

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Apoio à Descentralização

Saúde Amazônia

Relato de processo, pressupostos, diretrizes
e perspectivas de trabalho para 2004

Série C. Projetos, Programas e Relatórios



Brasília – DF
2003

© 2003. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Departamento de Apoio à Descentralização

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 3.º andar, sala 350

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 226 8735

Fax: (61) 226 9737

E-mail: dad@saude.gov.br

Imagem de capa: Área do Rio Oiapoque. Foto de Paula Saldanha e Roberto Werneck

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização.

Saúde Amazônica: relato de processo, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho para 2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

32 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 85-334-0758-0

1. Saúde pública. 2. Política de saúde. 3. Vigilância sanitária. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. III. Título. IV. Série.

NLM WA 100

Catálogo na fonte – Editora MS

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020

Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe editorial:

Normalização: Leninha Silvério

Revisão: Denise Carnib

Mara Pamplona

Capa e projeto gráfico: Marcus Monici

Sumário

Lista de siglas utilizadas por ordem alfabética	5
1. Apresentação	7
2. Caracterização da região	8
2.1 Aspectos geopolíticos, demográficos e econômicos	8
2.2 Aspectos sociais	11
2.3 Aspectos da saúde	13
3. Amazônia Legal como prioridade de governo	15
4. O processo de constituição das estratégias de formulação do SAÚDE AMAZÔNIA.....	16
5. SAÚDE AMAZÔNIA: pressupostos e diretrizes	19
5.1 Pressupostos do plano	22
5.2 Diretrizes gerais	22
6. Gestão e estratégias de implementação do plano	23
7. Estágio atual e perspectivas dos trabalhos para 2004	25
7.1 Ações prioritárias eleitas pelas CIB da região.....	25
7.1.2 Estratégias prioritárias.....	26
7.2 Agenda de trabalho para 2004: alguns pontos importantes.....	27
Anexo 1 – Amazônia Legal e a delimitação das áreas de fronteira	28
Equipe técnica.....	29

Lista de siglas utilizadas por ordem alfabética

ADA	Agência de Desenvolvimento da Amazônia
ANVISA	Agência de Vigilância Sanitária
BASA	Banco da Amazônia
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Conselho Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAD	Departamento de Apoio à Descentralização
DIPE	Diretoria de Investimento e Projetos Estratégicos
ELETRONORTE	Centrais Elétricas do Norte do Brasil
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
MS	Ministério da Saúde
NAID	Núcleo de Acompanhamento, Integração e Desenvolvimento do SAÚDE AMAZÔNIA
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSICIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAS	Plano de Desenvolvimento Sustentável da Amazônia
SC&T	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SE	Secretaria-Executiva
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SIPAM	Sistema de Proteção da Amazônia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPO	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
SUDAM	Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
12. ^a CNS	Décima Segunda Conferência Nacional de Saúde

1. Apresentação

Por meio de documentos e movimentos políticos, gestores, trabalhadores da saúde e expressivas representações sociais da Amazônia brasileira há muito vêm reivindicando ações e investimentos na área da Saúde, que possibilitem enfrentar os desafios sanitários da região. O Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal – SAÚDE AMAZÔNIA –, cujos pressupostos, diretrizes e um plano sumário de trabalho para 2004 são apresentados neste documento, é uma resposta a essas reivindicações da sociedade amazônica.

Sua confecção apresenta uma série de inovações, que se traduzem em suas principais diretrizes e estratégias político-metodológicas. Nesse sentido, o Plano é uma construção coletiva, que se expressa em duas dimensões: uma interna ao Ministério da Saúde, que se organizou por meio da constituição de um Grupo de Trabalho formalmente constituído, composto por representantes de todas as secretarias, além da Funasa e Anvisa, responsável pela condução técnico-política do SAÚDE AMAZÔNIA no MS; e uma dimensão externa, com a realização de uma série de estratégias e movimentos de envolvimento de sujeitos políticos e sociais da região, consumado a partir da realização, entre outros, de seminários e oficinas regionais. Além disso, foi constituído um Núcleo de Acompanhamento, Integração e Desenvolvimento do Plano, composto substantivamente por representantes da região.

Esse movimento de articulação interno ao Ministério da Saúde e com a região confere ao SAÚDE AMAZÔNIA a sua principal característica: a produção de um plano de trabalho com a região e para ela. Essa diferenciação não se trata simplesmente de uma opção entre preposições, mas indica a obrigatoriedade da realização de uma série de movimentos e estratégias políticas e dialógicas que não tem sido muito usual na formulação de políticas públicas.

A descentralização co-responsável se apresenta como uma das diretrizes substantivas do Governo Lula, tanto porque qualifica a produção de projetos e ações, ajustando-os às necessidades sociais, como porque se constitui em uma importante estratégia de ampliação dos espaços de governo e de produção de cidadania, de envolvimento das pessoas com a política.

Como um plano de trabalho que reúne e articula um conjunto de ações estratégicas, o SAÚDE AMAZÔNIA se apresenta como um documento aberto e em contínuo processo de melhoramento. Isso se deve, de um lado, a sua própria dinâmica de confecção que, envolvendo um amplo leque de interlocutores, lhe confere a característica de processualidade, na medida em que novos problemas

e desafios são identificados e novas ações e estratégias são estabelecidas para enfrentá-los.

De outro lado, o Plano é concebido como resultante de um extenso, complexo e tenso processo de contratualização¹ entre sujeitos das três esferas de governo distribuídos em vários níveis de atuação. Isso significa acolher, em todo seu processo de confecção, a relação dialética que se estabelece entre ofertas e demandas, não se constituindo o Plano, nesta medida, no simples acatamento de demandas e necessidades, mas o seu processamento pelos espaços privilegiados da concertação política e de gestão do SUS. Nessa perspectiva, o Plano e suas estratégias de formulação, sobretudo os diálogos regionais e os processos de escuta, se apresentam como espaços que ampliam a capilaridade e a permeabilidade às demandas sanitárias da região, que assim encontram melhores oportunidades de incorporação às políticas de saúde.

Com isso se quer, de um lado, aplacar as orientações tecno-normativas clássicas, que em geral sucumbem precocemente por não captar nem acolher as diferenças políticas e sociais dos sujeitos; de outro lado, se quer aprimorar um dos pressupostos significativos do SUS que é a co-responsabilização, que implica na consideração de que a efetividade do sistema se constrói proporcionalmente à capacidade de implicação do conjunto dos sujeitos das três esferas de governo

O texto que ora se apresenta não se constitui no Plano propriamente dito, senão na explicitação de suas bases conceituais e políticas. Sua finalidade é apresentar aos órgãos de gestão do SUS e, em especial, ao conjunto dos sujeitos implicados nos processos de saúde da região, os processos e movimentos desencadeados na sua formulação, os acúmulos obtidos e uma proposta preliminar de agenda de trabalho para o ano de 2004.

2. Caracterização da Região

Neste tópico não se pretende fazer uma caracterização exaustiva da região. Nesses termos, esta discussão apenas tratará de forma sumária aspectos relativos à dinâmica econômica e demográfica, além de aspectos sociais e sanitários, considerados imprescindíveis para a construção do SAÚDE AMAZÔNIA.

2.1 Aspectos Geopolíticos, Demográficos e Econômicos

A Amazônia Legal é uma construção geopolítica estabelecida em 1966, para fins de planejamento regional. Compreende cerca de 61% do território nacional, em um total de aproximadamente cinco milhões de km². Abrange os estados do Amazonas, Amapá, Acre, oeste do Maranhão, norte do Mato Grosso, Rondônia, Pará, Roraima e Tocantins. O efetivo demográfico da região é de cerca de 21 mi-

¹ Processo de contratualização se refere as inter-relações que se estabelecem entre sujeitos, resultando da mediação de interesses e necessidades, cuja síntese é a produção de contratos, os quais balizam e permitam a realização de práticas.

lhões, ou seja, 12,4% da população nacional, o que corresponde a menor densidade populacional do País, de cerca de 4 hab/ km² (2).

Com uma expressiva concentração de populações às margens dos rios, em decorrência da importância destes como vias de transporte e comunicação, esta grande região se caracteriza como um espaço internacional singular, não somente pela extensa fronteira com sete países que se estende do Mato Grosso ao Amapá, mas também por nesse território estarem concentrados:

- ✓ *a maior diversidade social do planeta;*
- ✓ *a mais exuberante e complexa biodiversidade mundial;*
- ✓ *30% do estoque genético da Terra;*
- ✓ *um terço das florestas do planeta;*
- ✓ *a maior bacia hidrográfica, o maior rio em volume de água e 1/5 das reservas hídricas de todo o planeta; e*
- ✓ *a maior e mais complexa província mineral mundial.*

Os períodos mais recentes se caracterizam por grandes transformações socioambientais na Amazônia Legal, com intenso crescimento demográfico e ocupação desordenada de seus espaços. Parte desse processo se deu de forma mais acelerada nas décadas de 1970 e 1980, quando se observou uma importante expansão populacional no Norte (crescimento de 53,3%) e Centro-Oeste (+ 38,4%), devido às migrações para as novas fronteiras agrícolas e extrativistas, incentivadas a partir da estruturação de grandes projetos econômicos para região. Mais recentemente se vem consolidando também uma forte redistribuição da população sobre seu território, com aceleradas tendências migratórias internas no sentido rural-urbano, agora não mais apenas para as capitais, mas também para as cidades médias do interior³. Os resultados do último censo⁴ demonstraram que, em 2000, cerca de 69% da população da Região Norte residia em áreas urbanas, enquanto no Maranhão e Mato Grosso estas cifras atingiam 59,53 e 79,37, respectivamente.

Configuraram-se regiões metropolitanas que incluem Belém, com 1,8 milhões de habitantes, Manaus, com 1,4 milhões de habitantes; e São Luís, com 0,8 milhão de habitantes, esboçando-se ainda uma região metropolitana em Cuiabá, com 0,5 milhão. Por outro lado, há cerca de 7 milhões de habitantes em inúmeras cidades pequenas e médias fora das áreas metropolitanas, bem como vilas consideradas urbanas.⁵ Dos 805 municípios da região, 335 (41,6%) têm população menor que 10 mil habitantes.

² BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Agência de Desenvolvimento da Amazônia. *Amazônia Legal*. Disponível em: <www.ada.gov.br/amazonia/index.asp>. Acesso em: ago. 2003.

³ BUSS, Paulo M. *Saúde e desigualdade: o caso do Brasil*. In: BUSS; LABRA. *Sistemas de saúde, continuidades e mudanças*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

⁴ IBGE, 2000. *Censo demográfico*. Rio de Janeiro, 2000.

⁵ BRASIL. Ministério da Integração Nacional e Meio Ambiente. *Plano de Desenvolvimento Sustentável da Amazônia Legal (PAS)*, 2003.

Quadro 1 – Distribuição à população por estados⁶.

ESTADOS	POPULAÇÃO	NÚMERO DE MUNICÍPIOS
Rondônia	1.431.777	52
Acre	586.942	22
Amazonas	2.961.801	62
Roraima	346.871	15
Pará	6.453.683	143
Amapá	516.511	16
Tocantins	1.207.014	139
Maranhão	5.803.224	217
Mato Grosso	2.604.742	139
Amazônia Legal	21.912.565	805

Fonte: IBGE; DPE; Departamento de População e Indicadores Sociais, GEVEP/ESPOP.

Atualmente, as atividades econômicas predominantes refletem as expressivas contradições existentes no interior do espaço regional. Ao lado de atividades tradicionais como o extrativismo mineral e o vegetal, a agricultura de subsistência, se observam atividades com elevado dinamismo econômico, a exemplo das industriais e do agronegócio. A maioria da população (51%) encontra-se no ramo de serviços e o rendimento médio mensal é superior apenas ao do Nordeste, representando R\$ 236,00. O rebanho bovino foi multiplicado por vinte, ampliando-se de 1,7 milhão de cabeças em 1970, para 32 milhões em 2001. O Produto Interno Bruto (PIB) da Amazônia, de US\$ 1 bilhão por ano em 1970, subiu para US\$ 25 bilhões em 1996, chegando a 3,2% do PIB nacional. O setor agropecuário se apresenta com distribuição desigual no território, concentrando-se no arco de povoamento adensado onde os estados do Pará e do Mato Grosso são responsáveis 59% do crescimento deste setor na região. O setor industrial abrange a agroindústria, a construção civil, a indústria extrativa mineral e a produção e distribuição de eletricidade, gás e água. Do total da produção industrial, cerca de 72 % do valor se concentram em apenas dois estados, o Pará (38%) e o Amazonas (34%). O peso da economia informal nas áreas urbanas, em grande parte dos municípios, chega a 90 % da população ativa.

⁶ Inclui a população total dos estados do Mato Grosso e Maranhão.

2.2 Aspectos Sociais

Apesar do intenso crescimento econômico que a região experimentou nas últimas décadas, não houve um desenvolvimento correspondente na área social. Nota-se nas áreas mais pobres e isoladas da Amazônia que as relações sociais ainda estão profundamente marcadas pelo sistema de aviação, que implica na troca de produto por trabalho, sem envolvimento monetário.

Considerando a estreita relação entre educação com a qualidade de vida, saúde e cidadania, observa-se que o percentual de população maior que 15 anos não alfabetizada também é superior à média nacional, chegando a 32% no Maranhão, 29% no Acre e 22% dos estados do Tocantins e do Amazonas.

A disponibilidade de serviços básicos de infra-estrutura sanitária também fornece indicativos importantes a respeito da qualidade de vida da população na região. Segundo dados de 2000, a proporção de domicílios ligados à rede coletora de esgoto encontra-se abaixo de 20% em todos os estados da região, quando a média nacional é de 52,2% (dados de 1999). No que diz respeito ao abastecimento de água, a situação não menos crítica: enquanto a média nacional é de 77,82% de domicílios abastecidos, nos estados da região essa média cai consideravelmente, chegando a 43,9% no Acre. A exceção é o Estado de Roraima que tem cobertura de 79,24% (dados de 1999).

Os dados a respeito das condições de saneamento básico na região apontam para a necessidade de se aportar novos investimentos, sobretudo pela relação direta entre serviços de saneamento e saúde, e pelos prejuízos impostos ao meio ambiente pelo destino inapropriado de dejetos.

As precárias condições de vida na Amazônia Legal podem ser expressas por indicadores como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que utiliza as dimensões de educação, renda e longevidade para medir o nível de desenvolvimento humano. Na maioria dos municípios da região, este índice se encontra abaixo da média nacional.

A análise do IDH-M (municipal) entre 1991 e 2000 mostra que os estados que mais caíram no *ranking* pertencem à região: Roraima (da 8.^a para 13.^a posição), Amazonas (da 14.^a para 17.^a posição) e Acre (da 18.^a para 21.^a posição). Em 2000, apesar dos estados da Amazônia, como os demais do País, situarem-se na faixa de médio desenvolvimento, os valores de IDH-M estão abaixo da média nacional (0,764), à exceção de Mato Grosso (0,767).

Esses dados apontam para a gravidade das desigualdades sociais na região, as quais explicam, em parte, as situações críticas de saúde de boa parte de sua população. O Quadro 2 apresenta alguns dados, que corroboram com esta análise.

Quadro 2 – Indicadores socioeconômicos na Amazônia Legal, por estados.

ESTADOS	DENSIDADE DEMOGRÁFICA ⁽¹⁾	% DE POPULAÇÃO NÃO ALFABETIZADA ⁽²⁾	% DE POPULAÇÃO COM ACESSO A		IDH-M ⁽⁵⁾
			ESGOTAMENTO SANITÁRIO ⁽³⁾	ABASTECIMENTO DE ÁGUA ⁽⁴⁾	
Rondônia	5,80	16,17	3,69	30,75	0,729
Acre	3,65	29,04	19,5	36,09	0,692
Amazonas	1,79	22,15	20	60,03	0,717
Roraima	1,45	17,58	10,71	79,24	0,749
Pará	4,96	23,11	7,4	42,64	0,720
Amapá	3,33	18,07	6,15	50,75	0,751
Tocantins	4,17	22,43	2,75	66,26	0,721
Maranhão	17,00	32,00	9,21	52,95	0,647
Mato Grosso	2,77	14,95	15,66	63,67	0,767
Amazônia Legal	4,99	21,72	10,56	53,60	0,721
BRASIL	19,92	16,73	47,24	77,82	0,764

⁽¹⁾ Habitantes por quilômetro quadrado. Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000.

⁽²⁾ Percentual de domicílios cuja pessoa responsável não é alfabetizada. Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000.

⁽³⁾ Percentual de domicílios com esgotamento sanitário ligado à rede geral de esgoto ou pluvial. Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000.

⁽⁴⁾ Percentual de domicílios com abastecimento de água ligado à rede geral. Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000.

⁽⁵⁾ Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), ano de 2000. Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.undp.org.br/IDHM-BR%20Atlas%20Webpage/Textos_IDH/Novo_Atlas-Press_release_2.doc>. Acesso em: ago. 2003.

Um outro ponto a ser destacado é a diversidade étnica e cultural das populações residentes. Na região, vivem cerca de 195 povos indígenas totalizando uma população 230.802 pessoas (55,7% da população indígena brasileira), que formam mais de 2.500 comunidades, presentes em 164 municípios. Em 38 desses municípios, a população indígena corresponde a mais de 10% da população municipal e em nove deles a mais de 50%⁷.

As comunidades indígenas da região se encontram em diferentes situações de relacionamento com a sociedade regional, variando desde situações de contato esporádico (há ainda cerca de 35 povos “isolados”), até a formação de comunidades em bairros da periferia de algumas cidades. Segundo dados do IBGE, 200 mil pessoas se encontram nesta situação.

A partir da década de 1980, observou-se a formação de diversas organizações indígenas que se mobilizaram pela demarcação de suas terras e, na década de 1990, organizaram-se em torno de reivindicações por serviços de saúde ade-

⁷ FUNASA. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena.

quados à sua realidade social e cultural que culminou com a organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no ano de 1999.

Nota-se, entretanto, alguns problemas no modelo de gestão e de organização dos serviços que requerem uma avaliação e adequação dos mesmos. Apesar da atenção à saúde diferenciada, a taxa de mortalidade infantil entre os povos indígenas da Amazônia é de 64,7 por mil nascidos vivos, atingindo em algumas

2.3 Aspectos da Saúde

O quadro de saúde da região expressa, de forma marcante, sua condição social. Além das doenças chamadas tropicais, outros agravos típicos dos grandes centros coexistem, notadamente nos aglomerados urbanos.

A malária destaca-se entre as moléstias endêmicas da região, que representa 99% dos casos do País, com significativa incidência também de outras, como a dengue, cuja média de incidência (433/100.000) é superior à média nacional (141/100.000). Um outro dado importante é quanto a aids, que, ao contrário do que ocorre em outras regiões do País, vem registrando crescimento substantivo de casos novos. Enquanto no Brasil, no período de 1993 a 1999, se verificou uma queda de 7,3% dos casos, na Região Norte ocorreu um incremento de 19,5%. Em relação à mortalidade, o quadro se repete: no Brasil, o número de mortes sofreu no mesmo período uma queda de 7,5% e, na região, um aumento de 5%. Esses dados demonstram que persistem na região as enfermidades decorrentes de precárias condições de vida, do baixo acesso às medidas de prevenção e controle e aos próprios serviços de saúde.

A rede assistencial de saúde da região, eminentemente pública (78%), é ainda incipiente, dispondo de 8.523 unidades de saúde, sendo 131 de alta complexidade e as demais distribuídas entre postos, centros de saúde e pequenos hospitais.

A região detém a menor taxa de leitos por habitantes do Brasil, correspondendo a 2,14 leitos por mil habitantes. Além disso, possui a menor cobertura de serviços de saúde se comparada com as demais regiões do País: 19% dos municípios contam com um único posto de saúde como referência de serviços de saúde e 30 deles não possuem nenhuma unidade de saúde.

Dados de 2001 do Ministério da Saúde mostram que o número de óbitos por causas mal definidas na região corresponde a 24,4%, muito superior à média nacional que é de 15,1%. No Acre, essa proporção chega a 31,7%. A mortalidade infantil é de 36,4 por mil nascidos vivos, sendo mais elevado nos estados do Maranhão (40,7) e Acre (31,7).

⁸ *RELATÓRIO de morbimortalidade*. [Brasília]: DESAI; FUNASA, 2002.

Nos óbitos por causas definidas, as afecções originadas no período perinatal representam 10,5%, enquanto a proporção nacional é de 6%. Os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, como malária, hepatite, dengue e outros representam 7,7%, superior à média nacional que é de 6,9%. Esses dois grupos de causas definidas estão relacionados às condições precárias de acesso aos serviços de saúde, em especial os de atenção básica, assim como também refletem a baixa extensão de cobertura de serviços básicos de infra-estrutura, como o de saneamento ambiental.

A Amazônia Legal conta com 2.307 equipes de Saúde da Família, atingindo uma cobertura populacional de 38,5%; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) faz a cobertura de 56,5% com 38 mil agentes comunitários de saúde; dos 206 municípios brasileiros habilitados no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), do Ministério da Saúde, 122 são municípios da Região Amazônica, recebendo 387 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), que se deslocam de outros estados do País para atuarem em regiões de difícil acesso e com dificuldades de fixação de profissionais.

A concentração de instituições formadoras e de cursos da área da Saúde é um fator determinante na ampliação e qualificação da atenção à saúde. A região possui 52 instituições de ensino superior e 179 cursos na área da Saúde, sendo 14 de medicina e 29 de enfermagem. A alteração dessa realidade envolve várias ações a médio e longo prazo, como a criação de incentivos diferenciados para ingresso nas universidades de jovens originários da região.

De acordo com a OMS, o Brasil possui uma situação confortável na relação médico/habitante, chegando à relação de um médico por 1.712 habitantes; no entanto, na Região Amazônica essa média cai abruptamente, chegando a um médico por 8.400 habitantes, sendo no Acre, um por 3.826 habitantes, no Pará, um por 5.907 e em Rondônia, um médico por 51.997 habitantes. Vale destacar, ainda, que em alguns municípios da região não existem profissionais médicos e em vários estados profissionais estrangeiros exercem a profissão, muitos sem respaldo legal.

Quanto ao perfil da gestão, segundo os critérios da NOB-SUS/96 e da NOAS, a região apresenta um quadro de habilitações e certificações bastante variado. Somente os estados do Acre, Pará, Rondônia, Mato Grosso e Roraima habilitados em gestão plena. Amapá em gestão avançada e os estados do Amazonas, Maranhão e Tocantins não habilitados. Entre as capitais estão habilitados em GPAB-NOB, Rio Branco e Macapá; em GPSM-NOB, São Luís, Boa Vista e Palmas; em GPSM-NOB e GPAB-A, Cuiabá; em GPAB-A, Manaus e Porto Velho; e, em GPSM-NOAS, Belém. Os demais municípios estão, por estado, assim habilitados:

Quadro 3: Municípios habilitados por estados segundo a NOB/96 e a NOAS

UF	NOB		NOAS	
	GPSM	PAB	GPSM	PAB-A
AC	0	19	0	0
AM	6	53	1	2
AP	1	13	0	0
MA	44	168	0	7
MT	1	126	8	5
PA	26	92	18	8
RO	11	38	2	3
RR	1	14	0	0
TO	8	131	0	0
TOTAL	98	654	29	25

Fonte: MS; SE; DAD, 2003.

O Controle Social, um dos eixos estruturantes do SUS, organiza-se desigualmente na região e conta ainda grande número de conselhos que se organizam e funcionam de forma bastante precária. Há na região 6.773 conselheiros de saúde, entre estaduais e municipais, não sendo contabilizados os conselhos distritais e locais indígenas.

Os dados e informações apresentadas de forma sumária nesta caracterização demonstram, por si só, a necessidade e a pertinência da construção do SAÚDE AMAZÔNIA, como estratégia de enfrentamento dos graves problemas sanitários da região.

3. Amazônia Legal como Prioridade de Governo

A adoção de estratégias de desenvolvimento regional com vistas à diminuição de desigualdades, de equalização de oportunidades e da correção de iniquidades entre as regiões que compõem o Brasil, se constitui em um imenso desafio para o desenvolvimento integrado do País. O governo brasileiro, na gestão do Presidente Lula, tomou o desafio do desenvolvimento regional como um eixo político-estratégico do plano de ação, e a Amazônia Legal, dadas as suas especificidades, se apresenta como uma prioridade.

A Amazônia Brasileira é um dos espaços geográficos mais valorizados do planeta, sobretudo por sua biodiversidade; mas sob a perspectiva do desenvolvimento humano, social e econômico, em que pese as virtudes da região, muitos são os desafios. Tomar espaço geográfico como objeto de construção de políticas públicas de saúde tem o sentido, entre outros, de resgatar o tema da equidade na sua essencialidade de agregar à justiça a dimensão das necessidades de saúde. Ou seja, significa tratar os desiguais de forma diferenciada como estratégia de cons-

trução de justiça social. Essa é uma das diretrizes do Plano Plurianual 2004-2007 do governo federal.

Em 9 de maio de 2003, o Presidente reuniu, em Rio Branco, os governadores dos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Rondônia e Roraima, as ministras do Meio Ambiente e de Minas e Energia, os ministros da Integração Nacional, do Planejamento, do Desenvolvimento Agrário, da Educação, da Saúde, da Justiça e a Secretaria Especial da Presidência, para dar início ao processo de planejamento do desenvolvimento regional.

Na ocasião, foi aprovado o documento *Amazônia Sustentável* e assinado um *Termo de Cooperação* entre o Presidente e os governadores, que entre outros, estabelece como prioridade do Plano de Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (PAS), composto cinco eixos: produção sustentável com tecnologia avançada; novo padrão de financiamento; gestão ambiental e ordenamento territorial; infraestrutura para o desenvolvimento e inclusão social e cidadania. A coordenação deste processo coube ao Ministério da Integração e à Secretaria-Executiva do Ministério do Meio Ambiente.

A **temática da saúde** está inserida no eixo da Inclusão Social e Cidadania. O Ministério da Saúde designou à Secretaria-Executiva a coordenação deste processo, que, desde então, vem realizando uma série de atividades com vistas à construção de um plano de ações de saúde para a região. Na Secretaria-Executiva, a coordenação dos trabalhos está a cargo do Departamento de Apoio à Descentralização⁹ (DAD) e da Diretoria de Investimentos¹⁰ (DIPE), responsáveis tanto pela articulação interna ao MS como com as instituições, instâncias de gestão da área da Saúde, movimentos sociais, organizações não-estatais e outros órgãos do governo federal.

4. O Processo de Constituição das Estratégias de Formulação do SAÚDE AMAZÔNIA

Em meados de março de 2003, a Secretaria-Executiva reuniu dirigentes e técnicos do MS (secretarias, Funasa e Anvisa) e representação do Conass, Conasems e a Fiocruz de Manaus, entre outros, para disparar o processo de discussões com vistas à formulação de diretrizes e ações específicas na área da Saúde para a Amazônia Legal.

Em decorrência deste primeiro encontro, a Secretaria-Executiva, em Reunião Colegiada, indicou uma coordenação para os trabalhos, que imediatamente passou a gerir o processo de articulação. Elaborou-se o texto *Projeto Amazônia* como documento orientador do grupo, apresentando objetivos, metodologia dos

⁹ Junto à Coordenação-Geral de Apoio às Políticas de Saúde.

¹⁰ Junto à Coordenação-Geral de Investimentos.

trabalhos e uma proposta de gestão partilhada das atividades de organização e formulação.

Na seqüência, foi sugerido que cada secretaria do MS, a Funasa e a Anvisa indicassem um representante e um suplente para compor um Grupo de Trabalho (GT), responsável pela articulação das ações para a Amazônia no interior do Ministério da Saúde.

De imediato foi solicitado que cada área e órgão passasse a discutir a problemática da atenção à saúde na região, tomando por referência documentos e textos já produzidos¹¹, e a indicar propostas de ações, sistematizado-as em uma matriz que foi organizada coletivamente. Essa tarefa teve a duração de aproximadamente 60 dias, período em que o GT se reuniu várias vezes para discutir o andamento dos trabalhos e traçar estratégias de ação.

Durante os trabalhos preliminares, decidiu-se pela realização uma oficina de trabalho na região com vistas a qualificar o processo de discussão, sobretudo no que diz respeito a buscar identificar junto a gestores, trabalhadores, usuários, movimentos sociais, prestadores (públicos, privados, ONG, OSCIP, etc.) um conjunto de problemas, dificuldades e desafios, como uma condição prévia para a priorização de estratégias e ações. Além disso, percebia-se a necessidade de mudança na condução das inter-relações com a região, sobretudo no processo de identificação de problemas e construção de estratégias de intervenção.

Diante desse acúmulo, passou-se a realizar um conjunto de movimentos com vistas a viabilização da oficina. No MS, foram intensificados pelas áreas os trabalhos de elaboração de ações a partir da identificação de problemas na região, cujo resultado foi a elaboração do *Quadro de Ações do Ministério da Saúde para a Amazônia Legal*, estruturado a partir de seis macroeixos, a saber:

- *Educação e trabalho em saúde;*
- *Saúde indígena e outras populações em situação de vulnerabilidade;*
- *Gestão descentralizada e participativa;*
- *Atenção à saúde;*
- *Ciência, tecnologia e inovação;*
- *Vigilância em saúde.*

Concomitantemente a esse processo interno, buscou-se construir interfaces com outros atores, sobretudo Conass, Conasems, SES, SMS, CES, CMS e CIB. Além desses, passou-se a interagir com a Comissão Parlamentar da Amazônia, com a Subcomissão de Saúde do Senado, com a Casa Civil (Instituto Nacional de Tec-

¹¹ Sobretudo o PLANORTE e a Carta de Santarém aprovada no 3.º do Encontro de Gestores de Saúde da Região Norte e 2.º Congresso de Gestores Municipais de Saúde do Estado do Pará, 2002.

nologia da Informação), com a Secretaria-Geral da Presidência (Subsecretaria de Articulação Social), com os ministérios do Meio Ambiente e da Integração Nacional, com a Eletronorte, Centro Gestor e Operacional do Sistema de Proteção da Amazônia (Censipam), Instituições de fomento (ADA/Sudam, BASA), instituições de pesquisa, ciência e tecnologia, ONGs e OSCIPs, entre outros.

Com essas definições, passou-se a fase de organização da oficina. Alguns dirigentes e técnicos do MS foram a Manaus para estabelecer parcerias, buscar apoio e viabilizar as condições operacionais para a realização do evento. Foi constituída uma comissão organizadora local com a participação da SES/AM, SMS/Manaus, Funasa, Inkra e Fiocruz, que apoiou a organização e realização do evento denominado *1.ª Oficina de Planejamento Regional – Construindo uma Agenda de Saúde para a Amazônia Legal*, realizada nos dias 8 e 9 de agosto de 2003, em Manaus/AM¹².

O evento teve entre seus principais objetivos a identificação de problemas e dificuldades no campo da atenção à saúde, da gestão do trabalho, financiamento, ciência, tecnologia e inovação em saúde e meio ambiente, com ênfase às populações em situação de vulnerabilidade social e econômica. As discussões travadas no evento permitiram apontar ações prioritárias, indicando ainda as linhas gerais para a continuidade da construção de um Plano de Ações de Saúde para Amazônia Legal.

Entre os desdobramentos desse encontro destacam-se:

- 1 – consolidação dos eixos temáticos articuladores do Plano de Ação, com a identificação de qualificação dos problemas/dificuldades prioritários e apresentação de um conjunto de ações com vistas a atacar os problemas identificados;
- 2 – a constituição de um grupo de trabalho regional – Núcleo de Articulação, Integração e Desenvolvimento (NAID) – para aproximar e articular os diversos atores, acompanhar e coordenar as ações na região. O NAID é composto por representantes regionais do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/AM), Plenária Nacional de Conselheiros/Região Norte, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.
- 3 – realização da Oficina Regional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, no período de 8 a 9 de outubro de 2003, em Belém/PA, com o objetivo de discutir a situação desta área e construir uma agenda de trabalhos para a Região.
- 4 – realização, em Palmas, entre os dias 6 e 7 de novembro de 2003, uma oficina de trabalho para aprofundar as discussões sobre as estratégias de implementação do Plano, bem como diagnosticar os principais problemas

¹² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *1.ª Oficina de Planejamento Regional: construindo uma agenda de saúde para a Amazônia Legal*. Relatório. Brasília, ago. 2003.

no funcionamento das CIB, e indicar estratégias e atividades para a sua superação.

O encontro de Palmas que reuniu as Comissões Intergestores Bipartites da Região Norte discutiu, entre outros, estratégias de incorporação mais efetiva do Plano nos estados e municípios, sobretudo nas secretarias municipais e estaduais de saúde.

Entre as deliberações, foi decidido pela formulação de um **documento político**, para a apresentação, em síntese, do processo, pressupostos, diretrizes e uma agenda preliminar de trabalho para o ano de 2004. Além disso, as CIB tomaram por compromisso eleger dez prioridades, as quais depois de sistematizadas e adequadas às macroprioridades pactuadas na Oficina de Manaus, passarão a compor o documento.

Para tanto, o NAID foi reunido no dia 29 de novembro, com a tarefa de organizar e sistematizar as prioridades sugeridas pelas CIB e discutir e aprovar o documento político. Além de se constituir em uma narrativa do processo já deflagrado para a constituição do Plano, este documento será discutido e apresentado nas instâncias colegiadas do MS, CIT, Conass e Conasems, ainda no mês de novembro de 2003 e divulgado na 12.^a CNS.

5. SAÚDE AMAZÔNIA: Pressupostos e Diretrizes

O SUS é fruto da democracia. Resulta de um processo de luta contra a iniquidade, a injustiça e a lógica da mercantilização, características presentes no sistema de saúde brasileiro há pelo menos 50 anos. Logo, apresenta-se como um processo sociopolítico, e está em processo. É disputa, e resulta de um acúmulo de forças da sociedade civil organizada, que em um determinado momento histórico foi capaz de inscrever, enquanto ideário, um novo modelo de gestão e de organização nos serviços e práticas de saúde, abrindo perspectivas para a reformulação do sistema de saúde.

O enfrentamento das distorções do sistema de saúde brasileiro, tarefa capitaneada pelo Movimento pela Reforma Sanitária¹³ a partir da década de 70, passaria a ter pela frente dois grandes desafios: um macropolítico, a recriação jurídico-legal do sistema; e outro microinstitucional, a recriação de serviços e práticas de saúde.

Quanto ao primeiro desafio, há um consenso entre os analistas da área de que as tarefas foram realizadas, embora ainda seja necessário promover avanços e assegurar a manutenção das conquistas. A expressão das realizações deste plano é o Capítulo da Saúde da Constituição Federal, as Leis Orgânicas da Saúde e seus desdobramentos em normas operacionais¹⁴.

¹³ A trajetória deste movimento pode ser visualizada em detalhes na obra de Sarah ESCOREL. *Reviravolta na saúde*: origem e articulação do movimento sanitário. São Paulo: Hucitec, 1998.

¹⁴ As Normas Operacionais Básicas do SUS expressam a correlação de forças entre a gama de sujeitos, sobretudo gestores, e a extensa pluralidade e diversidade de interesses que permeiam o sistema de saúde.

Inovações nos modos de produzir saúde e de governar os serviços, segundo desafio, somente foram verificadas mais recentemente, até porque dependiam, em parte, da inscrição de um novo estatuto jurídico no campo sanitário. Superado este momento, emergem interrogações sobre o “como fazer?” Como fazer para que o SUS se efetive como um sistema que organiza serviços e, ao mesmo tempo, contribua para a promoção da saúde e a defesa da vida das pessoas. Ou seja, como fazê-lo inclusivo e democrático?

Esse “como fazer” foi sendo respondido com base nas experiências de municipalização da saúde, que, a partir do início dos anos 90, toma o sentido da consolidação. A diversidade e a heterogeneidade do processo de municipalização fizeram emergir, no entanto, um conjunto de proposições para o reordenamento das práticas de saúde, manifestas enquanto projetos de ação, constituindo-se o próprio desenvolvimento político-institucional do SUS um campo de disputa entre várias escolas, sobretudo no campo do planejamento em saúde.

No plano jurídico, as principais inovações introduzidas podem ser sintetizadas em dois aspectos. O primeiro deles é a inscrição de que a saúde é um direito de cada cidadão, logo dever do Estado. Dever de *promover políticas sociais e econômicas* que gerem bem-estar e de *garantir acesso universal e igualitário a uma atenção à saúde integral*. Importante salientar que, por ser uma república federativa, o Estado Brasileiro não se restringe apenas à União, ou ao governo federal, mas engloba as unidades federadas (estados) e os municípios.

O segundo aspecto refere-se ao fato de a saúde no Brasil passar a ser organizada com base em três diretrizes gerais: a universalização (sendo que uma das estratégias de sua efetivação é a descentralização); o atendimento integral (integração entre ações curativo-reabilitadoras e preventivo-promocionais, com prioridade para estas últimas); e a participação da comunidade por meio do controle social. Assim, passam a ser as bases constitutivas do sistema de saúde brasileiro a *Descentralização*, a *Integralidade* e a *Co-gestão*.

Dessa forma, foi introduzido na base jurídica da área da Saúde brasileira o conceito de co-governo, de co-gestão, cuja instância máxima são as Conferências e Conselhos de Saúde, que passariam a se constituir nos principais fóruns decisórios daquelas questões atinentes à produção da saúde. Assim, a saúde deixou de ser um campo de intervenção e análise apenas de técnicos, para ser uma tarefa do conjunto da sociedade.

A argumentação que justifica a introdução da co-gestão na saúde parte da premissa de que os serviços e práticas sanitárias são, em primeiro lugar, organizados como respostas às necessidades de saúde construídas histórica e socialmente. Ou seja, são estabelecidos e se mantêm à medida que seu valor de uso é reconhecido. Todavia, as necessidades de saúde não são os únicos elementos que atuam nesta definição, uma vez que a estrutura e o funcionamento dos serviços e práticas de saúde também representam e correspondem aos interesses de produtores

de serviços e insumos do Estado, de uma diversidade de grupos de interesses, etc. Nesta medida, a saúde é um campo de disputa e em disputa, e a instituição de espaços de co-gestão favorece a explicitação dessa diversidade de interesses, da mesma forma que se apresenta como mecanismo para o seu processamento.

Entretanto, a correlação de forças entre os diversos atores em disputa no campo da saúde tem sido historicamente desfavorável para uma parcela significativa da população. Isso se apresenta como uma contradição importante, uma vez que a organização da oferta de atenção deveria partir das necessidades de saúde da população. A participação mais efetiva dos cidadãos no processo de gestão da saúde minimizaria o risco de se extraviarem dos serviços os objetivos centrais da atenção à saúde, que podem ser resumidos na expressão “produção de saúde”.

A participação social nos espaços da definição da política e no cotidiano dos serviços de saúde tende a exercer força de aproximação entre as necessidades de saúde da população e a lógica de organização dos serviços de saúde. Sistemas de co-gestão se apresentariam, então, como mecanismos de processamento de contradições constitutivas do fazer saúde.

Assim, tem sido implantado no Brasil um novo sistema de saúde a partir de um amplo e intenso debate, que tem envolvido praticamente a totalidade dos segmentos sociais e políticos. Embora o resultado não seja uniforme e nem plenamente consensual, porque decorre e depende da capacidade de se lidar com contradições entre sujeitos históricos e de questões sociais, o processo de debate tem sido fundamentado em princípios democráticos, utilizando vias clássicas da democracia representativa, como o parlamento nacional, ao mesmo tempo que se criaram novos espaços públicos de vocalização e de concertação de interesses, sobretudo os Conselhos de Saúde, mecanismos de representação e de pactuação de políticas.

O SUS, nesta medida, ampliou o Estado, criando novos arranjos institucionais, que têm permitido aumento de sua capilaridade e permeabilidade e, conseqüentemente, sua democratização. O sistema de saúde brasileiro tem se constituído a partir da diversidade de interesses, cujo processamento passa a ocorrer em espaços públicos, fazendo com que a lógica de pactuação se estabelecesse por meio de processos de concertação de base dialógica.

Isso não significa que se construíram mecanismos e processos capazes de resolver as contradições entre os sujeitos em uma sociedade de classe. Ao contrário. É por não escamotear a sua existência que se faz necessária à instalação de dispositivos e arranjos, enquanto espaços de fala e ação política, para a explicitação dessas contradições e a construção de contratos nas diferenças.

A democratização da gestão do SUS é um pressuposto para a construção de oferta de serviços identificados com a pluralidade dos interesses e necessidades da população. Essa é uma condição substantiva para a consolidação de uma po-

lítica de saúde baseada no ideário da solidariedade, da justiça e da democracia, pressupostos éticos, políticos e institucionais alavancados pelo discurso libertário-humanístico da saúde coletiva e pela base doutrinária do SUS.

Nesse sentido, o SAÚDE AMAZÔNIA se apresenta como uma estratégia de qualificação e de fortalecimento do SUS na Região.

5.1 Pressupostos do Plano

O SAÚDE AMAZÔNIA se fundamenta na base jurídico-legal do SUS, notadamente na busca da garantia da universalização, da equidade, da integralidade e da participação popular com controle social. Inscritas no âmbito constitucional, essas diretrizes constituem parte das imagens-objetivo do SUS e, por isso, devem incorporar-se organicamente no cotidiano das instituições governamentais e gestores do sistema, dos movimentos sociais e dos cidadãos usuários dos serviços de saúde.

Nesses termos, a construção do Plano vem sendo delineada a partir dos seguintes pressupostos:

- consideração da autonomia dos entes federados e a multiplicidade de interesses do conjunto dos sujeitos políticos em interação;
- respeito e compatibilização dos tempos técnicos e políticos de cada esfera de governo, ajustando os processos e a tomada de decisão;
- valorização do processo de contratualização entre o conjunto dos sujeitos, com pactuação nas instâncias de gestão do SUS;
- consideração da diversidade ambiental, das desigualdades socioregionais e das diferenças de interesses entre os atores como fatores relevantes na formulação de política pública;
- reconhecimento do caráter processual do Plano, que requer acompanhamento e avaliação sistemática de seu desenvolvimento.

5.2 Diretrizes Gerais:

▪ Intersetorialidade

Ação intersetorial com articulação de ministérios e secretarias e/ou órgãos das três esferas governamentais, com participação social, visando à construção **ações transversais** tomando a área da Saúde como eixo central;

▪ Ampliação e qualificação do acesso ao SUS

Implantar, implementar e consolidar ações, serviços e estratégias de atenção à saúde que respondam aos desafios impostos pela realidade socioeconômica, ambiental, assistencial e epidemiológica, e que busque superar as condições de iniquidade em que vivem as populações em situações de vulnerabilidade social

na região, em especial, quilombolas, ribeirinhos, trabalhadores rurais, assentados, atingidos por barragens, mulheres e indígenas.

- **Interiorização dos profissionais de saúde, com processo de educação adequado e permanente**

Garantir a alocação dos profissionais de saúde nas áreas geográficas de difícil acesso, propiciando-lhes a formação adequada e de caráter permanente.

- **Adequação da lógica normativa do SUS às características locais**

Buscar adequar os processos de atenção, habilitação e financiamento às peculiaridades regionais.

- **Fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase no controle de endemias**

Considerar as especificidades epidemiológicas, ambientais e sociais da região na constituição de sistemas de vigilância à saúde eficazes.

- **Qualificação da gestão descentralizada e participativa do SUS, com ênfase no controle social**

Fortalecer as instâncias de gestão do SUS, e criar processos de estímulo, formação e qualificação dos usuários e movimentos sociais, buscando construir o efetivo controle social da política de saúde.

- **Qualificação dos investimentos, contemplando os arranjos produtivos e as especificidades da região:**

Priorizar o potencial produtivo da região, considerando-se suas especificidades e potencialidades e as iniciativas e experiências já existentes.

- **Sociobiodiversidade como eixo do desenvolvimento sustentável**

Valorizar os conhecimentos tradicionais dos povos da Amazônia articulando-os à pesquisa científica. Tomar a riqueza étnica e da biodiversidade como elementos da produção de novos conhecimentos e tecnologias.

- **Ampliação das ações e serviços de saneamento e melhoria da qualidade da água**

Estender e qualificar a rede de água potável e os serviços de saneamento básico, sobretudo nas pequenas cidades.

6. Gestão e Estratégias de Implementação do Plano

A condução e a responsabilidade pelo Plano são do Ministério da Saúde, compartilhado pelas SES e SMS. O NAID tem a função de articular e coordenar os trabalhos na região, ampliando e qualificando os espaços de articulação e interlocução, auxiliando na implementação, acompanhando e avaliação do Plano na região.

A CIT e as CIB são os espaços de pactuação em cada esfera de gestão dos Planos de Ação.

O gestor federal (MS), por meio da coordenação e do GT/Amazônia/MS, articula o SAÚDE AMAZÔNIA ao Plano Nacional de Saúde, ao PPA, ao PAS, entre outros. A coordenação-geral do Plano, além das funções típicas de direção, realiza as interfaces com os Fóruns de Descentralização e de Planejamento, propondo pautas de discussão, comunicando o andamento dos trabalhos e seus resultados.

Em cada um dos estados, os Planos de Ação são pactuados nas CIBs, cabendo às SES, de forma articulada com os Cosems, agregar as especificidades regionais, compatibilizando-as com as diretrizes nacionais. Sugere-se que as estratégias de articulação e integração das ações devam ser definidas em cada um dos estados, sendo as CIB – a partir da constituição, por exemplo, de Câmaras Técnicas ou Subcomissões – ou grupos de trabalhos constituídos com representatividade os espaços singulares desta interlocução.

1 Gestão do Plano no Ministério da Saúde:

- Coordenação-geral (SE/DAD/DIPE);
- Grupo de Trabalho/Amazônia (GT/Amazônia/MS);
- Comitê Executivo do GT/Amazônia/MS;
- Gerência dos Projetos Integradores.

2 Gestão do Plano na Região:

- Núcleo de Acompanhamento, Integração e Desenvolvimento (NAID).

3 Outros Mecanismos de monitoramento e avaliação:

- Observatório do Plano de Saúde da Amazônia Legal.

Constitui-se em um mecanismo de coleta e sistematização de dados e informações, prestando-se como uma ferramenta de acompanhamento e avaliação.

- *Inserção no Grupo de Trabalho do Ministério do Meio Ambiente, responsável pela construção de uma proposta metodológica de avaliação do PAS.*

Colaborar com a construção metodológica de avaliação do PAS, sobretudo no que diz respeito ao monitoramento e avaliação das ações sociais, sobretudo de saúde.

- *Pesquisa Fiocruz/DMPS/IS/MS-SE com a OPAS – “Desafios para a proteção social em saúde no Brasil em um contexto de iniquidade” – 2004 a 2006 (em fase de avaliação pela OPAS).*

É objetivo geral da pesquisa identificar e analisar as mudanças na condução da política nacional de saúde visando à redução de desigualdades em saúde a partir do Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal – SAÚDE AMAZÔNIA.

A pesquisa permitirá a geração de conhecimento relevante para a tomada de decisões sobre a política de saúde à medida que será estudado o próprio processo de condução da política nacional.

O desenvolvimento de pesquisa – ação/intervenção em torno do SAÚDE AMAZÔNIA favorecerá mudanças no processo de condução da política nacional, voltadas para a melhoria da sua efetividade no sentido da promoção da equidade e extensão da proteção social em saúde.

7. Estágio Atual e Perspectivas dos Trabalhos para 2004

O produtivo processo de trabalho que vem sendo implementado, envolvendo um amplo conjunto de sujeitos e instituições de vários setores, tem permitido uma gradativa consolidação do SAÚDE AMAZÔNIA, tanto no interior do MS como na região.

O diálogo proficuamente estabelecido entre as três esferas de governo e outros segmentos, tem permitido o delineamento de um quadro de prioridades de curto prazo, cujas ações deverão ser implementadas ainda no final deste ano. Pelo caráter processual de sua construção, no decorrer de 2004 outras proposições deverão ser incorporadas ao Plano, a partir do estreitamento do diálogo com as SMS e SES.

Abaixo estão destacadas as prioridades indicadas por gestores estaduais e municipais, processadas NAID.

7.1 Ações prioritárias eleitas pelas CIB da Região

Os estados do Acre, Amazonas, Pará, Roraima, Rondônia, Mato Grosso, Tocantins e do Amapá enviaram suas prioridades. Primeiramente essas ações foram reunidas por eixos temáticos e por estado, o que permitiu viabilizar aquelas de maior frequência. Após essa primeira fase, o trabalho se concentrou na discussão dessas ações com aquelas construídas no Seminário de Manaus, cruzando-as com os pressupostos e, sobretudo, com as diretrizes do Plano.

Os **principais problemas** dos quais derivam as ações prioritárias são:

1. deficiência na formação e ausência de educação permanente para os trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde;
2. ausência de política de gestão do trabalho que atenda aos princípios e diretrizes do SUS;

3. deficiência de gestão/gerência dos serviços de atenção à saúde indígena;
4. falta ou inadequação de infra-estrutura em saneamento em áreas indígenas;
5. insuficiência de serviços e de infra-estrutura em saneamento;
6. cobertura insuficiente e pouca qualidade da atenção básica;
7. oferta insuficiente de média e alta complexidade;
8. fragilidade da ação do controle social na região e políticas públicas desarticuladas;
9. a lógica do financiamento não produz equidade por não considerar as características regionais;
10. processo normativo inadequado para acolher as especificidades regionais e modelo de regionalização (NOAS) inadequado às características da região;
11. precariedade das estruturas gestoras para a efetivação das funções de gestão, planejamento, programação, regulação, controle e avaliação;
12. escassez de recursos humanos em C&T e saúde;
13. baixa capacidade instalada (infra-estrutura) em C&T e inovação;
14. deficiência na organização da Assistência Farmacêutica;
15. baixo aproveitamento da potencialidade cultural e da biodiversidade da região para a pesquisa e o desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos;
16. baixa qualidade dos dados e dificuldades no fluxo de informações;
17. incipientes ações de vigilância ambiental em saúde e saneamento;
18. alta ocorrência de doenças endêmicas e elevado potencial para ocorrência de doenças emergentes e reemergentes;
19. insuficiência técnica no diagnóstico laboratorial em vigilância em saúde;
20. insuficiência do TFECED para cumprir as metas pactuadas na PPI-ECD;
21. recrudescimento da epidemia de aids.

7.1.2 Estratégias prioritárias

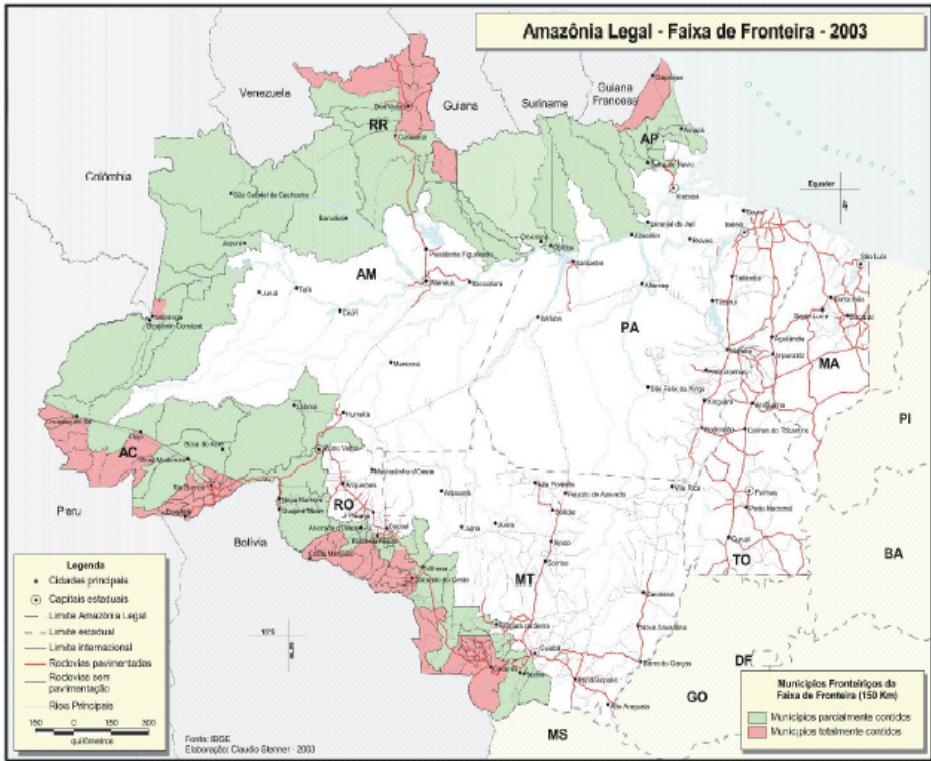
1. Implementar um modelo de financiamento que considere as necessidades da região.
2. Adequar os planos regionais de investimento para orientar a alocação de recursos com base no desenvolvimento sustentável e na expansão e interiorização da atenção à saúde.

3. Ampliar e qualificar a oferta de ensino profissional nos diferentes níveis de forma a atender a realidade local.
4. Rever o modelo de gestão da atenção à saúde indígena.
5. Constituir política de gestão, regulamentação e regulação do trabalho em saúde.
6. Adequar a estratégia da saúde da família às especificidades regionais, sobretudo às dificuldades de deslocamento, à dispersão populacional e às grandes distâncias.
7. Reforçar a integração regional de forma a possibilitar uma regionalização compatível com as especificidades local.
8. Ampliar as ações de Vigilância Ambiental nos estados da região.
9. Estimular o desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos junto às instituições de pesquisa e universidades da região, recuperando e desenvolvendo o conhecimento tradicional sobre o uso de plantas medicinais.
10. Implantar, ampliar e melhorar os serviços e ações de saneamento em localidades com população inferior a 2.500 habitantes e áreas rurais (áreas de assentamentos, de reservas extrativistas, remanescentes de quilombos, entre outros).
11. Dotar a região de serviços de alta complexidade, reduzindo a dependência a centros de referência intra-estadual.

7.2 Agenda de trabalho para 2004: alguns pontos importantes

- Incrementar e qualificar o quadro de ações a partir de discussões com as SMS, SES e demais interlocutores.
- Aprofundar e qualificar e o diagnóstico da situação de saúde da região.
- Estabelecer prioridades de ação e constituir Projetos Integradores.
- Implementar o Observatório do Plano.
- Consolidação do NAID.
- Realizar, no 2.º semestre de 2004, uma oficina macrorregional para avaliação do Plano e delineamento de novas ações e estratégias.

ANEXO 1 – Amazônia Legal e a delimitação das áreas de fronteira



Fonte: MIN/MMA. PAS, 2003.

Equipe técnica

GT/Saúde Amazônia/MS

Ana Maria Costa e Anna Claudia Romano Pontes – Representantes da SGP

Dário Frederico Pasche e Wagner de Jesus Martins – Coordenação (SE)

Luís Antônio Nolasco – Representante da SPO

Maria Hortense Ferro Costa Marcier – Representante da SAS

Odete Carmen Gialdi e Débora Bertussi – Representantes da SGTES

Regina Lucena e Suzanne Jacob Serruya – Representantes da SC&T

Rita Mello e Gilvania Westin Cosenza – Representantes da SVS

Vera Maria Borralho Bacelar e Danila Augusta Varella Barca – Representantes da ANVISA

Wladmary de Azevedo e Marcos Pellegrini – Representantes da FUNASA

Outros participantes

Neilton Araújo de Oliveira (SAA/SE)

Paulo de Tarso (DIPE/SE)

Comitê Executivo do GT/Amazônia/MS

Dário Frederico Pasche

Marcos Pellegrini

Neilton Araújo de Oliveira

Odete Carmen Gialdi

Vera Maria Borralho Bacelar

Wagner de Jesus Martins

NAID - Núcleo de Acompanhamento, Integração e Desenvolvimento do Saúde Amazônia**Representantes do MS**

Dário Frederico Pasche

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Wagner de Jesus Martins

Representante do CONASS

Fernando Dourado

Representantes do CONASEMS

Edna Amorim de Souza Schutz

Márcia Helena Veloso

Wilmar Inácio Mota

Representação das instituições de ciência e tecnologia da região

Luciano Medeiros de Toledo - Diretor da Fiocruz de Manaus

Pela Plenária Nacional de Saúde – Região Norte

Pedro Neto (Sindicato dos Servidores Públicos do Pará)

Equipes técnicas e de apoio do DAD e da DIPE

Jaime Rebelo Adriano

Mário Grassi Filho

Sonia Saldanha

Claudia Brandão

Daniele Soares Cavalcanti

Apoio

Fabyola de Araújo Sousa

Flávia Constantino

Sabrina Paiva Mourão

A coleção institucional do Ministério da Saúde
pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde:
<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora MS
pode ser acessado gratuitamente na página:
<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, revisão, editoração, capa, impressão, acabamento e expedição)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, dezembro de 2003
OS 1445/2003