



Resumo Executivo

SUS na Floresta:

Diagnóstico das Redes de
Atendimento à Saúde para
Indígenas e Ribeirinhos



Resumo Executivo

SUS na Floresta:

Diagnóstico das Redes de Atendimento à Saúde para Indígenas e Ribeirinhos

Fundação Amazônia Sustentável (FAS)
Manaus - AM
2022

Ficha técnica

Fundação Amazônia Sustentável (FAS)

Virgílio Viana - Superintendente Geral

Valcléia Solidade - Superintendente de Desenvolvimento Sustentável

Victor Salviati - Superintendente de Inovação e Desenvolvimento Institucional

Luiz Villares - Superintendente Administrativo-Financeiro

Michelle Costa - Superintendente de Gestão e Planejamento

Programa Saúde na Floresta:

Luiz Castro - Coordenador de Programa

Mickela Souza - Coordenadora Executiva

Projeto SUS na Floresta:

Nathalia Flores - Gestão do Projeto

André Baniwa - Articulação Indígena

Pryscila Farias - Secretária Executiva

Resumo Executivo SUS na Floresta: Diagnóstico das Redes de Atendimento à Saúde para Indígenas e Ribeirinhos

1ª edição

Conteúdo: Roberta Cerri, Carlos Coloma, Diego Cordeiro, Gabriel Cortês e Lucca Albuquerque

Colaboração: Fábio Tozzi

Revisão técnica - Comitê Orientador SUS na Floresta: Adele Schwartz Benzaken,

Bernardino Albuquerque, Gersem Baniwa, Heliana Feijó e Moacir Biondo

Revisão textual: Letícia Ávila

Projeto editorial e gráfico: Up Comunicação Inteligente

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Resumo executivo SUS na floresta [livro eletrônico] :
diagnóstico das redes de atendimento à saúde
para indígenas e ribeirinhos / [Fundação Amazônia
Sustentável]. -- Manaus, AM : Fundação Amazônia
Sustentável, 2022.
PDF.

Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-89242-72-7

1. Amazônia - Aspectos sociais 2. Atenção básica
à saúde - Amazônia 3. Comunidade ribeirinha -
Amazônia 4. Sistema Único de Saúde (Brasil)
5. Sistema único de Saúde (Brasil) - Amazônia
I. Fundação Amazônia Sustentável.

22-108818

CDD-362.1089980811

Índices para catálogo sistemático:

1. Amazônia : Áreas indígenas : Ações em saúde :
Bem-estar social 362.1089980811

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Sumário

1. Apresentação	07
2. Informe de progresso	10
3. Região amazônica	11
3.1 Povoamento	11
4. Diversidade cultural indígena	12
5. Localidades de abrangência do estudo	13
5.1 Características do território e população	13
5.2 Regiões de saúde	13
6. Saúde da população ribeirinha no estado do Amazonas	14
6.1 Objetivo	14
6.2 Perfil sócio-demográfico	14
7. Achados e recomendações	20
8. Considerações gerais	22
9. Saúde ribeirinha	25
10. Saúde indígena	27
11. Resultados Consulta Pública	30
12. Resultados Teleseminários	32
12.1 Saúde indígena	32
12.2 Saúde ribeirinha	32
13. Recomendações SUS na Floresta	34
13.1 Aprimoramento da Rede de Serviços SUS na Amazônia	35
13.1.1 Saúde digital	36
13.1.2 Saúde infantil	38
13.1.3 Saúde bucal	39
13.1.4 Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Indígenas de Saúde	40
13.1.5 Resolutividade clínica na Atenção Básica e Atenção Especializada	42
13.2 Aprimoramento da gestão	43

13.2.1 Planejamento estratégico	43
13.2.2 Parceria com sociedade civil	44
13.2.3 Financiamento	45
13.3 Educação permanente em saúde	46
13.4 Atenção diferenciada aos povos indígenas	47
13.5 Prevenção de doenças, promoção, vigilância em saúde e respostas aos Fatores de Risco	49
13.6 Ausência de médicos na região amazônica	51
13.7 Medicina tradicional	52
14. Considerações gerais	54
15. Lista de siglas	55
17. Referências	56

1. Apresentação

Contexto e desafios amazônicos da saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como desafio universalizar o acesso efetivo aos serviços de atenção integral à toda população brasileira. Ao longo dos últimos anos, podemos observar muitos avanços em direção a garantia desse direito fundamental à população indígena e ribeirinha. A exemplo, podemos citar a implementação de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e de Unidades de Saúde da Família Fluvial, assim como no caso da população indígena, com o desenvolvimento de um subsistema de saúde específico para o atendimento dessa população que visa o aumento da cobertura de serviços em lugares remotos para alcançar a equidade de acesso à saúde.

A especificidade da atenção implementada por qualquer sistema de saúde depende da eficácia e efetividade dos recursos humanos na resolutividade local dos problemas de saúde das pessoas e de sua comunidade no seu ecossistema. Estes profissionais devem ter um conhecimento da especificidade social e cultural, especialmente dos modelos explicativos de saúde/doença das culturas. Deste modo, a organização e funcionamento do sistema de saúde precisam ser adequados para alcançar seus objetivos.

A região norte do país apresenta desafios quanto a implementação efetiva e com qualidade de serviços de saúde voltados às comunidades indígenas e ribeirinhas que habitam regiões de floresta, nas margens dos grandes rios e seus afluentes. Nestas áreas, o sistema público de saúde, embora venha se aperfeiçoando, tem alcance e/ou qualidade ainda insuficientes (GARNELO, 2019). Por exemplo, faltam mecanismos de arrecadação compensatórios para as dispendiosas logísticas amazônicas em municípios do tamanho de países, com dificuldades de comunicação, de transportes e de interiorização das equipes de saúde, diferentes perfis de morbimortalidade se comparados ao resto do país, além do baixo investimento em infraestrutura e saneamento básico (TOZZI, 2017).

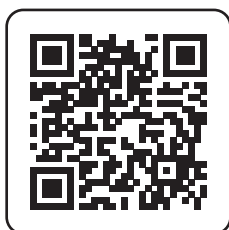
- A Amazônia é um dos ecossistemas mais complexos do planeta;
- A heterogeneidade das etnias indígenas e distribuição espacial resultante de um processo sócio-histórico de contatos interétnicos antigos e recentes ou ainda sem contato;
- A identidade étnica e os modos de vida estão sujeitos aos processos de mudança sociocultural, incluindo os conflitos socioambientais;
- A ocupação territorial por grupos de indivíduos e instituições para exploração de recursos naturais em larga escala aumenta o risco de contágio de novas doenças;
- Os sistemas de saúde tradicionais estão organizados segundo seus modelos explicativos elaborados pelas respectivas culturas. A introdução de práticas médicas baseadas na cultura ocidental altera profundamente e exige transformações desse sistema de tal modo que pode fazê-lo desaparecer (BRUNELLI, 1989).

Em estudo sobre diferenciação de regiões de saúde baseado no desenvolvimento humano (DUARTE et al, 2015), a região norte apresentou a maioria de suas regiões situadas em grupos que possuem índice de desenvolvimento humano de médio a muito baixo, sendo que o estado do Amazonas possui seis de suas nove regiões de saúde classificadas com índice de desenvolvimento humano muito baixo. Considerando que a tipologia apresentada serve de observação e análise de desempenho do SUS, pode-se aferir que, no estado do Amazonas, por exemplo, prevalece a existência de regiões destituídas de serviços necessários para garantir uma rede de atenção integral à saúde, conforme preconizado pelo SUS.

As desigualdades entre necessidades de saúde e distribuição de serviços têm uma relação direta com o acesso e com a qualidade dos serviços característicos da Atenção Básica. De acordo com estudo realizado (GARNELO et al, 2018) a partir de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)³, obtidos entre 2013 e 2014, a cobertura nacional do acesso à Atenção Primária na Amazônia Legal é de 83.3%, sendo no estado do Amazonas de 60,5%. A baixa cobertura no estado tem como principal causa a barreira de acesso geográfico conjugada com outros fatores, tais como as limitações na organização e acesso ao serviço de saúde, considerando a baixa renda, dispersão geográfica e grandes distâncias que caracterizam em especial a população rural.

A partir da análise dos dados do Programa em referência, observou-se que dentre as principais limitações em termos de organização dos serviços, destaca-se a dificuldade no acolhimento da demanda espontânea, demora no agendamento de consulta e disponibilidade de transporte para o atendimento. Ainda, as dificuldades apontadas podem estar relacionadas a outro dado obtido por meio do estudo: o estado do Amazonas possui a maior concentração de internações por condições sensíveis à Atenção Básica.

Visando colaborar para a superação destes tantos desafios e na construção de soluções regionais em saúde, o estudo **Diagnóstico Situacional das Redes de Atendimento à Saúde para Indígenas e Ribeirinhos** foi desenvolvido pela Fundação Amazônia Sustentável – FAS, por meio da estratégia “SUS na Floresta”. O estudo é resultado do levantamento de dados e informações que definem o perfil da rede de atenção à saúde indígena e ribeirinha. Essa edição apresenta um resumo executivo da publicação, com exposição parcial de alguns capítulos. O estudo completo pode ser encontrado no QRCode abaixo.



*Fundação Amazônia Sustentável
SUS na Floresta*

¹ As regiões de saúde são tipologias de agregação de municípios no âmbito de um estado e que possuem entre eles uma relação sanitária em comum ou codependente. A regionalização está inscrita na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde e é concebida como estratégia de gestão necessária à descentralização e à organização da rede assistencial.

² A partir de valores obtidos pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) - metodologia baseada no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) preconizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) - as regiões de saúde foram agrupadas em 5 grupos hierarquizados de 1 a 5, sendo o grupo 1 o que possui um maior IDHM e o grupo 5, o menor. Considerando os resultados obtidos, a região norte apresentou a seguinte distribuição: grupo 1: 1,6%; grupo 2: 19,7%; grupo 3: 32,8%; grupo 4: 23,0 %; e grupo 5: 23,0%.

³ Programa não contempla informações sobre cobertura da Atenção Básica em áreas indígenas. Para fins deste estudo os resultados obtidos pelo PMAQ serão considerados para análise da situação de saúde da população rural amazônica.

Foto: Bruno Kelly

O estudo é resultado do levantamento de dados e informações que definem o perfil da rede de atenção à saúde indígena e ribeirinha.



2. Informe de progresso

O presente trabalho é resultado de levantamento de dados e informações que irão subsidiar a realização de um diagnóstico da rede de atenção à saúde indígena e ribeirinha que corresponde ao Produto 2 - Elaborar um diagnóstico com o status das redes de atendimento de saúde para indígenas e ribeirinhos, tomando como fontes de referências levantamento e análise de dados secundários cujo escopo deverá ter abrangência do perfil sócio-demográfico e epidemiológico (morbi-mortalidade) das doenças e agravos de maior incidência em comunidades indígenas e ribeirinhas.

Trata-se de um informe de progresso uma vez que o relatório do diagnóstico será apresentado no Produto 3 da consultoria.

Primeiramente, será realizada uma contextualização da população amazônica, em especial à população rural e indígena, abordando categorias que serão necessárias para análise, tais como cultura e modos de vida. Depois, apresentaremos o escopo de abrangência do estudo. Na sequência, faremos um levantamento e diagnóstico preliminar da rede de atenção à saúde ribeirinha a partir de dados secundários, revisão bibliográfica e estudo de caso a partir de visita de campo realizada.

Por fim, serão apresentados uma contextualização da rede de atenção à saúde indígena, análise do perfil sócio-demográfico, de morbidade e um levantamento prévio da mortalidade na população indígena. Para tanto, foi realizado levantamento de dados primários a partir do Sistema de Informações à Saúde Indígena (SIASI), os quais são analisados ao longo do texto.



Um dos polos de telessaúde desenvolvidos para a finalidade da expansão e melhoria da rede de serviços de saúde.

Foto: Bruno Kelly



3. Região amazônica

3.1 Povoamento

A região amazônica é um território de aproximadamente 6 milhões de km² de floresta tropical úmida, sendo que 60% desta área está localizada no Brasil. Seus limites perpassam a bacia hidrográfica do rio Amazonas e seus afluentes, sendo parte da região também localizada na bacia do rio Orinoco e nas Guianas.

A Amazônia é formada por 25.000 km de rios navegáveis, em cerca de 6.900.000 km², dos quais aproximadamente 3.800.000 km² estão no Brasil. Já a Amazônia Legal, estabelecida no artigo 2 da lei nº 5.173, de outubro de 1966, abrange os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, parte do Maranhão e cinco municípios de Goiás. Ela representa 59% do território brasileiro, distribuído por 775 municípios, onde viviam em 2000, segundo o Censo Demográfico, 20,3 milhões de pessoas (12,32% da população nacional), sendo 68,9% desse contingente em zona urbana e 31,1% na área rural.



A região amazônica é um território de aproximadamente 6 milhões de km² de floresta tropical úmida.

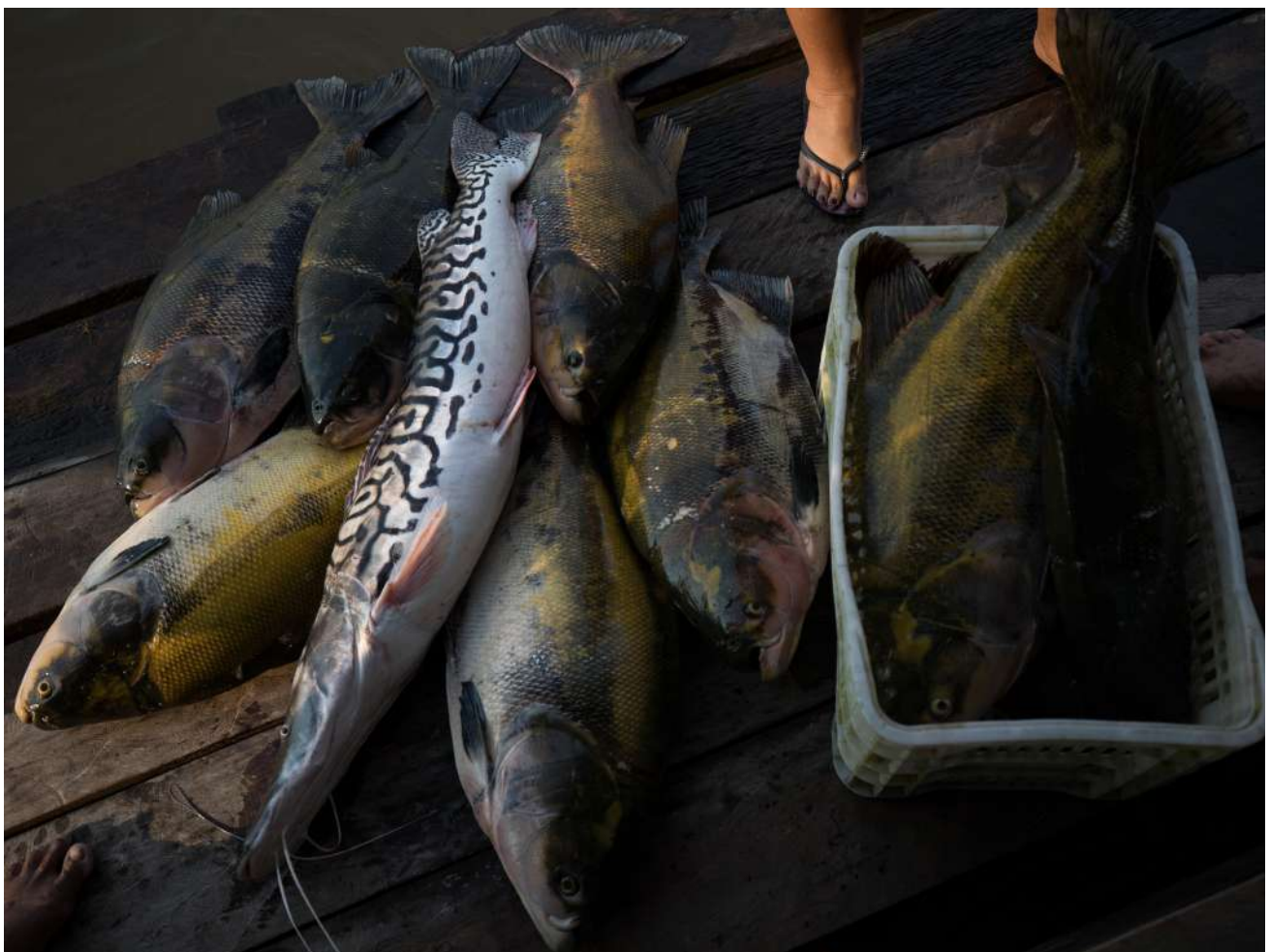
Foto: Bruno Kelly



4. Diversidade cultural indígena

A diversidade cultural pode ser objetivada por diversas perspectivas. Uma das mais importantes é o critério linguístico. No Brasil, ainda são faladas 400 línguas indígenas, com numerosas variáveis dialetais, sendo ainda mais numerosas as línguas já desaparecidas.

Dentre as línguas faladas, foram identificadas 70 famílias linguísticas e cerca de 40 de línguas isoladas. As mais importantes são das famílias Tupi Guarani e Arawak, que foram muito disseminadas pelos movimentos migratórios (Loukotka, 1968). A disseminação das línguas perpassam os limites geográficos da floresta tropical, na área sub andina (Jívaro, Arawak, Pano, Quichuas da floresta) nordeste (Tukano oriental, Yagua, Tikuna, Witoto), Brasil central (Gé, Bororo, Xinguanos), As Guianas (Carib, Arawak, Piraroa, Yanomami), os Tupi amazonenses (Mundurucu, Tenetehara, Tapirapé, Parintintin, Kawahib, Arawete) e aqueles do litoral (Tupinambás).



A maioria dos povos indígenas que vivem em florestas, alimentam-se de carne de caça, pesca, raízes (como mandioca, cará, batata-doce, inhame), frutas (como mamão, açaí, bacuri, cupuaçu), amendoim, fava e feijão.

Foto: Bruno Kelly

5. Localidades de abrangência do estudo

O presente estudo terá como área de escopo de trabalho as comunidades rurais e indígenas no estado do Amazonas e como estudo de caso, optou-se pelas comunidades indígenas e ribeirinhas na área que abrangem a Região de Saúde de Manaus, entorno e Rio Negro.

5.1 Características do território e população

O Amazonas é o maior estado do país em extensão territorial, com uma área de 1.559.146,876 km², constituindo-se na nona maior subdivisão mundial. Seria o décimo sexto maior país do mundo em área territorial. A área média de seus 62 municípios é de 25.335 km².

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou para 2020 uma população de 4.207.714 habitantes (2% da população brasileira). De acordo com o Censo 2010, a região tinha 3.483.985 habitantes, dos quais 2.755.490 viviam na área urbana e 728.495 na área rural. É o segundo estado mais populoso da Região Norte e o décimo terceiro mais populoso do Brasil. O Amazonas possui um dos mais baixos índices de densidade demográfica no país, conforme dados do IBGE, e em 2018, a densidade demográfica foi equivalente a 2,62 habitantes por quilômetro quadrado.

O IBGE identificou 65 grupos indígenas no estado, que detém a maior população de indígenas do País, com um total de 168.680, de acordo com o Censo 2010. Porém, a metodologia foi registrada pela auto identificação de sua identidade étnica.

5.2 Regiões de saúde

As regiões de saúde são tipologias de agregação de municípios no âmbito de um estado e que possuem entre eles uma relação sanitária em comum ou codependente. A regionalização está inscrita na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde e é concebida como estratégia de gestão necessária à descentralização e à organização da rede assistencial. O diagnóstico terá como abrangência todo o estado, contudo o estudo de caso a posteriori será conduzido na Região de Saúde de Manaus, entorno e Rio Negro.



De acordo com o Censo 2010, a região amazônica tinha 3.483.985 habitantes, dos quais 2.755.490 viviam na área urbana e 728.495 na área rural.

Foto: Bruno Kelly



6. Saúde da população ribeirinha no estado do Amazonas

6.1 Objetivo

O objetivo desta seção será apresentar dados e informações levantadas a fim de subsidiar diagnóstico da rede de atenção à saúde da população rural ribeirinha do interior do estado do Amazonas, tomando como fonte de referências levantamento e análise de dados secundários por meio de revisão bibliográfica e dados primários por meio de estudo de caso proveniente de visita de campo realizada. O escopo deste levantamento terá como abrangência o perfil sócio-demográfico e epidemiológico das doenças e agravos de maior incidência no estado do Amazonas - até o momento não foi possível a estratificação dos dados em populações rurais e urbanas - além de indicadores de maior importância, como de natalidade e mortalidade. Além disso, será realizado um levantamento do funcionamento da rede de atenção à saúde em localidades rurais no Amazonas.



O objetivo desta seção será apresentar informações a fim de subsidiar diagnóstico da rede de atenção à saúde da população do interior do Amazonas.

Foto: Samara Souza

6.2 Perfil sócio-demográfico

A literatura ainda mostra certa carência de informações sobre as características da diversidade social regional no estado do Amazonas, entretanto, são esses modos de vida que influenciam fortemente na percepção do processo saúde-doença e no modo como vão acessar e fazer uso dos serviços de saúde. A caracterização do “rural” e de suas populações é tarefa complexa na Amazônia, seja pela grande variação no modo de vida dos grupos, seja pela limitação de indicadores adotados pelos órgãos oficiais, como emprego e renda, para contabilizar a diversidade das relações econômicas na

Amazônia. Considerar as famílias rurais como camponesas também é questionável, uma vez que a maioria delas desenvolve atividades agrícolas, sazonais e intermitentes, voltadas principalmente para o consumo doméstico, e geram poucos excedentes para o comércio.

A população rural economicamente ativa costuma exercer múltiplas atividades como extrair madeira, castanha, outros produtos da floresta, praticar pesca, caça, construir e conduzir barcos, construir casas e realizar outras atividades tipicamente amazônicas para a subsistência familiar. Essas atividades estão intrinsecamente ligadas a uma história econômica associada ao extrativismo e não à agricultura, moldada por diversos processos de trabalho que variam ao longo das estações, que não se enquadram facilmente na noção de ocupação familiar única ou familiar no contexto urbano (GARNELO et al, 2020).

Uma forma de classificação quanto à diversidade social amazônica tem sido a atribuição de características geográficas, como a de “ribeirinhos”. Esta caracterização se refere às populações distribuídas geoespacialmente ao longo das margens dos rios. O termo prioriza o local de residência e não as dimensões sociopolíticas que por muitas vezes se assemelham a outras populações rurais não-ribeirinhas.

O ativismo ambiental e suas ações relacionadas à sustentabilidade e ao desenvolvimento local incorporaram importantes alianças com populações tradicionais da região. Tais iniciativas fortaleceram a economia de subsistência ligada à extração de recursos florestais como uma alternativa para promover a sustentabilidade. Além de contribuir para a valorização de populações historicamente discriminadas, a abordagem ambientalista fornece novas bases para a compreensão da diversidade social amazônica ao caracterizá-la pelo grau de sustentabilidade do uso dos recursos ambientais na tentativa de superar a análise orientada por o mercado financeiro e a exclusão social (GARNELO et al, 2020). Com base nesta premissa, é possível designar economicamente esta população como “pequenos produtores tradicionais”.

Neste sentido, a população ribeirinha e os que vivem próximos às reservas e/ou áreas de proteção ambiental são habitantes de áreas rurais, demograficamente dispersas, cujas atividades laborais são sustentadas por limitados recursos tecnológicos que impedem a exploração intensiva dos recursos naturais disponíveis nos seus territórios, embora seja significativa a compra de manufaturados adquiridos nas cidades mais próximas.

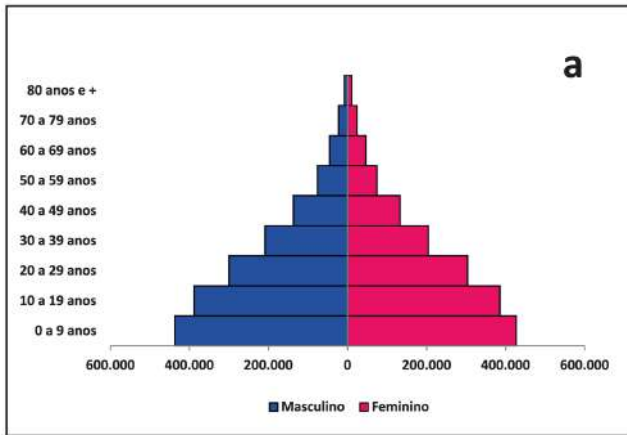
O padrão habitacional pode ser heterogêneo, com famílias que possuem uma casa na área rural e outra próxima ao plantio e/ou extrativismo e ainda possuem residência ou parentes na cidade, configurando uma rede de apoio à alta mobilidade que expressa continuidade entre rio, floresta e cidade, bem como as relações múltiplas com os diversos espaços físicos e sociais próprios da vida no interior.

Do ponto de vista cultural, essas populações são reconhecidas como grupos quase étnicos que compartilham uma visão de mundo comum, têm hábitos e comportamentos distintos dos residentes urbanos e amplo conhecimento da floresta que é transmitido oralmente de uma geração para outra, embora não possuam uma cosmologia coesa que suporte o conhecimento de natureza, como ocorre com grupos indígenas.

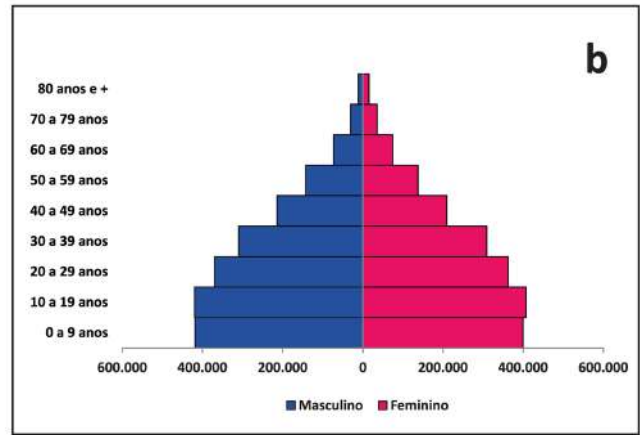
Na região Norte, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - Censo 2010), encontramos as menores taxas de concentração populacional e maior dispersão pelo território em relação ao resto do país, em média 4,12 habitantes por quilômetro quadrado, sendo que Roraima (2,0), o Amazonas (2,2), Acre (4,5), Amapá (4,7), Tocantins (4,9), seguidos do Pará (6,0)

e Rondônia (6,7). Na construção destes dados, foram levadas em conta as grandes concentrações populacionais das capitais, sendo que se considerarmos somente as regiões rurais e ribeirinhas, este dado é mais acentuado, caracterizando áreas de grande dispersão populacional.

Ainda, segundo projeção populacional do IBGE, há uma tendência ao envelhecimento da população no Estado do Amazonas. A taxa de crescimento de idosos no estado é de 4%, enquanto que a taxa nacional é de 3%.



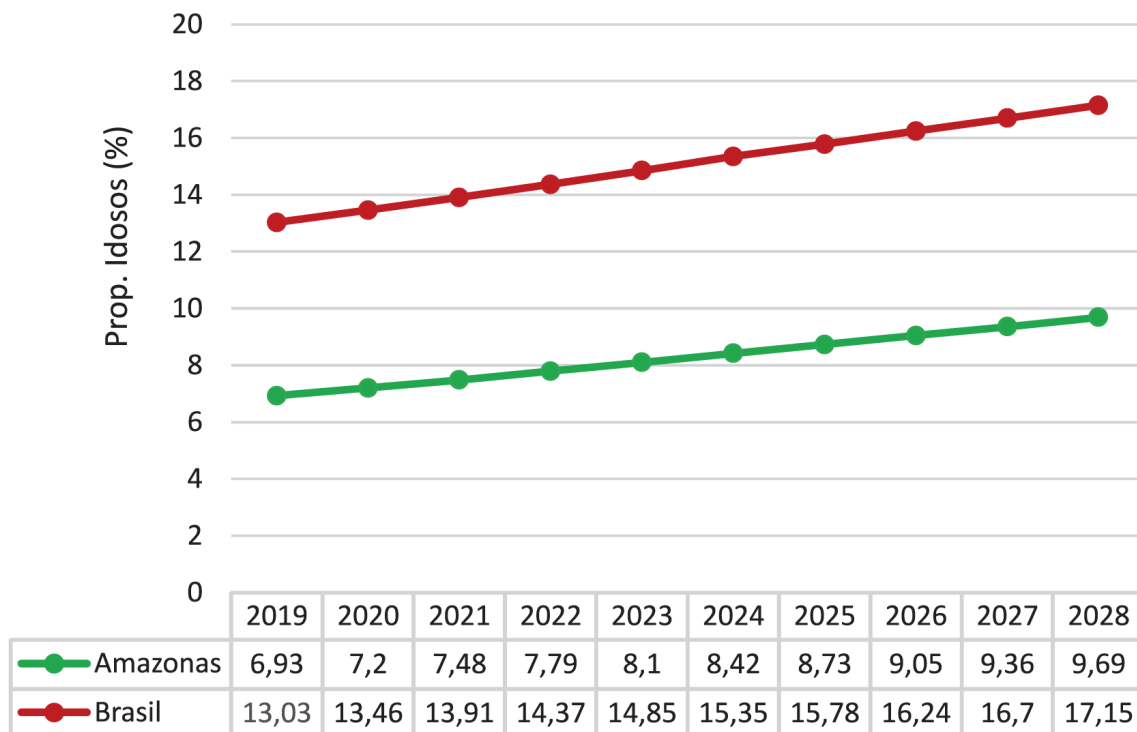
Fonte: IBGE/MS/SGEP/DATASUS



Fonte: IBGE/MS/SGEP/DATASUS

Pirâmides etárias para o estado do Amazonas para os anos de 2008 (a) e 2018 (b).

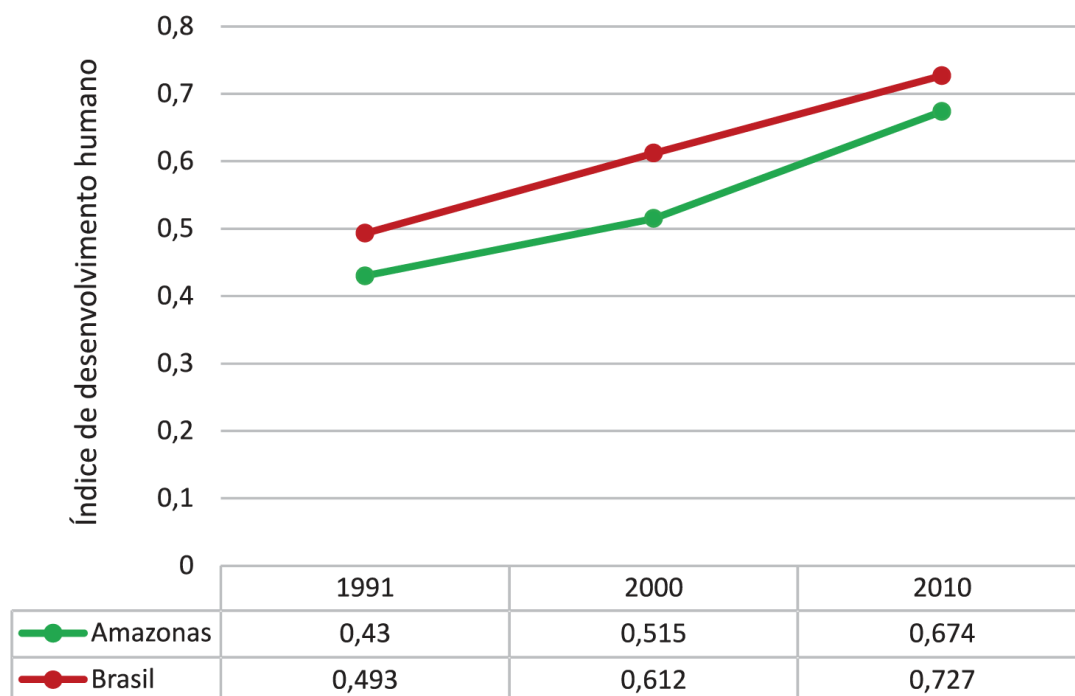
Fonte secundária: Relatório de Gestão 2018, FVS/AM.



Proporção de idosos na população, Amazonas e Brasil, 2019 a 2028.

Fonte: Relatório de Gestão 2018, FVS/AM.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano, que varia de 0 a 1 e é composto pelas dimensões renda, educação e longevidade, o estado do Amazonas passou de 0,430, em 1991, para 0,674, em 2010, enquanto o IDH do Brasil apresentou uma mudança de 0,493 para 0,727, respectivamente. Apresentou uma mudança de taxa de crescimento de 56,74% para o IDH do estado e de 47% para o país.



IDH para Amazonas e Brasil, anos 1991, 2000 e 2010.

Fonte: Relatório de Gestão 2018, FVS/AM.

Em estudo sobre diferenciação de regiões de saúde, baseado no desenvolvimento humano (DUARTE et al, 2015), a região norte apresentou a maioria de suas regiões situadas em grupos que possuem índice de desenvolvimento humano de médio a muito baixo.

A partir de valores obtidos pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) - metodologia baseada no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) preconizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) - as regiões de saúde foram agrupadas em 5 grupos hierarquizados de 1 a 5, sendo o grupo 1 o que possui um maior IDHM e o grupo 5, o menor.

Considerando os resultados obtidos, a região norte apresentou a seguinte distribuição: grupo 1: 1,6%; grupo 2: 19,7%; grupo 3: 32,8%; grupo 4: 23,0 %; e grupo 5: 23,0%. Ainda o estado do Amazonas possui 6 de suas 9 regiões de saúde classificadas com índice de desenvolvimento humano muito baixo. Considerando que a tipologia apresentada serve de observação e análise de desempenho do SUS, pode-se aferir que, no estado do Amazonas, prevalece a existência de regiões destituídas de serviços necessários para garantir uma rede de atenção integral à saúde, conforme preconizado pelo SUS.

Quanto ao IDH por município, observou-se aumento no número de municípios classificados como alto ou médio, porém 47 (75%) dos municípios amazonenses permanecem com IDH considerado Baixo ou Muito Baixo.

ID	Município	IDH		
		1991	2000	2010
1	Manaus	0,521	0,601	0,737
2	Parintins	0,414	0,488	0,658
3	Itapiranga	0,409	0,478	0,654
4	Presidente Figueiredo	0,461	0,537	0,647
5	Itacoatiara	0,408	0,491	0,644
6	Tefé	0,349	0,438	0,639
7	Apuí	0,322	0,437	0,637
8	Silves	0,373	0,486	0,632
9	Urucará	0,386	0,487	0,620
10	Tabatinga	0,333	0,470	0,616
11	Manacapuru	0,339	0,437	0,614
12	Iranubá	0,323	0,437	0,613
13	Rio Preto da Eva	0,353	0,434	0,611
14	São Gabriel da Cachoeira	0,388	0,478	0,609
15	Humaitá	0,296	0,475	0,605
16	Manaquiri	0,244	0,429	0,596
17	Anamá	0,307	0,408	0,594
18	Boca do Acre	0,288	0,401	0,588
19	Maués	0,333	0,454	0,588
20	Urucurituba	0,254	0,427	0,588
21	Coari	0,312	0,389	0,586
22	Nhamundá	0,356	0,441	0,586
23	Manicoré	0,287	0,398	0,582
24	Autazes	0,357	0,420	0,577
25	São Sebastião do Uatumã	0,354	0,428	0,577
26	Barreirinha	0,293	0,399	0,574
27	Benjamin Constant	0,300	0,389	0,574
28	Novo Airão	0,264	0,428	0,570
29	Caapiranga	0,258	0,403	0,569
30	Careiro da Várzea	0,248	0,387	0,568
31	Boa Vista do Ramos	0,287	0,372	0,565
32	Codajás	0,355	0,440	0,563
33	Eirunepé	0,295	0,409	0,563
34	Anori	0,357	0,428	0,561
35	Amaturá	0,254	0,413	0,560
36	Borba	0,305	0,389	0,560
37	Nova Olinda do Norte	0,321	0,373	0,558
38	Careiro	0,237	0,337	0,557
39	Novo Aripuanã	0,293	0,387	0,554
40	Carauari	0,268	0,344	0,549
41	Tonantins	0,257	0,327	0,548
42	Guajará	0,266	0,381	0,532
43	Lábrea	0,254	0,386	0,531
44	Canutama	0,212	0,380	0,530
45	Fonte Boa	0,243	0,320	0,530
46	Alvarães	0,306	0,373	0,527
47	Uarini	0,290	0,358	0,527
48	Japurá	0,208	0,304	0,522
49	Juruá	0,291	0,362	0,522
50	São Paulo de Olivença	0,269	0,324	0,521
51	Jutaí	0,187	0,304	0,516
52	Envira	0,263	0,346	0,509
53	Beruri	0,272	0,340	0,506
54	Tapauá	0,151	0,293	0,502
55	Barcelos	0,317	0,384	0,500
56	Maraã	0,265	0,291	0,498
57	Pauini	0,177	0,287	0,496
58	Santo Antônio do Içá	0,206	0,306	0,490
59	Ipixuna	0,257	0,318	0,481
60	Santa Isabel do Rio Negro	0,236	0,384	0,479
61	Itamarati	0,210	0,331	0,477
62	Atalaia do Norte	0,246	0,348	0,450

IDHM	
0 a 0,49	Muito baixo
0,5 a 0,59	Baixo
0,6 a 0,69	Médio
0,7 a 0,79	Alto
0,8 a 1	Muito alto

Fonte: IBGE

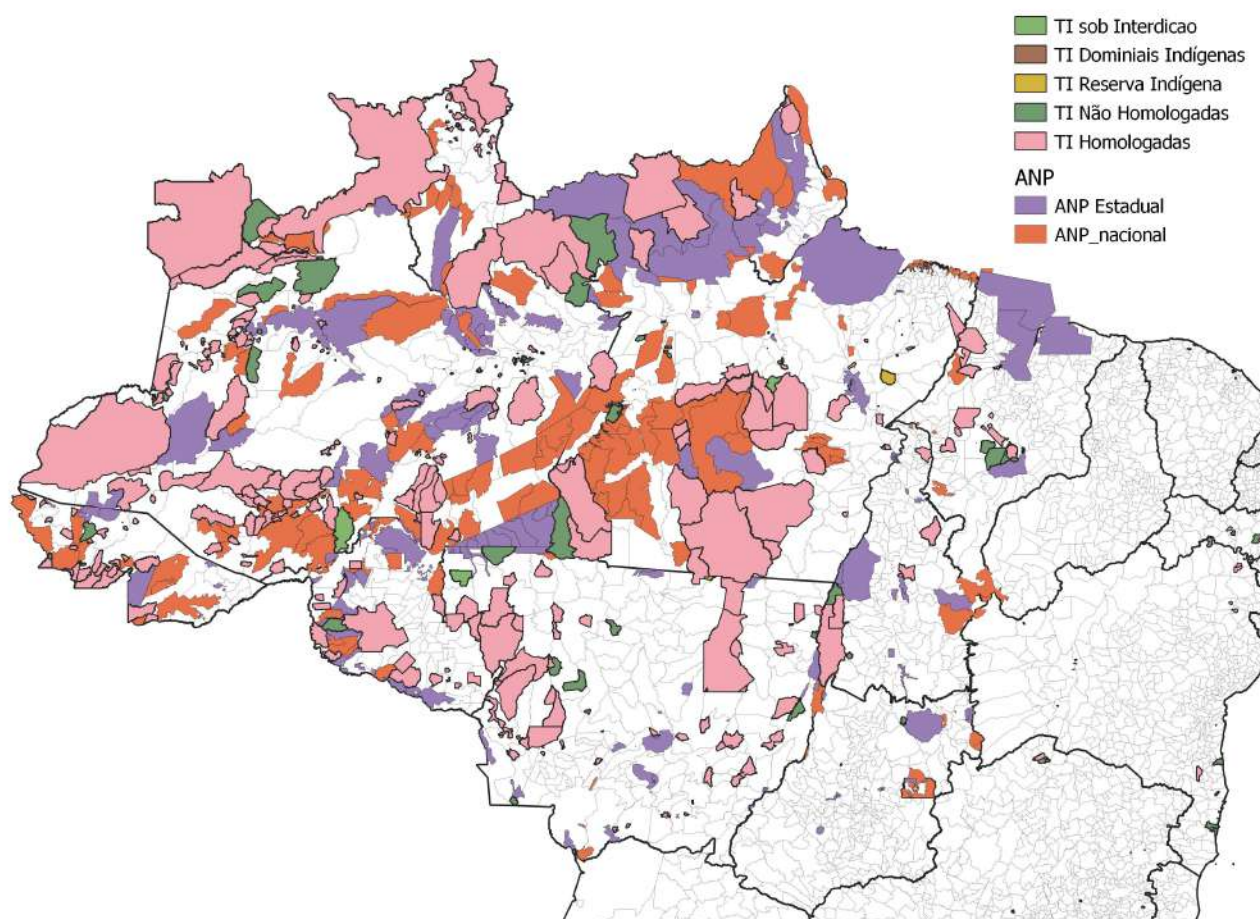
IDH dos Municípios do Estado do Amazonas.

Fonte: Relatório de Gestão 2018, FVS/AM.

Os residentes em áreas rurais do estado do Amazonas são dependentes de serviços de saúde pública. De acordo com Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019), a proporção de pessoas que tinham algum plano de saúde em áreas rurais no Brasil era de 7%, sendo a média urbana nacional de 32,2%.

Considerando que a proporção de pessoas com algum plano de saúde no Amazonas é bem abaixo na média nacional, 16,3%, e que a renda per capita em áreas rurais é muito inferior comparada a de áreas urbanas, bem como o acesso aos serviços particulares de saúde é muito raro em comunidades rurais e ribeirinhas, assume-se que essa população é dependente de serviços públicos de saúde.

Outro fator interessante a ser observado é que o mosaico do ordenamento territorial em toda Amazônia pode gerar problemas na implantação de políticas públicas, uma vez que a população rural está dispersa em diferentes áreas e territórios como as florestas nacionais, áreas indígenas, parques e reservas extrativistas, normalmente regidas por diferentes regimes e legislações específicas, o que pode dificultar ou representar uma oportunidade para a implantação e adequações de serviços. Um exemplo seria o fortalecimento da governança ambiental marcada pela imposição de intervenções estatais supervisionadas por agências internacionais (MENEZES, 2020).



Mapa demonstrando a presença de diferentes ordenamentos territoriais na Amazônia Legal (ANP= Áreas Nacionais Protegidas e TIs= Terras Indígenas)

Fonte: Rede Amazônica de Informação Socioambiental - RAISG



7. Achados e recomendações

O presente relatório tem como objetivo apresentar os principais achados e recomendações do estudo realizado no âmbito do projeto SUS na Floresta, que teve como finalidade realizar diagnóstico do status das redes de atendimento de saúde para indígenas e ribeirinhos a partir do levantamento de dados secundários e revisão bibliográfica (Produto 3), bem como realizar consultas populares e entrevistas sobre o sistema de saúde indígena e ribeirinho junto a gestores municipais e profissionais de saúde que atuam nas localidades; Agentes Comunitários de Saúde e Associações Indígenas (Produto 4).

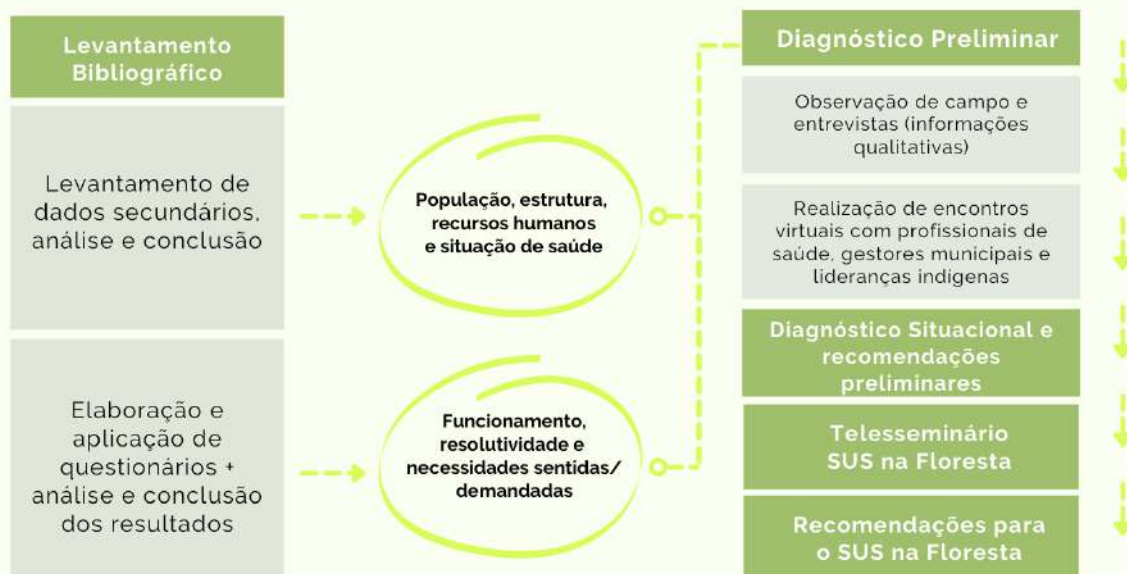
As consultas e entrevistas foram elaboradas à luz do diagnóstico realizado ao longo dessa consultoria, o que nos permitiu avançar em um esboço de recomendações que foram validadas por meio de enquete popular e teleseminários cujos resultados serão descritos neste relatório. Portanto, apresentaremos, neste documento, uma série de necessidades e recomendações que visam o aprimoramento do SUS na Amazônia rural e que estão, ao mesmo tempo, orientadas por evidências e participação dos principais atores que compõem os sistemas de saúde indígena e ribeirinha.



A implementação de práticas de medicina tradicional é legalmente reconhecida.

Foto: Giulia Aguiar

Estudo SUS na Floresta



Esquema demonstrativo de etapas e metodologia

Em específico em relação às sugestões sobre alterações no marco legal, foi realizado levantamento de dados e informações acerca dos atos normativos que regulam o tema, que abrange desde a Constituição de 1988 até atos infralegais dos órgãos envolvidos na execução das ações e serviços de saúde. Após o levantamento, foram feitas recomendações baseadas em (i) contradições internas da própria legislação; e (ii) nos inputs dos atores envolvidos na saúde pública. Cumpre destacar que o principal foco adotado foi o da Atenção Básica.



8. Considerações gerais

É comumente conhecido que a interiorização de serviços públicos na Amazônia constitui um desafio para diferentes governos. Essa dificuldade geralmente se justifica pelas grandes distâncias geográficas, características da região, e pelo inexecuível deslocamento rodoviário frente à hidrografia regional. No caso das políticas de saúde, a situação não é diferente. Há uma notável insuficiência na provisão de ações e serviços de saúde, seja na atenção primária, seja na atenção especializada. Assim, por consequência da baixa interiorização de políticas públicas nas regiões rurais da Amazônia, a região norte possui baixos índices de desenvolvimento humano.

Quanto às políticas públicas de saúde, seus preceitos fundamentais de democracia e igualdade estão materializados na Constituição Federal de 1988 que assegura a todos o direito à saúde. Primeiramente, em seu escopo mais amplo, como o objetivo próprio do Estado brasileiro de construir uma sociedade livre, justa e solidária, focada na redução das desigualdades sociais e regionais. Depois, instituindo o direito à saúde como um direito social fundamental ao cidadão brasileiro, sem o qual o indivíduo não consegue persistir por demais direitos.

O art. 196 da Constituição assegura a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Dessa forma, a Constituição explicitamente prevê a existência de isonomia no tratamento dos usuários do sistema único de saúde. Esta isonomia não pode ser considerada sob uma perspectiva meramente formal, devendo-se adotar um conceito substancial, que impõe o “tratamento desigual entre os desiguais e não significa direito a idênticas prestações para todas as pessoas irrestritamente”.

Ao prever o tratamento isonômico dos usuários do SUS, preconiza-se não que todos deverão receber tratamentos de saúde idênticos, mas sim que, em determinados casos, os usuários receberão tratamento desigual quando ostentarem desigualdades a justificá-lo. Como consequência, se as peculiaridades regionais, populacionais ou sociais impunham a alguns grupos um risco maior de agravo de saúde (desigualdade), deve-se adotar tratamento de saúde adequado para suprir este risco, que pode se dar com a adoção de estratégias específicas pelo SUS.

Como exemplo, podemos citar que o SUS possui, como uma de suas características, a descentralização a fim de favorecer que os entes político-administrativos mais próximos da população (em regra, os estados e municípios) possam tomar decisões prestigiando a realidade local ao revés de se adotar, e.g. a adoção de soluções uniformes em todo o território nacional, marcado por desigualdades de toda a espécie.

⁶ Conforme afirmado pelo Supremo Tribunal Federal, trata-se de “consequência constitucional indissociável do direito à vida”. (Supremo Tribunal Federal. RE-AgR nº 271.286/RS).

Após 32 anos da implantação do Sistema Único de Saúde, o SUS, são inegáveis seus avanços em território nacional, mas também bastante visíveis seus vetores negativos, obstáculos e ameaças. Uma de suas principais conquistas foi a institucionalização de valores como igualdade, democracia e emancipação como eixo central do próprio sistema que tem como alguns de seus princípios a universalidade do acesso, a participação social e a descentralização do poder e das responsabilidades.

Observamos também que a emancipação dos municípios, a partir da descentralização de atribuições e de recursos, permitiu ampliar a oferta e o acesso a serviços e ações, em especial, com impacto na atenção básica à saúde. Neste sentido, é possível ao município reconhecer as necessidades da região e ter autonomia para implementar medidas sanitárias, especialmente no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, indo, assim, ao encontro das necessidades da população.

Ainda que o subfinanciamento da saúde seja um importante obstáculo, em especial nos municípios que dispõem de reduzida receita fiscal, é importante considerar o avanço em termos de emancipação de poderes e consolidação de importantes colegiados com pautas regionalizadas, como é o caso dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS).

Entretanto, apesar dos avanços na implementação do SUS em território nacional, verifica-se uma persistente dificuldade quanto à universalização do acesso, em especial, em comunidades remotas. Adiciona-se a essa característica: conflitos quanto à inserção de características culturais dos povos amazônicos às políticas de saúde; subfinanciamento do setor saúde e problemas estruturais de gestão e profissionalização do SUS na Amazônia Rural.

Por meio desta consultoria, promovida no âmbito do projeto SUS na Floresta pela Fundação Amazônia Sustentável (FAS), traçamos um panorama amplo, embora resumido, dos principais problemas de saúde da população ribeirinha e indígena no Amazonas. Desenvolvemos um quadro do perfil epidemiológico para esses grupos populacionais, bem como realizamos uma análise da oferta e do desempenho da rede de atenção à saúde disponível para as áreas rurais e indígenas do estado.

Como ponto de partida, a Amazônia não foi tratada e pensada apenas como um espaço natural, marcada pelas suas densas florestas, mas também e essencialmente como um território; ou seja, como um espaço natural, mas também político e social. Além disso, consideramos o território amazônico também constituído por múltiplas formas de territorialidade que representam, por sua vez, a relação coletiva, social e subjetiva das diversas sociedades amazônicas com esse território.

Durante o estudo realizado, constatamos que importantes determinantes de saúde estão relacionados a um estilo de vida que depende da floresta e de seus recursos. De modo semelhante, os fatores de risco para certas doenças são decorrentes de problemas que afetam o meio ambiente, como é o caso do desmatamento ou da sazonalidade dos rios e as enchentes que repercutem no aumento da incidência de doenças infecciosas, como malária, dengue e parasitoses. As atividades laborais dos ribeirinhos e indígenas os deixam mais expostos a traumas osteomoleculares e acidentes ofídicos, além de desencadarem fatores de risco para doenças oculares, como é o caso do pterígio e de sua relação com a exposição solar.

Apesar da diminuição das doenças transmissíveis ao longo da história recente, em especial, das doenças infecciosas causadas por protozoários, como malária, leishmaniose e chagas, há ainda preponderância dessas doenças em certas localidades. Na população indígena, as

doenças infecciosas são a principal causa de mortalidade e morbidade, em especial, ressalta-se que as doenças respiratórias atingem sobremaneira as crianças indígenas menores de 5 anos desencadeando em altas taxas de mortalidade infantil.

No caso das doenças transmissíveis imunopreveníveis, o papel da imunização por vacinas é fundamental e a manutenção de altas taxas de vacinação no estado é imprescindível para que muitas doenças não ressurgam. Cabe ressaltar que a vacinação é a forma mais eficaz de prevenção da COVID-19 e que é extremamente necessária para ribeirinhos e indígenas, uma vez que estão localizados em áreas que não permitem fácil acesso aos serviços de saúde.

Além dos determinantes sociais e ambientais de saúde, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública tem sido observada como uma importante barreira para melhorias sanitárias e epidemiológicas. Com propósito de buscar soluções para problemas amazônicos, o governo federal tem promovido políticas e estratégias específicas, como é o caso de incentivos diferenciados para a implantação de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e do investimento e incentivo para custeio de Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF). Já no caso da população indígena, contamos, há 20 anos, com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que é executada diretamente pela esfera federal por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e que tem como objetivo não somente facilitar o acesso dos indígenas aos serviços de saúde, como também inserir as especificidades sócio-culturais na execução no planejamento e execução dos serviços de saúde.



O papel da imunização por vacinas é fundamental para que muitas doenças não ressurgam.

Foto: Samara Souza



9. Saúde ribeirinha

A rede de saúde da população ribeirinha no Amazonas possui, como referência, os seguintes serviços:

Atenção Básica: 1) Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR). 1.1. Agente Comunitário de Saúde. 1.2. Agente de Endemias. 1.3. Técnico de Enfermagem. 2) Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF). 3) Telessaúde (FAS).

Atenção Especializada: 1) Emergência e algumas consultas ambulatoriais nas sedes de alguns municípios. 2) Maioria dos atendimentos especializados, rede laboratorial e UTIs em Manaus. 3) Telessaúde (FAS).

A estratégia de implantação das UBSF tem a capacidade de ampliar a cobertura em vazios assistenciais e de diminuir o ônus dos usuários na busca por serviços de saúde. Por meio de estudo da literatura sobre o tema, que demonstraram o impacto positivo da estratégia nos indicadores de saúde, bem como da consulta pública realizada com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e gestores municipais de saúde, verificamos que a unidade fluvial aumentou o número de serviços ofertados, trouxe qualidade e privacidade para usuários e segurança para os ACS que passam a contar com uma estrutura de saúde para atender a comunidade.

Em termos pragmáticos, os gestores municipais relataram que quando conseguem colocar a embarcação em funcionamento com uma periodicidade maior, recebem em retorno um aumento na cobertura vacinal, no número de consultas de gestantes no pré-natal, de exames ginecológicos preventivos, maior acompanhamento dos pacientes crônicos e da cobertura de saúde bucal. Além disso, a unidade fluvial oferece conforto para o trabalho e alojamento dos profissionais de saúde, além da oferta de laboratório para pronta coleta de exames e diagnóstico.

“A lancha (UBSF) da Saúde entrou para dentro do rio em Itapiranga. Para nós, foi muito bom. Agora sim, perto da comunidade para prestar assistência.” ACS Mayara, RDS Uatumã.

Contudo, o financiamento das UBSF, bem como de outras ações estratégicas e da própria atenção básica, são insuficientes para cobrir gastos consequentes das características geográficas e populacionais da zona rural amazônica como um todo.

“Hoje a gente sente que o recurso que os municípios recebem, principalmente os municípios que não tem receita, é insuficiente para atender às nossas demandas. Por exemplo, no nosso Município de Itapiranga não se gasta menos de 20 ou 30 mil reais para fazer uma campanha de vacina. Eu acho que nós temos que começar a construir uma política de saúde, principalmente buscando do Estado (AM) uma discussão com os municípios. Esperamos também discutir com nossos novos gestores (federais) a questão do financiamento do novo modelo de gestão da Atenção Primária. Não ficou muito clara a questão dessa mudança nos municípios da região norte. Essas pessoas que fazem as políticas e as portarias do Ministério da Saúde deveriam conhecer nossa região amazônica.” Sr. Aurimar Simões Secretário de Saúde de Itapiranga.

Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde não prevê esses fatores amazônicos para fins de cálculo de repasse para custeio. Soma-se à dificuldade de financiamento dos serviços de saúde para a população ribeirinha, o fato que os municípios no interior do Amazonas possuem baixa arrecadação fiscal e o governo do Estado do Amazonas não participa do co-financiamento da atenção básica.

Observou-se também que os ACS ficam sobrecarregados com atividades de assistência, como levar os pacientes às consultas médicas ou ajudar na remoção de casos graves. Para que os ACS possam exercer suas verdadeiras atribuições, é imprescindível que as equipes de saúde atuem com mais periodicidade nas comunidades. Além da falta de capacitação e formação específica para lidar com os problemas da comunidade e da região, ACS e técnicos de enfermagem que vivem no local, sentem-se isolados da equipe e inseguros.

Certamente, a instalação de pontos de internet tem colaborado sobremaneira para reduzir distâncias; contudo, é necessário que haja uma estratégia de saúde digital que permita teleatendimento e telediagnóstico reduzindo assim as inequidades em relação à atenção à saúde ribeirinha.

Principais necessidades e demandas da Saúde Ribeirinha

- 1** Melhorar meios de transporte e reduzir deslocamento de ACS e usuários
- 2** Aproximar atenção especializada das comunidades
- 3** Ofertar diagnóstico in loco
- 4** Educação continuada e suporte técnico para profissionais que atuam em área
- 5** Aumentar periodicidade de visita de profissionais de saúde
- 6** Diminuir riscos de saúde decorrentes de fatores ambientais



Principais necessidades e demandas apontadas no estudo Diagnóstico e Consultas Populares.



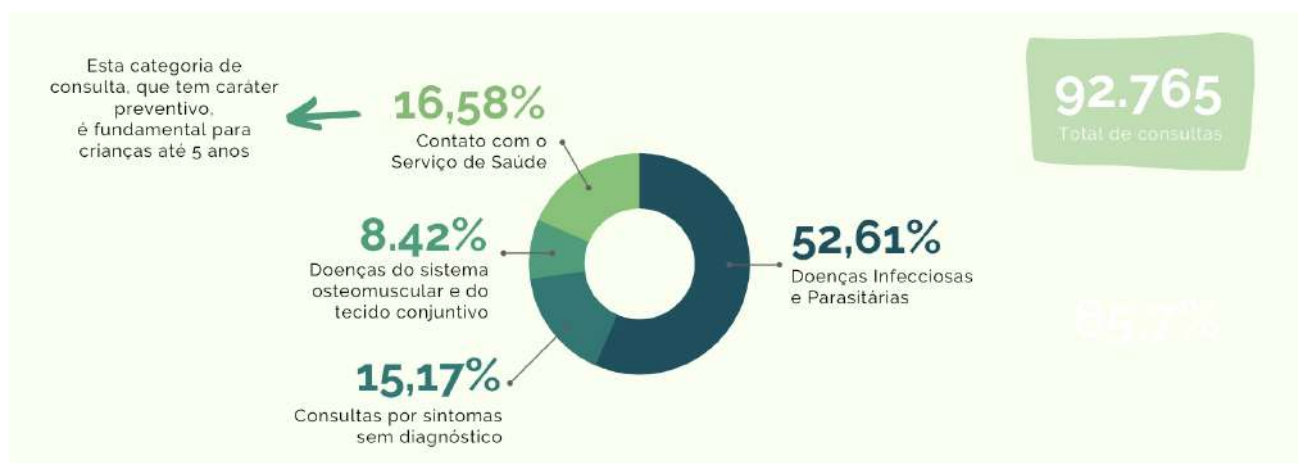
10. Saúde indígena

O estudo diagnóstico sobre saúde indígena apresentou um conjunto de dados e informações sobre o estado de saúde e sobre os principais problemas de saúde da população indígena no estado do Amazonas (Produto 3). Realizamos análise inédita a partir do levantamento de todas as consultas realizadas no ano de 2016 (n=94.464) e de todos os registros de óbitos de 2012 a 2016 registrados no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) no âmbito dos DSEI que possuem população indígena em territórios amazense.

O levantamento e análise dos dados de morbidade e mortalidade foram fundamentais não somente para determinar as condições de saúde dessa população, como também nos serviu de subsídio para analisar os efeitos da política de saúde indígena e a qualidade dos serviços e do sistema de informação.

Ao longo do estudo, identificamos as doenças mais prevalentes e discutimos sobre problemas de saúde com alta incidência, como é o caso das doenças infecciosas que também são identificadas como a principal causa de mortalidade. Também identificamos a necessidade urgente de qualificação dos registros. Observamos, por exemplo, que muitas vezes as patologias não são registradas por médicos. No DSEI Yanomami, por exemplo, não houve qualquer registro feito por essa categoria profissional.

É necessário monitorar e avaliar o impacto que a qualidade destas informações pode causar sobre a gestão da saúde e sobre a população, podendo gerar estigmas indesejados e não resolver o problema que de fato acomete a comunidade. Ainda, a qualidade da informação, no caso de um sistema de saúde que tem como objetivo buscar a interculturalidade, deveria prever aspectos culturais sobre concepções indígenas no processo de doença e morte, o que não ocorre no caso do SIASI.



Distribuição dos diagnósticos de morbidade da população indígena

Fonte: SIASI, 2016.

De uma maneira geral, o estudo desenhou um cenário diagnóstico que nos mostra que a saúde indígena tem alguns avanços significativos se comparados à população ribeirinha ou rural remota: o alto registro de consultas na maioria dos DSEI demonstra que a população tem tido maior acesso aos serviços de saúde. Contudo, pela qualidade dos dados registrados, observa-se necessidade de melhor formação e treinamento para profissionais de saúde, além de monitoramento e avaliação das informações obtidas. As falhas na gestão dos dados, na maioria dos DSEI, indicam que não há planejamento das ações de saúde tendo como base o perfil epidemiológico da população adstrita do DSEI, o que constitui uma diretriz importante da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.

Principais Achados



Óbitos domiciliares (46%).



DSEI Médio Rio Purus (20.811) e Alto Rio Solimões (26.940) são os que apresentam uma maior quantidade de consultas e, conseqüentemente, uma maior dispersão dos diagnósticos.



A primeira infância é principalmente afetada pelas infecções do aparelho respiratório.



Intervenções de reabilitação são praticamente nulas



Crianças menores de 1 ano é a população com menor número de atendimento.



Não houve registro de consulta médica no DSEI Yanomami.



Malária nos DSEI Vale do Javari e ARN



Doenças infecciosas e parasitárias (41.456), representam 52,61% do total de casos.



Poucos eventos (0,04%) de afecções registradas no período perinatal.



Falhas nos registros dos óbitos

Principais achados de morbidade e mortalidade da população indígena no Amazonas

Ainda, os DSEI, assim como a SESAI, são considerados “especiais” principalmente porque espera-se que os fatores sociais e culturais sejam abordados no cotidiano da saúde, norteados o planejamento e avaliação de saúde, se estas características não estão expressas nos sistemas que devem orientar a gestão dos DSEI, não há meios de estruturar este princípio nas ações cotidianas.

“A gente acha muito importante o atendimento diferenciado para os nossos parentes porque muita das vezes a equipe chega e não comunica direito o que vai fazer. A gente pensa muito em uma liderança que possa acompanhar a equipe de saúde para poder explicar as ações no nosso linguajar. Nossos parentes não entendem direito português e a gente valoriza muito as línguas indígenas.” Janete, Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro

Após 20 anos de experiência com o modelo de organização distrital de saúde indígena, pode-se considerar que o acesso dessa população aos serviços de saúde foi o fator de maior destaque positivo. A garantia de acesso representa avanços significativos para efetivação do direito universal à saúde, ainda considerando que a acessibilidade física aos profissionais de saúde é um dos principais problemas amazônicos.

Uma contribuição fundamental que o modelo permitiu foi a mudança histórica no programa de imunizações, uma vez que as campanhas esporádicas foram substituídas pelo estabelecimento de atividades de rotina na aplicação das vacinas segundo o calendário vacinal das pessoas. A modalidade de campanhas é, hoje, realizada uma vez por ano (“O mês de vacinação”) para apenas compensar alguns déficits da rotina. O resultado está expresso pelo progressivo aumento da cobertura vacinal.

Contudo, ainda há aspectos da política de saúde indígena considerados como estratégicos, mas ainda não são satisfatórios, são eles:

- Preparação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural;
- Monitoramento e avaliação das ações de saúde;
- Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde;
- Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos; e
- Promoção de ambientes saudáveis.



O aprimoramento dos agentes comunitários de saúde mostra a necessidade de melhor formação e treinamento para os profissionais.

Foto: Samara Souza



11. Resultados Consulta Pública

Com objetivo de qualificar o diagnóstico realizado e aprimorar as recomendações preliminares, os resultados do estudo foram disponibilizados para consulta pública. Os relatórios preliminares, assim como a enquete para averiguar a percepção do público quanto às prioridades do estudo, foram disponibilizados no site da FAS no período de 07 de abril a 07 de maio de 2021. O público geral pode então classificar, por ordem de prioridade, os principais fatores de risco à saúde, problemas da rede SUS na Amazônia Rural, doenças e recomendações.

Ao todo, 102 pessoas responderam à enquete, sendo 68 mulheres, 28 homens e 06 preferiram não identificar o gênero. A seguir, apresentamos o quadro síntese dos resultados obtidos:

Ordem de Prioridade	Fatores de Risco	Principais doenças	Problemas da Rede SUS na Amazônia Rural
1	Desmatamento	Covid-19	Baixa frequência de visitas das equipes de saúde
2	Má alimentação	Doenças respiratórias	Meios de transporte insuficientes
3	Contaminação da água do rio	Pressão alta	Falta de medicamentos
4	Falta de água potável e esgoto	Dengue	Ausência de profissional médico
5	Enchentes	Cáries dentárias	
6	Desnutrição	Diabetes	
7	Hábitos de higiene	Parasitoses	
8	Exposição ao sol	Infecções na pele	
9	Picada de obra	Câncer	
10		Hepatites	
11		Malária	
12		Tuberculose	
13		Doença de Chagas	

Resultados consulta pública sobre ordem de prioridades para o SUS na Floresta nas categorias: fatores de risco, principais doenças e problemas da saúde na Amazônia rural

Ordem de Prioridade	Recomendações SUS na Floresta
1	Aumentar a frequência de visita das Equipes de Saúde
2	Aumentar a oferta de serviços especializados e disponibilizar que esses serviços estejam mais próximos das comunidades
3	Providenciar coleta para exames laboratoriais durante as visitas das equipes nas comunidades
4	Disponibilizar lanchas para remoção de pacientes
5	Disponibilizar uma maior oferta de cursos para agentes de saúde e técnicos de enfermagem
6	Motivar as equipes de saúde a conhecerem melhor a cultura da comunidade
7	Incluir os conhecimentos tradicionais nos serviços de saúde
8	Implementar serviços de telemedicina (atenção médica via internet)

Resultados consulta pública sobre ordem de prioridades de recomendações para o SUS na Floresta



12. Resultados Telesseminários

Com a finalidade de aprimorar os resultados do estudo garantindo espaço para a participação pública, foram realizados dois telesseminários - de saúde indígena e de saúde ribeirinha. Além da apresentação dos principais achados, realizamos atividade específica com atores regionais e nacionais que contribuem com o tema da saúde na Amazônia para discutir necessidades e recomendações a serem incorporadas e aprimoradas no âmbito do projeto Sus na Floresta.

A seguir, apresentaremos a síntese dos resultados obtidos por meio dos Grupos de Trabalho.

12.1 Saúde indígena

Recomendações dos participantes do grupo de trabalho:

- Aprimorar o Sistema de Regulação para população indígena, levando em conta as especificidades e vulnerabilidade;
- Instruir municípios para que informem o campo raça/cor nos sistemas de gestão municipal e estadual;
- Criação de novos Grupos de Trabalhos Indígenas;
- Aprimorar as estratégias de prevenção das doenças endêmicas e o controle vetorial nas aldeias: capacitação dos AIS, contratação de mais agentes de endemias, construção de laboratórios itinerantes, capacitação de microscopistas entre outras ações;
- Capacitação de todos os profissionais de saúde (DSEI e municípios) sobre gestão e especificidades da saúde indígena;
- Valorizar as parcerias interinstitucionais;
- Telemedicina: mapeamento dos pontos de internet e redes de ensino vinculados;
- Sesai e município devem realizar parceria para utilização das unidades fluviais de saúde. No caso das terras indígenas, as unidades fluviais podem ser usadas como barreira sanitária.

12.2 Saúde ribeirinha

Recomendações dos participantes grupo de trabalho:

- Melhorias na regulamentação das ações de saúde voltadas à população ribeirinha na Amazônia;
- Estruturar a rede de média e alta complexidade, em especial hospitais regionais e aproximar ações de atenção especializada da população ribeirinha, com a implementação de serviços (colonoscopia e ultrassom) para evitar o deslocamento do ribeirinho a cidade;
- Melhorar a oferta de serviços de diagnóstico e de saúde bucal aos ribeirinhos;
- Fortalecer a formação e apoiar a educação em serviço de profissionais de saúde, por meio da rede de telemedicina;

- Criação de rede de apoio para a gestão municipal em que os gestores possam ser orientados a obter as linhas de financiamento junto ao Governo Federal;
- Criar novas opções de financiamento, como, por exemplo, uma linha de captação em troca do crédito de carbono;
- Focar na prevenção e saúde bucal por meio de ações como a fluoretação;
- Aumentar o acesso à saúde ocular e implantar protocolos e tecnologias para exames em áreas remotas, como a utilização de dispositivo no celular para avaliação ocular a distância;
- Implementar outras modalidades de UBSF, como a modalidade flutuante;
- Desenvolver projetos e fazer advocacy junto ao Ministério da Saúde para o financiamento;
- Fortalecer que haja continuidade e fortalecimento dos ACS nos territórios, além de aprimorar os cursos de capacitação e treinamento em serviço dos ACS;
- Garantir apoio técnico, segurança e qualidade de acomodação aos profissionais embarcados;
- Aprimorar parcerias com ONGs, Municípios, Estados, União e Forças Armadas;
- Valorizar a autonomia das equipes e comunidades.



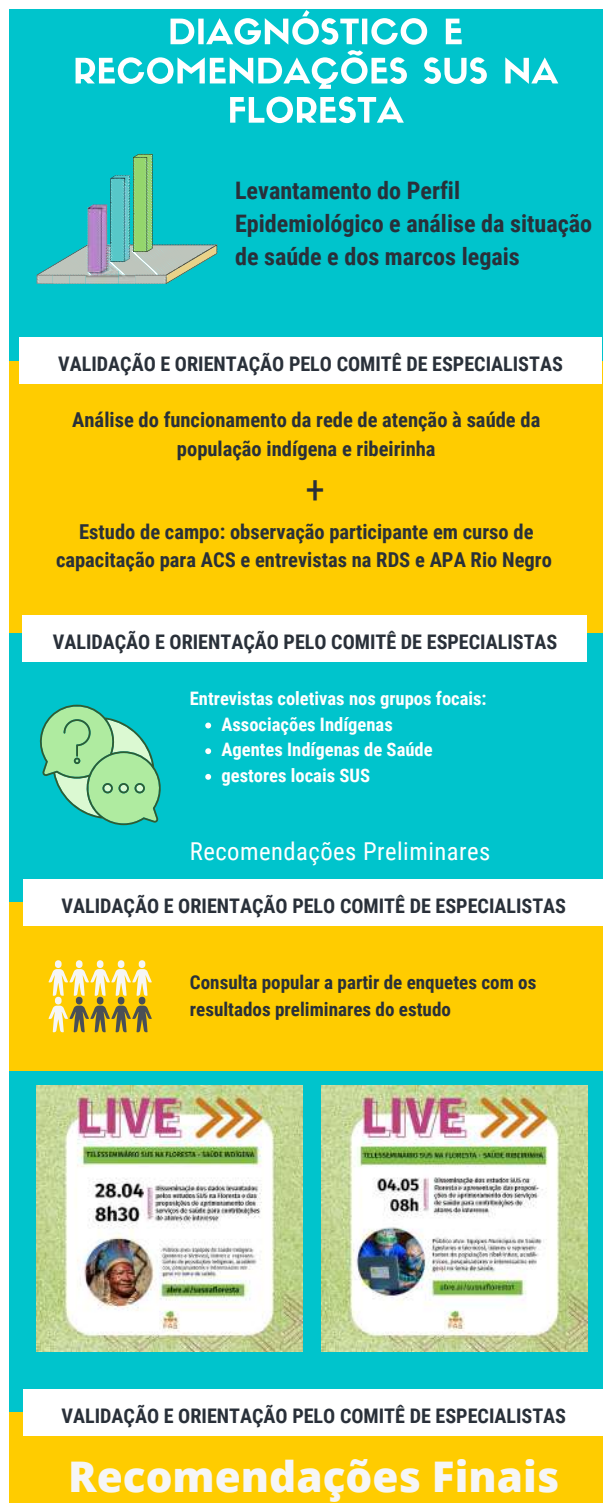
Meios de transporte insuficientes é um dos problemas da Rede SUS na Amazônia Rural.

Foto: Samara Souza



13. Recomendações SUS na Floresta

Ao longo deste estudo, várias abordagens e etapas foram desenvolvidas com intuito de elencar recomendações que visem o desenvolvimento e/ou aprimoramento das políticas públicas de saúde direcionadas para áreas remotas da Amazônia. As demandas e necessidades apontadas durante as etapas do estudo foram avaliadas, adequadas e aprimoradas. O resultado desse processo será apresentado nesta sessão.



Processo de diagnóstico e recomendações SUS na Floresta

13.1. Aprimoramento da Rede de Serviços SUS na Amazônia

13.1.1. Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)

Sobre a abrangência da estratégia no âmbito do Amazonas, de acordo com dados obtidos no portal e-Gestor Atenção Básica, há 21 UBSFs habilitadas e 19 em funcionamento no estado.

A estratégia de saúde fluvial demonstrou ser a mais eficiente para áreas ribeirinhas. Quando conseguem operar de forma rotineira, permitem aos ribeirinhos o acesso regular aos serviços da atenção básica como: pré-natal, PCCU, planejamento familiar, imunizações, saúde bucal, saúde da criança, saúde do adulto e prevenção e promoção à saúde; já que nas dependências do barco são realizadas consultas ambulatoriais, por médicos e enfermeiros, além de exames laboratoriais de rotina e urgência, pequenas cirurgias e procedimentos de enfermagem. Foi um dos principais pontos de apoio durante a pandemia para muitos ACS. Além disso, a boa estrutura nestas unidades oferece às equipes de saúde melhores condições de trabalho e de alojamento.

O principal problema levantado foi seu alto custo de funcionamento e manutenção. Faltam mecanismos de arrecadação compensatórios para as dispendiosas logísticas amazônicas e parcerias para otimizar custos.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
UBSF funcionando, com periodicidade, em todas as áreas rurais ribeirinhas, tornando-as mais sustentáveis e resolutivas. Aumentar a frequência de visita das Equipes de Saúde. Aumentar a oferta de serviços especializados e disponibilizar que esses serviços estejam mais próximos das comunidades. Providenciar coleta para exames laboratoriais durante as visitas das equipes nas comunidades.	Instigar, influenciar e sugerir a formulação de políticas de saúde para a Amazônia e a alocação de mais recursos públicos para as UBSF.
	Implantar tetos solares nas UBSF para captação de energia elétrica.
	Desenvolver parcerias para otimização de custos, ampliando os serviços de saúde ofertados pela unidade fluvial. Por exemplo, sugere-se parcerias com (1) universidades para implantação de projetos de extensão (educação em serviço) e residência; (2) ONGs para desenvolver projetos e serviços complementares à saúde; (3) órgãos públicos que necessitam chegar até os ribeirinhos, como serviços bancários e assistência social; (4) FVS/AM para ações de endemia, dentre outras; e (5) SESAI para áreas adjacentes às Terras Indígenas.
	Criar fundo para manutenção das embarcações (consórcio de municípios, Estado e parcerias). Sugere-se a contratação de estaleiro para atender as demandas.
	Buscar investimentos para equipar laboratórios, inclusive com tecnologias que permitam diagnóstico a distância.

Recomendação UBSF

13.1.2. Saúde Digital

Saúde Digital compreende o uso de recursos de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar informações confiáveis, sobre o estado de saúde para quem precisa, no momento que precisa. Em 2020, o Ministério da Saúde consolidou uma estratégia de abrangência nacional denominada [Estratégia de Saúde Digital](#). A Telessaúde é um componente da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil e tem como finalidade a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da Atenção Primária à Saúde (APS), e sua interação com os demais níveis de atenção vem a fortalecer as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. A Telessaúde tem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação. No âmbito do SUS, a rede de Telessaúde deve ser integrada por gestores da saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde do SUS, sendo constituído por:

- Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico – instituições formadoras e de gestão e/ou serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão das Teleconsultorias, Telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa;
- Ponto de Telessaúde – serviços de saúde através dos quais os trabalhadores e profissionais do SUS demandam Teleconsultorias e Telediagnósticos.



A FAS desenvolve projeto de instalação de pontos de comunicação em UCs e TIs a partir da provisão de conexão de internet, equipamentos e energia elétrica.

O Núcleo de Telessaúde do Estado do Amazonas é gerido pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA) a qual, a partir de convênio com Ministério da Saúde, recebe fomento para oferta de serviços aos municípios e áreas indígenas. Atualmente, os serviços de telessaúde estão presentes em todos os 62 municípios do estado e em cinco comunidades indígenas. Estes serviços, os pontos de telessaúde, geralmente estão localizados em estabelecimentos de saúde do SUS, como hospitais e unidades de saúde.

Em decorrência da pandemia de COVID-19, a FAS desenvolve projeto de instalação de pontos de comunicação em UCs e TIs a partir da provisão de conexão de internet, equipamentos e energia elétrica. Dezenas de pontos já foram instalados e outras dezenas já têm a sua instalação planejada. Muitos desses pontos, muito embora não estejam inseridos em estabelecimentos de saúde, ofertam serviços de saúde digital em conexão com o núcleo de telessaúde do estado, sendo, portanto, um ponto de telessaúde.

Além do contato com profissionais de saúde especializada, os ACS e técnicos de enfermagem contam com apoio para uma remoção segura de paciente em caso de emergência, bem como amplia seus conhecimentos e formação. Contudo, o programa telessaúde da FAS deve ser integrado à rede do município, pois isso reduziria as idas dos ACS até a cidade para enviar dados de pacientes e do Programa Bolsa Família, além de facilitar a regulação de pacientes.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
<p>Implementar serviços de telemedicina (atenção médica via internet).</p> <p>Aumentar a oferta de serviços especializados e disponibilizar que esses serviços estejam mais próximos das comunidades.</p> <p>Fortalecer e regulamentar os serviços de saúde digital em áreas remotas no âmbito do SUS. Reconhecer a saúde digital como estratégia de melhoria consistente dos serviços de Saúde por meio da disponibilização e uso de informação abrangente, precisa e segura que agilize e melhore a qualidade da atenção e dos processos de Saúde.</p> <p>Expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da Atenção Primária à Saúde (APS) e sua interação com os demais níveis de atenção, fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.</p>	<p>Influenciar e fomentar discussões para criação de projetos de lei no âmbito municipal e estadual, que visem reconhecer e fomentar a estratégia da saúde digital como serviço de atenção básica ao ribeirinho.</p>
	<p>Ampliar pontos de internet para as UBS e UBSF - territorialização dos serviços - institucionalizando pontos de saúde digital da família ribeirinha</p>
	<p>Apoiar na consolidação de parcerias entre municípios/ estado/DSEI com hospitais e/ou universidades.</p>
	<p>Regulamentar o uso do telessaúde para comunicação de dados do Bolsa Família.</p>
	<p>Liberação das atividades nas regiões amazônicas, onde não há oferta de médicos interessados, através de Lei Federal ou Resolução do CFM.</p>

Recomendação Saúde Digital

13.1.3. Saúde infantil

As doenças respiratórias, parasitoses e problemas de nutrição foram apontadas como graves riscos à saúde infantil ribeirinha e indígena. Além disso, a promoção da saúde infantil é fundamental para a saúde de toda a vida do indivíduo.

Nas orientações contidas nas políticas públicas e estratégias de ação que orientam as equipes de saúde indígena e ribeirinha, as visitas domiciliares constituem um pilar fundamental para a saúde da família. No caso da primeira infância, essa assistência deve ir desde a suspeita da gravidez da mulher até os seis anos de vida da criança. A estratégia com foco na primeira infância é promissora na Amazônia Rural, tendo em vista os precários indicadores de desenvolvimento humano e a expressiva mortalidade infantil indígena, dados apresentados nos Produtos 2 e 3. Além disso, devido às condições geográficas e ao dificultoso acesso a serviços essenciais pelas comunidades ribeirinhas e indígenas, a população infantil dessas localidades fica ainda mais vulnerável.

O Programa Primeira Infância, concebido e executado pela FAS em localidades específicas de alguns municípios do Amazonas, mostrou-se estratégico e de possível incorporação pelo SUS. Entre os resultados, o Programa Primeira Infância Ribeirinha (PIR) deu as bases para uma nova política estadual, o Programa Primeira Infância Amazonense (PIA), lançado em 2016 e instituído por meio da Lei 4.312, de 11 de março de 2016. A lei prevê que o PIA seja implantado nos municípios que manifestarem interesse e comprometerem-se com a gestão municipal do programa por meio da assinatura de Termo de Cooperação entre a respectiva prefeitura e o Comitê Gestor do programa.

No município, o PIA deve ser desenvolvido através de comitês municipais, com a participação e colaboração dos setores responsáveis pelas áreas da educação, saúde e assistência social e de organizações não governamentais, universidades, programas de orientação e apoio aos pais com filhos entre 0 e 6 anos de idade. No âmbito deste estudo, não foi identificado qualquer município amazonense que tenha implantado o PIA em seu território.

Considerando a existência de uma política voltada para saúde infantil já instituída no âmbito regional, observa-se a necessidade de apoio para sua implementação. Um dos grandes desafios para implantação do PIA é a dependência das prefeituras por repasses de verbas estaduais e federais, os quais são insuficientes para o desenvolvimento de projetos e programas inovadores. Desta forma, é altamente recomendável que programas como o PIA sejam apoiados por setores governamentais intersetoriais e interfederativos, além de terem o apoio da sociedade civil.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
<p>Aumentar a frequência de visita das Equipes de Saúde.</p> <p>Fortalecer e apoiar a implantação do Programa Primeira Infância Amazonense nos municípios e DSEIs do Amazonas, destacando a especificidade da primeira infância ribeirinha e indígena.</p> <p>Dar continuidade ao Programa Primeira Infância em novas localidades de maior vulnerabilidade e nas localidades já implantadas.</p>	<p>Apoiar os municípios na elaboração e execução do Plano Municipal pela Primeira Infância (PMPI), elaborado e implementado segundo as diretrizes do Marco Legal da Primeira Infância (Lei n. 13.257/2016) e em consonância com o Plano Nacional pela Primeira Infância 2020-2030, da Rede Nacional da Primeira Infância.</p>
	<p>Criar, no âmbito municipal e/ou regional, rede e estratégia de fomento e apoio técnico para estruturação do PIA.</p>
	<p>Influenciar (advocacy) para que os gestores e legisladores municipais coloquem a Primeira Infância nas prioridades do Plano Plurianual (PPA), das Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) do município.</p>
	<p>Regulamentar o uso do telessaúde para comunicação de dados do Bolsa Família.</p>
	<p>(1) Continuidade da visita domiciliar com aplicação do guia de visitação e das metodologias do PIR pelos ACS e assistência às gestantes e crianças de 0 a 6 anos cadastradas no PIR; (2) continuidade da supervisão das visitas domiciliares dos ACS por enfermeiros responsáveis pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em cada UBS; (3) promoção de formação continuada para ACS com foco em DPI, para aprimoramento da prática de visitação e atendimento qualificado à gestantes e crianças de 0 a 6 anos; (4) capacitação de novos ACS e novos profissionais integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF); (5) continuidade e fortalecimento da articulação intersetorial.</p>

Recomendação Saúde Infantil

13.1.4. Saúde bucal

Um dos grandes problemas relatados foi a demanda reprimida de serviços de saúde bucal, devido à pandemia que gerou baixa cobertura nos serviços. Soma-se a esse fator, a ausência ou insuficiência de serviço especializado em municípios no interior do Amazonas e o baixo acesso da população indígena e ribeirinha à água fluoretada para consumo humano.

No Amazonas, apenas nove municípios (Boca do Acre, Humaitá, Iranduba, Itacoatiara, Lábrea, Manaus, Maués, Parintins e São Gabriel da Cachoeira), dos 62 existentes, possuem Centros Odontológicos Especializados. A baixa adesão a essa modalidade de atenção à saúde resulta em uma maior prevalência de dentes cirurgicamente removidos pela atenção primária.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
<p>Aumentar a frequência de visita das Equipes de Saúde.</p> <p>Aumentar a oferta de serviços especializados e disponibilizar que esses serviços estejam mais próximos das comunidades.</p>	<p>Articulação com os estados e municípios para estabelecimento de fluxos assistenciais e definição das redes de atenção, credenciamento de novos estabelecimentos especializados (CEO), e celebração de parcerias com instituições não governamentais (ONGs) que oferecem os serviços necessários, como Doutores da Amazônia.</p>
<p>Oferta de serviços odontológicos especializados para a população indígena.</p> <p>Garantir o acesso contínuo da população indígena aos materiais de higiene bucal (creme dental fluoretado, escova e fio dental).</p>	<p>Distribuição gratuita de material de higiene bucal.</p> <p>Desenvolvimento de estratégias para geração de renda nas aldeias.</p> <p>Desenvolvimento de ações educativas quanto a importância da escovação dental e outras atividades em saúde bucal.</p>
<p>Garantir o acesso da população indígena à água tratada e fluoretada visando garantir o acesso ao efeito anticárie do flúor.</p>	<p>Implementar sistemas simplificados de tratamento de água com fluoretação para consumo humano.</p>

RECOMENDAÇÃO SAÚDE BUCAL

13.1.5. Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Indígenas de Saúde

O papel dos agentes de saúde (Agente Comunitário de Saúde - ACS e Agente Indígena de Saúde - AIS) é marcado pelo fato de representarem a única fonte contínua de cuidados nos intervalos das Equipes de Saúde, o que pode significar meses. Embora esses agentes de saúde sejam os atores mais importantes na relação entre conhecimentos populares de saúde e saberes biomédicos, ainda falta muita clareza na definição de seu papel em áreas rurais.

Um lado positivo do trabalho do agente de saúde é, sem dúvida, a proximidade com as famílias e com os problemas de saúde da comunidade. Este importante ator fortalece a resposta comunitária aos problemas e agravos de saúde por meio da transmissão de informações e de seus conhecimentos. Ao mesmo tempo, essa responsabilidade, muito sentida pelos agentes de saúde, gera ansiedade e insatisfação quanto à irregularidade ou à insuficiência da educação que recebem.

Outro aspecto importante no papel do ACS e AIS está relacionado ao elo que estabelecem entre o saber popular de saúde, a dinâmica social da comunidade onde habitam e o conhecimento biomédico. Esses três fatores, integrados, lhes permitem alcançar um nível mais próximo de diálogo com a população do que nenhum outro profissional seria capaz.

O Município ou Estado tem autonomia para decidir quantos ACS e ACE deve contratar, mas a assistência financeira da União para o piso salarial tem limites definidos por lei. As atribuições dos ACS estão previstas na Política Nacional de Atenção Básica, mas também podem, de acordo

com a política, exercerem outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal, como é o caso do município de Porto Alegre que criou cargo público e atribuições específicas, por meio da [Lei complementar n. 875, de 21 de janeiro de 2021](#), para Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate às Endemias (ACE), a título de exemplo que pode ser adaptado na região norte.

No caso dos Agentes Indígenas de Saúde, que são contratados diretamente pela SESAI/MS, não há qualquer amparo legal para profissão que sequer é reconhecida como categoria. Por isso, recomenda-se esforços para que o [PROJETO DE LEI N.º 3.514, DE 2019](#) seja aprovado no Congresso.



O aprimoramento dos agentes comunitários de saúde mostra a necessidade de melhor formação e treinamento para os profissionais.

Foto: Samara Souza

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
Disponibilizar lanchas para remoção de pacientes.	(1) Apoiar municípios na elaboração e aprovação de legislação específica que designe aos ACS atribuições que respondam ao contexto amazônico.
Disponibilizar uma maior oferta de cursos para agentes de saúde e técnicos de enfermagem.	(2) Apoiar os municípios no credenciamento de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha que permite maior contratação de ACS e ACS.
Valorizar e garantir maior autonomia aos ACS e AIS.	(1) Dar continuidade ao apoio na aquisição de lanchas rápidas para as comunidades.
Melhorar meios de transporte e reduzir deslocamento de ACS e usuários para cidade.	(2) Utilizar pontos de telessaúde para encaminhar informações sobre os usuários (Bolsa Família).
Educação continuada e suporte técnico.	Elaborar e apoiar junto aos municípios e Estado projeto pedagógico anual que inclua educação em serviço.
Reconhecer os AIS como categoria profissional.	Criar fluxo de rotina de comunicação entre ACS e AIS com outros profissionais de saúde da equipe para orientação e troca de informações via Telessaúde.
	(Advocacy para aprovação do PROJETO DE LEI N.º 3.514, DE 2019 (da Deputada Sra. Joenia Wapichana).

Recomendação ACS e AIS

13.1.6. Resolutividade clínica na Atenção Básica e Atenção Especializada

A expansão da cobertura da atenção básica deve estar conjugada com uma eficiente resolutividade clínica. A continuidade do cuidado também implica em intervenções diagnósticas e tratamentos de média e alta complexidades indisponíveis em áreas rurais ou municípios menores. No caso amazônico, por esses serviços estarem disponíveis essencialmente nas capitais, o custo do tratamento torna-se bastante elevado tanto para o governo quanto para o usuário, considerando deslocamento e alojamento nestes grandes centros.

Inovações tecnológicas podem fortemente contribuir para construção e gestão de sistemas de saúde e se tornarem ferramentas eficazes para os desafios de acesso aos serviços de saúde. A telessaúde, por exemplo, havendo cautela em sua adoção, pode representar um meio de efetividade e custo-efetividade para o sistema e permitir maior resolutividade clínica nas consultas entre médico da saúde da família e paciente, além de oferecer possibilidades de diagnóstico a distância se combinados com dispositivos ou centrais de diagnósticos digitais móveis.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
<p>Aumentar a oferta de serviços especializados e disponibilizar que esses serviços estejam mais próximos das comunidades.</p> <p>Providenciar coleta para exames laboratoriais durante as visitas das equipes nas comunidades.</p>	Implementar serviços de saúde digital nas UBS, UBSF, UBSI e Polos Base para teleconsultas com especialistas.
	Apoiar parcerias para atendimentos especializados e pequenas cirurgias (Marinha, Expedicionários da Saúde , Médicos da Floresta).
	Apoiar os municípios e o Estado na revitalização e equipagem de hospitais regionais.
	Apoiar os municípios na implantação de uma rede de atenção à saúde mental (CAPS) e à saúde bucal especializada (CEO).

Recomendação Resolutividade Clínica na Atenção Básica e Atenção Especializada

13.2. Aprimoramento da gestão

13.2.1 Planejamento estratégico

Para que o trabalho das equipes não fique refém da demanda espontânea e do atendimento clínico curativo individual, é altamente recomendado planejamento e programação em saúde que facilite a demanda programada e o monitoramento territorializado da população sob a responsabilidade da ESFR.

Observou-se a necessidade de qualificação de pessoal para a gestão, principalmente entre profissionais e gestores que atuam nas unidades básicas de saúde. A situação se agrava quando o próprio secretário de saúde não tem conhecimento adequado dos processos de gestão em saúde e dos processos de gestão pública em sentido amplo, o que gera consequências negativas ao alcance de uma atenção à saúde integrada.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
<p>Qualificação dos gestores municipais e dos DSEIs.</p> <p>Análise de processos de trabalho com base em inquéritos epidemiológicos.</p>	Realização de cursos sobre gestão SUS e sobre perfil epidemiológico da região amazônica.
	Publicação de Manual “SUS na Floresta” a partir dos resultados desta consultoria.
	Criação de Fórum sobre Saúde na Amazônia envolvendo gestores e sociedade civil.
	Elaboração conjunta de indicadores de prioridade para o SUS na Floresta.
	Contratação de consultores e/ou parcerias para o desenvolvimento de estudos epidemiológicos específicos para a região.
	Treinamento dos profissionais das equipes de saúde com base em estudos epidemiológicos.

Recomendação Planejamento Estratégico

13.2.2. Parceria com sociedade civil

As parcerias entre o Estado e as organizações da sociedade civil são fundamentais, pois possuem o potencial de aproximar pessoas e realidades locais às políticas públicas. Além disso, elas possibilitam a solução de problemas sociais específicos de forma criativa e inovadora. Este é o caso do SUS na Floresta, um projeto que busca incorporar as pautas institucionais da FAS e parceiros à agenda de saúde pública.

Cabe ressaltar que na Constituição Federal e na [Lei Orgânica do SUS](#), a participação da sociedade civil no setor saúde está prevista e é incentivada para ações e atividades que não tem como objetivo a assistência à saúde. Cabe à sociedade civil atuar como, por exemplo, no desenvolvimento de atividades de pesquisa, desenvolvimento tecnológico e projetos pilotos na área da saúde ou mesmo pela criação de programas e projetos de educação da população, visando a promoção da saúde, dentre outras.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
<p>Apoiar no co-financiamento da saúde pública e executar projetos, em parceria com municípios, estado e DSEI.</p> <p>Implantação de projetos locais inovadores e criativos que visem a sua incorporação pelo SUS.</p>	<p>Criação de fundo para saúde na Amazônia que possa fazer uso de mecanismos do sistema de crédito de carbono.</p>
	<p>Celebrar termos de cooperação com municípios para execução de projetos complementares inovadores.</p>
	<p>Implantar projetos que visem: (a) atualização de novas tecnologias para saúde, como o aprimoramento do diagnóstico remoto em comunidades; (b) educação permanente aos profissionais; (c) educação em saúde nas comunidades; e (d) Monitoramento, avaliação e planejamento.</p>

Recomendação Sociedade Civil

13.2.3. Financiamento

Os territórios que compõem o Amazonas são os mais remotos, em termos de acessibilidade e de distância territorial, sendo sua população a mais dispersa do país. Dos 62 municípios, 19 possuem mais de 50% de sua população residente em área rural. Ainda, 29 municípios do total estão localizados em áreas remotas. As populações das áreas rurais do estado são dependentes de serviços de saúde pública.

Contudo, a alocação de recursos a nível federal não considera, em seus cálculos, uma variável “amazônica” que possa incorporar os custos de transportes e tecnologia a fim de tentar equalizar as condições de acesso aos serviços de saúde da população rural na Amazônia em relação à população nacional. Essa incorporação é fundamental para que os serviços possam alcançar uma melhor cobertura.



A educação permanente em saúde é fundamental para o aprimoramento dos agentes comunitários de saúde.

Foto: Samara Souza

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
Criar novo modelo e estratégia para financiamento da Atenção Básica na Amazônia Rural a fim de tentar equalizar as condições de acesso aos serviços de saúde dessa população em relação à população nacional.	Participação do estado do Amazonas no financiamento da Atenção Básica.
	Incrementar as linhas de financiamento estratégico, como ESFR e UBSF, assim como criar outras linhas que atendam a necessidade amazônica (Ministério da Saúde).
	Adaptar a sistemática da “captação ponderada” aos custos adicionais na prestação de saúde nas comunidades ribeirinhas.
	Desenvolver uma política de saúde para a Amazônia que indique financiamento diferenciado a partir de indicadores que dialoguem com a realidade amazônica (Governo Federal e Legislativo).

Recomendação Resolutividade Clínica na Atenção Básica e Atenção Especializada

13.3. Educação Permanente em Saúde

A educação continuada abrange as atividades pedagógicas que possuem período definido para serem executadas e se utilizam da metodologia de ensino tradicional, como por exemplo, cursos formais nos níveis técnico e científico. A educação continuada prevê atividades educacionais que visam promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações pelo trabalhador em seu campo de atuação. Já a Educação Permanente em Saúde (EPS), diretriz assumida pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), configura-se como aprendizagem no trabalho, incorporando o aprendizado ao cotidiano das organizações e das práticas das equipes, produzindo tecnologias para a solução de problemas pragmáticos.

Indicaremos a seguir, recomendações que priorizam a Educação Permanente em Saúde. É importante destacar que a proposta contida na PNEPS assume a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento de suas necessidades, sendo, deste modo, recomendável que os planos de educação permanente tenham como base as regiões de saúde e/ou municípios.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
<p>Apoiar no co-financiamento da saúde pública e executar projetos, em parceria com municípios, estado e DSEI.</p> <p>Implantação de projetos locais inovadores e criativos que visem a sua incorporação pelo SUS.</p>	Realização de Seminário Anual sobre Saúde na Amazônia Ribeirinha e Indígena que contemple profissionais de equipes e gestores.
	Nível municipal e regional: (1) Incentivo à instalação de Núcleos de Educação Permanente em Saúde nas secretarias municipais de saúde; (2) elaboração de projeto pedagógico de educação permanente aos profissionais de saúde ribeirinha e indígena junto ao município; (3) incentivar cooperações entre as estruturas de educação e pesquisa e as redes municipais de saúde; (4) fomentar práticas de telessaúde; (5) alocação de recursos didático-pedagógicos aos serviços e instâncias do trabalho.
	Apoiar o desenvolvimento de parcerias entre universidades para educação em serviço e o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização da SES-AM.
	Fomentar intercâmbios estaduais, nacionais e internacionais dos profissionais de saúde que atuam na saúde indígena e ribeirinha.
	Implementar programas de vivências ou estágios-de-vivência em serviços, redes e sistemas de saúde para participação de estudantes de graduação junto às redes de saúde ribeirinha e indígena.

Recomendação Educação Permanente em Saúde

13.4. Atenção diferenciada aos povos indígenas

A Atenção Diferenciada deve prever a “intermedicalidade” como recurso tecnológico e estratégico para tomada de decisões dos gestores e negociações entre pessoas e grupos étnicos que possuem interpretações diversas e divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia a ser adotada.

A questão do atendimento diferenciado foi, ao longo do estudo, diagnosticado como uma das maiores debilidades na execução da Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas. O sistema de saúde indígena é considerado “especial” principalmente porque é esperado que os fatores sociais e culturais sejam abordados no cotidiano da saúde, norteados pelo planejamento e avaliação de saúde, além de ser característica fundamental na abordagem com a população indígena.

Trataremos, a seguir, de recomendações embasadas em recursos e estratégias previstas no SASI-SUS capazes de promover mudanças na relação intercultural; contudo, não serão abordadas questões relativas às opções terapêuticas tendo em vista que o tema está sendo abordado em outro estudo.



O sistema de saúde indígena é considerado “especial” porque é esperado que os fatores sociais e culturais sejam abordados no cotidiano da saúde.

Foto: Samara Souza

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
<p>Fortalecer os projetos em saúde considerados exitosos pelos povos indígenas.</p> <p>Promover a articulação entre os saberes e práticas de saúde dos povos indígenas e o sistema oficial de saúde como estratégia de efetivação do direito desses povos à atenção integral e diferenciada à sua saúde, observando suas especificidades étnicas, culturais e epidemiológicas.</p>	<p>Apoiar e fomentar a elaboração e implantação de estratégias e projetos de valorização e articulação com as práticas e saberes tradicionais indígenas em colaboração com os DSEI (as estratégias e projetos devem ser elaboradas de forma participativa junto às comunidades, cuidadores e conselheiros da saúde indígena).</p>
<p>Motivar as equipes de saúde a conhecerem melhor a cultura da comunidade.</p>	<p>Apoiar os estabelecimentos de saúde especializada, em especial na cidade de Manaus, a aderirem ao Incentivo de Atenção Especializada à Saúde Indígena (IAE-PI) para que possam adequar seus serviços às especificidades indígenas.</p>
	<p>Influenciar a criação de projetos de adequação de espaço físico e de processos de trabalho nas CASAIS de forma a respeitar as especificidades regionais dos povos indígenas.</p>

Atenção diferenciada aos povos indígenas

13.5. Prevenção de doenças, promoção, vigilância em saúde e respostas aos Fatores de Risco

Para este item, elencamos as principais recomendações relacionadas à doenças e agravos específicos. Propõem-se que as recomendações a seguir sejam trabalhadas junto às equipes de saúde e relacionadas com os outros tópicos de recomendação.

PROBLEMA	CONDICIONANTES	RECOMENDAÇÕES
Doenças Infecciosas e Parasitárias	Baixa cobertura e qualidade de serviços de Atenção Básica.	Doenças Respiratórias: (1) Treinamento de profissionais de saúde em estratégias de saúde da criança.
Infecções Respiratórias	Qualidade da água (enchentes, insuficiência de saneamento básico e água tratada).	(2) Estimular o desenvolvimento de linhas de cuidados à saúde infantil com base territorial e participação de mães e cuidadores tradicionais.
Parasitoses	Desmatamento e Garimpo.	(3) Criar e estimular programas no âmbito escolar que visem Educação em Saúde.
Infecções a protozoários	Pandemia COVID-19.	(4) Aprimorar a alimentação das crianças por meio das merendas escolares. Malária: Aprimorar as estratégias de prevenção das doenças endêmicas e o controle vetorial nas aldeias: capacitação dos AIS, contratação de mais agentes de endemias, construção de laboratórios itinerantes, capacitação de microscopistas entre outras ações. COVID-19: Criar centros de referência nas UBSF e nas comunidades que estejam equipadas para diagnóstico e apoio no tratamento (respiradores). Enchentes: Desenvolver planos de contingência municipais (com participação dos DSEI) com articulação intra e interinstitucional, para a definição de responsabilidades e atuação integrada, no intuito de garantir a segurança e o bem-estar da população ribeirinha e dos profissionais que atuam na resposta nos casos de inundações. Usar como referencial a publicação: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_contingencia_emergencia_saude_inundacao.pdf

PROBLEMA	CONDICIONANTES	RECOMENDAÇÕES
Traumas Ostemoleculares e Acidentes Ofídicos	Contexto laboral relacionado à pesca, à caça e ao extrativismo em geral.	(1) Treinamento de ACS e AIS para primeiros socorros (2) Implantar centros de reabilitação regionais (3) Garantir que cada comunidade tenha disponível lancha para remoção de emergência para levar a vítima imediatamente ao serviço de saúde mais próximo para que possa receber o tratamento adequado em tempo.
Doenças Oculares	Exposição ao sol.	(1) Fomentar estudos e ações estratégicas em saúde pública visando à intervenção oftalmológica em comunidades ribeirinhas e indígenas na Amazônia. (2) Estabelecer parceria com universidades e/ou centros de pesquisa. (3) Para desenvolvimento de ações estratégicas, estabelecer parceria com instituições e organizações que trabalham com intuito de prevenção e cura de doenças oculares, como os Expedicionários da Saúde e Médicos da Floresta .
Cáries	Baixa cobertura e qualidade de serviços de Atenção Básica.	(1) Ampliar programas de prevenção na comunidade com a participação da escola. (2) Melhorar cobertura saúde bucal (item 7.1.5). (1) Aumentar a frequência de visita das Equipes de Saúde e programar a oferta de cuidados clínicos para acompanhamento e diagnóstico precoce de agravamento da situação de saúde do usuário. (2) Organização do processo de monitoramento e controle das condições crônicas por meio de mapeamento, identificação e planejamento das intervenções dirigidas a grupos populacionais em situação de risco. (3) Qualificação dos profissionais de saúde para que aprimorem sua capacidade resolutiva para fazer frente à doença.

PROBLEMA	CONDICIONANTES	RECOMENDAÇÕES
Doenças Crônicas - Hipertensão e Diabetes	Alimentação, Sedentarismo. Alta rotatividade de profissionais, baixa disponibilidade de insumos indispensáveis ao atendimento; organização fragmentária do cuidado; limitado uso de protocolos, planejamento e programação baseados em critérios de risco e vulnerabilidade.	(1) Treinamento de ACS e AIS para primeiros socorros (2) Implantar centros de reabilitação regionais (3) Garantir que cada comunidade tenha disponível lancha para remoção de emergência para levar a vítima imediatamente ao serviço de saúde mais próximo para que possa receber o tratamento adequado em tempo.
Neoplasias - câncer de colo de útero	Baixa cobertura e qualidade de serviços de Atenção Básica - detecção tardia de casos.	(1) Aumentar a frequência de visita das Equipes de Saúde; (2) Desenvolver rotinas e fluxos para diagnóstico em tempo oportuno; (3) Aumentar cobertura de vacina HPV (Meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos); (4) Aproximar ações de atenção especializada da população ribeirinha por meio de desenvolvimento de ações específicas de colonoscopia e ultrassom, nas sedes municipais, evitando o deslocamento para Manaus.

Recomendação Educação Permanente em Saúde, Prevenção de Doenças, Promoção, Vigilância em Saúde e Respostas aos Fatores de Risco

13.6. Ausência de médicos na região amazônica

Em relação ao número de médicos no país, verifica-se que foram adotadas algumas medidas para incrementar o número de médicos em atuação; no entanto, esse aumento não apresentou resultados efetivos em relação à distribuição desses profissionais para áreas mais necessitadas, tendo em vista que a grande maioria desses médicos se mantiveram concentrados nos mesmos lugares. Assim, sugere-se as seguintes medidas para incrementar a quantidade de médicos nas regiões mais afastadas: 14.7. Medicina Tradicional

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
Carência de médicos na região amazônica	Regulamentação da Emenda à Constituição nº 80/2013 do Amazonas, que regulamenta a carreira de médico de Estado.
	Expansão do programa “Mais Médicos”, inclusive com possibilidade de contratação de médicos com formação em instituições estrangeiras para atuar na região amazônica.
	Advocacy judicial perante o STF na ADPF 807, que discute a possibilidade de contratação de médicos com formação em instituições de ensino estrangeiras durante a pandemia de COVID-19.

Recomendação Ausência de Médicos na Amazônia

13.7. Medicina Tradicional

A implementação de políticas públicas buscando a regulamentação de práticas das medicinas alternativas e complementares pode influenciar positivamente a qualidade do serviço de saúde prestado às populações indígenas e ribeirinhas, tendo em vista a ligação desses povos com os saberes tradicionais.

Apesar de legalmente reconhecida, a implementação de práticas de medicina tradicional é pouco difundida nas comunidades ribeirinhas e indígenas do estado do Amazonas. Assim, sugere-se as seguintes medidas para incentivá-las:

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
Falta de formação dos ACS/AIS para utilização de medicina tradicional nos tratamentos.	(1) Integração da utilização da medicina tradicional no treinamento dos ACS; (2) Integração da utilização da medicina tradicional no treinamento dos ACS.
Baixa adesão dos municípios.	Criação e difusão de modelo de política municipal entre os municípios do estado.
Impossibilidade de aquisição de plantas medicinais e fitoterápicos com recursos repassados pelo governo federal a título de assistência farmacêutica.	Advocacy para inclusão de plantas medicinais e fitoterápicos na lista do RENAME.
Impossibilidade de aquisição de plantas medicinais e fitoterápicos pela saúde indígena.	Alteração da Portaria nº 1.059/2013 do Ministério da Saúde.

Recomendação Educação Permanente em Saúde, Prevenção de Doenças, Promoção, Vigilância em Saúde e Respostas aos Fatores de Risco

Foto: Marcio James
É fundamental a integração da
utilização da medicina tradicional no
treinamento dos ACS.



14. Considerações Gerais

Conforme amplamente verificado ao longo da pesquisa conduzida, a prestação de serviços de saúde aos povos ribeirinhos e indígenas demanda de todos os entes federativos um esforço conjunto a fim de superar dificuldades logísticas e culturais na oferta destes.

Alguns esforços iniciais demonstram uma preocupação com a saúde destas populações, tendo em vista a existência de estratégias e ações específicas. Apesar disso, é preciso avançar mais. Dessa forma, o presente trabalho pretendeu propor uma agenda voltada à saúde indígena e ribeirinha na Amazônia através de evidências e participação popular.

Não se pretende, entretanto, que o processo de aprimoramento do SUS se encerre com a simples adoção destas recomendações. Ao revés, o sucesso de quaisquer políticas depende de seu constante monitoramento e avaliação. No caso das proposições legais, por exemplo, a adoção de uma agenda de revisão regulatória é positiva ao permitir, através constante reanálise das ações e estratégias, uma contínua melhoria na entrega de serviços de saúde às populações indígenas e ribeirinhas.

Por fim, ressaltamos que as recomendações aqui propostas não devem ser olhadas isoladamente, pois além de interdependentes, elas, sozinhas, não dão fôlego para a sustentabilidade do SUS que queremos. Além disso, elas devem ser adaptadas e priorizadas conforme a realidade local, primando pela autonomia dos poderes, universalidade dos serviços e equidade social.



Políticas públicas voltadas para a saúde amazônica devem ser adaptadas e priorizadas conforme a realidade local.

Foto: Marcio James

15. Lista de Siglas

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

APS: Atenção Primária à Saúde

CASAI: Casa de Saúde do Índio

CD: Cirurgião Dentista

CEO: Centro de Especialidade Odontológica

DSEI: Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI: Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

ESFR: Equipe de Saúde da Família Ribeirinha

ESFF: Equipe de Saúde da Família Fluvial

FUNAI: Fundação Nacional do Índio

FVS: Fundação de Vigilância em Saúde

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica à Saúde

SASISUS: Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SAPS: Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SESAI: Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI: Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena

SUS: Sistema Único de Saúde

TSB: Técnico em Saúde Bucal

UBSF: Unidades Básicas de Saúde Fluvial

16. Referências

BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. **Caderno de Atenção básica**. SAÚDE BUCAL. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 92 p.

BRASIL. **Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Manual Técnico**. 1a ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL, 2014. Ministério da Saúde: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica. **Portaria nº 837, de 09 de maio de 2014**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL, 2011. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB-Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL, 2018. Ministério da Saúde: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** .1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 73 p.

CARNEIRO, M. C. G. et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, **Amazonas Ciência & Saúde Coletiva** scielo , , 2008.

CARRER, FCDA et al. A COVID-19 na América Latina e suas repercussões para a odontologia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

CHISINI, Luiz Alexandre et al. COVID 19 pandemic impact on paediatric dentistry treatments in the Brazilian Public Health System. **International journal of paediatric dentistry**, v. 31, n. 1, p. 31, 2021.

COELHO, V. e A. SHANKLAND. Making the right to health a reality for Brazil's indigenous peoples: innovation, decentralization and equity. **MEDICC Review**, v.13, p.50-53. 2011.

COIMBRA, C. E. A., R. V. SANTOS, et al. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003.

COIMBRA, C. E., JR., R. V. SANTOS, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. **BMC Public Health**, v.13, n.1, Jan 19, p.52. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., F. CHAMPAGNE, et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: Z. M. A. Hartz (Ed.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos., p.p. 29-47

CURY, J. A., L. M. TENUTA, et al. The importance of fluoride dentifrices to the current dental caries prevalence in Brazil. **Braz Dent J**, v.15, p.167-174. 2004.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully de Souza; PONTES, Ana Lúcia. **Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro**. Editora Fiocruz, 2019.

GARNELO, Luiza et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 158-172, 2014.

GARNELO, L. e J. R. WELCH. Transição alimentar e diversidade cultural: desafios à política de saúde indígena no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.9, p.1872-1873. 2009.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: L. GarneLO e A. L. Pontes (Ed.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECAD, 2012. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de de atenção à saúde, p.18-58

GARNELO, Luiza et al. Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiência e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: Fausto MCR, Fonseca HMS, organizadores. **Rotas da Atenção Básica no Brasil: Experiências do Trabalho de Campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, p. 60-87, 2014.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00040220, 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

SIASI. **Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena**. Brasília: Secretaria Especial de Saúde Indígena 2013.

Fundação Amazônia Sustentável (FAS)

Fundada em 2008 e com sede em Manaus/AM, a Fundação Amazônia Sustentável (FAS) é uma organização da sociedade civil e sem fins lucrativos que dissemina e implementa conhecimentos sobre desenvolvimento sustentável, contribuindo para a conservação da Amazônia.

A instituição atua com projetos voltados para educação, empreendedorismo, turismo sustentável, inovação, saúde e outras áreas prioritárias. Por meio da valorização da floresta em pé e de sua sociobiodiversidade, a FAS desenvolve trabalhos que promovem a melhoria da qualidade de vida de comunidades ribeirinhas, indígenas e periféricas da Amazônia.

Confira os programas da FAS:

Programa de Gestão e Transparência (PGT)	Por meio de mecanismos e instâncias de gestão, o PGT atua junto à comunidade interna, com planejamento e avaliação de resultados de programas e projetos.
Programa Floresta em Pé (PFP)	O PFP está focado em quatro ações estratégicas: geração de renda, empreendedorismo, infraestrutura e empoderamento comunitário.
Programa Saúde na Floresta (PSF)	Resultado de ações da Aliança Covid Amazônia, o PSF qualifica o acesso à saúde, com políticas públicas e capacitações de profissionais da área.
Programa de Educação para a Sustentabilidade (PES)	Os trabalhos do PES são voltados à formação de crianças e adolescentes, garantindo oportunidades para uma educação mais inclusiva e de qualidade.
Programa de Soluções Inovadoras (PSI)	Com base em tecnologias sociais e soluções para a sustentabilidade desenvolve-se o PSI, cujos trabalhos focam em parcerias técnicas em PD&I.
Programa de Empreendedorismo e Negócios Sustentáveis (Pensa)	O PENSA auxilia empreendedores de comunidades ribeirinhas e indígenas com incubadora, cursos, oficinas e consultorias para gerir negócios inovadores e acessar créditos.

Foto: Bruno Kelly





Contato:

Manaus / Amazonas

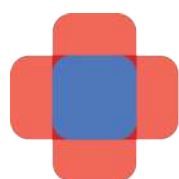
Rua Álvaro Braga, 351 - Parque 10 de Novembro I
CEP 69054-595 I

(92) 4009-8900 / 0800 722-6459

fas-amazonia.org



/fasamazonia



todos
pela
saúde