOAS PRÁTICAS

19 - Para você, quais são as práticas mais bem-sucedidas já implementadas no âmbito da Saúde na Amazônia? Por quê?

19.1 – Qual sua percepção sobre as UBSF?





19.2 – Qual sua percepção sobre projetos em menor escala, para implantação de saneamento básico?

19.3 - Você conhece experiências bem sucedidas de governança participativa (e regional) na saúde, considerando: (i) especificidades do território, (ii) especificidades das comunidades tradicionais?

20 - Quais outras práticas, ainda não implementadas na Amazônia, você acha que trariam ganhos para a saúde na Amazônia e que poderiam ser escaladas?

PROFISSIONAIS DA SAÚDE:

1 - Como você avalia suas condições de trabalho? Por quê?

2 - Você costuma realizar cursos de formação que apoiam seu trabalho? Quais? Eles são suficientes?

3 - Sobre o seu futuro profissional, qual a sua expectativa? (Permanecer na região, no cargo, etc)

SAÚDE INDÍGENA:

1 - Quais são os principais problemas de saúde entre a população indígena? Quais ações são tomadas no âmbito do seu trabalho para lidar com eles

2 - Quais os desafios em termos da Política de Saúde Indígena?

3 - Como a saúde indígena está associada com a questão territorial? (terra ainda não demarcada, invasões, etc)

3.1 - Como as atividades econômicas/exploratórias no território têm influenciado nas questões de saúde?

4 - Quais as particularidades da Saúde Indígena a depender de características e localização de cada comunidade e povo (povos isolados, ribeirinhos, urbanos, etc)

5 - Como se dá a participação dos povos indígenas na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde voltadas a seus povos?

5.1 - Como se dá a integração dos serviços de Saúde com suas práticas tradicionais?

6 - Como se dá a integração da SESAI a outros serviços do SUS? Quais os problemas no âmbito desta integração?

6.1 - Especificar serviços municipais, CASAs, ambulância, etc

6.2 - Quais desafios particulares no atendimento à população indígena (tradução, integração com práticas tradicionais, racismo, etc)

6.3 - Conhece o IAE-PI (Incentivo para atenção especializada aos povos indígenas)? Quais os efeitos do incentivo sobre o atendimento à população indígena?

7 - Há uma falta de dados de diagnósticos sobre a saúde indígena na região? Como vocês lidam com esta falta?



## Matriz de entrevistados

Tabela A. 1 - Matriz de Mapeamento de Categorias de Possíveis Atores Entrevistados

<b>Categorias:</b>	<b>Macro</b>	<b>→</b>	<b>Micro</b>
<b>Organizações ligadas à oferta de serviços de saúde</b>	(1) Ministério da Saúde	(2) Legislativo	(3) Equipamentos de saúde geridos pelo Exército / áreas de fronteira
	(4) Secretarias Estaduais e órgãos de articulação regional	(5) Hospitais e unidades ambulatoriais	
	(6) Secretarias Municipais	(7) Unidades Básicas de Saúde	(8) Unidades Básicas de Saúde Fluvial (9) ACS e profissionais da ESF
	(10) DSEI	(11) Pólo Base	(12) AIS / AISAN
<b>Atores comunitários e organizações ligadas à demanda por serviços de saúde</b>	(13) Conselhos de Saúde	(14) Servidores do MPF e outros órgãos	(15) Organizações comunitárias (16) População residente
	(17) APIB / Associações indígenas regionais	(18) Associações indígenas locais	
<b>Especialistas e atores ligados ao campo da saúde de forma transversal</b>	(19 e 20) Universidades e institutos de pesquisa	(21) Organizações não Governamentais	



## Áreas de Atuação e vínculos institucionais dos entrevistados

Tabela A. 2 – Distribuição dos entrevistados segundo área de abrangência/atuação

Área de abrangência / atuação (UFs ou território como um todo)	Nº de entrevistados
Amazônia Legal / território como um todo	12
Amazonas	4
Maranhão	3
Mato Grosso	3
Pará	9
Rondônia	1
Roraima	1
<b>Total</b>	<b>33</b>

Tabela A. 3 - Distribuição dos entrevistados segundo categoria de vínculo

Categoria ou organização de vínculo	Nº de entrevistados
(1) Ministério da Saúde	1
(2) Legislativo	1
(3) Equipamentos de saúde geridos pelo Exército / áreas de fronteira	1
(4) Secretarias Estaduais e órgãos de articulação regional	3
(5) Hospitais e unidades ambulatoriais	1
(6) Secretarias Municipais, (7) UBS e (8) UBSF	4
(9) ACS e profissionais da ESF	3
(10) DSEI	1
(13) Conselhos de Saúde e (16) População residente	2
(14) Servidores do MPF e outros órgãos	1
(15) Organizações comunitárias	1
(17) APIB / Associações indígenas regionais	1
(19 e 20) Universidades e institutos de pesquisa	9
(21) Organizações não Governamentais	4
<b>Total</b>	<b>33</b>



## Estrutura de códigos usada no NVIVO

### 1. OFERTA

#### 1. OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

##### 1.1 DESAFIOS DE OFERTA

##### ATENÇÃO BÁSICA

Agravos que poderiam ser evitados

ESF populações específicas

Indicadores de saúde

Necessária a organização em rede

Necessária longitudinalidade da oferta da AB

Necessário atendimento singularizado para comunidades tradicionais (em terra)

Necessário fortalecimento (maior acesso e resolutividade) da Atenção Básica

Necessidade de maior foco em prevenção e melhor entendimento sobre a Atenção Básica

Vigilância em saúde

##### ATENÇÃO ESPECIALIZADA E URGENCIA-AMERGÊNCIA

Desafio - provimento de profissionais para a Atenção Especializada

Dificuldade de credenciamento (habilitação) de especialidades e unidades ambulatoriais

Dificuldades de oferta da Atenção Especializada - distâncias, problemas evitáveis na AP e sobrecarga da AE, falta de especialidades, dificuldade de organização do referenciamento

Poucos leitos de UTI e ventiladores por 100mil habitantes

Regiões-polo deveriam ter estrutura para o atendimentos especializado

Serviços de emergência e urgência

Dificuldade de deslocamento

Sobrecarga de municípios-polo com problemas evitáveis

##### CAPACIDADES INSTITUCIONAIS E GESTÃO

Ativismo de gestores e profissionais

Baixa capacidade municipal e dinâmicas políticas locais

Dilemas enfrentados por gestores locais

Capacidade - GESTORES E PROFISSIONAIS

Capacidades heterogêneas (gestores e prefeitos)

Diferentes ciclos (capacidades - gestão local)

Desafios da gestão no território (diferentes jurisdições)

Desafios gerais - Amazônia

Descontinuidades na gestão e nas políticas públicas

Necessário fortalecer instituições participativas e controle social

##### CONDIÇÕES URBANO-AMBIENTAIS

Gestão de resíduos sólidos



Saneamento Básico
Cloração da água
DESAFIOS DE ACESSO E GRANDES DISTÂNCIAS
Desafios logísticos
Dispersão populacional no território
Heterogeneidade dos territórios, dificuldades de acesso e distâncias continentais
Problemas das remoções (população rural, comunidades tradicionais, etc)
Relações tensas entre comunidades locais e forças armadas em regiões de fronteira
Tratamento Fora de Domicílio (TFD)
Desafios de oferta ligados a sazonalidades
Equipamentos, insumos e recursos
FINANCIAMENTO E PLANEJAMENTO
Desafios de planejamento adequado às características da Amazônia
Dificuldades de abastecimento regular de farmácia básica (gestão farmacêutica)
Dificuldades de financiamento e 'fator amazônico'
Financiamento - alocação de recursos entre Atenção Especializada x Atenção Básica
Financiamento via Emenda Parlamentar (desconectada do SUS)
Governos subnacionais desconhecem linhas de financiamento específicas
Maior dependência do SUS e dependência de transferências intergovernamentais
Necessárias estratégias diferenciadas de financiamento
Novas definições de financiamento da AB que consideram remotidão
Novo financiamento da AB prejudica áreas remotas
Redução dos investimentos em saúde ao longo dos últimos anos
Soluções de financiamento incipiente (frente às necessidades locais ou necessidades de manutenção)
Falta de ações de identificação de necessidades, monitoramento, avaliação, adequado planejamento
Improvisos na oferta dos serviços para contornar problemas de gestão e desenho institucional
Necessário planejamento intersetorial (considerar o território, questão ambiental, saúde, cadeias produtivas, etc)
Pouco apoio de Governos Estaduais aos municípios, sobretudo à AP
PROFISSIONAIS
ACS muito demandados e centralidade dos ACS
Carreira
Condições de trabalho
Precarização de contratos e descontinuidade
Falta de profissionais (rotatividade, dificuldade fixação)
Formação (necessária, e tb maior autonomia para profissionais na AMZ)



Formação específica para o trabalho em contexto amazônico
Necessidade de interiorização dos profissionais de saúde
Possibilidades de provimento e fixação de mão de obra
Formação de pessoas que já residem na área e interiorização dos cursos
Investir em infraestrutura de trabalho (equipamentos, insumos, etc)
<b>1.2 REGIONALIZAÇÃO</b>
Assimetrias entre capacidades de financiamento e atendimento dos municípios
Falta de insumos e infraestrutura nos municípios do interior
Assimetrias na alocação de repasses interestaduais
Conflitos políticos, ou discontinuidades e dificuldades de governança
Dificuldade de organizar as redes de atenção à saúde em diferentes jurisdições
Esferas de pactuação interfederativa (desafios)
Necessidade de que demandas da AMZ sejam mais vocalizadas nos espaços de pactuação interfederativa
Falta de ação e coordenação federativa (governos estadual e federal)
Ministério da Saúde - limitações da atuação no apoio a entes subnacionais
Necessária regionalização pan-amazônica
Necessário entender os fluxos-circulação da população (regionalização mais racional, melhores redes de encaminhamento)
Necessidade de hospitais regionais (e melhor estruturação da rede)
<b>2. SAÚDE INDÍGENA</b>
<b>2.1 ESPECIFICIDADES EPIDEMIOLÓGICAS - saúde indígena</b>
Condições de saúde e fatores associados
Condições habitacionais precárias (indígenas em contexto urbano)
Considerações perfis epidemiológicos
Heterogeneidades e especificidades de cada etnia
Mudanças nos estilos de vida, condições de saúde, transição alimentar
Problemas odontológicos
Uso abusivo de álcool e outras drogas
Exposição a álcool e drogas em função de idas à cidade
Violência contra a mulher
Doenças comunicáveis
Doenças comunicáveis pela água
Incidência de malária - comunidades indígenas
Doenças não comunicáveis
Diabetes e catarata
Saúde mental
Suicídio e etnias de recente contato
<b>TERRITÓRIO - MEIO AMBIENTE - SAÚDE</b>
Arrendamento terra
Funai e incentivos à monocultura
Garimpo
Madeireiros



Monoculturas e uso de agrotóxicos
Saúde, território, modos de vida (aspectos integrados)
2.2 OFERTA e DESAFIOS - saúde indígena
CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DE CUIDADO
Diferentes epistemologias (concepções de saúde e doença)
Diferentes epistemologias
Práticas tradicionais
Práticas tradicionais - Desvalorização dos saberes indígenas (e falta de práticas interculturais)
Falta de financiamento (práticas integrativas complementares)
Mudança de nomes (e problema no sistema de saúde)
Necessário reconhecimento das práticas tradicionais
Estrutura e recursos
GESTÃO saúde indígena
Considerações gerais - oferta saúde indígena
Desafios da interculturalidade e Temas sensíveis (dificuldades de tradução, procedimentos invasivos, remédios, etc)
Atendimentos diferenciados (sensibilidade do gestor e ativismo)
Movimento antivacina
Falta de dados e subnotificação
Especificidade étnica
Gestão repassada a Organizações Sociais
Indígenas em contexto urbano-metropolitano
Intérpretes
Necessário fortalecimento da AB (sobretudo cuidado preventivo)
Necessária atenção à saúde da mulher
Necessária atenção à saúde mental
INTEGRAÇÃO SESAI- SUS
Atenção especializada deficiente na saúde indígena
Deslocamentos
Financiamento Saúde Indígena (e integralidade da atenção)
Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas IAE PI
Problemas das remoções de indígenas para as cidades
Baixa institucionalidade e desafios de integração subsistema ao SUS
Histórico - política de saúde indígena
Falta de arranjos institucionais e instrumentos que organizem a integração SESAI e o restante do SUS
Entraves para a organização do atendimento referenciado entre os entes federativos
Integração subsistema e CIB CIT
Município como parte do subsistema
Não autorização de telemedicina em territórios indígenas
Regionalização e saúde indígena
Participação indígena e desafios do controle social



Problemas - instituições participativas
PROFISSIONAIS - SESAI
AIS (Agente Indígena de Saúde)
Necessária maior formação e valorização dos AIS
Escassez, rotatividade de profissionais, e necessidade de formação para atuar em contexto intercultural
Profissionais da enfermagem realizando atribuições de médicos (por falta de profissionais na saúde indígena)
Rotatividade de profissionais
Mais Médicos e Saúde Indígena
Necessária maior regulamentação das categorias
RACISMO
Racismo cometido por profissionais de saúde e racismo no processo de formação dos profissionais
Racismo da comunidade local contra populações indígenas
Alocar isso em códigos específicos
<b>3. BOAS PRÁTICAS</b>
1. Gestão e provisão de serviços conforme características da Amazônia
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
Financiamento (créditos de carbono e saúde de comunidades tradicionais)
Interdisciplinariedade das equipes de ESF
Linhas de financiamento para populações específicas
Pontos de apoio (áreas remotas)
Reorganização institucional do SUS para a realidade da região Amazônica
Atuação do Legislativo no aprimoramento institucional
TECNOLOGIAS QUE SE ADEQUEM À AMZ
Adequação do transporte à sazonalidade dos rios
Ambulanchas
Aplicativos
Câmaras frias fotovoltaicas
Drones
Equipamentos fotovoltaicos
Estratégias e métodos adequados ao território
Hidroaviões para áreas mais remotas (necessidade de)
Sistemas de notificação e comunicação modernos
Tecnologias e maior resolutividade local
Telemedicina
Telemedicina e formação de profissionais
Telemedicina em áreas remotas (fala da Roberta)
UBS Flutuante (projeto-piloto)
UBS FLUVIAL
Arranjos de governança quando há vários municípios
Customização da embarcação conforme a calha do rio
Desafios e necessidades de aprimoramento das UBSF





Estratégias de terra associadas à UBSF
Financiamento UBSF
Gestão das UBSF
Histórico UBSF
Necessidade de Programas de residência médica em UBSF
Pontos de Apoio das UBSF
Referencia e contra referência via UBSF
Reforma e-ou estrutura física UBSF
Resultados UBSF
UBSF e atenção especializada
UBSF e sazonalidade
10. Participação, fortalecimento de redes comunitárias
Comunicação comunitária
11. Práticas integrativas e complementares (diferentes saberes)
Fitoterápicos
Parteiras, Rede Cegonha, Parto humanizado
Respeito a saberes tradicionais
2. Governança colaborativa, regionalização e articulação interfederativa
Arranjos de cooperação entre municípios ou estados
Governança participativa, espaços colegiados (e intersetoriais) de participação, com foco no território, envolvendo diferentes atores-chave da comunidade
Pactuação interfederativa
Parcerias Universidade-Gestão Pública-3º Setor
3. Capacidades estatais, planejamento e gestão
Apoio matricial e maior resolutividade
Assessoria e capacitação a gestores (educação para a gestão na saúde)
Cartilha do MS para o gestor amazônico
Fortalecimento da atuação das instâncias de controle e fiscalização
Outras boas práticas (ligadas à gestão)
Planejamento e organização de políticas intersetoriais por eixo fluvial ou características orgânicas do território
Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS) e regionalização
4. Profissionais - Estratégias de Provimento, fixação e qualificação
Carreiras
Descentralização e interiorização dos cursos de medicina
Formação - cotas e consideração das necessidades regionais
Formação de AIS, ACS e outros profissionais de saúde (práticas permanentes de formação)
Incentivos específicos e planejamento dos programas de residência médica conforme necessidades
Mais Médicos
Mais Médicos (desafios)
Melhoria da infraestrutura, logística, condições de trabalho (para promoção do cuidado integral)



Programas de residência no interior da AMZ legal (descentralização)
5. Saúde Indígena (boas práticas específicas)
Aplicativos
Contratação de profissionais locais indígenas
DSEIs e planejamento conforme características territoriais
Incentivo financeiro municipal (ampliação da equipe de AP em saúde indígena)
Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)
Interculturalidade
Necessária rediscussão e aprimoramento da SESAI
Necessário considerar que 'o que serve para uma etnia não necessariamente serve para a outra'
Organização do trabalho que favoreça o acesso (DSEI Tapajós)
Tradução durante cada mínimo procedimento (durante o cuidado e atendimento)
Unidades ambulatoriais móveis e modulares
Unidades ambulatoriais em territórios indígenas
6. Fortalecimento da Atenção Básica
Acompanhamento, planejamento em saúde continuado, busca ativa e resolutividade
Criação de vínculos no território e fortalecimento das AB
NASF
Outros aspectos (Atenção Básica)
Prevenção e educação
7. Fortalecimento da Atenção Especializada e serviços de Urgência/Emergência
Acidentes ofídicos (alternativas)
Soro liofilizado x soro convencional e capacitação para aplicação por outros profissionais
Suporte a crianças que sofreram acidentes ofídicos
Atendimento especializado (móvel) em áreas remotas
Alternativas para baratear essas jornadas ou expedições
Consultório Odontológico Móvel
Hospitais e unidades ambulatoriais regionais
Urgência e emergência
8. Práticas considerando meio ambiente e saúde de forma integrada (segurança alimentar, meio ambiente, território e saúde)
Alimentação, práticas para a maior segurança alimentar
Cadeias produtivas sustentáveis (agrofloresta, desenvolvimento territorial, saúde, meio ambiente)
Diferentes mecanismos de fiscalização - uso de agrotóxicos
Vigilância genômica, meio ambiente e saúde
9. Saneamento básico (alternativas)
Biodigestores
Estações menores de tratamento de esgoto
Programa Água Doce



Reservatórios de água

Tecnologias sociais, gestão comunitária de recursos hídricos e saneamento básico

Tratamento primário e secundário

#### 4. DEMANDA

Causas Externas e agravos à saúde

Acidente de moto

Acidentes ofídicos

Violência

Violência contra criança

Violência de gênero

Considerações perfis epidemiológicos (geral)

Doenças comunicáveis

Comunicáveis pela água (alta mortalidade infantil)

Doenças tropicais

DSTs

Prostituição

Proximidade a garimpos, eixos rodoviários, obras infraestrutura, atividades exploratórias, áreas portuárias

Hanseníase

Doenças crônicas

Câncer de colo de útero

Cardiovasculares e hipertensão

Diabetes

Neoplasmas

Problemas renais crônicos

Respiratórias

Sobrepeso e obesidade

Visão

Érnia

Especificidades territoriais

Áreas Rurais

Atividades exploratórias ou obras infraestrutura

Agronegócio - agrotóxicos

Agropecuária

Desmatamento

Garimpo e mineração

Grandes obras, hidrelétricas, etc

Florestal

Fronteira

Heterogeneidades do território

Metropolitana

Processo histórico de ocupação do território

Quilombolas



Ribeirinha
Hábitos alimentares
Agroecologia e agricultura familiar
Transição alimentar
Ultraprocessados
Mortalidade materno-infantil
Falta ou deficiências de pré-natal e mortalidade materna
Gravidez precoce
Mortalidade infantil
Padrões epidemiológicos
Pandemia Covid19
Morte de lideranças indígenas (e perda de conhecimento)
Saúde bucal
Saúde mental, uso abusivo de álcool e outras drogas
Transição epidemiológica

## 5. LEGISLAÇÃO E MATERIAIS



[www.amazonia2030.org.br](http://www.amazonia2030.org.br)