

# SAÚDE COLETIVA NA AMAZÔNIA: AVANÇOS E RETROCESSOS

COLLECTIVE HEALTH IN THE AMAZON: ADVANCES AND SETBACKS

Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde • 20/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792373049](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792373049)

---

Vangila de Souza Vasconcelos<sup>1</sup>

Keilyane Lopes Batalha<sup>2</sup>

Ana Jaqueline de Menezes Santos<sup>3</sup>

Paloma Rodrigues Grangeiro<sup>4</sup>

Marileia Francisca da Costa Serrão<sup>5</sup>

Fabiane de Jesus Duque de Lima<sup>6</sup>

Tatiana Rocha Neves<sup>7</sup>

Leonardo Andrade de Carvalho<sup>8</sup>

Mércia Florêncio de Almeida Lima<sup>9</sup>

Fabiane Saraiva Domingues<sup>10</sup>

Ellen de Moraes e Silva<sup>11</sup>

---

## RESUMO

Objetivo: analisar criticamente avanços institucionais e assistenciais e retrocessos ou obstáculos documentados à efetivação do direito à saúde na Amazônia brasileira, considerando desigualdades territoriais, atenção primária, saúde indígena e impactos socioambientais. Metodologia: revisão narrativa e análise documental de legislação brasileira, publicações oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Ministério da Saúde e estudos científicos selecionados por pertinência temática, com ênfase em documentos disponíveis até outubro de 2026. Resultados: a criação do Sistema Único de Saúde e de estratégias territorializadas, como equipes ribeirinhas e unidades fluviais, ampliou possibilidades de cuidado. Persistem barreiras de transporte, continuidade assistencial, saneamento, informação e acesso oportuno, ao passo que a malária em áreas indígenas, a crise humanitária Yanomami e a poluição de queimadas tornam visíveis vulnerabilidades agravadas por pressões ambientais. Conclusão: a universalidade formal precisa ser acompanhada por financiamento sustentável, redes regionais resolutivas, participação social, proteção territorial e monitoramento de resultados desagregados. A interpretação dos dados exige cautela diante de séries com cobertura e critérios distintos.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva; Amazônia; Sistema Único de Saúde; Equidade em Saúde; Saúde Indígena.

## ABSTRACT

Objective: To critically analyze institutional and healthcare advances, as well as documented setbacks or barriers to realizing the right to health in the Brazilian Amazon, considering territorial inequalities, primary healthcare, Indigenous health, and socio-environmental impacts. Methodology: A narrative review and documentary analysis

of Brazilian legislation, official publications from the Brazilian Institute of Geography and Statistics and the Ministry of Health, and scientific studies selected for their thematic relevance, with emphasis on documents available through October 2026. Results: The establishment of the Unified Health System and territorially tailored strategies, such as riverine healthcare teams and floating health units, expanded opportunities for care. Barriers related to transportation, continuity of care, sanitation, information, and timely access persist, while malaria in Indigenous areas, the Yanomami humanitarian crisis, and pollution from wildfires reveal vulnerabilities exacerbated by environmental pressures. Conclusion: Formal universality must be supported by sustainable funding, regional healthcare networks capable of effectively addressing health needs, social participation, territorial protection, and monitoring of disaggregated outcomes. Data interpretation requires caution when comparing series with different coverage and criteria.

**Keywords:** Collective Health; Amazon; Unified Health System; Health Equity; Indigenous Health.

## 1. INTRODUÇÃO

A Amazônia brasileira ocupa lugar central no debate sobre saúde coletiva porque combina grandes distâncias, diversidade sociocultural e intensa transformação ambiental. A região não é homogênea: cidades metropolitanas, pequenos municípios, comunidades ribeirinhas, aldeias indígenas e localidades acessíveis apenas por embarcação ou via aérea constituem cenários diferentes de adoecimento e oferta de serviços. Interpretar tais realidades a partir de indicadores médios pode ocultar desigualdades decisivas para a formulação de políticas públicas. Ao mesmo tempo, reduzi-las a uma narrativa permanente de carência significa desconsiderar

arranjos institucionais e práticas de cuidado efetivamente construídos ao longo do tempo.

A Constituição de 1988 inscreveu a saúde no campo dos direitos sociais e atribuiu ao Estado o dever de garantir políticas destinadas à redução de riscos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços (Brasil, 1988). Essa formulação modifica o ponto de partida da análise regional: desloca o debate da assistência como favor ou resposta emergencial para a obrigação pública de organizar proteção social. Na Amazônia, porém, o caráter universal da norma convive com necessidades logísticas muito distintas das observadas em territórios com redes viárias densas e serviços próximos. A distância não é somente um atributo físico; transforma-se em custo, tempo de espera e possibilidade de interrupção do tratamento.

A constituição de uma rede assistencial em localidades dispersas exige pensar deslocamentos em duas direções. Profissionais e insumos precisam alcançar comunidades isoladas, enquanto usuários devem ser encaminhados a pontos de maior complexidade quando o cuidado local não é suficiente. Se apenas a primeira direção é organizada, há risco de rastrear doenças sem assegurar diagnóstico confirmatório ou tratamento especializado. Se apenas a segunda é priorizada, o sistema transfere às famílias o peso financeiro e emocional da viagem. A articulação entre atenção primária, transporte sanitário, regulação e serviços de referência torna-se, assim, critério relevante de equidade.

Pesquisas sobre atenção à saúde ribeirinha descrevem respostas institucionais concebidas justamente para superar parte desses entraves. Lima et al. (2021) examinaram ações da atenção primária em oito municípios amazonenses e destacaram a relevância das

modalidades ribeirinha e fluvial, sem afastar a necessidade de examinar seu desempenho. A existência de soluções adaptadas ao território constitui avanço, mas não autoriza concluir que o acesso tenha sido universalizado. Avaliar implementação, periodicidade, continuidade e qualidade permanece essencial.

A pergunta orientadora deste trabalho é: em que medida os instrumentos de política pública e os resultados epidemiológicos disponíveis permitem identificar avanços, retrocessos e desafios estruturais da saúde coletiva amazônica? A resposta exige leitura conjunta de marcos institucionais, estudos empíricos e documentos de vigilância, evitando transformar um indicador isolado em retrato de toda a região.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura com análise documental e abordagem qualitativa de natureza descritivo-interpretativa. Não foi realizada pesquisa de campo, entrevista, consulta a prontuários ou extração de microdados individuais. O objeto consiste nas relações entre políticas públicas, acesso aos serviços, desigualdades territoriais e riscos epidemiológicos e socioambientais na Amazônia brasileira. A estratégia narrativa foi escolhida por permitir integrar documentos jurídicos, estudos de organização da atenção e informações epidemiológicas produzidas por instituições distintas.

O corpus documental incluiu a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; informações institucionais do Ministério da Saúde sobre equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e unidades básicas fluviais; boletins da vigilância da malária, em particular o Boletim

Epidemiológico, volume 55, número 14, de 2024; registros oficiais relativos à resposta à emergência Yanomami; produtos do Censo 2022; e publicações científicas sobre atenção primária em comunidades ribeirinhas, saúde indígena, gestão de informações e acesso em situação de urgência. As fontes selecionadas são identificadas ao longo do texto e nas referências.

A seleção obedeceu a três critérios: vínculo direto com o problema de pesquisa, identificação verificável da autoria institucional ou acadêmica e possibilidade de distinguir informação empírica de interpretação. Foram privilegiados artigos em periódicos científicos e documentos primários de órgãos públicos. Notícias institucionais, quando utilizadas, sustentam estritamente o que divulgam e não substituem estudos independentes de efetividade. Informações de anos diferentes não foram agrupadas como se representassem uma amostra única ou um mesmo intervalo de acompanhamento.

Na análise, as evidências foram organizadas em três eixos: desenvolvimento normativo e organizacional; barreiras à integralidade e à equidade; e vulnerabilidade epidemiológica e ambiental. Cada afirmação descritiva foi relacionada à fonte pertinente, enquanto explicações causais foram formuladas como hipóteses interpretativas quando não havia desenho de pesquisa capaz de demonstrá-las. Esta precaução limita generalizações e preserva a diferença entre documentação de uma resposta estatal e comprovação de sua efetividade.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

A saúde coletiva brasileira resulta de uma compreensão ampliada de saúde, em que padrões de adoecimento e de proteção não

decorrem exclusivamente de escolhas individuais ou da prestação de consultas. Essa perspectiva torna visíveis as condições que organizam a exposição desigual a riscos, a distribuição dos recursos e a possibilidade concreta de exercer direitos. A Constituição de 1988 estabeleceu o direito universal à saúde; no plano da organização da política pública, o Sistema Único de Saúde é o instrumento destinado a traduzir essa promessa em redes regionalizadas, integrais e participativas (Brasil, 1988).

A universalidade não deve ser confundida com homogeneidade operacional. Oferecer rigorosamente o mesmo modelo em regiões com condições territoriais distintas pode conservar desigualdades de acesso. A equidade exige identificar situações em que a distância, os custos indiretos, a diversidade linguística e as condições ambientais demandam estratégias diferenciadas. O problema prático não consiste em escolher entre universalidade e diferença, mas em construir formas de prestação capazes de preservar a igualdade de direitos enquanto reconhecem as necessidades concretas das populações.

Essa distinção é especialmente importante em comunidades indígenas e tradicionais. A organização de serviços deve dialogar com conhecimentos e decisões coletivas, sem exigir que as pessoas renunciem a práticas culturais para acessar cuidados clinicamente necessários. Novo (2011), ao analisar a atenção à saúde no Alto Xingu, evidencia tensões entre o modelo normativo de atenção diferenciada e sua concretização, inclusive quanto aos sentidos atribuídos a qualidade, cuidado e atuação institucional. Trata-se de uma contribuição que impede reduzir interculturalidade a mera tradução de materiais educativos.

A compreensão ampliada de saúde também orienta o exame do ambiente. A incidência de malária, por exemplo, depende de uma cadeia epidemiológica específica, mas a exposição de grupos humanos é atravessada por ocupação territorial, trabalho, deslocamento e possibilidade de diagnóstico oportuno. O enfoque coletivo permite considerar simultaneamente vigilância, tratamento, proteção ambiental e organização dos serviços, sem atribuir de forma simplista um agravo a uma única causa.

O território não é, para o planejamento sanitário, um simples ponto de localização. Inclui redes de circulação, relações econômicas, sazonalidade das águas, distribuição dos serviços e formas particulares de habitar. Em rios amazônicos, trajetos entre comunidades e sedes municipais podem ser modificados pela cheia ou pela vazante. Uma unidade formalmente existente em determinado município não resolve a questão da acessibilidade se parte da população depende de longos deslocamentos ou enfrenta custos que inviabilizam consultas, exames e retornos.

Assim, a territorialização precisa orientar calendário de visitas, composição das equipes, armazenamento de imunobiológicos, cadeia de suprimentos, transporte de pacientes e mecanismos de comunicação. O desempenho da atenção primária deve ser examinado de acordo com a possibilidade de acompanhamento longitudinal, e não somente pelo número de atendimentos em jornadas isoladas. O cuidado a uma gestante, pessoa com diabetes ou criança com risco nutricional exige sucessivos contatos, registro confiável e referência quando necessário. A logística é componente clínico e ético da assistência.

Lima et al. (2021) descrevem a relevância de arranjos ribeirinhos e fluviais na atenção primária amazônica. Sua análise contribui para compreender que a adaptação organizacional constitui condição importante de acesso, mas não representa, por si só, uma demonstração de cobertura efetiva para todos os grupos. A diferença entre implantação de uma equipe e oferta contínua de cuidado ajuda a orientar avaliações de políticas, pois recursos, permanência dos profissionais e deslocamentos influenciam o resultado final.

O enfoque territorial também permite superar a oposição entre rural e urbano como categorias suficientes. Áreas periurbanas, assentamentos, comunidades tradicionais e bairros periféricos podem compartilhar restrições de saneamento e mobilidade, embora apresentem formas distintas de vulnerabilidade. Por isso, informações municipais agregadas devem ser complementadas por indicadores desagregados e escuta das populações, de modo a tornar visíveis desigualdades ocultas por médias estatísticas.

Atenção primária e vigilância em saúde são dimensões complementares do sistema. A primeira possibilita vínculo, prevenção, identificação precoce de agravos e coordenação do cuidado; a segunda produz informações sobre ocorrências, exposição e distribuição de riscos. Quando essas funções permanecem desconectadas, surgem lacunas como notificação sem acompanhamento, detecção sem tratamento e planejamento que não retorna às comunidades como melhoria de serviços. A integração exige fluxos operacionais, comunicação entre equipes e informação utilizável no nível local.

O estudo de Reis et al. (2022), sobre a avaliabilidade do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, analisa experiências nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Alto Rio Solimões e Leste Roraima. Os autores identificam utilidade potencial dos registros para o trabalho das equipes, mas também dificuldades de infraestrutura, fragmentação de informações e baixo uso local dos dados. A pesquisa demonstra por que a existência de um sistema informatizado não equivale automaticamente à produção de inteligência sanitária territorial.

A qualidade da informação também possui dimensão política. Registros incompletos podem tornar populações menos visíveis na distribuição de recursos; mudanças de critérios de coleta podem ser confundidas com aumentos ou quedas de prevalência; e a ausência de retorno à comunidade enfraquece a participação social. Transparência não consiste apenas em publicar planilhas: envolve documentar fontes, conceitos, limites, procedimentos de atualização e usos possíveis dos resultados. A gestão de indicadores precisa ser acompanhada por responsabilização e capacidade de decisão.

O Censo 2022 é ilustrativo dessa complexidade. O IBGE (2023) explicita que inovações metodológicas na identificação da população indígena restringem comparações diretas com 2010. Essa informação não reduz o valor da produção censitária; pelo contrário, melhora sua interpretação e impede que diferenças de mensuração sejam apresentadas como mudanças demográficas integralmente verificadas. Para saúde coletiva, dados robustos pressupõem leitura crítica dos processos que lhes deram origem.

A saúde indígena situa-se na convergência entre direitos constitucionais, autonomia cultural, proteção dos territórios e

organização de serviços. Não basta estabelecer presença eventual de profissionais em aldeias: o atendimento deve responder a demandas de prevenção, assistência e vigilância sem desconsiderar línguas, concepções de saúde, relações comunitárias e autoridade de lideranças. Novo (2011) demonstra que a tensão entre diretrizes institucionais e práticas concretas pode produzir conflitos sobre o sentido da qualidade da atenção.

A dimensão intercultural envolve decisões sobre acolhimento, mediação linguística, comunicação de riscos, encaminhamento hospitalar e diálogo com conhecimentos tradicionais. Uma abordagem que compreende práticas indígenas apenas como obstáculos ao tratamento pode romper vínculos e diminuir a aceitabilidade dos serviços. Por outro lado, respeito cultural não justifica privar comunidades de exames, medicamentos essenciais e transporte sanitário. A atenção diferenciada precisa combinar reconhecimento da diversidade e acesso aos mesmos patamares de proteção oferecidos pelo sistema público.

O caso Yanomami mostra a pertinência dessa discussão quando a proteção territorial se relaciona diretamente com a segurança alimentar, a circulação de equipes e a exposição a doenças. O Ministério da Saúde documentou resposta emergencial à desassistência no território, incluindo ações de vigilância, estrutura e assistência (Brasil, Ministério da Saúde, 2024b). Esses registros são relevantes para compreender a atuação estatal, mas precisam ser lidos como documentos administrativos, e não como avaliação independente de todos os desfechos de saúde.

O conceito de integralidade adquire aqui densidade concreta: restabelecer condições de cuidado pode depender

simultaneamente de retirada de fatores de violência e degradação, proteção das fontes de alimento, atenção nutricional, testagem de malária, imunização e transporte. A fragmentação entre essas agendas enfraquece respostas. Isso explica por que uma política exclusivamente assistencial, embora necessária, pode ser insuficiente diante de agravos produzidos e agravados por processos territoriais.

O vínculo entre ambiente e saúde coletiva não implica supor uma relação uniforme entre qualquer mudança ambiental e todos os indicadores de adoecimento. Diferentes riscos exigem mecanismos específicos de exposição, dose, suscetibilidade e resposta dos serviços. Entretanto, evidências sobre fumaça de queimadas, pressão extrativa e alterações dos ecossistemas justificam a incorporação sistemática de variáveis ambientais à vigilância e ao planejamento. A associação entre ciclos de estiagem e maior dificuldade de deslocamento também merece tratamento administrativo, independentemente da estimativa epidemiológica de cada agravo.

A Fiocruz (2019) divulgou análise de internações respiratórias de crianças em localidades impactadas por queimadas amazônicas, com excesso observado em relação ao esperado no recorte investigado. Tal evidência sustenta a preocupação com a carga assistencial atribuível à exposição à fumaça naquela situação específica, mas não permite afirmar que todas as cidades amazônicas apresentem a mesma magnitude de efeito. Generalizações sem observar população, período e metodologia enfraquecem a credibilidade das conclusões.

A justiça ambiental constitui dimensão da equidade sanitária: grupos com menor responsabilidade pela degradação podem dispor de menos recursos para se proteger de suas consequências. Essa assimetria pode aparecer na dificuldade de aquisição de água potável, na impossibilidade de permanecer em locais com ar filtrado ou na dependência de atendimento distante. Proteger a saúde exige antecipar riscos e organizar respostas antes que a procura por emergências aumente, inclusive por ações de comunicação adaptadas a contextos culturais e linguísticos.

A articulação intersetorial não é, portanto, um ideal abstrato. Ela se manifesta em planos locais que liguem monitoramento ambiental, atenção primária, defesa civil, saneamento e transporte. Seus resultados precisam ser avaliados por meio de indicadores de acesso e proteção, e não apenas pelo registro de reuniões ou operações. Esse referencial orienta a leitura das evidências empíricas na seção seguinte.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise documental e a revisão narrativa identificaram avanços na garantia jurídica do direito à saúde e na organização de serviços adaptados às particularidades da Amazônia brasileira. Entretanto, esses avanços coexistem com obstáculos à continuidade do cuidado, desigualdades territoriais e vulnerabilidades socioambientais. Os resultados foram organizados em cinco eixos: direito à saúde e atenção primária; acesso e articulação regional; saúde indígena e vigilância da malária; condições socioambientais; e informação e avaliação das políticas.

### **4.1. Direito à Saúde e Organização Territorial da Atenção Primária**

A consolidação de um marco constitucional de acesso universal à saúde constitui um avanço central. O artigo 196 da Constituição Federal estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegurado por políticas sociais e econômicas voltadas à redução de riscos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços (Brasil, 1988). Esse reconhecimento fornece fundamento jurídico para a assistência às comunidades amazônicas e para a avaliação das políticas segundo sua capacidade de alcançar populações historicamente menos atendidas.

Contudo, a universalidade prevista na legislação não assegura, por si só, acesso efetivo. Na Amazônia, sua concretização depende de respostas compatíveis com a dispersão populacional, as distâncias entre comunidades e serviços e a importância dos rios como vias de deslocamento. A distância entre a garantia normativa e a experiência cotidiana dos usuários evidencia que a implementação do direito exige condições materiais, financiamento e organização territorial.

Nesse contexto, as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e as Unidades Básicas de Saúde Fluviais representam avanços na adaptação da atenção primária. Essas modalidades reconhecem que a oferta baseada exclusivamente em unidades fixas pode ser insuficiente para comunidades cujo acesso depende do transporte fluvial (Brasil, Ministério da Saúde, s.d.). Sua contribuição está na possibilidade de aproximar os serviços das condições de vida e das necessidades dessas populações.

A adaptação territorial, entretanto, precisa abranger mais do que o deslocamento das equipes. Para assegurar integralidade, os serviços devem oferecer consultas, vacinação, acompanhamento, ações

coletivas e mecanismos de continuidade entre as visitas. Combustível, manutenção das embarcações, comunicação, disponibilidade de profissionais e abastecimento de insumos integram a estrutura necessária ao cuidado. A insuficiência de qualquer desses componentes pode comprometer a regularidade da assistência.

Lima et al. (2021) reforçam a importância de avaliar a atenção primária ribeirinha a partir das ações realizadas e do desempenho dos serviços. Assim, o credenciamento de equipes e a existência de unidades constituem indicadores de capacidade organizacional, mas não demonstram, isoladamente, acompanhamento adequado ou resolução das necessidades de saúde. O avanço institucional deve ser analisado juntamente com a qualidade de sua execução e com a experiência dos usuários nos diferentes territórios.

#### **4.2. Acesso aos Serviços e Articulação das Redes Regionais**

A expansão da atenção primária não elimina os obstáculos ao atendimento de urgências, emergências e necessidades especializadas. Nessas situações, o acesso depende de comunicação, avaliação clínica, transporte e articulação com serviços de referência em tempo compatível com o risco. Quando o deslocamento envolve longos percursos fluviais, a presença de uma equipe no território pode ser insuficiente para assegurar a continuidade da assistência.

O estudo qualitativo realizado em Boa Vista do Ramos, no Amazonas, examinou território, fluxos e fronteiras de acesso de populações ribeirinhas aos serviços de urgência e emergência. Ao relacionar localização geográfica e relatos de atores locais, a investigação evidencia a importância de compreender os percursos

efetivamente realizados pelos usuários (Acesso aos serviços de saúde..., 2024). Embora seus resultados não possam ser generalizados quantitativamente para toda a Amazônia, contribuem para interpretar dificuldades concretas de funcionamento das redes em territórios fluviais.

Esses achados indicam que o acesso deve ser avaliado como um processo: reconhecimento do problema, primeiro contato com o serviço, eventual transferência, chegada à unidade de referência, realização do atendimento, retorno e seguimento. O tempo acumulado, os custos e as condições de deslocamento influenciam a possibilidade de concluir esse percurso. Indicadores restritos à quantidade de estabelecimentos ou à distância em quilômetros podem, portanto, superestimar a proteção assistencial disponível.

A organização da rede exige pactuação entre municípios, referências definidas, transporte adequado e comunicação funcional. Como parte dos serviços especializados se concentra em outros pontos da rede regional, a capacidade de resposta não depende apenas da gestão municipal. Trata-se também de uma questão federativa, que requer distribuição de responsabilidades e planejamento compartilhado.

A continuidade do cuidado não pode ficar condicionada à capacidade financeira das famílias ou a iniciativas individuais de profissionais. O fortalecimento das redes regionais deve reduzir essa dependência, assegurando condições regulares de transferência e acompanhamento. Dessa forma, a adaptação territorial da atenção primária precisa estar articulada aos demais níveis de atenção para produzir acesso efetivo e integralidade.

### **4.3. Saúde Indígena, Vigilância da Malária e Crise Sanitária Yanomami**

A malária evidencia necessidades persistentes de vigilância e assistência na região. O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, volume 55, número 14, registrou 139.884 casos autóctones na região amazônica em 2023. Desse total, 55.974 casos, correspondentes a 40,0%, apresentaram áreas indígenas como local provável de infecção; 46.725, equivalentes a 33,4%, ocorreram em áreas rurais; e 20.365, correspondentes a 14,6%, em áreas de garimpo (Brasil, Ministério da Saúde, 2024a).

Essa distribuição reforça a necessidade de estratégias territorializadas de prevenção, diagnóstico e tratamento. Em áreas dispersas, a resposta depende de busca ativa, disponibilidade de insumos e acompanhamento terapêutico, evitando que pacientes sintomáticos precisem realizar deslocamentos incompatíveis com suas condições de saúde. A permanência da transmissão demonstra que os avanços da vigilância não eliminaram a carga da doença.

A interpretação desses dados, contudo, exige duas distinções. A primeira é que totais absolutos não representam medidas equivalentes de risco entre estados, pois variam conforme o tamanho populacional, a exposição e a capacidade de detecção. A segunda é que o local provável de infecção não permite deduzir identidade étnica, ocupação ou residência permanente da pessoa infectada. Assim, casos registrados em áreas indígenas ou de garimpo não devem ser automaticamente atribuídos a indígenas ou garimpeiros.

Além disso, um número elevado de casos em determinado ano não comprova, isoladamente, retrocesso. A demonstração de piora temporal requer séries comparáveis e consideração de mudanças na cobertura da vigilância. Os dados apresentados sustentam a identificação de uma necessidade sanitária persistente e de desafios à equidade, mas não autorizam conclusões temporais além das evidências disponíveis.

A crise sanitária Yanomami, por sua vez, constitui um exemplo localizado de deterioração assistencial documentada e de posterior mobilização estatal. As ações emergenciais divulgadas pelo Ministério da Saúde abrangeram malária, desnutrição, imunização, assistência e infraestrutura, em resposta à desassistência no território (Brasil, Ministério da Saúde, 2024b). O episódio evidencia a relação entre proteção sanitária, segurança territorial e condições de subsistência.

Em novembro de 2024, o Ministério da Saúde informou a reabertura de polos-base, a ampliação do número de profissionais e a execução de medidas destinadas ao diagnóstico e tratamento da malária e à recuperação nutricional (Brasil, Ministério da Saúde, 2024c). Essas iniciativas representam recuperação de capacidade assistencial segundo os registros do órgão executor. Entretanto, expansão da estrutura, aumento de atendimentos e melhoria das condições de saúde são dimensões distintas, que exigem indicadores próprios.

O Informe 09, divulgado em 2026 com informações referentes a 2025, apresenta a evolução de indicadores de malária, nutrição e vacinação no território Yanomami (Brasil, Ministério da Saúde, 2026). Como fonte administrativa, contribui para o monitoramento público, mas sua interpretação precisa considerar métodos de registro,

populações de referência e possíveis mudanças na captação dos dados. A ampliação da busca ativa, por exemplo, pode aumentar os casos identificados sem representar necessariamente crescimento da transmissão.

A resposta à crise também demonstra os limites de intervenções fragmentadas. O tratamento clínico da desnutrição precisa ser acompanhado de condições adequadas de alimentação, água e continuidade assistencial. Da mesma forma, o enfrentamento da malária requer acesso aos territórios e ações sobre fatores que ampliam a exposição. A integralidade pressupõe articulação entre saúde, ambiente e direitos humanos.

Portanto, o reconhecimento de melhorias não elimina a necessidade de avaliar déficits acumulados e a sustentabilidade das ações. É necessário acompanhar se equipes, insumos e meios de deslocamento permanecem disponíveis após a fase emergencial. O caso Yanomami indica que a recuperação da assistência deve ser transformada em capacidade regular de prevenção e cuidado, evitando a dependência de respostas tardias.

#### **4.4. Condições Socioambientais, Saneamento e Continuidade do Cuidado**

As condições ambientais constituem outro eixo das desigualdades em saúde na Amazônia. A exposição à fumaça de queimadas pode agravar problemas respiratórios e aumentar a demanda por atendimento, especialmente entre crianças e pessoas com maior vulnerabilidade clínica. Estudo divulgado pela Fiocruz estimou excesso de internações infantis por problemas respiratórios em

municípios particularmente atingidos por queimadas (FIOCRUZ, 2019).

Esse resultado relaciona exposição ambiental e demanda assistencial no recorte investigado. Sua aplicação a outros municípios ou períodos, contudo, requer cautela, pois intensidade da exposição, dispersão de poluentes, condições meteorológicas, composição populacional e disponibilidade de serviços podem modificar os efeitos observados. A evidência sustenta a relevância sanitária das queimadas, sem permitir a transferência automática das estimativas para toda a região.

Além dos efeitos sobre a saúde, as variações hidrológicas podem comprometer o acesso aos serviços. A redução da navegabilidade durante períodos de seca exige planejamento para transporte de pacientes, entrega de medicamentos, vacinação e comunicação com as comunidades. A sazonalidade deve, assim, integrar a organização regular da rede assistencial.

A articulação entre vigilância ambiental e atenção à saúde pode contribuir para antecipar necessidades e organizar respostas. Alertas precisam alcançar populações com baixa conectividade, enquanto orientações devem ser acessíveis e culturalmente adequadas. A capacidade de identificar agravos relacionados à exposição ambiental deve acompanhar as ações de prevenção e monitoramento.

O saneamento e a qualidade da água também vinculam condições de vida e adoecimento. A disponibilidade de assistência não elimina riscos cotidianos associados à infraestrutura insuficiente. Em comunidades dispersas, soluções de abastecimento, manejo de

resíduos e esgotamento precisam considerar sazonalidade, recursos locais, segurança da água e manutenção. A avaliação dessas intervenções deve abranger seu funcionamento ao longo do tempo.

As medidas de infraestrutura divulgadas na resposta Yanomami reconhecem a relação entre água, estruturas assistenciais e condições ambientais (Brasil, Ministério da Saúde, 2024c). Entretanto, a quantidade de intervenções executadas não demonstra, isoladamente, segurança hídrica contínua ou redução de agravos. Esses resultados dependem de acompanhamento específico.

O enfrentamento dessas condições requer articulação entre saúde, saneamento, educação e meio ambiente, com participação comunitária na identificação de problemas e na adequação das soluções. A precariedade da infraestrutura deve ser compreendida como questão material e de política pública, evitando sua naturalização como característica das populações amazônicas. Reconhecer conhecimentos e práticas locais é compatível com exigir acesso à água segura e a condições adequadas de saneamento.

#### **4.5. Sistemas de Informação e Avaliação dos Avanços e Retrocessos**

Os sistemas de informação representam uma possibilidade de qualificação da gestão, mas também apresentam limitações operacionais. Reis et al. (2022) identificaram potencialidades do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) para apoiar as equipes, especialmente quando os dados são organizados de modo pertinente ao território. A investigação também apontou

fragmentação e infraestrutura insuficiente, com efeitos sobre o retrabalho e o uso das informações.

A produção de registros contribui para a equidade quando orienta decisões oportunas. Para isso, é necessário distinguir capacidade instalada, produção assistencial, continuidade do cuidado e resultados de saúde. O cadastro de equipes informa estrutura organizacional; a contagem de consultas indica produção; o acompanhamento adequado permite examinar continuidade; e os indicadores de adoecimento e mortalidade expressam desfechos influenciados também pelas condições de vida.

A desagregação dos indicadores por território, idade, pertencimento étnico, quando adequadamente registrado, e outras características relevantes pode revelar desigualdades ocultas pelas médias estaduais. Ao mesmo tempo, sua divulgação deve proteger dados pessoais e evitar a identificação de indivíduos em comunidades pequenas. Mudanças metodológicas e períodos de dificuldade de acesso aos territórios precisam ser documentados, pois interferem na produção e na comparabilidade das informações.

O fortalecimento da gestão informacional exige infraestrutura apropriada, formação continuada e retorno das análises aos serviços e às comunidades. Sua finalidade é produzir conhecimento utilizável para o planejamento e a avaliação. Dados qualificados integram a infraestrutura do cuidado, mas dependem da presença de profissionais, insumos e condições efetivas de atendimento.

Em conjunto, os resultados mostram que avanços jurídicos e organizacionais coexistem com implementação desigual. Uma política pode ampliar sua estrutura nacionalmente e apresentar

dificuldades de execução em determinados municípios ou grupos. Por isso, a avaliação de avanços e retrocessos deve considerar a escala territorial, o período e a dimensão examinada.

Também é necessário distinguir obstáculos persistentes de perdas de proteção anteriormente existente. Barreiras históricas de transporte, saneamento e continuidade assistencial evidenciam insuficiências na efetivação do direito à saúde. A caracterização de retrocesso exige demonstrar deterioração de condições ou interrupção de capacidades, com base em evidências documentais ou séries comparáveis.

Os achados sustentam a necessidade de financiamento contínuo, planejamento plurianual, transporte regional, apoio aos trabalhadores, disponibilidade de insumos e participação comunitária. Também apontam uma agenda de pesquisa voltada à comparação de séries históricas, aos trajetos e custos de acesso e à continuidade do cuidado durante cheias e vazantes. Considerando a diversidade das fontes e dos recortes examinados, as conclusões sobre a Amazônia devem permanecer proporcionais às evidências disponíveis.

## **5. CONCLUSÃO**

A revisão evidencia que a saúde coletiva na Amazônia brasileira não pode ser descrita apenas pela oposição entre progresso e fracasso. A Constituição de 1988, a criação e manutenção de modalidades específicas de atenção primária ribeirinha e fluvial, os mecanismos de vigilância e as respostas institucionais a emergências representam conquistas e capacidades públicas documentadas. Em

conjunto, demonstram reconhecimento da necessidade de adaptar o sistema à diversidade territorial e sociocultural da região.

Os limites identificados, entretanto, são relevantes. Longos deslocamentos, obstáculos à continuidade assistencial, necessidades de integração da rede, dificuldades na utilização das informações e condições ambientais adversas reduzem a capacidade de transformar direitos em proteção cotidiana. A concentração de casos de malária em contextos vulneráveis e a emergência sanitária Yanomami demonstram que o cuidado depende de articulação entre assistência, condições de vida e proteção dos territórios. Não é cientificamente adequado converter tais achados em narrativa de piora homogênea de toda a Amazônia.

A principal contribuição do artigo está em propor leitura proporcional às evidências: identificar avanço institucional não é comprovar efetividade integral; reconhecer uma crise localizada não é demonstrar deterioração universal; e observar carências persistentes não é, por si só, calcular um retrocesso temporal. O uso rigoroso dessas categorias fortalece o debate público, evita interpretações sensacionalistas e favorece o planejamento de políticas sustentadas por indicadores transparentes.

Conclui-se que a concretização do direito à saúde na Amazônia exige financiamento continuado, arranjos logísticos pertinentes aos territórios, atenção diferenciada e culturalmente respeitosa, redes regionais resolutivas, políticas de saneamento e proteção ambiental, sistemas de informação operacionais e participação social. Mais do que multiplicar ações isoladas, é necessário assegurar continuidade, capacidade de avaliação e correção de desigualdades. Uma agenda de saúde coletiva comprometida com a equidade deverá

reconhecer a pluralidade amazônica como fundamento do planejamento e não como justificativa para limitar direitos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: território, fluxos e fronteiras das populações ribeirinhas de Boa Vista do Ramos, Amazonas. Saúde e Sociedade, v. 33, n. 3, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230392pt>.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 8 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caracterização da malária em áreas especiais da região amazônica. Boletim Epidemiológico, Brasília, v. 55, n. 14, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-14.pdf>. Acesso em: 8 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perguntas Frequentes: Missão Yanomami. Brasília: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/missao-yanomami/faq/faq>. Acesso em: 8 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública por desassistência no território Yanomami – 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/coes/coe->

yanomami/publicacoes-tecnicas/planos-e-protocolos/plano-de-acao-do-coe-emergencia-em-saude-publica-yanomami-2024/view.

Acesso em: 8 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Retomada do cuidado: SUS. Missão Yanomami: Informe 09. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/coes/coe-yanomami/informes/missao-yanomami-informe-09.pdf>. Acesso em: 8 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Serviços: Unidades Básicas de Saúde Fluviais e Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude/povos-e-comunidades-tradicionais/servicos/servicos>. Acesso em: 8 out. 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Aumento de problemas respiratórios em crianças nas áreas de queimadas da Amazônia acarreta forte impacto para o SUS. Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://www.ict.fiocruz.br/content/aumento-de-problemas-respirat%C3%B3rios-em-crian%C3%A7as-nas-%C3%A1reas-de-queimadas-da-amaz%C3%B4nia-acarreta>. Acesso em: 8 out. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022: indígenas: primeiros resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102018.pdf>. Acesso em: 8 out. 2026.

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa et al. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 6, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021>.

NOVO, Marina Pereira. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 7, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700011>.

REIS, Ana Cristina et al. Estudo de avaliabilidade do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena: potencialidades e desafios para apoiar a gestão em saúde no nível local. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 5, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt021921>.

---

<sup>1</sup> Especialista em UTI adulto. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>2</sup> Especialista em Segurança Pública. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>3</sup> Especialista em Nutrição Clínica. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>4</sup> Médica Ginecologista e Obstetra. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>5</sup> Acadêmica do Curso Bacharelado em Enfermagem. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>6</sup> Especialista em Saúde Pública com ênfase em saúde da família e indígena. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>7</sup> Graduação em Serviço Social. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>8</sup> Especialista em Inteligência artificial. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>9</sup> Mestranda em Saúde Coletiva - FIOCRUZ, Bacharelado em Enfermagem

<sup>10</sup> Graduação em Direito; e Ciências Militares e Segurança Pública. Pós graduação em Gestão Pública aplicada à segurança, Segurança Pública, Direito Público, Inteligência Policial e Polícia Comunitária. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>11</sup> Doutora em Saúde Pública - FIOCRUZ. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)