

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO

JIMMY MARTINS SHIMIZU

FEDERALISMO POR COOPERAÇÃO E O DIREITO À SAÚDE NA AMAZÔNIA: O
caso da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia no município de Parintins,
Amazonas

Manaus - Amazonas

2026

JIMMY MARTINS SHIMIZU

FEDERALISMO POR COOPERAÇÃO E O DIREITO À SAÚDE NA AMAZÔNIA: O
caso da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia no município de Parintins,
Amazonas

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
do Programa de Pós-Graduação em Direito
(PPGDIR) da Universidade Federal do Amazonas,
para obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silva Menezes

Manaus - Amazonas

2026

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

-
- S556f Shimizu, Jimmy Martins
Federalismo por cooperação e o direito à saúde na Amazônia: o caso da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia no município de Parintins, Amazonas / Jimmy Martins Shimizu. - 2026.
171 f. : il., p&b. ; 31 cm.
- Orientador(a): Rafael da Silva Menezes.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa de Pós-Graduação em Direito, Manaus/AM, 2026.
1. Federalismo por cooperação. 2. Democracia sanitária. 3. Atenção primária à saúde. 4. Conferências de saúde. 5. Comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia. I. Menezes, Rafael da Silva. II. Universidade Federal do Amazonas. Programa de Pós-Graduação em Direito. III. Título
-

JIMMY MARTINS SHIMIZU

FEDERALISMO POR COOPERAÇÃO E O DIREITO À SAÚDE NA AMAZÔNIA: O
caso da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia no município de Parintins,
Amazonas

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
do Programa de Pós-Graduação em Direito
(PPGDIR) da Universidade Federal do Amazonas,
para obtenção do título de Mestre em Direito.

Manaus, 15 de junho de 2026

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rafael da Silva Menezes
Membro Interno/Orientador
PPGDIR/UFAM

Prof.^a Dra. Giulia Parola
Membro Interno
PPGDIR/UFAM

Prof.^a Dra. Rebecca Forattini Lemos Igreja
Membro Externo
Universidade de Brasília - UNB

Dedico este trabalho à minha família, especialmente à minha mãe Joana e à minha irmã Jane, cujo apoio constante e afeto sustentaram esta trajetória de pesquisa e aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus professores do Programa de Pós-Graduação em Direito, em especial ao Prof. Dr. Rafael da Silva Menezes, orientador deste trabalho, pela orientação segura, pelo rigor acadêmico e pela constante disponibilidade ao longo de toda a pesquisa. Manifesto, igualmente, minha gratidão aos Professores Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas e Dra. Dorinethe dos Santos Bentes, cujas contribuições teóricas e metodológicas, ao longo da minha trajetória no mestrado, foram fundamentais para o amadurecimento crítico da pesquisa e para a construção dos caminhos que conduziram ao desenvolvimento deste trabalho. Registro, ainda, meu especial agradecimento à Professora Dra. Júlia Maurmann Ximenes, cujas valiosas orientações foram decisivas para lapidar e direcionar a fase final da dissertação.

"Saúde é democracia, democracia é saúde" - Sergio Arouca (em discurso histórico na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, tornando-se o lema do movimento sanitário).

RESUMO

A presente dissertação tem por objetivo analisar, à luz do modelo constitucional de federalismo por cooperação, em que medida as demandas relacionadas à atenção primária à saúde da Comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, no município de Parintins (AM), são identificadas e incorporadas nas deliberações das Conferências de Saúde. Parte-se da premissa de que a efetivação do direito fundamental à saúde, em contextos regionais assimétricos como o amazônico, depende da coordenação entre os entes federativos, da descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS) e da existência de mecanismos institucionais de participação social sensíveis às especificidades culturais e territoriais. Adota-se uma abordagem qualitativa, de natureza bibliográfica e documental. No capítulo 3, realiza-se a caracterização empírica da comunidade, contemplando aspectos territoriais, históricos, populacionais, socioeconômicos e o histórico de acesso à atenção primária à saúde. No capítulo 4, desenvolve-se a análise teórica e normativa do federalismo por cooperação, articulada ao objeto empírico, com ênfase na repartição de competências em matéria de saúde, na descentralização do SUS e no papel do Código de Saúde do Amazonas na regionalização das políticas públicas. No capítulo 5, examina-se a relação entre coordenação federativa e democracia sanitária, tendo como eixo analítico o procedimentalismo participativo, com destaque para conferências e conselhos de saúde, bem como um debate acerca dos limites do procedimentalismo em contextos de subalternidade cultural e assimetrias de poder. Por fim, no capítulo 6, realiza-se análise empírica de caráter discursivo, sob perspectiva crítica, dos relatórios finais e documentos oficiais da 16ª e da 17ª Conferências Nacionais de Saúde, da 8ª e da 9ª Conferências Estaduais de Saúde do Amazonas e da I Conferência Municipal de Saúde de Parintins, com o objetivo de responder ao problema de pesquisa proposto. Os resultados indicam que, embora as Conferências de Saúde representem importantes espaços democráticos de deliberação e participação social, as demandas relacionadas à atenção primária à saúde da Comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia são reconhecidas de forma predominantemente indireta, genérica e com baixo grau de territorialização (sem referência direta aos territórios específicos). Tal achado evidencia limites do federalismo por cooperação na tradução das decisões participativas em respostas efetivas à realidade local, bem como a necessidade de aperfeiçoamento de mecanismos normativos e institucionais que assegurem a incorporação específica e vinculante dos territórios e sujeitos amazônicos na formulação das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Federalismo por cooperação; Democracia sanitária; Atenção Primária à Saúde; Conferências de Saúde; Comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze, in light of the constitutional model of cooperative federalism, the extent to which demands regarding primary health care from the Santa Maria de Vila Amazônia community in the municipality of Parintins (Amazonas state) are identified and incorporated into the deliberations of Health Conferences. It proceeds from the premise that realizing the fundamental right to health in asymmetrical regional contexts, such as the Amazon, depends on coordination among federal entities, the political - administrative decentralization of the Unified Health System (SUS), and the existence of institutional mechanisms for social participation that are sensitive to cultural and territorial specificities. A qualitative approach is adopted, based on bibliographic and documentary research. Chapter 3 provides an empirical characterization of the community, covering territorial, historical, demographic, and socioeconomic aspects, as well as the history of access to primary health care. Chapter 4 develops a theoretical and normative analysis of cooperative federalism linked to the empirical subject matter, emphasizing the division of health-related competencies, the decentralization of the SUS, and the role of the Amazonas Health Code in the regionalization of public policies. Chapter 5 examines the relationship between federal coordination and health democracy, using participatory proceduralism as an analytical framework, highlighting health conferences and councils, while also debating the limits of proceduralism in contexts of cultural subordination and power asymmetries. Finally, Chapter 6 conducts a critical, discourse-oriented empirical analysis of final reports and official documents from the 16th and 17th National Health Conferences, the 8th and 9th Amazonas State Health Conferences, and the 1st Parintins Municipal Health Conference, with the aim of addressing the proposed research problem. The results indicate that, although Health Conferences represent important democratic spaces for deliberation and social participation, demands regarding primary health care in the Santa Maria de Vila Amazônia community are acknowledged in a predominantly indirect and generic manner, with a low degree of territorialization (lacking direct reference to specific territories). This finding highlights the limitations of cooperative federalism in translating participatory decisions into effective responses to local realities, as well as the need to improve normative and institutional mechanisms to ensure the specific and binding inclusion of Amazonian territories and stakeholders in the formulation of public health policies.

Keywords: Federalism through cooperation; Health democracy; Primary health care; Health conferences; Santa Maria de Vila Amazônia community.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1ª CMUS-PIN - I Conferência Municipal de Saúde de Parintins

8ª COES - 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas

9ª COES - 9ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas

16ª CNS - 16ª Conferência Nacional de Saúde

17ª CNS - 17ª Conferência Nacional de Saúde

ADC - Análise de Discurso Crítica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AM - Amazonas

APS - Atenção Primária à Saúde

CES-AM - Conselho Estadual de Saúde do Amazonas

CF/88 - Constituição Federal de 1988

CMUS-PIN - Conferência Municipal de Saúde de Parintins

CNS - Conferência Nacional de Saúde

COES - Conferência Estadual de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

MIRAD - Ministério da Reforma e do Desenvolvimento Agrário

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PPGDIR - Programa de Pós-Graduação em Direito

SUS - Sistema Único de Saúde

UFAM - Universidade Federal do Amazonas

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Imagem de satélite da Região de Vila Amazônia	28
Figura 02 - Vila Amazônia, sede da imigração japonesa em Parintins.....	28
Figura 03 - Prédio principal do Instituto Amazônia	30
Figura 04 - Hospital do Instituto Amazônia	30
Figura 05 - <i>Hakoo Kaikan</i> (templo).....	31
Figura 06 - Casa de J.G. Araújo em Vila Amazônia	32
Figura 07 - Posto de Saúde em Vila Amazônia (2009).....	40
Figura 08 - Inauguração da UBS Pe. Francisco Luppino	41
Figura 09 - Reentrega oficial da ambulância da Vila Amazônia, totalmente reformada e equipada com um novo motor de 150 HP.....	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Grade de Análise Documental das Conferências de Saúde.....	24
Quadro 02 - Histórico de ocupação de Vila Amazônia	33
Quadro 03 - Serviços de saúde prestados na UBS Padre Francisco Luppino (2026).	40
Quadro 04 - Quadro de diretrizes aprovadas (Tema Central - 8ª COES).....	124
Quadro 05 - Quadro de diretrizes aprovadas (Eixo I - 8ª COES)	124
Quadro 06 - Quadro de diretrizes aprovadas (Eixo II - 8ª COES)	125
Quadro 07 - Quadro de diretrizes aprovadas (Eixo III - 8ª COES)	125
Quadro 08 - Quadro de diretrizes aprovadas (Eixo I - 9ª COES)	130
Quadro 09 - Quadro de diretrizes aprovadas (Eixo II - 9ª COES)	130
Quadro 10 - Quadro de diretrizes aprovadas (Eixo III - 9ª COES)	131
Quadro 11 - Quadro de diretrizes aprovadas (Eixo IV - 9ª COES).....	132
Quadro 12 - Propostas aprovadas na Plenária Final (Eixo I - I CMUS-PIN). Realizadas ou sendo executadas pelo Município.....	137
Quadro 13 - Propostas aprovadas na plenária final (Eixo I - I CMUS-PIN). Não executadas pelo município	137
Quadro 14 - Propostas aprovadas na plenária final (Eixo II - I CMUS-PIN). Realizadas ou sendo executadas pelo município.....	137
Quadro 15 - Propostas aprovadas na plenária final (Eixo II - I CMUS-PIN). Não executadas pelo município	138
Quadro 16 - Propostas aprovadas na plenária final (Eixo III - I CMUS-PIN). Realizadas ou sendo executadas pelo município.....	138

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Rede de Serviços implantada – Atenção Básica.....	41
Tabela 02 - Distribuição das equipes da Estratégia Saúde da Família por Unidade de Saúde – Zona Rural	42
Tabela 03 - Composição das equipes de Estratégia de Saúde da Família.....	43
Tabela 04 - Distribuição do número de Conferências Municipais de Saúde realizadas em preparação à 16ª Conferência, por UF, 2019.....	97
Tabela 05 - Distribuição do número de Conferências Municipais de Saúde realizadas em preparação à 17ª Conferência, por UF, 2019.....	98
Tabela 06 - Distribuição de vagas da 16ª Conferência Nacional de Saúde	99
Tabela 07 - Quantitativo de entrevistas realizadas com delegados(as) por estado, região e segmento de representação (17ª CNS-2022/2023).....	107

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Local de nascimento dos moradores	33
Gráfico 02 - Tempo de moradia nas vilas.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 METODOLOGIA DA PESQUISA	21
3 CARACTERIZAÇÃO EMPÍRICA DA COMUNIDADE DE SANTA MARIA DE VILA AMAZÔNIA	27
3.1 Noções introdutórias	27
3.2 Caracterização territorial e histórica	27
3.3 Perfil populacional	34
3.4 Estrutura socioeconômica	36
3.5 Histórico de acesso à atenção primária em saúde	38
4 ESTRUTURA DO FEDERALISMO POR COOPERAÇÃO NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NA COMUNIDADE DE SANTA MARIA DE VILA AMAZÔNIA	47
4.1 Uma abordagem sob o aspecto das origens e dos elementos conceituais do federalismo por cooperação	47
4.2 Federalismo por cooperação na Constituição de 1988 e sua materialização na atenção primária à saúde em Santa Maria de Vila Amazônia	52
4.2.1 Fundamentos da repartição de competências administrativas e legislativas em matéria de saúde e a descentralização político-administrativa do SUS	52
4.2.2 O Código de Saúde do Amazonas e a regionalização da atenção primária à saúde	56
4.2.3 Materialização da cooperação interfederativa à realidade de Santa Maria de Vila Amazônia	58
4.2.4 A Participação comunitária na efetivação do direito à saúde	63
5 A COORDENAÇÃO FEDERATIVA E A DEMOCRACIA SANITÁRIA NO ATENDIMENTO DAS DEMANDAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SANTA MARIA DE VILA AMAZÔNIA	66
5.1 Noções iniciais	66
5.2 Democracia e procedimentalismo participativo	67
5.3 Democracia sanitária e instrumentos de participação popular	71
5.3.1 Noções teóricas sobre democracia sanitária	71

5.3.2 Instrumentos do procedimentalismo participativo e sua aplicação em Santa Maria de Vila Amazônia	75
5.3.2.1 Definição e função das conferências de saúde em níveis nacional, estadual e municipal	79
5.3.2.2 Conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde	82
5.4 Do procedimentalismo ao reconhecimento: limites da participação em contexto de assimetria cultural em Santa Maria de Vila Amazônia	83
5.4.1 Condicionantes territoriais e limites estruturais da participação	83
5.4.2 Reconhecimento dos sujeitos e diálogo intercultural como superação dos limites procedimentais	84
6 IDENTIFICAÇÃO E INCORPORAÇÃO DAS DEMANDAS DA COMUNIDADE DE SANTA MARIA DE VILA AMAZÔNIA NAS DELIBERAÇÕES DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE	93
6.1 Fundamentação metodológica e delimitação analítica: Análise de Discurso Crítica (ADC) de Norman Fairclough.....	93
6.2 Levantamento e análise das demandas relacionadas à Atenção Primária à Saúde nas conferências nacionais, estaduais e municipais.....	95
6.2.1 Conferências nacionais	96
6.2.1.1 A 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS-2019) e a Atenção Primária à Saúde: análise discursiva a partir do caso de Santa Maria de Vila Amazônia.....	98
6.2.1.1.1 Introdução	98
6.2.1.1.2 Forma de construção do discurso da Atenção Primária à Saúde na 16ª Conferência Nacional	99
6.2.1.1.3 Identificação das demandas amazônicas e ribeirinhas	100
6.2.1.1.4 Incorporação das demandas da APS nas deliberações da 16ª Conferência Nacional	101
6.2.1.1.5 Análise crítica: reconhecimento normativo e limites da efetividade.....	104
6.2.1.2 A 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ª CNS-2022/2023) e a Atenção Primária à Saúde: Análise Discursiva a partir do caso de Santa Maria de Vila Amazônia	105
6.2.1.2.1 Introdução	105

6.2.1.2.2	Forma de construção do discurso da Atenção Primária à Saúde na 17ª Conferência Nacional	106
6.2.1.2.3	Reconhecimento discursivo das especificidades amazônicas e ribeirinhas	106
6.2.1.2.4	Demandas da Atenção Primária compatíveis com a realidade de Santa Maria de Vila Amazônia	108
6.2.1.2.5	Incorporação das demandas da APS nas deliberações da 17ª Conferência Nacional	109
6.2.1.2.6	Análise crítica: avanços discursivos e limites estruturais	119
6.2.2	Conferências estaduais	119
6.2.2.1	A 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas (8ª COES-2019) e a Atenção Primária à Saúde: Análise Discursiva a partir do caso de Santa Maria de Vila Amazônia	120
6.2.2.1.1	Considerações introdutórias	120
6.2.2.1.2	Forma de construção do discurso da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas	121
6.2.2.1.3	A identificação das demandas de Santa Maria de Vila Amazônia no discurso participativo	121
6.2.2.1.4	Núcleos temáticos das demandas relacionadas à Atenção Primária	122
6.2.2.1.5	Incorporação das demandas nas deliberações da Conferência	123
6.2.2.1.6	Do reconhecimento participativo ao esvaziamento deliberativo	125
6.2.2.2	A 9ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas e a Atenção Primária à Saúde em territórios ribeirinhos: o caso da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia	126
6.2.2.2.1	Introdução	126
6.2.2.2.2	Forma de construção do discurso da Atenção Primária à Saúde na 9ª Conferência Estadual	126
6.2.2.2.3	Identificação das demandas relacionadas à comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia	127
6.2.2.2.4	Núcleos discursivos das demandas da APS em territórios ribeirinhos	127

6.2.2.2.5 Incorporação das demandas nas deliberações da 9ª Conferência Estadual	129
6.2.2.2.6 Análise crítica: reconhecimento ampliado e persistência da abstração.....	133
6.2.3 Conferências municipais	133
6.2.3.1 A I Conferência Municipal de Saúde de Parintins e a Atenção Primária à Saúde: Análise Discursiva a partir do caso de Santa Maria de Vila Amazônia	134
6.2.3.1.1 Considerações introdutórias.....	134
6.2.3.1.2 Forma de construção do discurso da I Conferência Municipal de Saúde de Parintins	134
6.2.3.1.3 A identificação das demandas da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia	135
6.2.3.1.4 A incorporação das demandas da Atenção Primária à Saúde (APS) nas deliberações da Conferência.....	136
6.2.3.1.5 Análise crítica: limites do reconhecimento territorial.....	139
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
7.1 Resultados da pesquisa	140
7.2 Teste crítico da hipótese	141
7.3 Proposições normativas e estratégias institucionais para a territorialização do direito à saúde na Amazônia.....	144
7.4 Contribuições da pesquisa	149
REFERÊNCIAS.....	151
GLOSSÁRIO.....	158
ANEXO A - PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022–2025	161

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 instituiu, no ordenamento jurídico brasileiro, um modelo de federalismo por cooperação baseado na repartição de competências e na atuação articulada entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com vistas à concretização de direitos fundamentais.

No campo das políticas públicas de saúde, esse arranjo institucional assume especial relevância, uma vez que o direito à saúde foi constitucionalmente reconhecido como direito social fundamental, cuja efetivação depende da coordenação federativa, da descentralização político-administrativa do SUS e da participação democrática da comunidade.

No contexto amazônico, a implementação dessas diretrizes constitucionais enfrenta desafios específicos relacionados às particularidades territoriais, socioeconômicas e culturais das populações ribeirinhas, em especial a comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia.

Referida comunidade está localizada nas proximidades da sede do município de Parintins, numa faixa territorial situada na zona limítrofe entre o extremo leste do Estado do Amazonas e o extremo oeste do Estado do Pará, cujo acesso se dá pela via fluvial, por meio de barcos, lanchas, canoas e balsas, condições que evidenciam a necessidade de mecanismos institucionais de participação social sensíveis às realidades locais, capazes de promover, de modo efetivo, a inclusão das demandas da comunidade nos processos decisórios.

É nesse contexto que se insere a presente dissertação, intitulada “Federalismo por Cooperação e o Direito à Saúde na Amazônia: o caso da Comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, no município de Parintins (AM)”.

A principal contribuição acadêmica da pesquisa refere-se à sua relevância para o aprimoramento dos instrumentos de democracia sanitária participativa em contextos marcados por subalternidade cultural e assimetrias de poder, dialogando com debates sobre federalismo cooperativo, democracia sanitária, participação social e efetivação de direitos fundamentais em contextos periféricos.

A relevância social da pesquisa reside no esforço de conferir visibilidade e voz às demandas das populações ribeirinhas amazônicas, reconhecidas como grupos em situação de vulnerabilização, em especial no âmbito dos espaços institucionais

de deliberação do SUS. E mais especificamente, pelo propósito de contribuir, por meio da pesquisa, para a melhoria das condições de vida da comunidade de Vila Amazônia.

Há também uma motivação pessoal na pesquisa, uma vez que a comunidade de Vila Amazônia é parte da própria história familiar do autor, marcada pela imigração japonesa e pela sua vivência no território durante a infância.

A partir desse recorte, o presente trabalho tem por objetivo responder ao seguinte problema de pesquisa: **em que medida, à luz do modelo constitucional de federalismo por cooperação, as demandas relacionadas à atenção primária à saúde da Comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia são identificadas e incorporadas nas deliberações das Conferências de Saúde, nos âmbitos municipal, estadual e nacional?** Parte-se da hipótese de que tais demandas são apenas parcialmente contempladas nesses espaços, em razão da limitada visibilidade política e institucional das pautas locais.

Para alcançar esse objetivo, adota-se, inicialmente, abordagem qualitativa, de natureza bibliográfica e documental, para o desenvolvimento dos capítulos 3, 4 e 5, orientada por uma perspectiva analítico-interpretativa voltada à compreensão da efetividade do direito à saúde em contextos territorialmente situados.

Com esse propósito, a pesquisa inicia-se no Capítulo 3 com a caracterização empírica da comunidade estudada, contemplando aspectos territoriais e históricos, populacionais, socioeconômicos, bem como o histórico de acesso à atenção primária à saúde. Buscou-se, assim, reunir elementos que permitam uma compreensão integrada e contextualizada acerca dos aspectos materiais e institucionais que influenciam a efetivação do direito à saúde na comunidade, bem como para o desenvolvimento integrado com o referencial teórico nos Capítulos 4 e 5.

Na sequência, o Capítulo 4 desenvolve a análise teórica e normativa do federalismo por cooperação em articulação com os resultados empíricos do Capítulo 3, relacionados à Comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, examinando suas origens, fundamentos conceituais e sua incorporação pela Constituição de 1988, especialmente por meio da repartição de competências administrativas (art. 23, II) e legislativas (art. 24, XII) em matéria de saúde e da descentralização político-

administrativa do SUS (art. 198, I), compreendida como expressão prática do federalismo cooperativo.

Abordam-se, ainda, os instrumentos normativos infraconstitucionais, com destaque para o Código de Saúde do Amazonas (Lei Complementar nº 70/2009), como mecanismo de regionalização da atenção primária à saúde, bem como a forma pela qual a cooperação interfederativa se materializa na realidade de Vila Amazônia, à luz das responsabilidades delineadas na Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria nº 2.436/2017. O capítulo encerra-se com a análise da diretriz da participação comunitária (art. 198, III) na efetivação do direito à saúde, preparando o terreno para as discussões desenvolvidas no Capítulo 5.

O Capítulo 5, por sua vez, analisa, inicialmente, a coordenação federativa sob a perspectiva da democracia sanitária. Nesse contexto, são discutidos o procedimentalismo participativo e a democracia sanitária, com destaque para Jurgen Habermas, cujas contribuições para a teoria do procedimentalismo servem como categoria analítica fundamental à compreensão do modelo de democracia sanitária desenvolvido por Fernando Aith.

Aborda-se, ainda, os seus instrumentos institucionais de participação popular, categorizados por Fernando Aith como “instrumentos da democracia sanitária participativa”, especialmente as conferências e os conselhos de saúde, em níveis nacional, estadual e municipal, que visam garantir a participação popular como dimensão constitucional do SUS.

Por fim, são discutidos, os limites do procedimentalismo em contextos marcados por condicionantes territoriais, subalternidade cultural e assimetrias de poder em Vila Amazônia, ensejando a necessidade de abordagens orientadas pela teoria do reconhecimento de Axel Honneth, pela crítica à racionalidade técnico-burocrática formulada por James C. Scott e pelo diálogo intercultural, sob a perspectiva da “interfecundação das culturas” de Raimon Pannikar.

A investigação do problema de pesquisa é desenvolvida no Capítulo 6, por meio de análise empírica orientada pela Análise de Discurso Crítica (ADC), conforme formulada por Norman Fairclough, que compreende a linguagem como forma de prática social, indissociável das estruturas de poder e das formações ideológicas. Nessa perspectiva, os documentos institucionais são analisados não como registros

neutros, mas como produções discursivas que refletem, constituem e transformam a realidade social.

A análise incidiu sobre os relatórios finais e demais documentos oficiais da 16ª e da 17ª Conferências Nacionais de Saúde, da 8ª e da 9ª Conferências Estaduais de Saúde do Amazonas e da I Conferência Municipal de Saúde de Parintins, sendo orientada a partir de dimensões analíticas organizadas numa grade analítica, voltadas à identificação das demandas, às formas de sua construção discursiva, ao seu grau de incorporação nas deliberações institucionais e à relação entre participação e resultado institucional de modo a oferecer subsídios consistentes para responder ao problema de pesquisa proposto.

Os resultados da pesquisa indicam que, embora as Conferências de Saúde representem importantes espaços democráticos de deliberação e participação social, as demandas relacionadas à atenção primária à saúde da Comunidade de Vila Amazônia são reconhecidas de forma predominantemente indireta, genérica e com baixo grau de territorialização (sem referência direta aos territórios específicos).

Verificou-se que, embora haja reconhecimento progressivo das especificidades amazônicas nos espaços participativos do SUS, fatores relacionados à generalização discursiva das demandas, às assimetrias socioculturais e às limitações dos mecanismos deliberativos dificultam sua tradução em diretrizes institucionais concretas e territorialmente vinculadas, evidenciando tensões entre o modelo constitucional de federalismo por cooperação e sua efetivação no contexto amazônico.

2 METODOLOGIA DA PESQUISA

Do ponto de vista metodológico, a presente pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de natureza bibliográfica e documental, orientada por uma perspectiva analítico-interpretativa voltada à compreensão da efetividade do direito à saúde em contextos territorialmente situados. Tal opção metodológica mostra-se adequada ao objeto investigado, na medida em que permite examinar, de forma integrada, tanto os elementos empíricos da realidade social quanto os marcos normativos e teóricos que estruturam o federalismo por cooperação no Brasil.

Em um primeiro momento, no Capítulo 3, procede-se a uma caracterização empírica detalhada da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, contemplando aspectos territoriais, históricos, populacionais, socioeconômicos e o histórico de acesso à atenção primária à saúde.

Essa etapa, embora fundada em fontes secundárias, como dados do IBGE, relatórios de gestão pública, informativos extraídos do site da Prefeitura de Parintins e estudos acadêmicos (teses e dissertações), assume caráter empírico ao reconstruir analiticamente a realidade concreta da comunidade. Trata-se, portanto, de uma empiria mediada documentalmente, cuja finalidade não é a generalização estatística, mas a compreensão contextualizada das condições materiais e institucionais que influenciam a efetivação do direito à saúde.

Nessa perspectiva, a descrição do território não se limita a um levantamento informativo, mas constitui um elemento interpretativo central, permitindo evidenciar como o histórico de sucessivas ocupações, dependência do transporte fluvial e organização socioeconômica condicionam o acesso aos serviços de saúde.

No Capítulo 4, desenvolve-se a análise teórica e normativa do federalismo por cooperação integrada ao objeto empírico de pesquisa (Comunidade de Vila Amazônia) desenvolvido no Capítulo 3, partindo da revisão da literatura especializada, em que são mobilizados autores da teoria do federalismo, e do exame do arcabouço constitucional e infraconstitucional brasileiro.

Paralelamente, realiza-se análise documental de normas jurídicas, com destaque para a Constituição Federal de 1988, as Leis nºs 8.080/1990 e 8.142/1990 e a Política Nacional de Atenção Básica, a fim de compreender a estrutura jurídico-institucional que organiza a repartição de competências e a descentralização das

políticas de saúde. Essa etapa assume caráter dogmático-analítico, na medida em que busca interpretar o conteúdo normativo e suas implicações para a organização do sistema de saúde.

Já no Capítulo 5, a pesquisa avança para a análise da coordenação federativa e da democracia sanitária no atendimento das demandas de atenção primária à saúde em Vila Amazônia, articulando os referenciais teóricos com a realidade empírica descrita no Capítulo 3.

Nessa etapa, realiza-se revisão da literatura especializada, mobilizando autores vinculados à teoria do procedimentalismo participativo, com destaque para Jürgen Habermas, cujas contribuições servem como categoria analítica fundamental à compreensão do modelo de democracia sanitária desenvolvido por Fernando Aith, bem como à análise de seus instrumentos institucionais de participação popular. Em seguida, procede-se à problematização dos limites desse modelo em contextos marcados pela subalternidade cultural e por assimetrias de poder, à luz da teoria do reconhecimento de Axel Honneth e da crítica à racionalidade técnico-burocrática formulada por James C. Scott.

Em momento posterior, com vistas a responder ao problema de pesquisa, desenvolve-se, no Capítulo 6, uma abordagem teórica inicial, na subseção 6.1, acerca da Análise de Discurso Crítica (ADC), conforme formulada por Norman Fairclough, que compreende o discurso como forma de prática social indissociável das estruturas de poder, das instituições e da produção de efeitos sociais. Esse referencial constitui o parâmetro teórico-metodológico que orienta o desenvolvimento da análise empírica de caráter discursivo realizada ao longo do referido capítulo.

Nessa perspectiva, a pesquisa incide sobre os documentos decorrentes da **16ª (décima sexta)** e da **17ª (décima sétima)** Conferências Nacionais de Saúde, realizadas, respectivamente, em 2019 e no período de 2022–2023. A escolha dessas edições justifica-se por se tratar das duas últimas conferências realizadas em âmbito nacional e, sobretudo, por configurarem as maiores já promovidas no país, tendo contado, em ambas, com a participação de mais de 90% dos municípios do Estado do Amazonas em suas respectivas etapas municipais, conforme dados constantes em seus Relatórios Finais.

No plano estadual, a análise tem por objeto os documentos oficiais da **8ª (oitava)** e da **9ª (nona)** Conferências Estaduais de Saúde do Amazonas, realizadas,

respectivamente, nos anos de 2019 e 2023. A delimitação a essas edições decorre, de um lado, do fato de serem as duas últimas conferências estaduais realizadas e, de outro, da inexistência, nas páginas oficiais do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas (CES-AM), de uma listagem pública e sistematizada que reúna todas as nove conferências já promovidas, com a indicação de seus respectivos anos. Os registros e históricos disponíveis concentram-se majoritariamente nas edições mais recentes, o que inviabilizou o acesso a fontes públicas que apresentassem uma relação completa da 1ª à 9ª Conferência Estadual de Saúde. Diante desse cenário, a análise restringe-se às duas últimas edições disponíveis.

No âmbito municipal, a pesquisa incide sobre a análise documental da **I Conferência Municipal de Saúde de Parintins (1ª CMUS-PIN)**, realizada no ano de 2021, por meio de categorias analíticas voltadas à identificação, à forma de construção discursiva e ao grau de incorporação das demandas da atenção primária à saúde nas deliberações, de modo a responder à questão de pesquisa proposta.

Registra-se, aqui, que, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, há evidência documental da realização de apenas duas Conferências Municipais de Saúde no município: a primeira, convocada e realizada em 2021, e a segunda, convocada para julho de 2025.

Contudo, a análise limitou-se à I Conferência Municipal de Saúde de Parintins (1ª CMUS-PIN), uma vez que o Relatório Final da II Conferência Municipal de Saúde (2ª CMUS-PIN), contendo as diretrizes e propostas aprovadas em plenária final, ainda não foi oficialmente disponibilizado pela Prefeitura de Parintins, o que inviabilizou o levantamento e a análise dos respectivos dados.

Conforme será melhor aprofundado na subseção 6.1, na perspectiva da Análise de Discurso Crítica adotada, os documentos institucionais não são tratados como registros neutros da realidade, mas como produções discursivas que refletem, reproduzem e, eventualmente, transformam a realidade social.

Com base nesse referencial, a análise documental foi orientada por uma abordagem qualitativa de caráter interpretativo, estruturada a partir do diálogo entre teoria e empiria. A leitura dos documentos ocorreu de forma sistemática e iterativa, contemplando três níveis analíticos inter-relacionados: (i) o nível textual, voltado à identificação de categorias, vocabulário e formas de expressão das demandas; (ii) o nível da prática discursiva, que considera os modos de produção, organização e

transformação dos discursos no âmbito das conferências; e (iii) o nível da prática social, no qual se analisam os efeitos dessas construções discursivas sobre a formulação e a implementação das deliberações institucionais.

Embora não tenha sido concebida previamente, a grade de análise documental foi elaborada ao longo do processo de investigação, a partir da leitura sistemática dos documentos e do diálogo contínuo com o referencial teórico adotado. Sua construção teve como finalidade explicitar e organizar os critérios analíticos empregados, conferindo maior rigor, transparência e consistência à análise empírica. Trata-se, portanto, de um instrumento de operacionalização das categorias analíticas, que sistematiza um procedimento investigativo já em curso, sem implicar antecipação de resultados.

A grade foi estruturada em quatro dimensões analíticas: (i) identificação das demandas, (ii) forma de construção do discurso, (iii) incorporação nas deliberações e (iv) relação entre participação e deliberação. Cada dimensão foi desdobrada em categorias e descritores operacionais que orientaram a leitura dos documentos, permitindo identificar, de forma sistemática, a presença, a forma de expressão e os modos de incorporação das demandas relacionadas à Atenção Primária à Saúde.

Quadro 01 – Grade de Análise Documental das Conferências de Saúde

Dimensão	Categoria	Descritores Operacionais	Definição Operacional	Finalidade Analítica
1. Identificação das demandas	Presença de demandas da APS	Acesso à saúde; cobertura da ESF; atuação de ACS; infraestrutura; financiamento; fixação de profissionais	Identificar ocorrências textuais de demandas relacionadas à APS	Verificar presença ou ausência das demandas
1. Identificação das demandas	Grau de especificidade territorial	Vila Amazônia; Parintins; Amazônia;	Classificar em alto (local), médio	Avaliar especificidade territorial

		categorias genéricas	(regional), baixo (genérico)	
2. Forma de construção do discurso	Construção da APS	Porta de entrada; eixo estruturante; princípios do SUS	Identificar formas de representação da APS	Compreender o papel atribuído à APS
2. Forma de construção do discurso	Reconhecimento territorial	Amazônia; ribeirinhos; distância; logística	Identificar reconhecimento de especificidades regionais	Verificar consideração das desigualdades territoriais
2. Forma de construção do discurso	Forma de expressão das demandas	Referências específicas vs. categorias gerais	Identificar nível de especificidade discursiva	Examinar variações na expressão das demandas
3. Incorporação nas deliberações	Grau de incorporação	Direta; generalizada; indireta; ausente	Classificar o tipo de incorporação	Avaliar relação entre demandas e deliberações
3. Incorporação nas deliberações	Concretude normativa	Metas; financiamento; instrumentos	Verificar possibilidade de implementação	Analisar potencial de efetividade
3. Incorporação nas deliberações	Responsabilização institucional	Entes responsáveis; execução; monitoramento	Identificar atribuições institucionais	Avaliar viabilidade de implementação
4. Participação e deliberação	Expressão das demandas	Sujeitos; experiências territoriais	Analisar concretude das demandas no processo participativo	Compreender origem das demandas
4. Participação	Correspondência	Manutenção;	Comparar falas	Avaliar

e deliberação	participação- deliberação	adaptação; ausência	e documentos finais	correspondência entre participação e resultado
4. Participação e deliberação	Variação de especificidade	Níveis de detalhamento	Identificar mudanças na especificidade	Examinar transformações discursivas

Fonte: Elaboração própria

A partir dessa estrutura analítica, buscou-se examinar em que medida as demandas relacionadas à Atenção Primária à Saúde da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, no município de Parintins (AM), são identificadas e incorporadas nas deliberações das Conferências de Saúde. Para tanto, procedeu-se à análise comparativa entre os diferentes níveis do processo conferencial (municipal, estadual e nacional), observando-se tanto as manifestações discursivas no âmbito da participação social quanto sua eventual tradução nos documentos finais.

Desse modo, a utilização da grade analítica permitiu não apenas organizar a leitura dos dados empíricos, mas também evidenciar padrões, variações e possíveis transformações na passagem das demandas sociais para as deliberações institucionais, contribuindo para a compreensão dos limites e potencialidades dos mecanismos participativos na efetivação do direito à saúde em contextos marcados por desigualdades territoriais.

3 CARACTERIZAÇÃO EMPÍRICA DA COMUNIDADE DE SANTA MARIA DE VILA AMAZÔNIA

3.1 Noções Introdutórias

A análise empírica da Comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia insere-se no marco teórico delineado na introdução desta pesquisa, que compreende o direito à saúde como expressão do modelo de federalismo por cooperação instituído pela Constituição de 1988. Nesse contexto, a caracterização do território não se limita a uma descrição geográfica ou histórica, mas constitui etapa fundamental para compreender como as especificidades locais condicionam a formulação, o reconhecimento e a incorporação das demandas sociais nos processos decisórios do Sistema Único de Saúde (SUS).

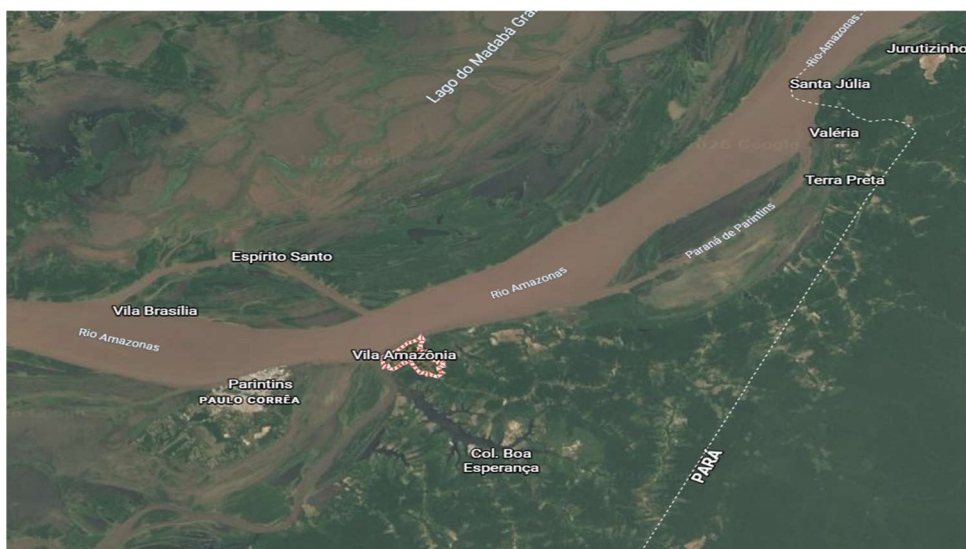
Ao evidenciar as dinâmicas territoriais, populacionais, socioeconômicas e institucionais da comunidade, busca-se demonstrar nos capítulos seguintes desta pesquisa como os desafios estruturais próprios do contexto amazônico impactam a efetividade das diretrizes constitucionais de descentralização, participação social e coordenação federativa, especialmente no âmbito da atenção primária à saúde.

3.2 Caracterização territorial e histórica

Entre os moradores de Parintins é muito comum se ouvir as denominações Santa Maria de Vila Amazônia, Projeto de Assentamento Vila Amazônia, Gleba Vila Amazônia, Assentamento Vila Amazônia, PA (Projeto de Assentamento) Vila Amazonia, quando se refere à comunidade objeto deste estudo (Brandão, 2016, p. 44-45). Para efeito desta pesquisa, utilizar-se-á predominante a denominação Vila Amazônia (popularizada com a colonização japonesa).

Vila Amazônia compreende uma extensão territorial situada no extremo leste do Estado do Amazonas, em proximidade com o oeste do Estado do Pará, integrando a zona limítrofe entre essas duas unidades federativas. Trata-se de uma região cuja história registra a ocorrência de distintos processos de ocupação humana em períodos distintos.

Figura 01 – Imagem de satélite da Região de Vila Amazônia



Fonte: Google Maps

Apesar da curta distância geográfica, aproximadamente cinco quilômetros, o acesso à localidade ocorre predominantemente por via fluvial, o que revela uma das principais contradições do território amazônico: a proximidade espacial não se traduz, necessariamente, em facilidade de acesso.

Essa dependência do transporte fluvial, realizado por barcos, voadeiras, canoas e balsas, condiciona significativamente a mobilidade da população e o acesso a serviços públicos, especialmente aqueles de maior complexidade. Tal característica evidencia um dos elementos centrais discutidos na introdução: as barreiras territoriais que dificultam a efetivação do direito à saúde e exigem arranjos institucionais sensíveis às especificidades locais.

Figura 02 – Vila Amazônia, sede da imigração japonesa em Parintins



Fonte: BNC Amazonas

Sua formação histórica está diretamente relacionada ao processo de colonização japonesa iniciado na década de 1930, quando a área então denominada Vila Batista foi escolhida por Tsukasa Uetsuka¹ para a implantação de um projeto de colonização agrícola e de pesquisa científica na região amazônica.

De acordo com Oliveira (1983), em sua abordagem sobre a colonização japonesa no processo de ocupação humana na Amazônia:

Num local próximo a Parintins, em Vila Batista (Vila Amazônia), ele instalou, com os pesquisadores que trouxera, o *Instituto Amazônia*, de pesquisa e estudo, que promoveu o conhecimento da hidrologia do rio Amazonas e experiências diversas de cultura tropical. Enquanto os membros e técnicos da expedição que trouxera ali ficavam, Uetsuka voltou ao Japão e, em um colégio sob sua direção, dedicou-se a treinar jovens que deveriam vir para a Amazônia, o que acabou ocorrendo em 1931, quando chegaram à Vila Amazônia 47 estudantes que tinham sido preparados em seu colégio. E, em 1932, outros 60 jovens dirigiram-se para lá (p. 262).

Em decorrência desse processo, Silva (2009, p. 76) observa que a floresta então considerada “virgem” passou gradualmente a dar lugar à implantação de diferentes empreendimentos industriais, entre os quais se destacavam serrarias, usinas de beneficiamento de pau-rosa, olarias, fábricas de mosaico, unidades de beneficiamento de arroz em larga escala, uma fábrica de farinha totalmente mecanizada e um engenho destinado à produção de aguardente e mel de cana.

Os japoneses trabalharam com o intuito de construir uma cidade para receber 10.000 (dez mil) famílias que viriam do Japão. Assim, a sede do projeto tinha hospital, *Hakoo Kaikan* (templo), casas para trabalhadores, casas para visitantes, armazéns e todo um planejamento de produção agrícola e pecuária.

Toda essa estrutura foi erguida como *Instituto Amazônia*, tendo sido inaugurado com a presença de autoridades do município de Parintins e de outras localidades do Estado do Amazonas. A instituição estruturou suas atividades em quatro áreas principais: agricultura, meteorologia, saúde e pesquisa científica (Souza, 2011).

Ao descrever a sua dinâmica de atuação, Souza (2013) relata que:

A parte tocante à saúde, o Dr. Toda trabalhava manipulando ervas, raízes, cascas, resinas, óleos naturais, no tratamento de diversas doenças. Enfermos de Manaus e Belém se deslocavam para se tratar no hospital de

¹ Tusaka Uetsuka era, na época, deputado federal em Tóquio e foi o responsável pela implantação da colônia japonesa em Vila Amazônia.

Vila Amazônia. Os japoneses abriram estrada, sistema de esgoto e toda uma infraestrutura de cidade foi construída. O instituto possuía várias áreas de produção fora da sede principal, sendo: Uaicurapá, Mamuru, Andirá e até no município de Maués, para onde os estudantes (*kotakusei*) recém-chegados à Vila Amazônia eram destinados para colocarem em prática tudo que aprenderam no Japão e assim contribuírem na produção agrícola e pecuária. Os estudantes tiveram que se adaptar ao modo cultural dos amazônidas e as imposições naturais da Amazônia como picadas de insetos, às intempéries e introduzir novos elementos no hábito alimentar, apesar de produzirem hortifrutigranjeiro (p. 113).

A seguir, nas figuras 3, 4 e 5 são apresentados registros fotográficos de algumas das principais edificações onde funcionavam, respectivamente, a sede principal do Instituto Amazônia, hospital e *Hakoo Kaikan* (templo).

Figura 03 – Prédio principal do Instituto Amazônia. No térreo funcionava o comércio e na parte superior o alojamento dos *kotakuesei*. No prédio menor, a parte administrativa.



Fonte: Acervo pessoal de José Camilo Ramos de Souza

Figura 04 – Hospital do Instituto Amazônia. Estava sob a direção do Dr. Toda, que utilizava da farmácia natural. Hospital atendia pacientes oriundos de Manaus e Belém.



Fonte: Acervo pessoal de José Camilo Ramos de Souza

Figura 05 – *Hakoo Kaikan* (templo)



Fonte: Acervo pessoal de José Camilo Ramos de Souza

Os japoneses passaram a produzir juta em larga escala nas áreas de várzea, após Ryota Oyama conseguir adaptar à região sementes provenientes da Índia. Nas colônias instaladas em terras firmes, desenvolveram a produção agrícola em consórcio com a floresta, cultivando abacaxi sem espinho, milho, mamão e guaraná, entre outros produtos. Paralelamente, dedicavam-se também ao extrativismo, realizando a coleta de castanha-do-Brasil, sorva, látex e madeira.

Com a expansão da produção agropecuária, o Instituto foi transformado na Companhia Industrial Amazonense S.A., sob a gerência de Kotaro Tuji, ocasião em que recebeu um investimento de um milhão de ienes. Souza (2013) destaca que:

Como companhia passou a abastecer São Paulo com fibras de juta para a indústria têxtil fabricar sacas de armazenar café, passou a ter plantações de juta até São Paulo de Olivença no Alto Solimões. Mantinha filial no nordeste brasileiro e até na Grande São Paulo. Outro compromisso da Companhia era a produção de fibras para atender a indústria têxtil do próprio Japão (p. 115).

Em 1942, no contexto da Segunda Guerra Mundial, os japoneses foram detidos pelas autoridades brasileiras, e todos os bens e empreendimentos que haviam construído passaram a ser considerados espólio de guerra. Muitos foram conduzidos para o município de Acará, no estado do Pará, onde permaneceram em um local que funcionava, na prática, como um “campo de concentração”. Apenas dois *kotakusei* receberam salvo-conduto do então governador do Amazonas, Álvaro

Maia, para circular pelo Estado: Ryota Oyama e o Dr. Toda. Aqueles que não chegaram a ser presos refugiaram-se no interior da floresta.

Esse cenário repercutiu particularmente na extinção de uma experiência agrícola conduzida por imigrantes estrangeiros que havia demonstrado resultados bastante positivos. Todavia:

os caboclos haviam assimilado as técnicas de cultivo, colheita e preparo da juta e a cultura dessa fibra espalhou-se pelas várzeas do Médio e Baixo Amazonas. Com a proibição da importação da juta em 1947, com a participação de capitalistas de Belém e do Sul do Brasil e com a procura nacional de sacaria cada vez maior, a produção da juta, que em 1941 era de 1100 toneladas, passou a 39 mil toneladas em 1960 e a 51 mil toneladas em 1964 (Oliveira, 1983, p. 262).

Após esse período de mudança, a concessão das terras de Vila Amazônia passa para J. G. de Araújo. Ainda existem na atualidade as marcas dessa gestão: um casarão com arquitetura portuguesa, porto e outras dependências que deveriam servir como armazéns.

Figura 06 – Casa de J.G. Araújo em Vila Amazônia – construída em 1950/1951



Fonte: Acervo pessoal de José Camilo Ramos de Souza – Abril/2012

Posteriormente à gestão de J. G. de Araújo, Vila Amazônia atravessou diferentes fases históricas, até ser objeto de desapropriação pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), em 1988, quando passou a ser destinada à implantação de um projeto de assentamento agrário, cuja relevância para esta pesquisa será demonstrada na subseção 3.4 (Aspectos Socioeconômicos).

Por meio do Decreto nº 94.969, publicado em 25/09/1987, Vila Amazônia foi reconhecida como área prioritária para a reforma agrária. Em 22/12/1987, o Secretário de Recursos Fundiários do INCRA encaminhou ao Ministério da Reforma e do Desenvolvimento Agrário (MIRAD), então sob a titularidade do Ministro Jader Barbalho, parecer favorável à proposta dos expropriados, posteriormente ratificado em 19/01/1988.

Na sequência, em 03/02/1988, o referido Ministro autorizou a celebração do Termo de Acordo, posteriormente firmado por todas as partes, sendo integralmente acolhida a proposta dos expropriados. Ressalte-se que, em 27/01/1988, decisão judicial já havia determinado ao Cartório de Registro de Imóveis de Parintins (1º Ofício) a abertura de matrícula do imóvel em nome da União, providência efetivada em 02/02/1988.

A partir desse conjunto de atos, consolidou-se juridicamente a criação do assentamento de reforma agrária de Vila Amazônia, cabendo às equipes do INCRA/SR(15) - Amazonas a execução das etapas subsequentes, notadamente o planejamento dos lotes, a demarcação das áreas, o recrutamento de agricultores familiares e a implantação do assentamento, atividades que se estenderam até o início da década de 1990.

Abaixo mostra-se um quadro resumido da ocupação em Vila Amazônia até o período atual

Quadro 02 – Histórico de ocupação de Vila Amazônia

1929-1945- Ocupação Japonesa
1945-1950- Controle do Banco do Brasil
1950-1965- Administração de J. G. Aratijo
1965- 1970- Administração Papelamazom (Grupo de Chineses)
1970-1980- Grupo Carneiro de Belém
1980 até o presente- Processo de Desapropriação e área de Litígio.

Fonte: Relato oral de José Camilo Ramos de Souza

Essa trajetória histórica evidencia que a ocupação em Vila Amazônia até o período atual resulta de sucessivas intervenções institucionais e econômicas,

marcadas por discontinuidades e reconfigurações, o que influencia diretamente na construção da identidade e organização social.

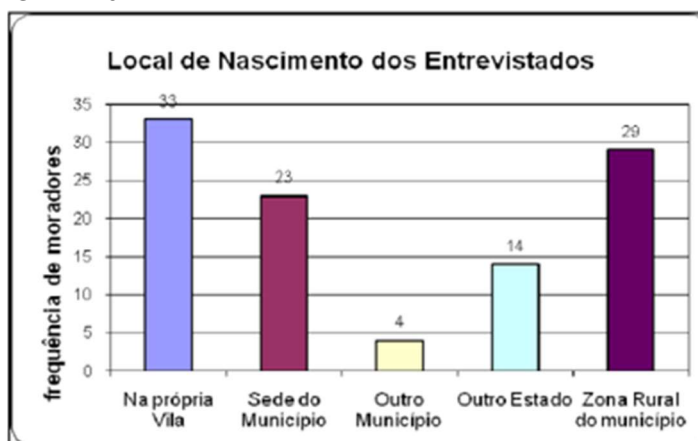
3.3 Perfil populacional

De acordo com dados do IBGE (Censo 2022), a Comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia possui aproximadamente 3.360 habitantes², constituindo-se como uma das principais localidades rurais do município de Parintins.

Os dados do Censo Demográfico de 2022, relativos à distribuição da população por cor ou raça, indicam que a população residente na área da comunidade é predominantemente composta por pessoas pardas (2.915), seguidas por pessoas brancas (301), pretas (94), indígenas (41) e amarelas (3). Do total apurado, 1.596 são mulheres, ao passo que 1.764 são homens, correspondendo estes a 52,5% da população.

Uma dimensão relevante a ser considerada, para efeito deste trabalho, refere-se aos dados obtidos por Silva (2009, p. 101), a partir de pesquisa de campo relativa à dinâmica populacional da comunidade, que revelou a **predominância de moradores nascidos na própria vila** ou em localidades rurais adjacentes, que migraram para o núcleo central.

Gráfico 01 – Local de nascimento dos moradores



² INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Panorama do Censo 2022: indicadores*. Disponível em: [https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=N33\[1303403\]&tema=1](https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=N33[1303403]&tema=1). Acesso em: 14 abr. 2026.

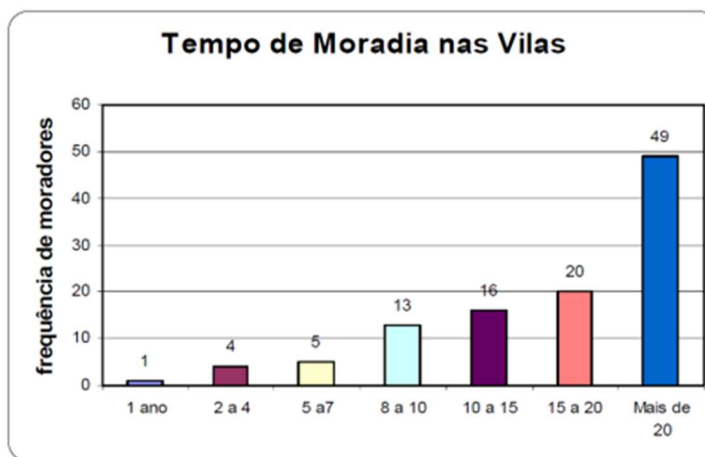
Obs.: O IBGE não disponibiliza dados populacionais por comunidades específicas, utilizando como unidade mínima os setores censitários. Assim, a estimativa apresentada resulta da soma da população dos setores que compõem a área da comunidade de Vila Amazônia.

Fonte – Pesquisa de Campo realizada por Charlene Maria Muniz da Silva, 2009.

Embora se trate de estudo realizado em 2009, quando a população de Vila Amazônia era estimada em 3.115 habitantes, a comparação com os dados mais recentes do IBGE indica um crescimento demográfico pouco expressivo, o que denota **relativa estabilidade populacional e um acentuado enraizamento territorial**.

Outro aspecto observado naquela pesquisa refere-se à composição das famílias, predominantemente unifamiliar (87%), bem como ao **longo tempo de residência na vila** (Gráfico 2).

Gráfico 02 – Tempo de moradia nas vilas



Fonte - Pesquisa de Campo realizada por Charlene Maria Muniz da Silva, 2009.

Essa tendência pode ser compreendida à luz do processo de chegada e ocupação das famílias às áreas de Vila Amazônia, que está referenciado basicamente em dois momentos. Um deles se refere à chegada antes da implantação do projeto da reforma agrária, e, o outro, com a chegada ao lote/propriedade, onde hoje mantém sua unidade de produção familiar, após o início do programa da reforma agrária.

Tal mobilidade populacional é descrita de forma detalhada por Brandão:

Desses dois momentos, [...] contatou-se uma mobilidade de agricultores familiares de outros locais para a Vila Amazônia: 6% a partir da década de 1940; 19% de 1961-1972; e 68% chegaram na década de 1980-1990. O motivo desse deslocamento para Vila Amazônia na década de 1940, se deve aos serviços das atividades do comércio extrativista e por não terem propriedades (geralmente moravam em terras cedidas pelos grandes

proprietários). Aqueles poucos que implantavam suas próprias unidades familiares, vendiam a mão-de-obra para o comércio extrativista em troca de bens de consumo ou renda monetária.

Nas décadas de 1961-1972 foi o período *pós-comércio extrativista*, e, devido à grande influência do Movimento de Educação de Base e Igreja Católica muitas famílias foram orientadas e assessoradas no processo de ocupação e documentação de áreas de terras com a finalidade de implantar moradia, cultivar espécies agrícolas ou desenvolver atividades criatórias, caracterizando assim a instalação da própria unidade familiar.

O fator de grande atração nas décadas de 1980-1990 foram os procedimentos e mobilização para implantação do assentamento da reforma agrária. Grupos familiares de diversos outros locais se dirigiram espontaneamente, ou foram mobilizados, para receber lotes de terras atendendo à política governamental de implantar o assentamento de Vila Amazônia pelo programa da reforma agrária (2016, p.115).

Destaca-se, ainda, que **o processo da reforma agrária em Vila Amazônia incidu em uma área de ocupação tradicional, na qual moravam muitas famílias há gerações**, na condição de posseiros ou pequenos proprietários (Medeiros, 2014).

A predominância de moradores nascidos na própria vila, aliada ao elevado tempo de permanência no território, reforça os vínculos comunitários e a consolidação de formas próprias de organização social. Tais características mostram-se particularmente relevantes para a análise da participação social, na medida em que a estabilidade territorial tende a favorecer, em tese, a formação e o fortalecimento de redes locais de mobilização e representação.

3.4 Estrutura socioeconômica

Ao contrário dos dados populacionais de Vila Amazônia, cuja estimativa pode ser aferida mediante a agregação da população dos setores censitários que compõem o território da comunidade, o IBGE não disponibiliza informações relativas a trabalho e renda com base nesse mesmo recorte geográfico, adotando, para tais variáveis, o município como unidade mínima de análise.

Não obstante, é possível afirmar que a base econômica local permanece tradicionalmente assentada na agricultura familiar, atividade que desempenha papel central tanto na geração de renda quanto na subsistência das famílias. Essa dinâmica socioeconômica foi fortalecida pelo processo de assentamento da reforma agrária em Vila Amazônia, formalizado e estruturado entre o final da década de 1980 e o início da década de 1990, o qual se configurou como o mais recente ciclo de ocupação e organização territorial da gleba.

Vila Amazônia no seu processo histórico recebeu vários assentamentos, sempre predominando características de exploração econômica e especulatória (comércio extrativista e especulação imobiliária, principalmente). Com a chegada da década de 1970, a situação foi se agravando, pois os *poderosos* se apropriaram cada vez mais de grandes áreas para a prática da pecuária extensiva sufocando ou expulsando os agricultores familiares (Medeiros, 2014).

A reforma agrária, ao desapropriar, resgatou as terras e as colocou à disposição dos pequenos agricultores de forma mais ordenada, monitorada e orientada para que eles pudessem instalar suas unidades familiares de produção.

De acordo com os dados de pesquisa coletados por Brandão (2016):

o planejamento inicial para implantação deste assentamento seria a disponibilização de lotes de terra para agricultores familiares localizados nos diversos ambientes dos ecossistemas de terra firme e de várzea do município de Parintins. Na medida em que os referidos lotes foram sendo entregues aos agricultores tradicionais, o INCRA habilitava-os com a condição de posse e domínio de uma área de terra, para que pudessem administrar, por meio da força do trabalho familiar, as atividades produtivas em prol do seu sustento e reprodução familiar (p. 165).

Com a consolidação do processo de formalização do assentamento de Vila Amazônia foram intensas as atividades de recrutamento e seleção de agricultores familiares para se tornarem os futuros clientes da reforma agrária. Paralelamente a essa ação os responsáveis pela gestão do processo orientaram e promoveram não só a instalação dos assentados nas unidades/lotes, mas, também a viabilização e implementação das políticas públicas inseridas no planejamento inicial para o assentamento.

Tais medidas constituíram estratégias aptas a consolidar condições favoráveis à produção e reprodução social dos agricultores familiares, mediante a prática da agricultura, a fixação no território e a exploração equilibrada dos recursos ambientais, o que, segundo Brandão, permitiu a perdurabilidade da agricultura familiar no Projeto de Assentamento Vila Amazônia.

Mesmo diante de adversidades e submetidos a processos exploratórios além de sua capacidade de decisão e gestão, como foram os períodos de intenso extrativismo e exploração comercial ou de comercialização da força de trabalho, os agricultores familiares puderam desenvolver estratégias que lhes permitissem buscar e obter a fixação na terra. Com isso puderam implementar por meio de práticas geracionais as novas ações comportamentais das novas gerações no sentido de que a prática da agricultura familiar em harmonia com o sistema ambiental e pudessem

assim perdurar, garantindo-lhes, dessa forma também, a estabilidade e equilíbrio em seus processos produtivos e reprodutivos (2016, p. 100).

Outrossim, essa interação das famílias rurais com o território constitui um fator que permite analisar a multifuncionalidade da agricultura familiar a partir da integridade dos seus modos de vida e não somente pelos componentes econômicos. Nesse contexto, território pode ser definido como um conjunto de sistemas naturais e de sistemas de coisas pressupostas, o chão mais a identidade, sendo a identidade o sentimento de pertencer àquilo que lhe pertence e onde é fundamentado o trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida (Brandão, 2016, p. 291-292).

Além do desenvolvimento de cultivos diversificados, os agricultores também se dedicaram à criação de animais de pequeno, médio e grande porte. Paralelamente, destacam-se o extrativismo diversificado da flora, da fauna e da pesca, além do desenvolvimento de atividades pluriativas, inclusive de natureza não agrícola, como o acesso a programas de transferência de renda, a exemplo do Bolsa Família, e benefícios previdenciários, como aposentadorias. O conjunto dessas atividades passou a constituir a base de sustentação das famílias e de suas respectivas unidades de produção.

3.5 Histórico de acesso à atenção primária em saúde

Nos últimos anos, observam-se esforços voltados à gestão participativa com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde para as populações urbana e rural do município de Parintins. Destaca-se, nesse contexto, a realização da I Conferência Municipal de Saúde de Parintins, em 2021, cujas diretrizes subsidiaram a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022–2025, e da II Conferência Municipal de Saúde, realizada nos dias 18 e 19 de julho de 2025³.

³ Convocada por meio do Decreto nº 110/2025-PGMP, o evento foi orientado pelo tema “SUS: Desafios para Fazer uma Só Saúde com Sustentabilidade, Inclusão e Longevidade”, conforme aprovado pelas Resoluções nº 16 e 17/2025 do Conselho Municipal de Saúde. Ocorre que ainda não foi disponibilizado o **Relatório com as Diretrizes e Propostas Aprovadas na Plenária Final** restando prejudicado o levantamento e a consequente análise dos dados.

A Prefeitura de Parintins vem publicando, de forma contínua, o Relatório Anual de Gestão em Saúde desde 2018 até a edição mais recente, de 2024⁴, o que possibilita o acompanhamento sistemático do cumprimento das metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde 2022–2025.

Apesar disso, os dados apresentados nesta subseção baseiam-se, principalmente, no mais recente “Relatório de Indicadores de Gestão das Políticas Públicas e Avaliação de Desempenho, referente ao exercício de 2023” (publicado em 2024)⁵, por contemplar informações mais específicas sobre a Vila Amazônia. Trata-se de instrumento de gestão voltado ao planejamento e ao monitoramento das ações do sistema local de saúde ao longo desse período, revelando-se mais adequado aos objetivos analíticos desta seção empírica.

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde, os moradores recorrem, com frequência, à unidade de saúde da Vila para o tratamento de enfermidades, coexistindo, ainda, práticas tradicionais, como o uso de ervas medicinais no manejo de determinadas doenças.

No ano de 2019, a comunidade de Vila Amazônia foi contemplada com a implantação da Unidade Básica de Saúde Padre Francisco Luppino, resultante da reestruturação do antigo Posto de Saúde local, que foi elevado à condição de Unidade Básica de Saúde, passando a dispor de melhor infraestrutura e maior capacidade operacional.

De acordo com dados extraídos do Portal da Transparência da Prefeitura de Parintins⁶, atualmente, a unidade disponibiliza à população serviços de atenção básica à saúde, com assistência multiprofissional, em conformidade com os critérios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme descrito na tabela a seguir:

⁴ PARINTINS (AM). Prefeitura Municipal. **Relatórios de Gestão da Saúde**. Parintins: Prefeitura Municipal de Parintins, [s.d.]. Disponível em: <https://transparencia.parintins.am.gov.br/?q=517-lista-8434-relatorio-de-gestao-da-saude>. Acesso em: 19 abr. 2026.

⁵ Apresenta de forma sucinta as ações programadas e o grau de execução das mesmas, na perspectiva de subsidiar análises para a identificação de avanços e nós críticos que precisam de enfrentamentos prioritários pelo gestor do município, na perspectiva de melhorar o acesso e resolutividade do cuidado na Atenção à Saúde da população de Parintins.

⁶ PARINTINS (AM). Prefeitura Municipal de Parintins. **Serviços de saúde**. Disponível em: <https://transparencia.parintins.am.gov.br/?q=517-lista-8436-servicos-de-saude>. Acesso em: 18 abr. 2026.

Quadro 03 – Serviços de saúde prestados na UBS Padre Francisco Luppino (2026).

Categoria	Descrição dos Serviços
Unidade de Saúde	Unidade Básica de Saúde Padre Francisco Luppino
Localização	Vila Amazônia
Horário de Funcionamento	07:00 às 17:00
Equipe de Atendimento	Médico, Enfermeiros e Técnico em Enfermagem
Atenção por Fase de Vida	Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Saúde do Homem; Saúde da Mulher; Saúde do Idoso
Organização da Atenção à Saúde	Primeiros atendimentos às Urgências e Emergências; Atendimentos Agendados; Atendimentos Programados
Assistência Multiprofissional	Consulta Odontológica; Consulta de Enfermagem; Consulta Médica; Consulta com Nutricionista; Fisioterapeuta; Educador Físico; Assistente Social
Áreas Estratégicas e Transversais	Saúde da Gestante; Saúde Mental; Saúde Sexual e Reprodutiva; Atenção às Doenças Crônicas (Diabetes, Hipertensão e outras); Assistência e acompanhamento a Doenças Infecciosas e Parasitárias; Programa Bolsa Família; Programa Saúde na Escola; Programa do Idoso
Documentação Necessária	Cartão do SUS; Certidão de Nascimento (para menores de idade); RG ou CPF

Fonte: Elaboração própria, com base em dados extraídos do Portal da Transparência da Prefeitura de Parintins.

A seguir, apresenta-se um comparativo entre a estrutura do Posto de Saúde Pe. Francisco Luppino, em 2009, e a configuração atual, já na condição de Unidade Básica de Saúde.

Antes:

Figura 07 – Posto de Saúde em Vila Amazônia (2009)



Fonte: Pesquisa de Campo realizada por Charlene Maria Muniz da Silva, 2009

Reinauguração em 2019:

Figura 08 – Inauguração da UBS Pe. Francisco Luppino. A UBS funciona de segunda a sexta-feira, das sete às dezessete horas ininterruptamente.



Foto: Pitter Freitas – Maio/2019

Por estar situada em área rural, a Unidade atende predominantemente uma população de baixa renda, abrangendo moradores das 22 comunidades adjacentes da Gleba de Vila Amazônia, da comunidade do Miriti, bem como ribeirinhos de localidades próximas que a ela recorrem para atendimento.

A estrutura da rede de serviços da Atenção Primária em Saúde - APS no município de Parintins encontra-se distribuída da seguinte forma:

Tabela 01 – Rede de Serviços implantada – Atenção Básica

Descrição	Zona Urbana	Zona Rural	Total
Unidade Básica de Saúde	10	05	15
Unidade Básica de Saúde Fluvial			01
Unidade Móvel Odontológica			01
Equipe Itinerante	01		01

Fonte: Coordenação da Atenção Primária, 2023

A Atenção Primária à Saúde (APS) adota, como modelo prioritário de atenção, a Estratégia Saúde da Família, estruturando o trabalho a partir de territórios como forma de ampliar o acesso e assegurar a continuidade do cuidado. Nesse contexto, potencializa-se a Atenção Básica como ordenadora do cuidado,

contribuindo para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde e para a oferta de um cuidado integral e de qualidade.

O quadro abaixo apresenta a distribuição das equipes da Estratégia Saúde da Família por Unidade de Saúde na zona rural, com destaque para a UBS Francisco Luppino, localizada em Vila Amazônia:

Tabela 02 – Distribuição das equipes da Estratégia Saúde da Família por Unidade de Saúde – Zona Rural⁷

UBS	Equipes	Nº de Enfermeiro	Nº de Médicos	Nº de tec. enfermagem	Nº ACS	Nº usuário
ILARINA REIS	EQUIPE 21	01	01 PMM	01	13	2.344
DENIZAL PEREIRA	EQUIPE 22	01	01 PMM	01	15	3.056
FCO LUPPINO	EQUIPE 31	01	01 PMM	01	21	3.936
CASSIANO CARMO	EQUIPE 27	01		01	38	4.366
Mª DO CARMO	EQUIPE 29	01	01 PMM	01	12	2.939
LIGIA LOYOLA	EQUIPE 35	01		05	29	3.235
TOTAL		06	04	10	128	19.876

Fonte: Relatório de Indicadores de Gestão das Políticas Públicas e Avaliação de Desempenho - exercício de 2023

O quadro acima consolida dados provenientes da Coordenação da Atenção Primária, extraídos do sistema e-SUS (2023) e reproduzidos no Relatório de Indicadores de Gestão – exercício de 2023. Conforme essas informações, a unidade dispunha de 1 (uma) equipe da Estratégia Saúde da Família, com cobertura estimada de 3.936 usuários, abrangendo todas as faixas etárias.

Não obstante, o mesmo Relatório informa a implantação de uma nova equipe de Estratégia Saúde da Família ribeirinha na Gleba de Vila Amazônia. Desse modo, identificam-se, atualmente, duas equipes vinculadas à UBS Francisco Luppino, assim compostas: **Equipe 1** – 1 médico, 1 enfermeira e 20 Agentes Comunitários de

⁷ Tais informações foram obtidas a partir de extrações dos sistemas oficiais **e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS)**, **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)** e **e-Gestor AB**, sendo posteriormente sistematizadas em relatório interno de gestão referente ao exercício de 2023. Ressalte-se que esses dados não se encontram integralmente disponíveis em bases públicas, consistindo em material de uso administrativo, cuja consolidação foi realizada pelo próprio ente municipal para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.

Saúde (ACS); **Equipe 2** – 1 médico, 1 enfermeira e 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Tabela 03 - Composição das equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Ord.	UBS	Médico	Enfermeiro	Nº ACS	Nº TEC
1	Dr. Toda	Cionise Leal Tavares	Marcial Carlos Alves da Costa	05	02
2	Dr. Toda	Raphael Victor Muniz Teixeira	Gessica Xavier Lima	04	02
3	Dr. Toda	Raysa Wanzeller de Souza	Isidiana Sirido Andrade	05	02
4	Paulo Pereira	Flora Beatriz Muniz Teixeira	Cleciene Ferreira da Silva Bulcao	10	02
5	Paulo Pereira	Kedma Tavares Buas	Loiana das Chagas Franke	08	02
6	Darlinda Ribeiro	Tamara Tavares Buas Ohashi	Yuri Cascaes Azevedo	06	02
7	Darlinda Ribeiro	Gabriela Barros Bessa	Joelma Silva Cavalcante	07	02
8	Dom Arcangelo	Geny de Medeiros Cursino Neta	Ana Claudia Carneiro Trindade	08	02
9	Dom Arcangelo	Alcione dos Reis Praia	Luciana Roberta Lucas de Oliveira	10	01
10	Galliani	Gabriele Pinheiro de Souza	Rogely Ferreira Sangel Patrocinio	06	01
11	Galliani	Renato Matsuo Garrido Ohashi	Juliane Souza Tavares	06	01
12	Mãe Palmira	Beatriz de Souza Cardoso	Luene Silva Costa Fernandes	08	02
13	Mãe Palmira	Jeferson Aguiar Maciel	Jeferson Aguiar Maciel	10	02
14	União	Madson William da Fonseca Ferreira	Ariane de Souza Silva	04	02
15	União	Teresa Cristina de Oliveira Marcelino	Pablo Javier Vargas Castro	05	02
16	União	Marilene da Cruz Pinto	Solange Pinto de Souza	06	02
17	Dr. Aldrin	Giselle Batista Machado	Luan Guimaraes Pessoa	05	01
18	Dr. Aldrin	Victor Godinho de Oliveira	Renata de Freitas	06	01
19	Tia Léo	Giulia Farias Pontes	Danielli Figueiredo Fernandes	07	02
20	Tia Léo	Rafael Fonseca de Souza	Dayse Azevedo Mendes	05	02
21	Tia Léo	Hannah Graziela Lemos Rosa	Ivone Eleuterio de Menezes	10	02
22	Tia Léo	Bruno de Souza Lourenco	Jessica Mayana de Oliveira Cardoso	00	00
23	Waldir Viana	Fayna Pantoja da Silva	Anne Cassia da Silva Costa	07	02
24	Waldir Viana	Ziza Maria Anjos dos Santos	Benedito de Jesus Viana	06	02
25	Waldir Viana	Nayara Souza Nascimento	Daisy Maria Rodrigues Mendes	08	02
26	Fc. Luppino	Edbrunner Nascimento Machado	Akza Ianny de Castro Batista	20	—
27	Fc. Luppino	Edgar Martinez Morales	Adriely Oliveira de Souza	11	—
28	Maria do Carmo	Milane de Souza Lima	Larissa Barbosa Lemos	11	—
29	Cassiano Carmo	Aguardando contratação	Hilario da Silva Leal	21	—

30	Cassiano Carmo	Aguardando contratação	Daniele Fonseca Sakamoto	18	—
31	Mocambo Arari	Marcio Felipe de Freitas	Maria do Socorro Silva Amâncio	12	—
32	Denizal Pereira	Hestephane do Vale Sousa	Juranda Bastos Guerreiro	15	—
33	Ligia Loyola	Aguardando contratação	Belizia Cristina Pimentel Fragata	29	—
34	Naza Barbosa	Aguardando contratação	Leonora Abecassis de Azevedo	—	—

Fonte: Prefeitura Municipal de Parintins. Relatório de Indicadores de Gestão das Políticas Públicas e Avaliação de Desempenho, 2023.

As equipes compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja responsabilidade, é promover a saúde, reabilitar doentes e prevenir doenças na população de um determinado território, por meio de ações e serviços de saúde conforme estabelecido na Política Nacional da Atenção Básica - PNAB.

A PNAB foi inicialmente instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e atualmente pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que revisou as diretrizes para organização da Atenção Primária, no âmbito do SUS. Ambas se configuram como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada⁸ com as equipes de Saúde da Família (ESF), compostas por médico (a), enfermeiro (a), técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

Portanto, o art. 2º da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, define que a:

Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

As redes de serviços básicos apresentam baixa resolutividade, de modo que o usuário recebe atendimentos iniciais, tais como consultas médicas, odontológicas

⁸ Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

e de enfermagem, imunização e outros procedimentos que demandam equipamentos e materiais simples. Quando a demanda não pode ser solucionada no âmbito da UBS, o usuário é encaminhado à rede especializada, seja para atendimento ambulatorial com especialistas, realização de exames laboratoriais ou assistência hospitalar.

Apesar da atual infraestrutura da UBS de Vila Amazônia ser mais moderna, os pacientes em situações mais graves são encaminhados ao hospital da cidade de Parintins, por meio de embarcações do sistema municipal de saúde, as chamadas “ambulanchas”, fundamental para o atendimento emergencial de saúde da comunidade e das demais localidades rurais próximas, o que evidencia a persistência de barreiras territoriais no acesso à atenção especializada.

Figura 09 – Reentrega oficial da ambulancha da Vila Amazônia, totalmente reformada e equipada com um novo motor de 150 HP⁹



Foto: Pedro Coelho – Abril/2025

O serviço de atendimento móvel é prestado pela Central Municipal de Resgate (192), nas modalidades terrestre e fluvial, para atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência, tanto na cidade quanto nas comunidades rurais do município. As equipes atuam em situações diversas como acidentes de trânsito,

⁹ PARINTINS. Prefeitura Municipal. Mateus Assayag e vice-prefeita Vanessa Gonçalves reentregam ambulancha reformada para a Vila Amazônia. Parintins, 11 abr. 2025. Disponível em: <https://parintins.am.gov.br/?q=277-conteudo-105474-mateus-assayag-e-vice-prefeita-vanessa-goncalves-reentregam-ambulancha-reformada-para-a-vila-amazonia>. Acesso em: 20 mar. 2026.

urgências clínicas, transferências hospitalares e remoções entre municípios e até entre estados¹⁰.

O cenário analisado evidencia que a organização e o planejamento da Atenção Primária à Saúde na Vila Amazônia demandam a compreensão integrada de fatores territoriais, sociais, econômicos e demográficos, os quais condicionam, de forma significativa, a efetivação das diretrizes constitucionais do direito à saúde. Elementos como a dispersão geográfica das comunidades atendidas, a dependência de deslocamentos fluviais, as limitações estruturais da rede básica e a baixa resolutividade dos serviços repercutem diretamente na forma de acesso e utilização dos serviços de saúde, influenciando, inclusive, a dinâmica de formulação das demandas locais.

Nesse contexto, a experiência da Vila Amazônia evidencia a necessidade de fortalecimento de mecanismos institucionais de deliberação que sejam sensíveis às especificidades territoriais da região. Tais mecanismos devem ser capazes de incorporar as demandas das populações rurais e ribeirinhas aos processos decisórios, contribuindo para uma organização mais equitativa da Atenção Primária e para o aprimoramento da articulação interfederativa entre União, Estado e Município, especialmente no que se refere à superação das barreiras de acesso e à garantia da integralidade do cuidado.

¹⁰ PARINTINS (AM). Prefeitura Municipal de Parintins. Serviço de resgate de Parintins completa 5 anos com mais de 52 mil atendimentos. Disponível em: <https://parintins.am.gov.br/?q=277-conteudo-105536-servico-de-resgate-de-parintins-completa-5-anos-com-mais-de-52-mil-atendimentos>. Acesso em: 18 abr. 2026.

4 ESTRUTURA DO FEDERALISMO POR COOPERAÇÃO NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NA COMUNIDADE DE SANTA MARIA DE VILA AMAZÔNIA

4.1 Uma abordagem sob o aspecto das origens e dos elementos conceituais do federalismo por cooperação

O federalismo por cooperação brasileiro configura-se como um arranjo institucional voltado à articulação entre os entes federativos (União, Estados e Municípios), mediante a repartição e o compartilhamento de responsabilidades, especialmente em áreas sensíveis como a saúde. Sustenta-se, neste capítulo, que a efetividade do direito à saúde na Amazônia depende diretamente do grau de articulação e da qualidade dessa cooperação interfederativa, sobretudo em contextos marcados por limitações estruturais e desigualdades territoriais persistentes.

Essa perspectiva adquire especial relevância quando analisada à luz de realidades concretas, como a da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, no município de Parintins (AM). Sua dinâmica social, econômica e espacial evidencia, de forma empírica, tanto as potencialidades quanto os limites da cooperação federativa na região amazônica.

Embora situada a aproximadamente cinco quilômetros da sede municipal, a comunidade possui acesso predominantemente fluvial, o que revela uma aparente proximidade geográfica que contrasta com obstáculos concretos de mobilidade e acesso a serviços públicos especializados. Essa condição revela um dos principais desafios à efetivação do direito à saúde na região: a necessidade de coordenação entre os entes federativos capaz de superar as limitações impostas pela organização territorial amazônica.

A compreensão desse cenário exige o resgate das bases teóricas do federalismo por cooperação. Sua origem remonta à experiência norte-americana, especialmente no contexto das transformações econômicas e sociais ocorridas no início do século XX.

A origem do Federalismo Cooperativo, também denominado Federalismo por Cooperação, remonta aos Estados Unidos, onde o avanço da industrialização, a necessidade de intervenção regulatória na economia, os

impactos da Primeira Guerra Mundial, bem como o colapso financeiro de 1929, entre outros fatores, contribuíram para a superação do modelo dualista e o fortalecimento da autoridade central (Leão, 2023, p. 171).

Consoante explica Carmona (2010, p. 26-27), o Federalismo por Cooperação ganhou espaço após a crise econômica de 1929, substituindo progressivamente o modelo dual, cujo formato, embora assegurasse a independência dos entes, mostrou-se limitado diante de crises econômicas e sociais que exigiam respostas articuladas.

Para fins conceituais, o chamado federalismo dual ou dualista é uma teoria política que se baseia na rígida repartição das atribuições entre a esfera federal e os Estados-membros. Nesse contexto, Bernardes (2008) destaca como característica fundamental desse arranjo a "tentativa de demarcar áreas de competências bem nítidas para que, inicialmente, possam os Estados federados dar vazão a sua autonomia", enfatizando, portanto, a divisão clara e distinta de poderes e responsabilidades entre o governo nacional e os governos estaduais dentro de uma federação.

A crise provocou mudanças substanciais no federalismo norte-americano, sobretudo pela pressão econômica que exigiu do governo federal ações interventivas voltadas à proteção dos mercados, o que se materializou com o lançamento do *New Deal*, em 1932, durante o governo de Franklin Delano Roosevelt (1932–1945).

Embora inicialmente o *New Deal* tenha reforçado a centralização, essa estratégia foi posta de lado quando o governo federal se deu conta da necessidade de colaboração dos poderes subnacionais para a implementação do ambicioso plano de reformas de Roosevelt. A partir daí, deu-se ênfase não mais à competição, mas à coordenação e cooperação entre União e Estados, com o desenvolvimento do *cooperative federalism*, tornando o federalismo um instrumento da promoção do bem-estar coletivo.

Nesse contexto, Horta (2001, p. 237) destaca que, nos Estados Unidos, o advento do federalismo por cooperação não se deu como fruto da formulação teórica de um princípio, mas como resultado de uma estratégia pragmática voltada à solução pontual de desafios concretos. A crise econômica evidenciou a insuficiência

da atuação isolada dos Estados, exigindo a adoção de medidas coordenadas em nível nacional, materializadas, sobretudo, nas políticas do *New Deal*.

Esse movimento implicou uma transformação relevante na dinâmica federativa, marcada pela ampliação das competências da União e pela intensificação da cooperação entre os níveis de governo. Ainda assim, tratou-se de um processo essencialmente casuístico, desenvolvido sem a pretensão de sistematização teórica abrangente das relações federativas.

Essa lógica encontra paralelo na realidade amazônica. Assim como, no contexto norte-americano, os entes subnacionais se mostraram incapazes de enfrentar, isoladamente, crises estruturais, também as comunidades amazônicas, caracterizadas pela dispersão territorial, pela baixa densidade demográfica e por limitações de infraestrutura, demandam respostas articuladas entre os diferentes níveis de governo para assegurar o acesso efetivo a direitos fundamentais, em especial à saúde.

A própria formação histórica de Santa Maria de Vila Amazônia ilustra as consequências da ausência de mecanismos cooperativos estruturados. Souza (2013, p. 112) destaca que, a colonização japonesa na localidade, iniciada no final da década de 1920, insere-se em um contexto de crise econômica decorrente do declínio do ciclo da borracha. Diante da incapacidade de resposta isolada, a saída encontrada pelo Governo do Estado do Amazonas foi celebrar, em 1929, contrato de concessão de terras¹¹ com o embaixador do Japão no Brasil, como estratégia para fomentar a recuperação econômica regional.

O convite à colonização japonesa insere-se, portanto, no contexto da crise deflagrada a partir de 1911, quando o colapso da economia gomífera expôs a fragilidade estrutural do Estado. À época, o Amazonas passou, inclusive, a depender de outras unidades da federação para o abastecimento de gêneros básicos, como a farinha, o que evidencia a profundidade da crise e a limitação de respostas isoladas.

Se, no contexto norte-americano, o federalismo por cooperação assumiu uma feição pragmática, na tradição europeia, especialmente na Alemanha, ele foi

¹¹ Pelo referido instrumento, foram concedidos 1.000.000 (um milhão) de hectares de terras, ficando a escolha da área a cargo dos concessionários. A região selecionada situava-se entre o rio Madeira e o limite do Estado do Amazonas com o Pará, em razão de suas vantagens geográficas, notadamente a ampla faixa de várzea, a comunicação direta com áreas de terra firme e a facilidade de circulação proporcionada pela rede hidrográfica.

estruturado sob bases normativas mais sistemáticas. A partir da Constituição de Bonn de 1949, consolidou-se um modelo de cooperação institucionalizado, orientado à equalização das condições de vida entre as regiões.

Na Alemanha, conforme destaca Bernardes (2010, p. 221-227), a Constituição de Bonn de 1949 buscou reforçar o papel dos Estados-membros (*Länder*), na tentativa de reforçar a atuação desses entes na vida nacional, resgatando discursos anteriores que ocorreram quando do estabelecimento do Reich de Bismark e permitir a preservação de identidades locais no processo de reconstrução do país no pós-guerra.

Nesse primeiro momento do federalismo cooperativo alemão, estabelece-se uma cooperação intensa entre os governos federal e estaduais, caracterizada por influência recíproca entre níveis de governo. Contudo, o forte crescimento econômico nos anos 1950, aliado à necessidade de se atender às crescentes demandas sociais patrocinadas pelo Estado do bem-estar, conduziram a uma tendência mais centralizada no governo federal. É exatamente nesse momento que se passa a fomentar e se solidificar a política alemã do federalismo cooperativo com base na equalização uniforme das condições de vida.

Essa diretriz revela-se particularmente adequada ao contexto amazônico, que, longe de se reduzir a uma realidade casuística, é marcado pela persistência de profundas desigualdades regionais. No caso da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, tais assimetrias manifestam-se nas condições de acesso aos serviços de saúde.

No Brasil, o federalismo por cooperação emerge a partir da década de 1930, sendo incorporado à Constituição de 1934 e, posteriormente, reafirmado pela Constituição de 1988. Sua consolidação está diretamente relacionada à necessidade de enfrentamento das desigualdades regionais, mediante a articulação entre os entes federativos.

Nesse sentido, Almeida (2000, p. 42) observa que, em ordem cronológica praticamente coincidente com a norte-americana, o federalismo brasileiro passou a se caracterizar como cooperativo a partir da Constituição de 1934. De um lado, esse movimento foi impulsionado pela atuação dos próprios Estados, especialmente os menos desenvolvidos, que não conseguiam atender suas demandas sociais e econômicas sem o apoio da União.

Sob essa mesma lógica, Bernardes (2010, p. 237-238) destaca que o modelo de federalismo cooperativo foi introduzido no Brasil pela Constituição de 1934, sob inspiração da Constituição de Weimar de 1919, em resposta às reivindicações dos Estados mais pobres, que buscavam reduzir as desigualdades regionais dentro da federação. Ainda que se mantivesse uma forte centralização de competências na União, a nova carta constitucional previu, pela primeira vez, o compartilhamento de competências legislativas e administrativas entre os entes.

A introdução desse modelo foi impulsionada, em grande medida, pela incapacidade dos Estados, especialmente os menos desenvolvidos, de atender, de forma autônoma, às demandas sociais e econômicas de suas populações. Nesse sentido, o compartilhamento de competências legislativas e administrativas representou um avanço institucional relevante, ao permitir a atuação conjunta dos entes federativos na implementação de políticas públicas.

Todavia, como visto no capítulo anterior, a análise empírica da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia demonstra que a mera previsão normativa de competências compartilhadas não é suficiente para assegurar a efetividade dos direitos fundamentais. No campo da saúde, observa-se a presença de uma Unidade Básica de Saúde estruturada segundo a lógica da Atenção Primária, atuando com duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e cobertura ampliada para comunidades adjacentes, cuja manutenção decorre do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde, com destaque para o aporte financeiro da União na implantação de equipes e ampliação da cobertura¹².

Além disso, a necessidade de encaminhamento de casos mais graves para a sede municipal, bem como a dependência de transporte fluvial, incluindo o uso de “ambulanchas”, evidencia a persistência de limitações estruturais que demandam maior integração entre os níveis de governo.

Tais demandas extrapolam a capacidade de atuação isolada do município, exigindo suporte técnico, financeiro e institucional da União e do Estado que

¹² Na prática, a gestão das Unidades Básicas de Saúde é exercida predominantemente pelo município, enquanto a União atua como principal financiadora, por meio de transferências regulares, cabendo ao Estado função complementar de cofinanciamento e articulação regional. Nesse arranjo, os recursos são repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais, no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio do mecanismo de transferências “fundo a fundo”, o que dispensa a celebração de convênios específicos e confere maior agilidade à execução das políticas públicas de saúde.

viabilizem a integralidade do cuidado em contextos de elevada vulnerabilidade territorial.

A partir dessa perspectiva, o federalismo por cooperação não deve ser compreendido apenas como uma estratégia pragmática voltada à solução pontual de desafios concretos, como inicialmente observado no modelo norte-americano, tampouco como uma estrutura normativa estática. Trata-se, antes, de um processo dinâmico de articulação institucional, cuja efetividade está diretamente condicionada à capacidade de adaptação às especificidades territoriais.

No contexto amazônico, e, de modo particular, na comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, essa compreensão implica reconhecer que fatores como a dispersão populacional, a dependência do transporte fluvial, a heterogeneidade socioeconômica e as limitações de infraestrutura influenciam decisivamente as demandas da comunidade em matéria de saúde.

Assim, a transição histórica do federalismo dual para o cooperativo revela-se fundamental para a análise do direito à saúde na Amazônia. Ao evidenciar o caráter histórico e contingente das formas de organização federativa, essa evolução permite compreender que a efetividade dos direitos sociais depende, em última instância, da capacidade de coordenação entre os entes federativos.

Nesse cenário, a comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia não se apresenta como mero exemplo ilustrativo, mas como objeto empírico central de análise. Sua realidade evidencia, de forma concreta, as tensões entre o desenho normativo do federalismo brasileiro e sua operacionalização prática, demonstrando que a cooperação federativa constitui condição estrutural indispensável para a superação das desigualdades regionais e para a efetivação do direito à saúde na Amazônia.

4.2 Federalismo por Cooperação na Constituição de 1988 e sua materialização na Atenção Primária à Saúde em Santa Maria de Vila Amazônia

4.2.1 Fundamentos da repartição de competências administrativas e legislativas em matéria de saúde e a descentralização político-administrativa do SUS

A estratégia de reconhecer formalmente a saúde como um direito constitucional é uma opção política e jurídica adotada pela sociedade brasileira com uma série de desdobramentos práticos que se articulam diretamente com o modelo de federalismo por cooperação previsto na Constituição de 1988.

Desde 1988, o sistema jurídico brasileiro oferece às pessoas um conjunto de garantias para a efetivação concreta do direito à saúde, garantias estas que geram obrigações e consequências amplas na atuação dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Nesse sentido, a Constituição brasileira foi além do simples reconhecimento formal do direito à saúde. As principais garantias jurídicas ao direito à saúde estão fixadas na própria CF/88, por meio do detalhamento de diversos deveres do Estado para que o direito à saúde seja concretamente efetivado (Aith, 2015).

Nesse contexto, a Constituição Federal estabelece a competência administrativa comum entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 23, II, da CF) para “cuidar da saúde”, bem como prevê competência concorrente da União e Estados/Distrito Federal para legislar sobre proteção e defesa da saúde (art. 24, XII, da CF); permitindo aos Municípios suplementar a legislação federal e a estadual no que couber, desde que haja interesse local (art. 30, II, da CF), conforme dispositivos a seguir transcritos:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

(...)

II - **cuidar da saúde** e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; (Vide ADPF 672)

(...)

Parágrafo único. Leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006)

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

(...)

XII - previdência social, **proteção e defesa da saúde**; (Vide ADPF 672)

(...)

§ 1º No âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais. (Vide Lei nº 13.874, de 2019)

§ 2º A competência da União para legislar sobre normas gerais não exclui a competência suplementar dos Estados. (Vide Lei nº 13.874, de 2019)

§ 3º Inexistindo lei federal sobre normas gerais, os Estados exercerão a competência legislativa plena, para atender a suas peculiaridades. (Vide Lei nº 13.874, de 2019)

§ 4º A superveniência de lei federal sobre normas gerais suspende a eficácia da lei estadual, no que lhe for contrário. (Vide Lei nº 13.874, de 2019)

(...)

Art. 30. Compete aos Municípios:

I - legislar sobre assuntos de interesse local;

II - suplementar a legislação federal e a estadual no que couber; (Vide ADPF 672)

(...)

(Destques nossos)

Para além dos referidos dispositivos, é amplo o arcabouço constitucional que garante o direito fundamental à saúde, conferindo a qualquer das unidades federadas a sua defesa, seja por meio da edição de normas legais, seja mediante a realização de ações administrativas, sem que dependam da autorização de outros níveis governamentais para levá-las a efeito, a exemplo dos artigos 6º, 194, 196, 198 e 200 (Leão, 2023, p. 164-165).

A partir de tais considerações, Leão observa que:

a competência para proteção da saúde, compreendida nela a adoção de medidas que se mostrem necessárias para salvar vidas, restabelecer a saúde das pessoas, reduzir o risco de doenças e possibilitar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, seja no plano administrativo, seja no plano legislativo, é competência tripartite, devendo ser exercida pela União, Estados e Municípios de forma conjunta e coerente diante do Federalismo por Cooperação consagrado pela Constituição Federal de 1988. (2023, p. 170).

Dentre os dispositivos citados, destaca-se o art. 198, cujo inciso I consagra o princípio da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de viabilizar a **operacionalização** da divisão de atribuições, convertendo a repartição constitucional de competências em uma estrutura concreta de gestão e execução das políticas públicas de saúde.

A descentralização político-administrativa constitui um dos pilares estruturantes do SUS, constituindo um dos fundamentos que sustentam o papel da Atenção Primária como ordenadora do cuidado.

Constituição Federal:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - **Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;**

II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

(...)

No plano infraconstitucional, a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), que regulamenta o art. 198, I, reforça essa lógica ao prever, em seu art. 7º, inciso IX, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, e, no art. 9º, a distribuição de competências entre os entes federativos, consolidando a necessidade de cooperação para a efetividade das ações de saúde.

Lei nº 8.080/1990:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

XV – Proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes. (Incluído pela Lei nº 14.679, de 2023)

XVI – atenção humanizada. (Incluído pela Lei nº 15.126, de 2025)

Parágrafo único. Para os efeitos do inciso XIV do **caput** deste artigo, as mulheres vítimas de qualquer tipo de violência têm o direito de serem acolhidas e atendidas nos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS, na rede própria ou conveniada, em local e ambiente que garantam sua

privacidade e restrição do acesso de terceiros não autorizados pela paciente, em especial o do agressor. (Incluído pela Lei nº 14.847, de 2024)
(Destaques nossos)

(...)

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Com o propósito de concretizar essa diretriz, foi instituída, no âmbito administrativo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde. Tal política assume especial relevância ao se configurar como instrumento normativo e operacional voltado à efetivação da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Ao estabelecer diretrizes organizacionais, definir responsabilidades entre os entes federativos e estruturar o financiamento tripartite, a PNAB viabiliza a articulação integrada das ações e serviços de saúde no território. Desse modo, a política não apenas orienta a gestão e a execução da atenção básica, mas também busca concretizar, no plano administrativo, a cooperação interfederativa, a fim de promover maior eficiência, continuidade do cuidado e efetividade na prestação dos serviços de saúde.

Em comunidades ribeirinhas, como Santa Maria de Vila Amazônia, essa forma de estruturação e organização das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS exigem uma atuação cooperativa eficiente entre as diferentes esferas de governo, em razão das especificidades territoriais que as caracterizam. Nesse contexto, a descentralização deixa de ser mera diretriz administrativa para configurar-se como requisito mínimo indispensável ao atendimento das demandas de saúde da comunidade.

4.2.2 O Código de Saúde do Amazonas e a regionalização da atenção primária à saúde

Ainda com relação ao princípio da descentralização político-administrativa, a Lei nº 8.080/1990 prevê como uma de suas diretrizes de implementação a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (art. 7º, IX, b)

Com esse fundamento, foi elaborado o Código de Saúde do Amazonas (Lei Complementar nº 70/2009) em complemento às diretrizes nacionais, evidenciando a articulação entre as esferas federal, estadual e municipal para a proteção e defesa da saúde no contexto amazônico, baseada na estrutura descentralizada e cooperativa do SUS, consoante disciplina no art. 4º:

Art. 4º. As ações e serviços públicos de saúde no Estado, desenvolvidos direta ou indiretamente pelo poder público, integram o Sistema Único de Saúde do Amazonas - SUS/AM e constituem uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as seguintes diretrizes:
(...)

E dispõe, explicitamente, no art. 9º, as competências administrativas compartilhadas do Estado do Amazonas e Municípios para a efetivação coordenada e integrada do direito à saúde em âmbito regional e local:

Art. 9º. São atribuições comuns do Estado e Municípios, em seus respectivos âmbitos de atuação e de acordo com a habilitação e condição de gestão do sistema de saúde respectivo:

- I - definir as instâncias e os mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e dos serviços de saúde;
- II - elaborar e atualizar o respectivo Plano de Saúde;
- III - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organizar, alimentar e coordenar o Sistema de Informação de Vigilância em Saúde, de acordo com as competências definidas neste Código e em regulamento;
- V - elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade e parâmetros de custos para a assistência à saúde;
- VI - elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade para a promoção e proteção da saúde do trabalhador;
- VII - participar da formulação da política e da execução das ações de vigilância ambiental e de saneamento básico;
- VIII - participar da formulação e da execução da política de formação de recursos humanos para a saúde;
- IX - elaborar, no âmbito de suas competências, normas para regular os serviços privados e públicos de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- X - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XI - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XII - definir as instâncias e os mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XIII - garantir a participação da comunidade na formulação e no controle da execução das políticas de saúde, por meio das Conferências de Saúde, dos Conselhos de Saúde e outras formas que possibilitem a participação;
- XIV - garantir à população o acesso às informações de interesse da saúde.

Parágrafo único. As atribuições comuns deverão ser coordenadas e integradas entre si, devendo os gestores de saúde organizá-las de acordo com a legislação específica federal e estadual e respectiva regulamentação.

(Destaques nossos)

Destaca-se, também, que o Código de Saúde do Amazonas é um exemplo concreto de legislação do Amazonas que ilustra o exercício da competência concorrente no campo da saúde, permitindo que o Estado adapte as normas gerais definidas pela União às suas especificidades regionais, conforme previsto no artigo 24 da Constituição Federal, complementando as diretrizes nacionais por meio de iniciativas regionais que visam garantir a proteção da saúde em uma área de grande diversidade e complexidade geográfica.

Dessa forma, o Código de Saúde do Amazonas materializa, no contexto amazônico, o princípio do federalismo por cooperação ao estabelecer mecanismos normativos e administrativos que promovem a corresponsabilidade entre Estado e Municípios na efetivação do direito à saúde. Sua aplicação evidencia como a descentralização das políticas públicas de saúde, prevista na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde, se concretiza em realidades territoriais específicas, como as de Santa Maria de Vila Amazônia.

4.2.3 Materialização da cooperação interfederativa à realidade de Santa Maria de Vila Amazônia

Apresentado o arcabouço constitucional e legal que disciplina a cooperação entre os entes federativos, impõe-se ultrapassar o plano estritamente normativo para submeter esse modelo à prova das realidades territoriais concretas. Nessa perspectiva, a Comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia revela-se como objeto empírico privilegiado, por evidenciar, de maneira sistemática, os entraves à efetivação da cooperação federativa em contextos marcados por vulnerabilidades estruturais, limitações de infraestrutura e barreiras geográficas próprias da Amazônia.

Em termos práticos, Greco (1992, p. 21) assinala que a atuação administrativa comum entre os entes federativos, nos moldes do artigo 23 da Constituição de 1988, não deve incorrer em desperdício de esforços, sobreposição de atividades, restrições indevidas ou conflitos de atuação. Ao contrário, exige-se

que os entes ajam dentro dos limites legais de maneira coordenada, harmônica e cooperativa. Nessa linha, admite-se, inclusive, a imposição de condicionamentos ao exercício isolado das competências, em favor de mecanismos de articulação, interdependência e convivência institucional.

Esse entendimento reforça a importância do federalismo por cooperação como instrumento de integração das políticas públicas, especialmente nas áreas da saúde, educação e meio ambiente, campos em que as ações isoladas de um ente federativo são insuficientes para responder às demandas sociais complexas da Amazônia.

Com efeito, a organização dos serviços de saúde na comunidade de Vila Amazônia evidencia a materialização, ainda que parcial, desse modelo cooperativo. A manutenção da UBS Padre Francisco Luppino, situada na comunidade, insere-se no arranjo típico de financiamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado sob a lógica do federalismo por cooperação, conforme previsto na **Política Nacional de Atenção Básica**, instituída pela **Portaria nº 2.436/2017**.

Em termos concretos, a UBS Padre Francisco Luppino é administrada pela Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, a quem compete a execução direta dos serviços, a gestão de pessoal e a manutenção cotidiana da estrutura¹³. No plano financeiro, observa-se a preponderância das transferências regulares da União, realizadas na modalidade “fundo a fundo”¹⁴, as quais são complementadas por recursos próprios do município¹⁵ e por recursos estaduais¹⁶ destinados ao cofinanciamento da Atenção Básica, em conformidade com o modelo de financiamento tripartite do SUS.

As transferências regulares “fundo a fundo” constituem o principal mecanismo de financiamento descentralizado do Sistema Único de Saúde (SUS), consistindo no repasse automático e periódico de recursos do Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo (Estado ou Município), independentemente da celebração de convênios ou instrumentos congêneres. Previstas na Lei nº 8.080/1990 e na Lei nº 8.142/1990, tais transferências destinam-se ao custeio e à

¹³ Art.10, incs. I, XIV e XV da PNAB (Portaria nº 2.436/2017)

¹⁴ Art. 8º, incisos II e III da PNAB (Portaria nº 2.436/2017).

¹⁵ Art. 10, VIII, da PNAB (Portaria nº 2.436/2017)

¹⁶ Art. 9º, II, da PNAB (Portaria nº 2.436/2017)

execução das ações e serviços públicos de saúde, sendo operacionalizadas com base em critérios técnicos e normativos definidos pelo Ministério da Saúde.

Esse modelo confere maior previsibilidade financeira e autonomia administrativa aos entes federativos, ao mesmo tempo em que reforça a lógica do federalismo por cooperação, ao viabilizar a atuação articulada entre União, Estados e Municípios na implementação das políticas públicas de saúde. No contexto de Parintins, por exemplo, esse mecanismo revela-se essencial para a manutenção de unidades básicas de saúde situadas em áreas de difícil acesso, assegurando a continuidade dos serviços mesmo diante de limitações estruturais e geográficas típicas da região amazônica.

Ademais, a implantação e a estruturação da UBS Francisco Luppino contaram com investimentos oriundos de programas federais e emendas parlamentares¹⁷, evidenciando a atuação articulada entre os entes federativos. Tais elementos são corroborados por informações institucionais da Prefeitura de Parintins, que destacam tanto a construção da unidade em padrão do Ministério da Saúde quanto à destinação de profissionais por meio de programas federais, a exemplo do Mais Médicos¹⁸, além de registros do Poder Legislativo municipal que apontam a necessidade de constantes reformas e melhorias estruturais, para atender com mais qualidade as mais de 47 localidades rurais da região que dependem da unidade¹⁹.

No que se refere à ambulância destinada à comunidade de Vila Amazônia, a análise empírica evidencia limitações concretas do federalismo por cooperação na efetivação do direito à saúde em territórios amazônicos. Embora não haja registro documental preciso quanto à origem dos recursos para sua aquisição inicial, verifica-se que o equipamento foi reformado e reequipado no ano de 2025, mediante investimento direto da Prefeitura Municipal, após o furto de seu motor no ano

¹⁷ PREFEITURA MUNICIPAL DE PARINTINS. Com festa, Vila Amazônia recebe nova e moderna UBS Padre Francisco Luppino. Parintins, 2024. Disponível em: <https://parintins.am.gov.br/?q=277-conteudo-102124-com-festa-vila-amazonia-recebe-nova-e-moderna-ubs-padre-francisco-luppino>. Acesso em: 7 abr. 2026.

¹⁸ PREFEITURA MUNICIPAL DE PARINTINS. Profissionais do Mais Médicos iniciam atendimento nas unidades básicas de Parintins. Parintins, 2024. Disponível em: <https://parintins.am.gov.br/?q=277-conteudo-98003-profissionais-mais-medicos-iniciam-atendimento-nas-unidades-basicas-de-parintins>. Acesso em: 7 abr. 2026.

¹⁹ CÂMARA MUNICIPAL DE PARINTINS. Vereador Azamor Pessoa solicita reforma da Unidade Básica de Saúde - UBS Padre Francisco Luppino na Vila Amazônia. Parintins, 13 maio 2025. Disponível em: <https://www.parintins.am.leg.br/institucional/noticias/vereador-azamor-pessoa-solicita-reforma-da-unidade-basica-de-saude-ubs-padre-francisco-luppino-na-vila-amazonia>. Acesso em: 7 abr. 2026.

anterior. Tal circunstância evidencia o papel do ente local na manutenção da infraestrutura de saúde, mesmo diante de lacunas na atuação coordenada das demais esferas federativas²⁰.

Ainda sobre o tema, dados relativos ao próprio município indicam que a aquisição de ambulâncias ocorre, em regra, por meio de emendas parlamentares, com a transferência de recursos dos fundos estadual ou federal para o Fundo Municipal de Saúde, ou, alternativamente, mediante a utilização de recursos próprios da municipalidade. Tal cenário revela-se especialmente recorrente diante da insuficiência de apoio do Governo Federal, a quem competiria, em princípio, a prestação desse serviço por intermédio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).²¹.

Nesse contexto, observa-se que, embora o desenho normativo do Sistema Único de Saúde pressuponha uma atuação articulada e cooperativa entre os entes federativos, a realidade evidencia uma dependência significativa de iniciativas pontuais e discricionárias, como as emendas parlamentares, para viabilizar investimentos essenciais à garantia do acesso à saúde em áreas ribeirinhas.

Tal dinâmica fragiliza a previsibilidade e a continuidade das políticas públicas, sobretudo ao se considerar a interrupção do serviço no período compreendido entre o furto do motor e a reentrega da ambulância, transferindo ao município o ônus não apenas da execução, mas também da manutenção de equipamentos estratégicos, como as ambulâncias, agravando ainda mais as limitações operacionais locais.

A constatação dessa assimetria na cooperação interfederativa em Vila Amazônia revela que, embora formalmente estruturada, mostra-se insuficiente para responder, de modo estável e isonômica, às demandas impostas pelas especificidades geográficas e logísticas da região amazônica, comprometendo, assim, a plena efetividade do direito à saúde.

Diante desse cenário, a superação das fragilidades identificadas demanda a adoção do que Bercovici (2004, p. 56-58) denomina de tratamento uniforme em

²⁰ CORREIO DA AMAZÔNIA. Ambulância da Vila Amazônia é renovada para atender zona rural de Parintins. 2025. Disponível em: [Acessar notícia](#). Acesso em: 7 abr. 2026.

²¹ FATO AMAZÔNICO. Bi Garcia reforça estrutura de saúde na zona rural com entrega de mais duas ambulâncias. 2025. Disponível em: <https://fatoamazonico.com.br/bi-garcia-reforca-estrutura-de-saude-na-zona-rural-com-entrega-de-mais-duas-ambulancias/>. Acesso em: 7 abr. 2026.

escala nacional. Segundo o autor, no modelo de Federalismo por Cooperação adotado por um Estado com perfil intervencionista e comprometido com a implementação de políticas públicas (como é o caso do estabelecido pela Constituição de 1988), as esferas subnacionais não têm mais como analisar e decidir, individualmente, sobre inúmeros setores da atuação estatal, especialmente aqueles que exigem elevada capacidade técnica, financeira e logística.

Essa interdependência não apenas reforça a unidade nacional, mas também potencializa a capacidade de resposta do Estado frente às desigualdades regionais, tornando-se relevante instrumento de justiça territorial em contextos como o de Santa Maria de Vila Amazônia, onde a dependência do transporte fluvial e a dificuldade de acesso a serviços especializados condicionam a própria estrutura de prestação dos serviços públicos.

Nesse contexto, a **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**, instituída pela **Portaria nº 2.436/2017**, estabelece que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve atuar como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde e como centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde, sendo responsável pela coordenação do cuidado, pela ordenação dos fluxos assistenciais e pelo acompanhamento longitudinal dos usuários no território.

À luz das responsabilidades delineadas na PNAB, observa-se que a efetividade dessas respostas está intrinsecamente vinculada ao modelo de financiamento e gestão tripartite do sistema, estruturado sob a lógica do federalismo por cooperação. Nesse arranjo, compete, dentre outras responsabilidades: (i) aos municípios a organização, execução e gestão direta das ações e serviços de atenção básica, com base nas necessidades do território e na garantia da integralidade do cuidado (art. 10 e incs.); (ii) à União incumbe a definição de diretrizes nacionais, o financiamento regular e automático, inclusive por meio de transferências fundo a fundo, e o apoio técnico-normativo aos demais entes (art. 8º e incs.); (iii) enquanto aos Estados cabe a coordenação regional, a pactuação interfederativa no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), o cofinanciamento e o suporte técnico-institucional aos municípios (art. 9º e incs.).

O cenário até aqui observado reforça a importância do federalismo por cooperação como instrumento de integração de políticas públicas, especialmente na área da saúde. **Contudo, mesmo quando tais parâmetros são formalmente**

observados, essa atuação conjunta tende a representar apenas o patamar mínimo institucional esperado, não sendo, por si só, suficiente para assegurar o atendimento das demandas em saúde em territórios marcados por profundas desigualdades.

4.2.4 A Participação comunitária na efetivação do direito à saúde

A cooperação interfederativa, embora indispensável, não pode ser compreendida como suficiente em si mesma, exigindo que as políticas públicas ultrapassem o plano institucional e passem a incorporar, de forma efetiva, as demandas concretas da população local, diante de suas especificidades socioculturais.

Isso implica reconhecer que o cuidado em saúde em Vila Amazônia não pode ser pensado exclusivamente a partir de parâmetros técnico-burocráticos, devendo considerar os modos de vida, as práticas tradicionais e os saberes locais. Conforme destaca a literatura, é essencial conhecer as comunidades ribeirinhas, suas tradições, a existência de parteiras, o uso de ervas medicinais, suas concepções sobre o adoecimento, bem como sua organização social e cultural, elementos que são determinantes para a construção de estratégias de cuidado efetivas (UEA, 2021, p. 16).

Nesse intuito, o texto constitucional estabelece como uma das diretrizes para a organização do sistema de saúde a participação da comunidade em todas as ações e serviços de saúde (CF. art. 198, III).

Constituição Federal:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

(...)

Conforme será abordado no capítulo seguinte, os mecanismos de participação social previstos no Sistema Único de Saúde, como conselhos e

conferências, constituem instrumentos relevantes para a operacionalização da cooperação federativa, ao possibilitarem a inclusão das demandas locais nos processos decisórios.

No caso em análise, a forte vinculação territorial da população, caracterizada por elevado tempo de permanência e por redes comunitárias consolidadas, favorece a construção de formas locais de mobilização e participação. No entanto, a incorporação de suas demandas requer que tais espaços sejam efetivamente acessíveis, representativos e capazes de influenciar as decisões políticas, sob pena de se reproduzir um modelo de cooperação que, embora institucionalmente estruturado, permanece distante das necessidades concretas da população.

Nesse contexto, Aith (2017, p. 35) identifica a saúde pública como um dos temas fundamentais para as sociedades contemporâneas, de modo que as grandes questões relacionadas à saúde pública devem ser institucionalizadas através da participação democrática da sociedade, ou seja, “a partir de instituições e processos democráticos previamente estabelecidos”.

É justamente essa possibilidade da influência do povo nas decisões estatais relacionadas ao direito a saúde, em todas as esferas de poder, por meio de procedimentos e instituições juridicamente instituídos, que viabilizam a incorporação dos ideais de justiça da sociedade (*public reasoning*), que o autor denomina de “democracia sanitária”.

No contexto do direito brasileiro, Aith (2017, p. 141) seleciona as instituições jurídicas que, “no interior dos Poderes do Estado brasileiro [...] despontam como instrumentos de democracia sanitária participativa”. O papel dessas instituições é justamente permitir a influência da vontade popular na formação das decisões estatais, notadamente nas políticas públicas de saúde desenvolvidas pelo Poder Executivo, bem como nas normas jurídicas resultantes do processo legislativo.

Destaca-se aqui que a legislação nacional que regulamentou o art. 198, III, da CF/88, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (Lei federal nº 8080/90 e Lei federal nº 8142/90), institucionalizou duas instâncias de participação popular: as **conferências de saúde** (Lei n. 8.142/1990, art. 1º, I), como instâncias de promoção do debate público e de reflexão “plural e abrangente da situação da saúde pública no Brasil”, e os **conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde** (Lei n.

8.142/1990, art. 1º, § 2º), que constituem órgãos colegiados que promovem a fiscalização e o controle dos serviços públicos desenvolvidos pelo Estado. (Aith, 2017, p. 142).

No caso da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, a participação nas conferências e conselhos de saúde representa o principal mecanismo de inserção democrática nas deliberações sobre políticas públicas, permitindo que demandas locais - como o acesso à atenção básica - sejam formalmente apresentadas e debatidas nas instâncias de cooperação federativa.

A efetivação do direito à saúde, em contextos amazônicos, exige mais do que a cooperação formal entre entes federativos. Exige coordenação efetiva, financiamento adequado, planejamento territorializado e, sobretudo, a participação ativa das comunidades na definição das políticas públicas, com respeito aos seus saberes, práticas e modos de vida. Sem esses elementos, o federalismo por cooperação tende a permanecer como uma promessa constitucional parcialmente realizada, incapaz de superar as desigualdades que marcam o acesso à saúde na região.

5 A COORDENAÇÃO FEDERATIVA E A DEMOCRACIA SANITÁRIA NO ATENDIMENTO DAS DEMANDAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SANTA MARIA DE VILA AMAZÔNIA

5.1 Noções iniciais

Viu-se, no capítulo anterior, que a descentralização da gestão e das políticas de saúde no Brasil, estruturada de forma integrada entre União, Estados e Municípios, constitui um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), consagrado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990²².

Tal arranjo normativo materializa um modelo de federalismo por cooperação no qual as diferentes esferas de governo exercem competências próprias, porém interdependentes, exigindo articulação institucional para a consecução dos objetivos constitucionais relacionados à saúde.

Essa cooperação intergovernamental traduz-se, portanto, em um processo de coordenação de esforços que assume especial relevância em contextos territorialmente complexos, como o das comunidades ribeirinhas amazônicas, a exemplo de Vila Amazônia, onde fatores geográficos, socioeconômicos e culturais condicionam o acesso e a efetividade das ações em saúde.

Nesse cenário, o texto constitucional estabelece, ainda, como diretriz estruturante do SUS, a participação da comunidade na formulação, execução e controle das políticas de saúde (CF, art. 198, III), o que destaca a dimensão democrática na organização do sistema. Conforme destaca Aith (2015), tal diretriz reforça a compreensão de que a **democracia sanitária** constitui um dos pilares para a construção e o funcionamento das políticas públicas de saúde.

²² As Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 são, em conjunto, consideradas **leis orgânicas da saúde** no Brasil, pois regulamentam o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) previsto na Constituição de 1988.

A **Lei nº 8.080/1990** (Lei Orgânica da Saúde) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de organizar e regular o funcionamento dos serviços de saúde em todo o território nacional.

Já a **Lei nº 8.142/1990** complementa a anterior ao tratar de aspectos essenciais como a **participação da comunidade** na gestão do SUS (por meio de conselhos e conferências de saúde) e as **transferências intergovernamentais de recursos financeiros**.

Dessa forma, a análise da democracia no campo da saúde exige a compreensão do chamado **procedimentalismo participativo**, entendido como o conjunto de “instituições e processos democráticos previamente estabelecidos” que viabilizam a participação social nas decisões estatais (Aith, 2017, p. 51). No âmbito do SUS, tais mecanismos assumem especial relevância, pois constituem canais por meio dos quais as demandas sociais podem ser expressas, debatidas e potencialmente incorporadas às políticas públicas.

No contexto de Vila Amazônia, essa perspectiva revela-se particularmente relevante. Isso porque, em realidades marcadas por diversidade cultural e por limitações estruturais de acesso, a simples previsão formal de participação não garante, por si só, a inclusão efetiva das comunidades nos processos decisórios, revelando as limitações desse arranjo institucional.

Assim, torna-se imprescindível, em primeiro lugar, examinar a noção de procedimentalismo participativo enquanto categoria analítica central para a compreensão da democracia sanitária, investigando de que modo seus instrumentos institucionais podem favorecer, ainda que potencialmente, a inclusão das demandas da comunidade de Vila Amazônia nos processos decisórios que orientam as políticas públicas de saúde, conforme será desenvolvido nos tópicos seguintes.

5.2 Democracia e procedimentalismo participativo

Atender às demandas em saúde das populações ribeirinhas da Amazônia, em especial da comunidade de Vila Amazônia, requer o aprofundamento dos debates sobre democracia, que têm sido marcados pela necessidade de **procedimentalização da participação**.

Trata-se de um aspecto da democracia que Bobbio deixa evidente quando a conceitua como uma forma de governo “caracterizada por um conjunto de regras (primárias ou fundamentais) que estabelecem quem está autorizado a tomar as decisões coletivas e com quais procedimentos” (Bobbio, 2000, p. 30).

A partir desse conceito sobressaem, portanto, dois elementos importantes na caracterização das democracias modernas: (i) **a regulação da democracia pelo direito**; e (ii) **o estabelecimento de regras e de procedimentos juridicamente regulados para a organização de seu funcionamento**.

Os procedimentos e normas em questão são essenciais para que a comunidade de Vila Amazônia possa expressar e consolidar, de forma participativa e democrática, seus ideais de justiça. Nesse sentido, Amartya Sen ressalta a relevância do *public reasoning*²³ no processo de construção da justiça, afirmando que há uma relação intrínseca entre a ideia de justiça e a democracia.

Dessa forma, o procedimentalismo participativo privilegiaria o aspecto formal do debate, isto é, “quem fala, quando fala, como fala”, sem correr o risco de deixar em segundo plano “o que se fala”, ou seja, o aspecto material ou substancial do diálogo, que tem um indiscutível aspecto ético, de índole igualitária e libertária.

No entanto, ainda se constata a prevalência de uma concepção tradicional de democracia, centrada sobretudo em eleições e votos, em detrimento de uma visão mais ampla de governo participativo. A concepção democrática fundamentada no *public reasoning* requer que se vá além das instituições específicas que se consolidaram, de forma marcante, na Europa e nos Estados Unidos nos últimos séculos (Sen, 2009, p. 328).

De acordo com Dallari, os estudiosos da democracia vêm redefinindo uma espécie de procedimentalismo, sobretudo para enfrentar as limitações postas pela representatividade. Nesse contexto, a autora faz menção a Habermas como sendo

um desses estudiosos que vem exercendo grande influência na questão, particularmente porque arquitetou uma resposta procedimental que valoriza o processo de formação política da vontade e da opinião, concebendo os princípios do Estado constitucional como resposta consistente à questão de como podem ser institucionalizadas as exigentes formas comunicativas de uma formação democrática da vontade e da opinião. Diz ele que o êxito da política deliberativa depende não da ação coletiva dos cidadãos, mas da institucionalização dos procedimentos e das condições de comunicação correspondentes. Assim, a democracia procedimentalizada implica o respeito ao pluralismo social numa sociedade descentralizada (Dallari, 2014, p. 7).

Sobre o tema, Bucci (2021, p. 107-108) afirma que as democracias contemporâneas se adjetivaram, a partir de aspirações acrescidas, como democracia social (mesmo a enfrentar a contradição entre a garantia da liberdade e o dever de prestações pelo Estado), e uma dimensão processual nova, como democracia participativa ou democracia deliberativa.

²³ Expressão utilizada por John Rawls e Amartya Sen, optou-se por mantê-la em inglês, tendo em vista a sua difícil tradução ao português. Mais do que “razão pública” ou “raciocínio público”, *public reasoning* significa o conteúdo material que emerge dos debates públicos, os argumentos políticos e morais colocados em público para justificar e motivar uma decisão.

Para explicar esse componente processual de ressignificação do conceito de democracia na modernidade, Bucci se utiliza do ensinamento de Sartori:

No aspecto processual, a democracia é, em suma, o “governo pela discussão”. À medida que a ideia de governo da maioria cedeu lugar à necessária salvaguarda das minorias, consagram-se o dissenso e a diversidade. Isso se desdobra na necessidade de estabelecer os termos e a forma da discussão, o que Dahl chama de “metarregra” da democracia, ou a capacidade dos cidadãos de exercer o controle do planejamento das decisões do governo, ou decidir sobre o que o governo vai decidir (o que, na linguagem das políticas públicas, designa-se por “controle da agenda governamental”). (Sartori, 1994, apud Bucci, 2021, p. 109)

No contexto da democracia participativa ou deliberativa, em que deságuam os movimentos de teorização do processo como forma de solução de conflitos sociais e de positivação de normas sobre controle e participação social na atuação governamental, a proposta dominante é desenvolver procedimentos e estruturas institucionais capazes de fortalecer a deliberação e permitir a participação.

Nesse modelo de política, Bucci explica que:

o fortalecimento da cidadania é assegurado por um “processo inclusivo de formação da opinião e da vontade políticas, em que cidadãos livres e iguais se entendem acerca de que fins e normas correspondem ao interesse comum de todos”. Vislumbra-se um “consenso alcançado argumentativamente”, mediante procedimentos democráticos institucionalizados, o que importa na ampliação do sentido jurídico original do processo, antes restrito ao âmbito judicial, demandada por uma mudança das formas de atuação do Estado. A ideia alargada de democracia se traduz em alternativas institucionalizadas de representação e participação, por meio de “novas formas organizadas de representação da ‘opinião’ e da emergência de modos de expressão dos interesses sociais, que desbordam da lógica representativa tradicional” (2021, p. 148-149).

Ao mesmo tempo em que a representação, conforme defendido pela corrente democrática hegemônica, facilita a organização política em territórios de grande extensão, ela também gera, dentre outros problemas, a (im)possibilidade de representação efetiva de grupos identitários.

Ou seja, nada garante que grupos identitários minoritários, nos quais se enquadram os moradores de Vila Amazônia, serão representados na esfera política. Dessa forma, é possível perceber que o debate democrático vai encontrando barreiras que, em última instância, colocam em questão o próprio modelo de democracia hegemônica (Santos; Avritzer, 2002, p. 49-50).

Assim, Santos e Avritzer, em face de novos condicionantes sociais e políticos, lançam mão de um debate entre democracia representativa defendida

pelos elitistas e a importância de se pensar uma democracia participativa com o objetivo de dar um norte aos problemas enfrentados pela própria democracia.

Nesse contexto:

instituições e processos democráticos representativos “coexistem” com instituições e processos democráticos participativos, estabelecendo relações de convivência em diferentes níveis de procedimentalismo, organização administrativa e desenho institucional. A “complementaridade” implica uma articulação mais profunda entre democracias representativa e participativa, pressupondo o reconhecimento pelo governo de que o procedimentalismo participativo, as formas públicas de monitoramento dos governos e os processos de deliberação pública podem substituir parte dos processos de representação e de deliberação tal como concebido no modelo atualmente hegemônico de democracia (Santos; Avritzer, 2002, p. 75-76).

Dessa forma, os autores apresentam a questão da participação no debate sobre a democracia como a tentativa de se criar um movimento contra-hegemônico, ou seja, um movimento que busca alternativas democráticas aos problemas enfrentados pela própria democracia no período pós-guerra. Nesse sentido, não se trata de eliminar um modelo de democracia pelo outro, mas sim articular o que os autores chamam de uma “nova gramática social e cultural”²⁴ e o entendimento da inovação social articulada com a inovação institucional.

Para Aith (2017, p. 80), a compreensão da coexistência e da complementaridade entre distintas concepções de democracia constitui o alicerce para identificar e analisar a democracia sanitária. Com base nisso, torna-se possível avaliar, de maneira mais crítica e ampla, de que forma o direito positivo tem estruturado e regulamentado as instituições estatais e os processos jurídicos voltados à construção de um regime efetivamente democrático.

Observa-se que diversos países vêm consolidando um conjunto significativo de instituições e processos juridicamente regulamentados voltados exclusivamente a permitir maior participação popular nas decisões do Estado. Mais do que simplesmente consultiva, representativa ou participativa, a democracia se compõe da implementação simultânea desses modelos, de diferentes formas, em diferentes Estados.

²⁴ Em todos os casos, junto com a ampliação da democracia ou sua restauração, houve também um processo de redefinição do seu significado cultural ou da gramática social vigente. Assim, todos os casos de democracia participativa estudados iniciam-se com uma tentativa de disputa pelo significado de determinadas práticas políticas, por uma tentativa de ampliação da gramática social e de incorporação de novos atores ou de novos temas à política (Santos; Avritzer, 2002, p. 56)

Trazendo esse debate para a realidade amazônica, é preciso assegurar o fortalecimento de uma democracia participativa, a par dos mecanismos de representação existentes, que possibilite a escuta e a incorporação das vozes locais nas decisões políticas relacionadas à atenção primária à saúde.

No contexto de Vila Amazônia, isso implica ampliar e qualificar os instrumentos institucionais de participação democrática, de modo a assegurar que o diálogo entre o Estado e as comunidades tradicionais se traduza em políticas públicas de saúde efetivas, contínuas e sensíveis às especificidades territoriais e socioculturais que permeiam a realidade local.

5.3 Democracia sanitária e instrumentos de participação popular

5.3.1 Noções teóricas sobre democracia sanitária

No Estado Democrático de Direito, toda decisão governamental é, a princípio, de interesse do povo. Ao longo do século XX, com a incorporação dos direitos sociais nas Constituições, os Estados modernos passaram a assumir, de forma crescente, responsabilidades voltadas ao bem-estar coletivo.

Nesse cenário, a saúde desponta como um campo especial para o estudo do Direito, por se tratar de um bem de elevado valor social, capaz de mobilizar a sociedade e, por consequência, influenciar a atuação de legisladores, governantes e magistrados.

Nas palavras de Aith (2017, p. 81):

O reconhecimento da saúde como direito nas sociedades democráticas fez emergir, ao lado dos mecanismos representativos tradicionais, importantes instituições e processos participativos, criados especificamente para a promoção da participação da comunidade nas decisões de Estado relativas à saúde. A democracia sanitária nasce, assim, com o crescimento, nas sociedades democráticas, do reconhecimento social da saúde como um valor humano fundamental a ser protegido pelo Estado. A partir desse reconhecimento, os cidadãos passam a se mobilizar - individualmente ou por meio de movimentos sociais, grupos de interesse, empresas etc. - para que suas demandas relacionadas com a saúde sejam ouvidas e satisfeitas pelo Estado.

Nesse contexto, a atuação dos movimentos sociais foi decisiva para a consagração do direito à saúde na Constituição de 1988, marcada por relevantes

conquistas democráticas, destacando-se a inclusão expressa da diretriz de **participação da comunidade** na gestão do SUS.

A regulamentação dessa diretriz, iniciada em 1990 com a instituição dos conselhos e conferências de saúde pela Lei nº 8.142/1990, vem se expandindo ao longo do tempo, incorporando uma ampla variedade de formatos e exemplos de experiências participativas de caráter deliberativo, que possibilitam à população participar de forma deliberativa e consultiva na definição de prioridades e estratégias sanitárias.

A democracia sanitária nasce e consolida-se como um fenômeno interno das nações e, também, internacional - digno de estudo, compreensão e detalhamento -, a partir da conjunção de diversos fatores, que Aith (2017, p. 81-82) pontua como sendo o reconhecimento da saúde como direito, a coexistência de mecanismos representativos e participativos e a criação de arranjos institucionais específicos para o setor.

Com base nas teorias democráticas e nas experiências e normas jurídicas sobre democracia sanitária observadas no Brasil e no exterior, Aith extrai um conceito de democracia sanitária:

democracia sanitária é o regime de governo do povo, aplicado aos temas relacionados à saúde individual e coletiva, por meio do qual os cidadãos participam e influem ativamente, de forma deliberativa ou consultiva, nos processos de tomada de decisões estatais de saúde de competência dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário (2017, p. 86).

A democracia sanitária configura-se como um regime de governo do povo, na medida em que pressupõe o exercício pleno da própria democracia, ou seja, da soberania popular. No âmbito da saúde, essa soberania pode se manifestar tanto de forma representativa quanto participativa, envolvendo um amplo conjunto de instituições e processos jurídicos de representação e participação.

No que diz respeito ao exercício da soberania popular, Aith afirma que:

Para além da escolha de representantes, a soberania popular também pode ser exercida de forma deliberativa ou consultiva por meio da participação do povo nos processos jurídicos que orientam a tomada de decisões estatais de saúde. Ao longo dos anos, foram criadas instituições jurídicas específicas voltadas a possibilitar a participação deliberativa de cidadãos nas decisões de Estado, tais como os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde²⁵. Também vários processos juridicamente regulados

²⁵ BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

foram criados para possibilitar ao cidadão participar do processo de decisão do Estado no campo da saúde, influenciando de forma consultiva a decisão final do Estado, tais como as audiências públicas, os plebiscitos, os referendos e, inclusive, os processos judiciais (2017, p. 87-88).

E segue o autor afirmando que:

A democracia sanitária demanda a participação ativa dos cidadãos nos processos de tomada de decisão a serem adotados por todos os poderes do Estado. [...] Também o processo de decisão no Executivo deve ser aberto à participação popular, seja por meio dos conselhos de saúde, seja por meio de comitês técnicos, consultas e audiências públicas, ou outros mecanismos possíveis que possibilitem ao cidadão ter conhecimento do processo decisório no âmbito do Poder Executivo, englobando as ações voltadas à execução dos ditames legais relacionados à elaboração e execução de políticas públicas de saúde (2017, p. 88).

Tais espaços deliberativos e consultivos configuram-se como instrumentos com relevante potencial para o fortalecimento do diálogo entre o Estado e a comunidade de Vila Amazônia, na medida em que podem contribuir para a identificação de suas demandas em saúde e favorecer a formulação de diretrizes mais sensíveis aos aspectos identitários de seus habitantes, reconhecidos como grupos minoritários.

Nesse contexto, o Direito Sanitário como área de estudo do Direito relacionada aos direitos sociais, constitui-se em um bem jurídico de alto valor humanitário, possuindo uma importante função de modelo paradigmático de organização estatal voltado à concretização dos objetivos constitucionais relacionados à proteção democrática dos direitos fundamentais.

E para alcançar tal propósito, Dworkin ressalta que a instituição de direitos resulta de uma prática complexa, uma vez que:

A instituição dos direitos contra o governo não é um presente de Deus, ou um antigo ritual ou um esporte nacional. É uma prática complexa e trabalhosa que torna mais difícil e custoso o trabalho do governo de assegurar o bem-estar geral. Ela seria uma prática frívola e enganosa, caso não servisse a algum objetivo. Quem quer que professe levar os direitos a sério (..) deve aceitar, no mínimo, uma ou duas ideias importantes: a primeira é a ideia vaga, mas poderosa, da dignidade humana (..) [que] pressupõe que existem maneiras de tratar um homem que são incompatíveis com o reconhecimento como um membro pleno da comunidade humana, e sustenta que tal tratamento é profundamente injusto (...). (Dworkin, 2002, p. 304-305).

A segunda ideia é a de igualdade política, que pressupõe que "os membros mais frágeis de uma comunidade política têm direito à mesma consideração e ao mesmo respeito que o governo concede a seus membros mais poderosos" (Dworkin, 2002, p. 304-305).

Nessa perspectiva, Habermas (1997, p. 97-135) defende a necessidade de uma reconstrução do direito, no sentido de criar sistemas jurídicos que definam as condições pelas quais as formas de comunicação serão institucionalizadas legalmente, de modo a viabilizar a formação de um Direito democrático e legítimo.

A compreensão do conceito de “democracia sanitária” deve considerar que a criação de canais de participação social na elaboração, execução e avaliação das políticas públicas é parte intrínseca da própria noção de Estado de Direito. Para que essa forma de democracia se consolide, é essencial que o Direito, capaz de assegurar a coesão em sociedades complexas, possua base democrática. É necessário resguardar as condições procedimentais do processo democrático, garantindo que as discussões sobre a aplicação do Direito sejam acompanhadas por debates acerca de seus próprios fundamentos.

Para Habermas (1997, p. 169-176), a origem democrática do Direito está na articulação e na mediação recíproca entre a soberania popular juridicamente institucionalizada e aquela que se manifesta fora das instituições formais. Ao autorizar a participação política em sua formação, o Direito institucionaliza juridicamente a formação pública da opinião e da vontade nos processos decisórios relativos aos projetos políticos e às leis. Esse equilíbrio implica a preservação de espaços públicos autônomos, a extensão da participação dos cidadãos, a domesticação do poder das mídias e a função mediadora dos partidos políticos.

Nesse contexto, o teórico defende uma “teoria jurídica do discurso racional”, na qual, as regras do discurso correspondem a formas de argumentação. Em síntese, defende que a aceitabilidade racional das decisões jurídicas depende necessariamente da qualidade dos argumentos utilizados e da estrutura do processo de argumentação.

O processo de argumentação será mais democrático, portanto, se conseguir reunir os diferentes argumentos existentes na sociedade sobre o tema em debate e promover uma forma de deliberação que considere o princípio da soberania popular, base dos Estados Democráticos de Direito.

No entanto, verifica-se que, embora o arcabouço teórico da democracia sanitária, alicerçado na participação, no discurso e na deliberação, ofereça fundamentos normativos para a legitimação das decisões em saúde, **sua efetividade, especialmente em contextos amazônicos, onde prevalece a**

assimetria cultural, depende de mediações institucionais concretas capazes de traduzir tais princípios em práticas acessíveis, inclusivas e sensíveis às especificidades territoriais.

É precisamente nesse ponto que a análise deve avançar: da dimensão abstrata e principiológica da democracia sanitária para o exame dos instrumentos jurídico-institucionais que lhe conferem operatividade. Com efeito, não basta reconhecer a centralidade da participação popular; impõe-se investigar como ela é juridicamente estruturada, quais mecanismos a viabilizam e em que medida tais instrumentos conseguem, na prática, captar, processar e incorporar as demandas oriundas de realidades locais complexas, como a da comunidade de Vila Amazônia.

Assim, a próxima subseção dedica-se a examinar os instrumentos do procedimentalismo participativo no campo da saúde, com especial atenção às instituições que materializam a democracia sanitária no ordenamento jurídico brasileiro, notadamente as conferências e os conselhos de saúde.

5.3.2 Instrumentos do procedimentalismo participativo e sua aplicação em Santa Maria de Vila Amazônia

Não há dúvidas de que o debate sobre a democracia é um dos temas mais controversos e instigantes da Teoria Política Contemporânea, especialmente no que tange à forma de exercício do regime democrático no Estado Moderno. Sobre a falência que denominam de “concepção hegemônica” da democracia, na qual predomina o exercício da democracia em seu viés representativo, afirmam Santos e Avritzer que:

os grupos mais vulneráveis socialmente, os setores sociais menos favorecidos e as etnias minoritárias não conseguem que os seus interesses sejam representados no sistema político com a mesma facilidade dos setores majoritários ou economicamente mais prósperos. Ao mesmo tempo, formas de relativização da representatividade ou de articulação entre democracia representativa e democracia participativa parecem mais promissoras na defesa de interesses e identidades subalternas. Por estas razões, a democracia participativa é considerada neste projeto de pesquisa um dos grandes cinco campos sociais e políticos nos quais, no início do novo século, está sendo reinventada a emancipação social (2002, p. 54-55).
(Destaques nossos)

Estas questões colocam-se com particular incidência naqueles países nos quais existe maior diversidade étnica; entre aqueles grupos que têm maior

difficuldade para ter os seus direitos reconhecidos; nos países nos quais a questão da diversidade de interesses choca com o particularismo de elites econômicas (Santos; Avritzer, 2002, p. 50).

No Brasil, tal tendência materializou-se, entre outros mecanismos, na institucionalização das Conferências de Saúde, concebidas como fóruns deliberativos voltados à ampliação da participação social. Previstas na Lei nº 8.142/1990, essas instâncias configuram importantes espaços democráticos de controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos quais as necessidades de saúde das populações são debatidas e as políticas públicas são formuladas a partir das demandas comunitárias.

Nas palavras de Aith (2015, p. 86):

A evolução histórica do direito sanitário no Brasil demonstra um caminho progressivo de criação e utilização de instituições e processos de participação nas decisões estatais em saúde. As opções jurídico-institucionais adotadas pela sociedade brasileira para a efetiva participação da sociedade no campo da saúde devem ser constantemente objeto de estudos e reflexões. O Brasil vivenciou a criação jurídica e formal de diversas instituições e processos de participação da comunidade na construção do direito à saúde, tais como as conferências federal, estaduais e municipais de saúde, as audiências públicas, as consultas públicas, a possibilidade de se ingressar com ação judicial na defesa deste direito, entre outros. Convém agora nos debruçarmos sobre como anda, atualmente, a aplicação empírica desses instrumentos jurídicos de participação democrática em saúde

A configuração institucional das Conferências de Saúde decorre do modelo descentralizado de gestão do sistema de saúde brasileiro, que pressupõe a atuação integrada entre União, Estados e Municípios, respeitadas as competências de cada ente federativo.

É nesse cenário que se insere o objetivo da presente pesquisa: investigar de que modo as demandas relacionadas à atenção primária à saúde da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia são identificadas e incorporadas nas deliberações das Conferências de Saúde. Todavia, como será demonstrado na subseção 5.4, esse modelo participativo não pode ser adotado de forma acrítica, especialmente em contextos marcados por assimetrias socioculturais, como o da comunidade analisada.

No que se refere às instituições e aos processos jurídicos voltados à garantia da democracia sanitária, Aith propõe uma classificação das chamadas “garantias jurídicas da democracia sanitária” em três categorias: (i) garantias

constitucionais; (ii) **instituições garantidoras**; e (iii) processos jurídicos garantidores.

No primeiro grupo, inserem-se as garantias previstas na Constituição de 1988 que sustentam o modelo procedimental participativo, como os princípios da separação dos poderes, da legalidade e da soberania popular, bem como as liberdades fundamentais, incluindo o direito de petição, o acesso à Justiça, a liberdade de reunião e associação e a publicidade dos atos estatais.

No terceiro grupo, relativo aos processos jurídicos garantidores da democracia sanitária, identificam-se mecanismos próprios de cada Poder do Estado, voltados ao desempenho de suas funções típicas. Destacam-se, nesse âmbito, o processo legislativo, responsável pela produção normativa em matéria de saúde, e os processos administrativo e judicial, destinados à implementação e à garantia desse direito, seja por meio da formulação de políticas públicas, seja pela atuação jurisdicional em casos de violação. Ademais, incluem-se processos subsidiários, como audiências e consultas públicas, utilizados para qualificar a tomada de decisões estatais.

Para os fins deste trabalho, interessa particularmente o segundo grupo, que abrange as instituições jurídicas que, no interior dos Poderes do Estado, atuam como instrumentos de democracia sanitária participativa (Aith, 2017, p. 141).

O papel dessas instituições consiste em viabilizar a influência da vontade popular na formação das decisões estatais, especialmente no que se refere às políticas públicas de saúde conduzidas pelo Poder Executivo e à produção normativa no âmbito do processo legislativo.

Entre tais instituições, destacam-se as **conferências de saúde**, previstas no art. 1º, I, da Lei nº 8.142/1990, como espaços de debate público e de análise plural da situação sanitária, e os **conselhos de saúde**, em nível nacional, estadual e municipal, definidos como órgãos colegiados responsáveis pelo acompanhamento, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde.

Também integram esse conjunto os conselhos consultivos e as câmaras técnicas, que promovem a discussão especializada, sobretudo no âmbito das agências reguladoras, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária; as ouvidorias, representadas pelo Departamento de Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde e pelas ouvidorias da Anvisa e da ANS,

que são órgãos permanentes dessas agências; as comissões de legislação participativa do Senado Federal (Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado) e da Câmara dos Deputados (Comissão de Legislação Participativa), ambas com previsão no regimento interno das respectivas casas.

Sob a perspectiva do fenômeno governamental enquanto prática juridicamente estruturada, as Conferências e os Conselhos de Saúde situam-se predominantemente no “plano mesoinstitucional” das políticas públicas. Conforme assinala Maria Paula Dallari Bucci (2021, p. 23), esse plano corresponde ao nível em que se definem os arranjos institucionais que organizam e orientam a ação governamental.

No âmbito da chamada “média política”, encontram-se os arranjos institucionais que desenham a ação governamental racionalizada, agregando e compondo os elementos disponíveis, em uma direção determinada, tornada previsível, com base em regras e institucionalização jurídica, que define as situações a serem experimentadas em operações futuras, resultando na reiteração da ação (Bucci, 2021, p. 57).

Nesse sentido, constituem mecanismos de governança capazes de conectar as orientações político-constitucionais do plano macro, responsáveis por definir prioridades e limites gerais de atuação estatal, com as demandas concretas que emergem do plano microinstitucional.

No plano macroinstitucional, situam-se as decisões políticas fundamentais, a chamada “grande política”, bem como as diretrizes de planejamento de longo prazo (Bucci, 2021, p. 57). Em outras palavras, abrange as estruturas e decisões políticas de maior amplitude, compreendendo o Estado, o governo e a Administração Pública enquanto grandes conjuntos institucionais.

Trata-se do nível em que se situam as escolhas políticas de alto alcance, como a definição de prioridades públicas, a formulação de orientações estratégicas e o estabelecimento do regime jurídico-constitucional que autoriza e limita a atuação estatal, bem como os mecanismos de alocação de recursos e as dinâmicas de interação entre os Poderes.

Por sua vez, no plano microinstitucional, a “pequena política”, encontram-se as decisões concretas que se materializam no cotidiano da ação estatal, no âmbito dos processos jurídicos de formulação e implementação de políticas públicas.

Incluem-se, nesse nível, atos administrativos, iniciativas legislativas específicas e decisões judiciais em situações de conflito (Bucci, 2021, p. 57). Conforme ressalta Bucci, é nesse plano que se definem os efeitos concretos das escolhas realizadas nos níveis macro e mesoinstitucional.

Delineado o papel das instituições participativas na democracia sanitária e evidenciada sua inserção no plano mesoinstitucional, impõe-se avançar para a análise de seus mecanismos operacionais. Para tanto, torna-se necessário examinar, de forma mais detida, as conferências e os conselhos de saúde enquanto instrumentos de concretização do procedimentalismo participativo no Sistema Único de Saúde, buscando compreender não apenas sua estrutura normativa, mas também sua efetiva capacidade de promover a articulação entre Estado e sociedade.

5.3.2.1 Definição e função das conferências de saúde em níveis nacional, estadual e municipal

Um grande avanço institucional que contribui para a democracia sanitária no Brasil reside na criação de instituições jurídicas que integram o SUS e que possibilitam uma forma de participação democrática mais próxima da sociedade na gestão das políticas públicas de saúde junto ao Poder Executivo.

Nesse contexto, as conferências e os conselhos de saúde (em âmbito nacional, estadual e municipal), instituídos por força da Lei Federal nº 8.142/1990, representam um dos eixos institucionais estruturantes da participação democrática em saúde no País. De acordo com o art. 1º desta lei:

o Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II- o Conselho de Saúde.

As conferências de saúde são instituições jurídicas garantidoras da democracia sanitária. Conforme disposto no artigo 1º, I, da Lei nº 8.142/1990, o SUS

contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; (...). §1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

No contexto do direito brasileiro, as Conferências de Saúde são instituições jurídicas que, “no interior dos Poderes do Estado brasileiro [...] despontam como instrumentos de democracia sanitária participativa” (Aith, 2017, p. 141), que se destinam a “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde”, em cada esfera federativa, devendo-se reunir a cada quatro anos por convocação do Poder Executivo (2014, p. 2).

Para a comunidade de Vila Amazônia, as conferências de saúde assumem relevância ainda mais acentuada, na medida em que se configuram como espaços institucionais aptos a favorecer sua aproximação com o Estado, por meio da apresentação de suas demandas em saúde, ampliando suas possibilidades de expressão e de representatividade.

Essas instituições visam cumprir com o papel de justamente permitir a necessidade de uma ressignificação da “concepção hegemônica” de democracia, a partir da garantia institucional de procedimentos jurídicos que não apenas assegurem os mecanismos representativos, mas, antes de tudo, assegurem efetiva participação popular nas decisões estatais que tratem de temas socialmente relevantes.

De acordo com Aith:

As conferências de saúde devem ser realizadas em níveis federal, estaduais e municipais. A sua importância para a democracia sanitária reside no fato de que se constituem importantes espaços institucionais para o debate público sobre saúde no País e para a deliberação das prioridades de saúde pública a serem consideradas pelos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Realizadas periodicamente, as conferências produzem diretrizes e orientações para os gestores de saúde, configurando um momento de reflexão plural e abrangente da situação da saúde pública do Brasil e das possíveis ações que podem ser adotadas para a sua melhoria. Reúnem profissionais de todas as áreas. Para a discussão de indicadores de saúde, de questões administrativas e organizacionais do SUS, de questões de financiamento e gastos em saúde. Enfim, as conferências representam o momento maior do exercício da democracia sanitária no País, devendo as autoridades públicas de saúde observar suas 26 deliberações o mais fielmente possível. Embora as deliberações tomadas nas conferências não tenham força normativa, nem vinculem os agentes públicos, elas corporificam a vontade da sociedade e possuem a força que somente a legitimidade social pode oferecer. (2017, p. 142-143)

Desde a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, observa-se a institucionalização progressiva das conferências de saúde nas diferentes esferas federativas como instrumentos de participação social no âmbito do Sistema Único de Saúde:

- (i) Em nível nacional, foram realizadas dez edições da Conferência Nacional de Saúde, da 9ª edição, em 1992, até a 17ª, ocorrida em 2023.
- (ii) No plano estadual, conforme dados do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas, registram-se nove conferências estaduais de saúde no Amazonas no mesmo período.
- (iii) Já no âmbito do município de Parintins, há evidência documental da realização de duas conferências no município de Parintins: a 1ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2021, e a 2ª, com convocação para julho de 2025.

Dentro da abordagem jurídico-institucional proposta por Maria Paula Dallari Bucci, as conferências de saúde se localizam predominantemente no plano “mesoinstitucional”, pois integram o desenho participativo do SUS como arranjos de governança que racionalizam a ação estatal, articulando Estado e sociedade, agregando informações e convertendo-as em diretrizes técnico-programáticas.

Embora não pertençam ao plano “macroinstitucional”, onde se definem as grandes escolhas políticas, prioridades nacionais e limites constitucionais de atuação, influenciam-no ao produzir orientações capazes de reorientar políticas e legitimar decisões estatais, conforme previsto na Constituição e na Lei nº 8.142/1990.

Ao mesmo tempo, mantêm forte vínculo com o plano “microinstitucional”, pois suas deliberações emergem das experiências concretas dos serviços e usuários (dificuldades de acesso, falta de recursos, práticas locais), traduzindo essa “pequena política” em propostas que retroalimentam continuamente o processo de formulação e implementação das políticas de saúde.

Assim, no marco do federalismo por cooperação, as conferências de saúde podem ser compreendidas como mecanismos institucionais que potencialmente articulam, de forma interdependente, os diferentes entes federativos e a sociedade civil. Nesse contexto, tendem a fortalecer a dimensão participativa da política de saúde e a criar condições para que as demandas de atenção primária da comunidade de Vila Amazônia venham a ser consideradas na formulação de ações voltadas à promoção da saúde e à efetivação da cidadania sanitária na Amazônia.

5.3.2.2 Conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde

Os conselhos de saúde, por sua vez, assumem uma estrutura mais orgânica e, conforme o artigo 1º, §2º, da Lei nº 8.142/1990, possuem caráter permanente e deliberativo. Nas palavras de Dallari,

os conselhos são órgãos deliberativos que devem atuar 'na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde'. Suas decisões são submetidas à homologação do Poder Executivo e devem versar inclusive sobre 'os aspectos econômicos e financeiros' da política (2014, p. 2).

Portanto, sua função central é fiscalizar o funcionamento do SUS, garantindo que as deliberações aprovadas nas conferências de saúde sejam efetivamente implementadas pelas autoridades públicas encarregadas da formulação e execução das ações e serviços de saúde.

A lei define os conselhos de saúde como órgãos colegiados integrados por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários. Segundo informa Dallari:

O número de representantes dos usuários do sistema de saúde não pode ser inferior à metade do colegiado, tanto na composição da conferência como na do conselho (Lei 8142/90, art. 1º, § 4º). E vale lembrar que o Brasil é um Estado federal com três esferas de poder político autônomo, todas competentes para legislar sobre e cuidar da saúde²⁶. Isso significa que haverá 5565 conselhos e conferências municipais de saúde, 27 conselhos e conferências estaduais de saúde e 1 conselho e conferência nacional de saúde a cada quatro anos, no território nacional.

A existência de conselhos de saúde é obrigatória em todos os entes federativos do Brasil, cabendo à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal instituí-los em seus respectivos âmbitos de atuação.

Essa obrigatoriedade decorre do art. 4º da Lei nº 8.142/1990 que dispõe que os Estados e os Municípios somente receberão os recursos federais ou estaduais destinados ao SUS quando contarem com conselhos de saúde. O parágrafo único do mesmo artigo prevê expressamente que “o não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União”.

²⁶ Com efeito, a competência para legislar sobre promoção e defesa da saúde é concorrente entre essas três esferas (CF. art. 24, XII c/c § 1º, 2º e 3º e art. 30, II) e a de cuidar da saúde é comum entre essas mesmas esferas (CF. art. 23, II)

Nesse contexto, a análise das conferências e dos conselhos de saúde evidencia que ambos se inserem em um mesmo arranjo jurídico-institucional voltado à promoção da participação social no âmbito do Sistema Único de Saúde, embora desempenhem funções distintas e complementares.

Tal dinâmica ocorre no interior de uma estrutura federativa e participativa que, em contextos como o de Vila Amazônia, demanda não apenas mecanismos formais de inclusão, mas também a sensibilidade institucional para lidar com as diferenças culturais que condicionam, e, por vezes, limitam a efetiva participação social na política pública de saúde.

5.4 Do procedimentalismo ao reconhecimento: limites da participação em contexto de assimetria cultural em Santa Maria de Vila Amazônia

5.4.1 Condicionantes territoriais e limites estruturais da participação

As garantias jurídicas da democracia sanitária possuem limites, pois sua institucionalização pode restringir a participação popular. A simples criação de instituições participativas não assegura, por si só, uma democracia efetiva, já que a qualidade da participação depende do engajamento e da vontade dos cidadãos em influenciar o processo decisório.

Nesse cenário, os condicionantes estruturais próprios da região amazônica aprofundam os limites de um modelo meramente procedimental de participação. A dependência do transporte fluvial para o acesso à Vila Amazônia, aliada à dispersão territorial das comunidades atendidas, impõe obstáculos concretos não apenas ao acesso aos serviços de saúde, sobretudo os de maior complexidade, mas também à própria viabilização de uma participação contínua e efetiva nos espaços institucionais de deliberação.

Essa realidade evidencia que a simples previsão formal de mecanismos participativos não é suficiente para assegurar a inclusão democrática. Ao contrário, impõe-se o fortalecimento de instrumentos sensíveis às especificidades territoriais, capazes de reconhecer as condições materiais de existência dos sujeitos e de viabilizar formas de participação compatíveis com suas dinâmicas sociais e espaciais.

Paralelamente, a formação histórica e cultural da comunidade, marcada por processos sucessivos de ocupação, desde a colonização japonesa na década de 1930 até a constituição de assentamentos de reforma agrária no final dos anos 1980, contribuiu para a construção de uma organização social profundamente enraizada no território. A predominância de moradores nascidos na própria região, associada à relativa estabilidade populacional e à forte vinculação com a agricultura familiar, favorece a constituição de redes locais de sociabilidade, pertencimento e mobilização, que não podem ser ignoradas pelos modelos institucionais de participação.

Dessa forma, a efetividade da participação social em Vila Amazônia também depende, **sobretudo, da capacidade de reconhecer os sujeitos em suas múltiplas dimensões e de incorporar, de maneira substantiva, a pluralidade de saberes, experiências e racionalidades presentes no território.**

É nesse ponto que se revela a necessidade de superação dos limites do procedimentalismo participativo, mediante a incorporação de práticas orientadas pelo reconhecimento dos sujeitos e pelo diálogo intercultural. Mais do que assegurar espaços de fala, é preciso criar condições para que diferentes formas de compreender a saúde, o cuidado e o território possam interagir em bases simétricas, permitindo a construção compartilhada de sentidos e soluções.

É, portanto, a partir dessa inflexão, do procedimento ao reconhecimento, que se inaugura a análise acerca da centralidade dos sujeitos e do diálogo intercultural na efetivação de uma democracia sanitária substantiva no contexto de Vila Amazônia.

5.4.2 Reconhecimento dos sujeitos e diálogo intercultural como superação dos limites procedimentais

Vimos que um dos grandes desafios para a efetivação do direito à saúde no Brasil contemporâneo, conforme destaca Aith (2015), consiste no desenvolvimento de uma verdadeira democracia sanitária, capaz de instituir um arranjo institucional em que a participação social se concretize de maneira efetiva nos processos de tomada de decisão estatal.

É precisamente nesse ponto que as contribuições de Jürgen Habermas (2012) se tornam relevantes. Ao distinguir entre o **uso instrumental da linguagem**, orientado à persuasão e à consecução de fins previamente estabelecidos, e o **uso comunicativo**, voltado à construção de consensos por meio do entendimento mútuo, o autor oferece um referencial teórico que permite compreender que a efetividade da democracia sanitária depende, num primeiro momento, da prevalência de práticas discursivas orientadas pelo “agir comunicativo”.

Assim, a participação social, para além de meramente procedimental, deve estar ancorada em processos dialógicos que possibilitem o reconhecimento recíproco entre os sujeitos e a construção compartilhada das decisões em saúde.

Nesse cenário, Habermas categoriza as ações sociais em dois grandes grupos: “ações voltadas para o êxito” e “ações voltadas para o entendimento” (Habermas, 2012, p. 485).

Em seguida, o teórico contrapõe a noção das denominadas ações comunicativas:

De outra parte, falo ainda de ações comunicativas quando os planos de ação dos atores envolvidos são coordenados não por meio de cálculos egocêntricos do êxito que se quer obter, mas por meio de atos de entendimento. No agir comunicativo os participantes não se orientam em primeira linha pelo êxito de si mesmos; perseguem seus fins individuais sob a condição de que sejam capazes de conciliar seus diversos planos de ação com base em definições comuns sobre a situação vivida. De tal forma, a negociação sobre as definições acerca da situação vivida faz-se um componente essencial das exigências interpretativas necessárias ao agir comunicativo (Habermas, 2012, p. 496).

Vale dizer, o agir comunicativo não se limita a um processo de busca por entendimento ou consenso. Ele também desempenha o papel de um processo de socialização e integração social. Isso ocorre porque, ao recorrerem ao agir comunicativo, os indivíduos reproduzem tanto suas identidades quanto sua relação de pertencimento a grupos específicos (Habermas, 2012, p. 255).

Trazendo essa reflexão para o contexto amazônico, verifica-se que políticas de saúde estruturadas exclusivamente sob critérios técnicos ou burocráticos, dissociadas da escuta ativa das demandas comunitárias, assumem caráter meramente instrumental, na medida em que desconsideram tradições, práticas e saberes próprios das populações tradicionais – privilegiando, assim, a busca pelo êxito unilateral em detrimento do consenso.

Tal orientação acarreta a ruptura do processo de integração social. Com efeito, espaços democráticos que ignoram as perspectivas e realidades dessas comunidades não apenas fragilizam sua inclusão, mas também comprometem a própria legitimidade das decisões adotadas.

Nesse contexto, para assegurar que os mecanismos participativos incorporem, de forma efetiva, as demandas em saúde da comunidade de Vila Amazônia, impõe-se, como condição prévia, o reconhecimento dos sujeitos que a compõem. Somente a partir desse reconhecimento será possível viabilizar uma participação popular fundada em um autêntico diálogo intercultural, sem o qual não se pode cogitar de uma verdadeira ação comunicativa orientada à formação de consensos acerca das necessidades concretamente vivenciadas.

Nessa perspectiva, a inclusão efetiva de setores historicamente marginalizados na construção de espaços democráticos orientados pelo “agir comunicativo” **não pode estar dissociada de um elemento indispensável: o reconhecimento dos sujeitos em suas múltiplas dimensões: territorial, cultural e socioeconômica, sem o qual a participação tende a se reduzir a uma formalidade vazia.**

Nesse sentido, Silva e Menezes (2023), ao abordar o “agir comunicativo” de Jurgen Habermas, apresentam-no como um modelo ideal de interação social, onde os indivíduos buscam o entendimento mútuo e a coordenação de ações com base em definições compartilhadas da realidade. **Esse modelo, contudo, pressupõe que os agentes sociais envolvidos sejam reconhecidos como autênticos sujeitos de direitos.**

Em outros termos, a realização do agir comunicativo não pode ser concebida em contextos permeados por práticas sociais marcadas pela reificação ou pelo “esquecimento do reconhecimento”, nos termos de Axel Honneth, sob pena de comprometer a própria base normativa que sustenta a participação democrática.

Nesse sentido, para que as demandas em saúde da comunidade de Vila Amazônia sejam efetivamente contempladas nos espaços participativos, mostra-se indispensável o reconhecimento dos sujeitos em suas múltiplas dimensões, uma vez que a ausência desse reconhecimento configura precisamente uma forma de reificação que, além de inviabilizar a construção de espaços democráticos

orientados pelo agir comunicativo, reduz o procedimentalismo participativo a uma formalidade destituída de efetividade prática.

Em sua teoria do reconhecimento, Axel Honneth (2018, p. 61) fundamenta-se na noção de que os indivíduos possuem, de início, um interesse existencial primário em relação ao mundo. Essa relação inicial é caracterizada por uma atitude zelosa e participativa, sem a adoção de posturas neutras. Segundo o autor, "o comportamento participativo precede a apreensão neutra da realidade [...] o reconhecimento precede o conhecimento".

De acordo com o teórico, a criança, desde os primeiros anos de vida, percebe a realidade a partir da perspectiva de quem está mais próximo dela. Em outras palavras, desde o nascimento e ao longo da infância, o ser humano interpreta os acontecimentos ao seu redor por meio de relações intersubjetivas e processos comunicativos (Honneth, 2018, p. 61-77).

Em síntese, Honneth afirma que o reconhecimento é anterior a qualquer tipo de conhecimento. A relação com o mundo ocorre, primeiramente, de maneira envolvida e participativa, em vez de neutra. É a partir desse engajamento prático inicial e de uma interação ativa com os mundos objetivo e subjetivo que os indivíduos passam a se perceber integrados e capacitados para compreender o mundo (Silva; Menezes, 2023).

Somente em um momento posterior, segundo Honneth, surgem atitudes de indiferença e distanciamento, que rompem com o engajamento prático inicial e espontâneo. Esse processo é identificado pelo autor como "reificação", entendido como um "esquecimento do reconhecimento":

É nesse momento do esquecimento, da amnésia, que eu gostaria de estabelecer como a chave de uma nova definição do conceito de "reificação": na medida em que na efetuação de nosso conhecimento perdemos o vestígio de que este se deve à nossa adoção de uma postura de reconhecimento, desenvolvemos a tendência de perceber os outros seres humanos meramente como objetos insensíveis. Quando falamos aqui de meros objetos ou "coisas", isso deveria significar que, com amnésia, perdemos a capacidade de compreender as manifestações comportamentais das outras pessoas diretamente como exigências por uma reação de nossa parte; [...] nos falta, por assim dizer, o sentimento de vínculo que seria exigido para que fôssemos afetados por aqueles que percebemos (2018, p. 87).

A partir das reflexões do teórico, conclui-se que o engajamento prático com o mundo e o reconhecimento dos agentes sociais como sujeitos de direitos ocorrem,

inicialmente, de maneira espontânea. A reificação, por sua vez, configura-se como um fenômeno aprendido através das vivências sociais, sendo descrita como um "esquecimento do reconhecimento".

Axel Honneth sustenta que o “esquecimento do reconhecimento” se configura quando experiências sociais desumanizantes rompem o vínculo primário de engajamento prático dos indivíduos com o mundo. Tal reflexão mostra-se especialmente pertinente ao contexto da comunidade de Vila Amazônia, na medida em que suas demandas em saúde não têm sido identificadas nem incorporadas de forma territorializada.

Esse cenário evidencia a persistência de uma assimetria cultural nas políticas públicas de saúde, ainda predominantemente estruturadas a partir de parâmetros técnico-burocráticos, que tendem a desconsiderar as especificidades sociais, culturais e territoriais das populações locais.

A partir das contribuições de James C. Scott, é possível compreender que o Estado moderno opera por meio de uma racionalidade técnico-administrativa que impõe uma lógica de simplificação da realidade social, o que ele chama de “legibilidade”. As simplificações assim introduzidas são administrativamente mais convenientes, pois ampliam consideravelmente a capacidade do Estado segundo parâmetros abstratos e universais²⁷, possibilitando intervenções bastante criteriosas de todos os tipos, como medidas de saúde (Scott, 1998, p. 3).

O autor demonstra que “as formas de conhecimento local são frequentemente ignoradas ou subordinadas” em nome de esquemas de planejamento centralizado. Esse processo tende a desconsiderar os saberes locais (*metis*)²⁸ e as práticas culturalmente situadas das populações tradicionais, produzindo intervenções que, embora formalmente racionais, revelam-se inadequadas ou mesmo prejudiciais em contextos específicos.

Essa tensão pode ser interpretada, à luz de Jürgen Habermas, como expressão da prevalência da racionalidade instrumental sobre a racionalidade comunicativa. Para o autor, a “colonização do mundo da vida” ocorre quando

²⁷ Elas não representam com sucesso a atividade real da sociedade que retratam, nem tem essa intenção; representa apenas aquela fatia que interessa ao observador oficial.

²⁸ Contraste entre conhecimento técnico estatal e saber prático local.

sistemas orientados por dinheiro e poder passam a determinar esferas que deveriam ser reguladas pelo entendimento intersubjetivo (Habermas, 2012).

No caso da Vila Amazônia, conforme será demonstrado no capítulo 6, observa-se que as demandas de saúde da comunidade não se encontram territorialmente identificadas nas conferências de saúde, mas sim de forma abstrata e genérica, o que compromete a construção de soluções sensíveis às especificidades territoriais, culturais e socioeconômicas da comunidade.

Sob a perspectiva de Axel Honneth, tal cenário evidencia um déficit de reconhecimento. A exclusão ou sub-representação das populações tradicionais nos processos decisórios implica uma forma de desrespeito, na medida em que nega valor aos seus modos de vida, saberes e identidades. Conforme sustenta o autor, “o reconhecimento constitui uma condição fundamental para a formação da autonomia individual” (Honneth, 2003), de modo que sua ausência compromete não apenas a participação democrática, mas também a própria dignidade dos sujeitos envolvidos.

É essencial que as demandas da comunidade se traduzam em políticas públicas de saúde que não apenas as incorporem de modo generalizante, mas que, sobretudo, **reconheçam e valorizem suas expressões culturais, saberes, valores e identidades**, seus modos próprios de produção do cuidado em saúde e suas formas de organização social no desenvolvimento das ações em saúde.

é necessário conhecer as pessoas e seus conhecimentos tradicionais. É preciso compreender as comunidades ribeirinhas, suas tradições e práticas, saber se existem parteiras no lugar, quem são elas e sua influência na comunidade, os chás, as ervas que usam e para que situação no cuidado com as mães e seus filhos, saber a descendência da comunidade, se há indígenas no local, sua descendência, qual a etnia, qual é o seu entendimento sobre o adoecimento e os ritos, os rituais, a sua visão de mundo. Isso tudo vai ajudar os médicos e os profissionais de saúde a saber como podem ajudar de fato no cuidado de pacientes ribeirinhos (UEA, 2021, p. 16).

Diante dessa complexidade social e cultural, o agir comunicativo habermasiano, isoladamente, mostra-se insuficiente para convergir interesses e necessidades e envolver efetivamente a comunidade de Vila Amazônia nos processos decisórios, devendo ser articulado à perspectiva do reconhecimento dos sujeitos e ao diálogo intercultural como prática política democrática.

Nesse sentido, o diálogo intercultural não é apenas um exercício de tolerância, mas um processo de construção de entendimento mútuo entre sujeitos de

diferentes culturas, baseado na razão comunicativa e na busca por consensos legítimos.

Conforme argumenta Panikkar (2005, p. 139), esse diálogo intercultural só é possível, antes de qualquer coisa, se houver o reconhecimento do outro de existir – este outro, que o Sistema tende a ignorar, mas que os ‘outros’ não devem imitar (ignorando o Sistema). Somente dessa forma, é possível promover aquilo que referido filósofo denomina de “interfecundação das culturas”

Expressando isto em nossa linguagem: necessitamos da *interfecundação das culturas*. Para que isto aconteça, devemos saber escutar o que as demais culturas não dominantes no mundo atual têm a nos dizer quando se confrontam com o problema político e qual é sua opinião sobre a situação atual. Devemos conhecer suas propostas e estudá-las. Não se trata de reformas menores, mas sim de possibilidades de solução radicalmente diferentes. Este diálogo pode conduzir à fecundação mútua. Mas a interfecundação exige algo mais do que um conhecimento superficial das outras culturas. Não basta fazer uma crítica à cultura dominante – por mais radical que ela seja. Não se trata de contentar-se com buscar quais foram, no passado, os defeitos de uma ou as virtudes das demais: é preciso encontrar algo de novo. É preciso convidar estas culturas a se expressarem, a dizer o que ainda não puderam dizer porque não tiveram chance e a problemática atual não estava presente (Panikkar, 2005, p. 139)

Tal proposta parte da dura crítica do filo-teólogo ao afirmar que o intercultural de que se fala hoje não é um turismo cultural, ou seja, um dar-se conta de que os outros existem, que são interessantes e têm alguma coisa a nos dizer. Em linhas gerais, e fenomenologicamente, o conhecimento do outro é muito importante para o conhecimento de si mesmo, mas não serve para conhecer o outro, pelo simples fato de que o outro não se conhece como outro, mas sim como si mesmo. Por isso, o conhecimento do outro é *nosso* conhecimento do outro, realiza-se no conhecimento de nosso ‘si mesmo’: não é conhecer *aquela* ‘si mesmo’ que não se pensa a si mesmo como outro (Panikkar, 2005, p. 21).

Assim, a construção de políticas a partir do diálogo intercultural, ou a realização da ‘interfecundação’, segundo Panikkar, requer no sentido metafórico “amar uns aos outros”, conhecer-se; é preciso evitar todo e qualquer ‘preservativo’²⁹ a fim de poder, talvez, fazer com que seja possível o nascimento de um novo ser.

Nesse contexto, emergem como instrumentos hábeis a alcançar tais propósitos a criação de espaços institucionais e procedimentais em que vozes diversas possam ser ouvidas e consideradas em igualdade de condições, permitindo

²⁹ Os preservativos são inúmeros: o orgulho, o medo, o desconhecimento mútuo, os privilégios, as depreciações e tantos outros (Panikkar, 2005, p. 139)

que as decisões públicas expressem não a vontade de um grupo dominante, mas o resultado de uma deliberação orientada pelo reconhecimento recíproco.

Interessante notar, ainda, que, assim concebida, a democracia sanitária mantém estreita relação com dois dos principais valores que informam o Estado Democrático de Direito: a liberdade e a igualdade. Liberdade, pois a participação do povo influenciará decisões estatais sobre temas que refletirão tanto em seu comportamento individual quanto em questões fundamentais de saúde pública, que afetarão a sociedade como um todo.

Por sua vez, a igualdade política, na acepção dworkiniana de direito fundamental a ser tratado com igual respeito e consideração, assegura a todos não apenas o direito de participar dos processos decisórios, e, assim, influenciar as decisões estatais, mas também o direito a um tratamento equânime pelas políticas públicas deles decorrentes (Aith, 2017, p. 91-92).

Ainda no que diz respeito à relação entre democracia e a liberdade como valor fundamental, destaco o conceito de “liberdade positiva” popularizado pelo filósofo Isaiah Berlin em seu ensaio “Dois Conceitos de Liberdade”, de 1958, onde ele diferencia a liberdade positiva da liberdade negativa. Enquanto a liberdade negativa é a ausência de interferências externas (como restrições ou coerções), a liberdade positiva é a presença de controle ou domínio sobre si mesmo e suas circunstâncias.

A liberdade positiva, que envolve autodeterminação e autonomia, por vezes se confunde com esses conceitos. Conceitualmente, a liberdade positiva é o agir, o fazer algo de tal maneira que se realizaria uma ação:

[...] O sentido “positivo” da palavra “liberdade” provém do desejo que o indivíduo nutre de ser seu próprio senhor. Desejo que minha vida e minhas decisões dependam de mim mesmo, e não de forças externas de qualquer tipo. Desejo ser o instrumento de meus próprios atos de vontade, e não dos de outros homens. Desejo ser um sujeito, e não um objeto; ser movido pela razão, por objetivos conscientes, que são meus, e não por causas que me afetam como que de fora. Desejo ser alguém, e não ninguém; um agente – decidindo, e não deixando que outros decidam –, guiado por mim mesmo e não influenciado pela natureza externa ou por outros homens como se eu fosse uma coisa, um animal ou um escravo incapaz de desempenhar um papel humano, isto é, de conceber metas e políticas próprias e de realizá-las. (Berlin, 2002, p. 236).

Refere-se, portanto, à capacidade de um indivíduo de agir de acordo com sua própria vontade, alcançando a autodeterminação e o controle sobre sua própria

vida. Esse tipo de liberdade envolve a realização de ações e decisões que são autênticas e não meramente o resultado de pressões externas ou limitações impostas por outros.

Verifica-se, portanto, que a participação comunitária tem como objetivo central promover uma compreensão mais precisa das necessidades de saúde de cada grupo social, dando-lhe o empoderamento e a liberdade necessária para participar ativamente dos processos decisórios que culminarão na formulação das políticas públicas que lhes serão afetas, o que se revela ainda mais relevante em contextos de grande diversidade social e cultural.

Por fim, à luz do que se desenvolveu na presente subseção, observa-se que a consolidação de uma democracia sanitária efetiva na Amazônia exige não apenas a articulação institucional própria do federalismo por cooperação, mas, sobretudo, a incorporação de práticas decisórias orientadas pelo agir comunicativo, pelo reconhecimento dos sujeitos e pelo diálogo intercultural.

Nesse contexto, a cooperação entre as esferas de governo deve transcender a mera coordenação técnico-administrativa, sendo acompanhada da escuta ativa e qualificada das comunidades locais, de modo que as decisões em saúde não apenas atendam a critérios de eficiência, mas também se legitimem a partir de processos deliberativos inclusivos, fundados no reconhecimento recíproco e na construção compartilhada de consensos.

É precisamente nesse horizonte que se passa, no capítulo seguinte, à análise empírica dessas instituições e processos participativos, com destaque para sua aplicação no contexto amazônico e, em especial, na comunidade de Vila Amazônia, buscando identificar o conteúdo comunicativo que emerge das experiências concretas dos moradores e verificar em que medida tais demandas são efetivamente incorporadas nos espaços deliberativos, especialmente nas conferências de saúde.

6 IDENTIFICAÇÃO E INCORPORAÇÃO DAS DEMANDAS DA COMUNIDADE DE SANTA MARIA DE VILA AMAZÔNIA NAS DELIBERAÇÕES DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

6.1 Fundamentação metodológica e delimitação analítica: Análise de Discurso Crítica (ADC) de Norman Fairclough

A presente pesquisa adota como referencial teórico-metodológico a Análise de Discurso Crítica (ADC), conforme desenvolvida por Norman Fairclough, e parte da compreensão de que a linguagem constitui uma forma de **prática social**, indissociável das estruturas de poder e das formações ideológicas. Tal compreensão afasta a ideia de linguagem como mero instrumento neutro de comunicação, situando-a no campo das práticas que simultaneamente refletem, constituem e transformam a realidade social.

Essa perspectiva encontra respaldo na obra *Discurso e Mudança Social*, na qual o autor afirma:

Ao usar o termo “discurso, proponho considerar o uso de linguagem como forma de prática social e não como atividade puramente individual ou reflexo de variáveis situacionais. Isso tem várias implicações. Primeiro, implica ser o discurso um modo de ação, uma forma em que as pessoas podem agir sobre o mundo e especialmente sobre os outros, como também um modo de representação (...) O discurso é uma prática, não apenas de representação do mundo, mas de significação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado (Fairclough, 2001, p. 90-91).

Em complemento, o autor destaca o caráter simultaneamente reprodutivo e transformador da prática discursiva:

A prática discursiva é constitutiva tanto de maneira convencional como criativa: contribui para reproduzir a sociedade (identidades sociais, relações sociais, sistemas de conhecimento e crença), como é, mas também contribui para transformá-la. (Fairclough, 2001, p. 92)

A abordagem proposta por Fairclough (2001, p. 100-101), estrutura-se a partir de um modelo tridimensional de análise, que articula três níveis interdependentes: (i) nível textual, voltado à análise linguística descritiva, incluindo aspectos como vocabulário, gramática, coesão e organização textual; (ii) prática discursiva, contemplando os processos de produção, circulação e interpretação dos textos, bem como os modos pelos quais estes são apropriados pelos sujeitos; (iii)

prática social, no qual se examinam as relações entre o discurso e o contexto social mais amplo, incluindo dimensões ideológicas, institucionais e de poder.

Esses níveis se manifestam na presente análise por meio da identificação das categorias discursivas, mediante análise linguística descritiva (nível textual), da organização das demandas nos documentos, referindo-se às construções discursivas que refletem e participam da produção de sentidos sobre a realidade social (prática discursiva) e da avaliação de seus efeitos nas deliberações, ou seja, como as demandas são incorporadas nas deliberações institucionais. Aqui, situa-se a análise crítica (prática social).

Nessa perspectiva, os textos analisados, especialmente os relatórios finais das Conferências de Saúde, não são tomados como meros registros descritivos, mas como construções discursivas que refletem e participam da produção de sentidos sobre a realidade social, podendo influenciar a formulação de diretrizes de saúde pública.

A análise busca investigar em que medida e por quais formas discursivas as demandas de Atenção Primária à Saúde podem aparecer nas Conferências de Saúde, seja em propostas apresentadas, diretrizes aprovadas, relatórios finais, falas de delegados ou prioridades elencadas.

Ao tratar da dimensão interpretativa da prática social, Fairclough adverte que, embora os sujeitos produzam ativamente seus mundos sociais, tais práticas não se desenvolvem de forma neutra ou desvinculada de condicionantes estruturais:

Aceito a afirmação interpretativa segundo a qual devemos tentar compreender como os membros das comunidades sociais produzem seus mundos 'ordenados' ou 'explicáveis' (...). Entretanto, argumentaria que, ao produzirem seu mundo, as práticas dos membros são moldadas, de forma inconsciente, por estruturas sociais, relações de poder e pela natureza da prática social em que estão envolvidos, cujos marcos delimitadores vão sempre além da produção de sentidos. Assim, seus procedimentos e suas práticas podem ser investidos política e ideologicamente, podendo ser posicionados por eles como sujeitos (e 'membros') (Fairclough, 2001, p. 100).

Essa relação revela um caráter explicitamente crítico da Análise de Discurso Crítica, na medida em que busca analisar como os discursos podem contribuir para a manutenção, legitimação ou contestação de relações de dominação e desigualdade. Nesse sentido, a investigação orienta-se pela análise de possíveis

mecanismos discursivos que naturalizam determinadas visões de mundo, frequentemente ocultando os interesses e as assimetrias que as sustentam.

No plano operacional, a pesquisa foi conduzida a partir de leitura sistemática e iterativa dos relatórios finais das Conferências de Saúde em âmbito municipal, estadual e nacional, selecionados com base em sua relevância para o recorte temporal e territorial da investigação. A unidade de análise compreende trechos discursivos significativos, tais como diretrizes, propostas, intervenções de participantes e segmentos textuais recorrentes, nos quais se manifestam, de forma explícita ou implícita, demandas relacionadas à Atenção Primária à Saúde em contextos amazônicos.

Adicionalmente, a análise dialoga com a noção de **contexto ideacional**³⁰ proposta por Jannuzzi (2022), compreendida como o conjunto de ideias que moldam, influenciam e orientam as políticas públicas e seus programas. Tais políticas não constituem empreendimentos meramente técnicos, concebidos e implementados em um contexto institucional neutro, imune a interesses políticos ou desvinculado de valores socioculturais e visões particulares de mundo.

A partir desse arcabouço teórico-metodológico, a Análise de Discurso Crítica (ADC) é mobilizada como instrumento analítico para examinar os discursos produzidos nas Conferências de Saúde, buscando compreender em que medida as demandas da comunidade de Vila Amazônia são identificadas e incorporadas nesses espaços de participação democrática, bem como analisar as relações de poder que permeiam tais processos e suas possíveis influências no reconhecimento dessas demandas.

6.2 Levantamento e análise das demandas relacionadas à Atenção Primária à Saúde nas conferências nacionais, estaduais e municipais

³⁰ Jannuzzi (2022) destaca que as instituições e seus condicionamentos; atores e seus interesses; **ideias e valores socioculturais** são três grandes chaves analíticas nos estudos de Políticas Públicas, explicitados com maior ou menor destaque nos vários modelos interpretativos usados na Ciência Política contemporânea. Se o arcabouço institucional (*polity*) em contextos democráticos circunscreve o escopo das intervenções governamentais e regula o comportamento dos atores políticos (*politics*), esses últimos buscam defender ou promover seus interesses mais específicos na agenda pública influenciados pelas ideias e pelo espírito do tempo vivenciado na sociedade (*zeitgeist*). Essas visões de mundo mais gerais e as ações concretas dos atores e suas coalizões, por sua vez, acabam modificando e enquadrando as institucionalidades e as “regras do jogo” ao longo do tempo e um novo ciclo de influências e interferências vão moldando a prioridade, o conteúdo e a operação das políticas e seus programas.

A análise a seguir é orientada pela grade analítica apresentada no Capítulo 2 (Metodologia da Pesquisa), sendo estruturada a partir de suas dimensões e categorias.

6.2.1 Conferências nacionais

Desde a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, foram realizadas **10 edições**³¹ da Conferência Nacional de Saúde (CNS), da 9ª (1992) até a mais recente, a 17ª (2023).

- 9ª CNS (1992) – Municipalização é o Caminho
- 10ª CNS (1996) - Saúde, cidadania e políticas públicas; Gestão e organização dos serviços de saúde; Controle social na saúde; Financiamento da saúde; Recursos humanos para a saúde; Atenção integral à saúde.
- 11ª CNS (2000) - Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.
- 12ª CNS (2003) - Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos.
- 13ª CNS (2007) - Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento.
- 14ª CNS (2011) - Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro.
- 15ª CNS (2015) - Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro.
- 16ª CNS (2019) – Democracia e Saúde
- 17ª CNS (entre novembro de 2022 e julho de 2023) - Democracia, Justiça Social e Reparação Histórica

A análise de dados será restrita às duas últimas Conferências Nacionais (16ª e 17ª), consideradas as maiores já realizadas no País por conseguirem alcançar, em ambas, a participação de mais de 90% dos municípios amazonenses em suas

³¹ SERVIÇOS E INFORMAÇÕES DO BRASIL. Conferências – Conselho Nacional de Saúde – Portal Gov.br. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias>. Acesso em: 08 dez. 2025.

respectivas Etapas Municipais, conforme dados extraídos dos seus Relatórios Finais.

A Tabela 4 apresenta a distribuição do número de Conferências Municipais de Saúde realizadas em preparação à 16ª Conferência, por UF, 2019. Como se verifica, no Estado do Amazonas foram realizadas conferências municipais em 98,39% dos seus municípios.

Tabela 04

ESTADO	REGIÃO	TOTAL MUNICÍPIOS	CONFERÊNCIAS REALIZADAS	%
Acre	N	22	22	100,00
Alagoas	NE	102	101	99,02
Amapá	N	16	16	100,00
Amazonas	N	62	61	98,39
Bahia	NE	417	417	100,00
Ceará*	NE	184	177	96,20
Distrito Federal*	CO	1	1	100,00
Espírito Santo*	SE	78	77	98,72
Goiás	CO	246	231	93,90
Maranhão	NE	217	161	74,19
Mato Grosso	CO	141	137	97,16
Mato Grosso do Sul	CO	79	79	100,00
Minas Gerais	SE	853	545	63,89
Pará	N	144	87	60,42
Paraíba	NE	223	223	100,00
Paraná	S	399	371	92,98
Pernambuco*	NE	185	176	95,14
Piauí	NE	224	164	73,21
Rio de Janeiro	SE	92	84	91,30
Rio Grande do Norte	NE	167	167	100,00
Rio Grande do Sul	S	497	408	82,09
Rondônia	N	52	50	96,15
Roraima	N	15	14	93,33
Santa Catarina	S	295	287	97,29
São Paulo*	SE	645	342	53,02
Sergipe*	NE	75	75	100,00
Tocantins	N	139	139	100,00
TOTAL		5570	4612	82,80

Fonte: Relatório Final da 16.ª CNS

A Tabela 5 apresenta os mesmos dados relacionados à 17ª Conferência (2022/2023), por UF. Como se verifica, no Estado do Amazonas manteve o alto percentual de 98,39% de conferências municipais realizadas.

Tabela 05

REGIÃO	ESTADO	TOTAL DE MUNICÍPIOS	CONFERÊNCIAS REALIZADAS	TOTAL HABITANTES*
N	ACRE	22	22	830.023
N	AMAZONAS	62	61	3.941.175
N	RONDÔNIA	52	52	1.581.016
N	RORAIMA	15	15	636.303
N	PARÁ	144	106	8.116.132
N	TOCANTINS	139	139	1.511.459
N	AMAPÁ	16	16	733.508
NE	ALAGOAS	102	102	3.127.511
NE	PARAÍBA	223	174	3.974.495
NE	RIO GRANDE DO NORTE	167	167	3.302.406
NE	SERGIPE	75	-	2.209.558
NE	PERNAMBUCO	185	180	9.058.155
NE	PIAUÍ	224	224	3.269.200
NE	BAHIA	417	174	14.136.427
NE	MARANHÃO	217	180	6.775.152
NE	CEARÁ	184	-	8.791.688
CO	GOIÁS	246	236	7.055.228
CO	DISTRITO FEDERAL	1	1	2.817.068
CO	MINAS GERAIS	853	435	20.538.718
CO	MATO GROSSO DO SUL	79	79	2.756.700
CO	MATO GROSSO	141	141	3.658.813
SE	ESPÍRITO SANTO	78	78	3.833.486
SE	SÃO PAULO	645	454	44.420.459
SE	RIO DE JANEIRO	92	92	16.054.524
S	PARANÁ	399	376	11.443.208
S	RIO GRANDE DO SUL	497	445	10.880.506
S	SANTA CATARINA	295	-	7.609.601
TOTAL	-	5570	3949	-

Fonte: Relatório Final da 17.^a CNS

6.2.1.1 A 16^a Conferência Nacional de Saúde (16^a CNS-2019) e a Atenção Primária à Saúde: Análise Discursiva a partir do caso de Santa Maria de Vila Amazônia

6.2.1.1.1 Introdução

As análises demonstram um amplo processo participativo, que envolveu diretamente quase 83% dos municípios brasileiros, em todos os Estados da Federação (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019, p. 42). Conforme dados apresentados na Tabela 4 (acima), foram realizadas conferências em 98,39% dos municípios do Estado do Amazonas, em preparação à 16^a Conferência Nacional.

Essa ampla mobilização fez chegar em Brasília, no início de agosto de 2019, quase 3 mil delegados e aproximadamente 2,5 mil participantes credenciados (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019, p. 42). O quadro a seguir apresenta a

distribuição das vagas por Estado/Região, destacando-se o Estado do Amazonas com 76 Delegados (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019, p. 221):

Tabela 06 - Distribuição de vagas da 16ª Conferência Nacional de Saúde

ESTADO/REGIÃO	NÚMERO DE DELEGADOS		
Região Norte	444	Região Sudeste	960
Rondônia	56	Minas Gerais	232
Acre	48	Espírito Santo	76
Amazonas	76	Rio de Janeiro	192
Roraima	48	São Paulo	460
Pará	112	Região Sul	380
Amapá	48	Paraná	140
Tocantins	56	Santa Catarina	100
Região Nordeste	872	Rio Grande do Sul	140
Maranhão	100	TOTAL DE DELEGADOS DOS ESTADOS	2.952
Piauí	68	TOTAL DE DELEGADOS NACIONAIS*	296
Ceará	120	TOTAL DE DELEGADOS/AS INDÍGENAS	200
Rio Grande do Norte	72	TOTAL DE DELEGADOS NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	3.448
Paraíba	76	TOTAL DE CONVIDADOS	1.036
Pernambuco	124	TOTAL DE PARTICIPANTES LIVRES	104
Alagoas	72	TOTAL DE PARTICIPANTES NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	4.588
Sergipe	60		
Bahia	180		
Região Centro-Oeste	296		
Mato Grosso do Sul	64		
Mato Grosso	68		
Goiás	96		
Distrito Federal	68		

Fonte: Relatório Final da 16.ª CNS

No contexto amazônico, marcado por extensas desigualdades territoriais, diversidade sociocultural e dificuldades estruturais de acesso aos serviços públicos, a análise das deliberações da 16ª CNS revela-se fundamental para compreender em que medida as demandas específicas das comunidades ribeirinhas são reconhecidas e incorporadas no desenho institucional do SUS. **Este subcapítulo analisa o Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde³², buscando identificar em que medida as demandas relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS) da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, no município de Parintins (AM), são reconhecidas e incorporadas nas deliberações nacionais.**

6.2.1.1.2 Forma de construção do discurso da Atenção Primária à Saúde na 16ª Conferência Nacional

³² CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: CNS, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/16a-cns/relatorio-final-da-16a-conferencia-nacional-de-saude.pdf>

O discurso predominante no Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde reafirma a Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante do SUS, atribuindo-lhe o papel de “porta de entrada”, coordenadora do cuidado e elemento central para a efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A APS é apresentada não apenas como nível assistencial, mas como estratégia político-institucional indispensável à redução das desigualdades sociais e regionais em saúde.

Nessa forma de construção do discurso, a Conferência Nacional associa explicitamente a APS à territorialização e **regionalização** do cuidado, ao fortalecimento da **Estratégia Saúde da Família** e à necessidade de financiamento adequado e suficiente. O discurso nacional reconhece que a efetividade da APS depende do conhecimento das realidades locais e da adequação das políticas públicas às especificidades regionais, com menções expressas à “**Amazônia Legal**” e às “**populações do campo, da floresta e das águas**”.

6.2.1.1.3 Identificação das demandas amazônicas e ribeirinhas

Embora o Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde não mencione de forma direta a comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia e a cidade de Parintins e, ainda, cite o Estado do Amazonas apenas em tabelas de dados específicas, observa-se um reconhecimento discursivo consistente das “populações ribeirinhas” e “amazônicas” como sujeitos específicos de políticas públicas de saúde. Esse reconhecimento se manifesta por meio de diretrizes e propostas que destacam a necessidade de atenção diferenciada para territórios de difícil acesso, baixa densidade populacional e forte dependência de sistemas logísticos próprios, como o transporte sobre as águas³³.

As demandas estruturais vivenciadas pela comunidade de Vila Amazônia, tais como a dificuldade de acesso regular à APS, a dependência de equipes da Estratégia Saúde da Família, a centralidade dos Agentes Comunitários de Saúde e a importância de unidades de saúde adaptadas à realidade ribeirinha, aparecem no discurso nacional de forma mediada, incorporadas a categorias amplas como

³³ Em nenhum momento o Relatório faz menção ao termo “fluvial”. Ao invés disso, utiliza o termo genérico “águas”.

“equidade regional”, “territorialização do cuidado” e “fortalecimento da APS em áreas vulneráveis”.

Do ponto de vista da análise de discurso, trata-se de um reconhecimento normativo-generalizante, no qual **a singularidade territorial da comunidade pesquisada é subsumida à categoria mais ampla das populações ribeirinhas da Amazônia Legal.**

6.2.1.1.4 Incorporação das demandas da APS nas deliberações da 16ª Conferência Nacional

No plano das deliberações aprovadas, as demandas relacionadas à Atenção Primária à Saúde em territórios amazônicos são incorporadas por meio de diretrizes programáticas e propostas operacionais que reforçam o fortalecimento da APS, da ESF e do financiamento diferenciado para a Amazônia Legal. Tais deliberações dialogam materialmente com as necessidades da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, ainda que não a mencionem de forma explícita.

O **Eixo I – Saúde como Direito** consolidou diretrizes e propostas voltadas ao fortalecimento da atenção primária à saúde, com ênfase no cuidado integrado, no diagnóstico loco-regional e na organização regionalizada das redes de atenção.

Destacam-se a territorialização da APS baseada em estudos de vulnerabilidade, a garantia de políticas públicas específicas para populações historicamente vulnerabilizadas, o fortalecimento da saúde mental com novos CAPS adequados à realidade amazônica e a modernização dos sistemas de informação saúde nessa região, conforme abaixo transcrito:

Diretrizes

(...)

3) Garantia do cuidado integrado às(aos) cidadãs(os), a partir do **fortalecimento da atenção primária à saúde** e do diagnóstico loco regional, a fim de induzir o planejamento, a **regionalização**, a construção de redes de atenção, a definição dos serviços e produtos ofertados pelo sistema e a contratualização dos prestadores

Propostas

(...)

4) Manter na atenção primária a saúde **territorializada, considerando as áreas, a partir de estudos de vulnerabilidades**, sócios demográficos e epidemiológicos

(...)

14) Reafirmar, implantar e garantir o cumprimento das Políticas Públicas de Saúde direcionadas à **população do Campo, Floresta e Água**, LGBTI+, Indígenas, Quilombolas, Pessoas com Doenças Raras e Coagulopatias Hereditárias, Homens e Mulheres, Povos Tradicionais de Matriz Africanas, Assentados, Extrativistas e Ribeirinhos e Pessoas com Deficiência.

(...)

56) Fortalecer as ações de saúde mental com a implantação de novos Caps considerando as especificidades da **região amazônica**.

(...)

67) Disponibilizar sistemas de informações mais compatíveis com o cenário tecnológico da **Amazônia legal**. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019, p. 111-119) (Destaques nossos)

O Eixo II – Consolidação dos Princípios do Sistema Único de Saúde - SUS reafirmou a atenção primária à saúde (APS) como eixo estruturante para a efetivação da universalidade, integralidade e equidade na Região Amazônica, reconhecendo a saúde como direito humano e instrumento de enfrentamento das desigualdades sociais e territoriais.

As diretrizes e propostas destacam a APS como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, com ênfase na importância da territorialização e regionalização baseadas em diagnósticos situacionais, perfil epidemiológico e vulnerabilidades locais, respeitando as especificidades amazônicas. O eixo também prioriza a educação permanente em saúde, a qualificação das equipes multiprofissionais para o atendimento de populações rurais, indígenas, ribeirinhas e tradicionais, bem como estratégias de fixação de profissionais na APS em municípios vulneráveis. Transcrevo as diretrizes e propostas abaixo:

Diretrizes

(...)

4) Reafirmação, impulsionamento e efetivação dos princípios e diretrizes do SUS – universalidade, integralidade e equidade – para garantir a saúde como direito humano e como base nas políticas que **reduzam as desigualdades sociais e territoriais**, garantindo e incentivando a participação e o apoio para as políticas de saúde aos **povos da Amazônia**.

Propostas

(...)

14) Garantir a utilização de ferramentas de monitoramento e avaliação, bem como a realização de diagnóstico situacional, para efetivar, implantar e implementar uma **territorialização e regionalização dos serviços de**

saúde que levem em consideração não apenas o número populacional, mas principalmente o perfil epidemiológico e vulnerabilidades de cada território, observando as **especificidades da Região Amazônica**.

(...)

75) Garantir, investir e monitorar a execução da **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps)** para profissionais do SUS e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social (Pnecs) para conselheiras(os) de saúde e comunidade local, com disponibilidade de recursos materiais e humanos e a ampla divulgação das atividades, incluindo um Programa Nacional de Capacitação de profissionais de saúde no SUS para: a) desenvolver capacidade de comunicação adequada com pessoas com deficiência (libras, braile etc.) e materiais informativos em braile; b) **qualificação das equipes multiprofissionais para o atendimento de populações rurais, tradicionais, indígenas e ribeirinhos a na rede de agricultura familiar**; c) garantir a resolutividade do planejamento e das ações de saúde; d) fomentar e consolidar os princípios do SUS; e) ampliar a humanização e o acolhimento durante os atendimentos em saúde; f) respeitar e garantir a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) e os intérpretes de língua nativa na rede de saúde.

(...)

79) Garantir, por meio de lei federal que as(os) formadas (os) em medicina de universidades públicas ou com financiamento público, a prestação serviço remunerado público em unidades públicas de saúde e na atenção primária a saúde por um período mínimo 1 (um) ou 2 (dois) anos como pré-requisito para realizar curso de especialidade em residência médica, **atendendo assim as necessidades dos municípios de menor porte e vulnerabilidade**. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019, p. 121-133) (Destaques nossos)

O Eixo III – Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS destaca a atenção primária à saúde (APS) como prioridade estratégica para a redução das desigualdades no acesso à saúde na Amazônia Legal.

As propostas enfatizam a necessidade de um financiamento diferenciado e equitativo, que considere as especificidades loco-regionais, como a vasta extensão territorial, a baixa densidade demográfica e as dificuldades logísticas da região. Nesse sentido, propõe-se o aumento dos recursos destinados à Estratégia Saúde da Família, à saúde indígena e às equipes de saúde bucal, com atualização dos repasses federais. Também se defende um acréscimo mínimo de 20% no financiamento em relação às demais regiões do país, como condição para assegurar a equidade no desenvolvimento das políticas públicas de saúde. Além disso, o eixo prevê investimentos em infraestrutura da APS, com a construção de Unidades de Saúde em territórios quilombolas, ribeirinhos, assentamentos e comunidades tradicionais, adequadas às peculiaridades locais.

Seguem as propostas abaixo:

Propostas

(...)

61) Destinar os recursos para a saúde respeitando as **especificidades loco regionais, aumentando o recurso financeiro da estratégia de saúde da família e da saúde indígena na região da Amazônia Legal**, e atualizar os repasses federais referentes as equipes de saúde da família e saúde bucal.

(...)

63) Garantir uma **política de financiamento diferenciada para a região Amazônia Legal**, garantindo no mínimo 20% a mais do que das outras regiões, para efetivar a equidade de condições para o desenvolvimento das políticas públicas, baseadas nos parâmetros de extensão territorial e densidade demográfica regionais.

(...)

83) Garantir investimentos nos assentamentos quilombolas, ribeirinhos, assentados e afins para construções de Unidades de Saúde, de acordo com a peculiaridade local. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019, p. 142-144) (Destaques nossos)

Observa-se, portanto, que a incorporação das demandas ocorre de maneira indireta e mediada, dependendo da atuação dos entes federativos subnacionais para sua concretização. A ausência de mecanismos de territorialização explícita e de acompanhamento específico limita a capacidade das deliberações nacionais de produzir efeitos imediatos e mensuráveis no plano local.

6.2.1.1.5 Análise crítica: reconhecimento normativo e limites da efetividade

A análise crítica desenvolvida corresponde ao nível da prática social da ADC, no qual se examinam os efeitos das construções discursivas nas deliberações finais.

Sob essa perspectiva, a 16ª Conferência Nacional de Saúde representa um avanço significativo no reconhecimento normativo das desigualdades regionais e das especificidades amazônicas no campo da saúde pública. O discurso nacional rompe parcialmente com a abstração universalista ao reconhecer a necessidade de políticas diferenciadas para a Amazônia.

Todavia, persiste uma lacuna entre reconhecimento normativo e efetividade concreta. **As demandas territoriais específicas, como as da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, são absorvidas pelo discurso nacional em**

categorias amplas, o que dificulta sua tradução em políticas públicas sensíveis às realidades locais e compromete a responsabilização federativa.

6.2.1.2 A 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ª CNS-2022/2023) e a Atenção Primária à Saúde: Análise Discursiva a partir do caso de Santa Maria de Vila Amazônia

6.2.1.2.1 Introdução

A 17ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre novembro de 2022 e julho de 2023, insere-se em um contexto de reconstrução institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), marcado pelos impactos da pandemia de COVID-19, pelo enfraquecimento prévio das políticas públicas de saúde e pela necessidade de reafirmação do caráter democrático e universal do sistema. Enquanto instância máxima de deliberação participativa em saúde, a Conferência Nacional consolida diretrizes oriundas das etapas municipais e estaduais, exercendo papel estratégico na definição dos rumos da política nacional de saúde.

O conjunto de proposições desse documento é uma resposta do povo brasileiro ao período de negacionismo na saúde e a retomada do caminho da vida plena exercida como direito de todas as pessoas. A participação social como exercício da democracia nunca esteve tão viva, pulsante e ativa e é expressa nesse relatório ao dar corpo e voz para aqueles que foram excluídos ou vulnerabilizados no processo histórico (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2024, p. 10).

Neste cenário, a análise das deliberações da 17ª Conferência Nacional revela-se fundamental para compreender em que medida as demandas territoriais específicas, especialmente aquelas relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS) em comunidades ribeirinhas amazônicas, são reconhecidas e incorporadas no plano nacional. **Este subcapítulo analisa o Relatório Final da 17ª Conferência Nacional de Saúde³⁴, buscando identificar o grau de reconhecimento e incorporação das**

³⁴ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório da 17ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: CNS, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/17a-cns/publicacoes/livro_web_relatorio_17_conferencia_nacional-2025-compactado.pdf

demandas da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, no município de Parintins (AM), em coerência com as análises desenvolvidas nos capítulos relativos à Conferência Municipal e à Conferência Estadual de Saúde.

6.2.1.2.2 Forma de construção do discurso da Atenção Primária à Saúde na 17ª Conferência Nacional

O discurso predominante no Relatório Final da 17ª Conferência Nacional de Saúde reafirma a Atenção Primária à Saúde como pilar estruturante do SUS e elemento central para sua reconstrução pós-pandemia. A APS é apresentada como porta de entrada do sistema, coordenadora das Redes de Atenção à Saúde e espaço privilegiado de promoção, prevenção e vigilância em saúde.

Nesse enquadramento discursivo, a Conferência Nacional associa explicitamente a APS à **redução das desigualdades sociais e regionais**, ao fortalecimento da participação social e à efetivação do direito fundamental à saúde. O discurso enfatiza a necessidade de uma **APS regionalizada**, orientada por diagnósticos loco-regionais e sensível às **especificidades socioculturais e geográficas dos territórios**, reconhecendo de forma expressa os desafios impostos pelas **realidades amazônicas**.

6.2.1.2.3 Reconhecimento discursivo das especificidades amazônicas e ribeirinhas

No intuito de explorar questões atuais sobre a participação e o controle social em saúde e dar voz aos participantes de modo a registrar toda a riqueza e complexidade das vivências e pensamentos que circularam pela 17ª Conferência Nacional de Saúde, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com delegados. Ao todo foram realizadas 150 entrevistas, uma média superior a 5 por delegação.

Os dados permitem aprofundar elementos subjetivos dos participantes e ampliar as análises coletivas, além de ampliarem e complementarem as informações coletadas pelos quase 3500 questionários aplicados em todos os participantes da conferência.

A tabela abaixo mostra o quantitativo de entrevistas realizadas com delegados(as) por estado, região e segmento de representação.

Tabela 07

	ESTADO	USUÁRIO	GESTOR	TRABALHADOR	TOTAL POR ESTADO
NORTE	AC	2	1	1	4
	AM	2	1	1	4
	AP	2	1	2	5
	PA	2	1	1	4
	RO	3	2	1	6
	RR	3	1	1	5
	TO	2	1	1	4
	TOTAL	16	8	8	32
NORDESTE	AL	2	1	1	4
	BA	3	1	2	6
	CE	3	2	2	7
	MA	2	1	1	4
	PB	3	2	2	7
	PE	2	1	1	4
	PI	2	1	1	4
	RN	1	1	1	3
	SE	3	1	2	6
	TOTAL	21	11	13	45
CENTRO-OESTE	DF	3	1	1	5
	GO	2	2	2	6
	MT	2	1	1	4
	MS	1	1	2	4
	TOTAL	8	5	6	19
SUDESTE	ES	3	1	2	6
	MG	3	2	2	7
	RJ	4	3	2	9
	SP	6	2	2	10
	TOTAL	16	8	8	32
SUL	PR	3	1	2	6
	RS	4	2	1	7
	SC	4	3	2	9
	TOTAL	11	6	5	22
TOTAL GERAL		72 (48%)	38 (25,3%)	40 (26,6%)	150 (100%)

Fonte: Relatório Final da 17.^a CNS

O roteiro de entrevista abriu a possibilidade dos entrevistados falarem sobre aspectos singulares de suas experiências e trajetórias, mas também buscava responder questões sobre a participação social e o Sistema Único de Saúde. Foram explorados temas como as expectativas dos participantes sobre a Conferência e suas vivências nas etapas anteriores, suas motivações para participar e suas experiências participativas, tais como os conselhos de saúde e os movimentos sociais.

Dentre as falas dos participantes, destaca-se a demanda pela implementação concreta das deliberações, pois os participantes esperam que as propostas aprovadas tragam mudanças reais para o SUS, melhorando a qualidade da atenção à saúde e atendendo às necessidades da população, conforme se extrai da fala de representante da Região Norte:

Nós que somos da **Amazônia**, somos da região norte, a gente veio com a esperança da gente conseguir pactuar muito a questão do financiamento diferenciado para a nossa região, que é essencial, a gente sabe que cada região tem a sua particularidade e as nossas propostas em relação a isso estão muito bem elaboradas, bem defendidas, então eu estou bem otimista em relação a isso, espero que essas propostas passem, porque a gente consegue realmente fazer uma política efetiva na nossa **região amazônica**, porque existe muitas dificuldades em relação a consumo de saneamento, por exemplo. Eu acho que a gente fala muito em preservação da **Amazônia**, mas não tem como se preservar a **Amazônia** se não tem saneamento, que também é saúde. Então o recurso para isso tem que ser diferenciado. A área **ribeirinha** que nós temos, aquele homem do rio que a gente chama, que fala muito rio, então é nome dado é área **ribeirinha**. Então eu estou otimista, espero que a gente consiga, essas propostas sejam aprovadas na plenária e a gente consiga melhorar isso aí, nossa realidade (Gestor da Região Norte) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2024, p. 100). (Destaques nossos)

Em continuidade ao movimento já identificado na 16ª Conferência Nacional de Saúde, a 17ª CNS aprofunda o reconhecimento discursivo das desigualdades regionais, conferindo maior visibilidade às populações da Amazônia Legal, às comunidades ribeirinhas, às populações tradicionais e aos territórios de difícil acesso. O Relatório Final reconhece que a adoção de modelos uniformes de organização da APS compromete a efetividade do SUS em contextos marcados por extensas distâncias, baixa densidade populacional e dependência de sistemas logísticos fluviais.

Embora não haja menção nominal à comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, suas demandas são claramente abrangidas pelas categorias discursivas utilizadas, que reconhecem a necessidade de políticas diferenciadas de Atenção Primária para populações ribeirinhas amazônicas. Tal reconhecimento, contudo, permanece situado no plano macrorregional, sem individualização explícita dos territórios locais.

6.2.1.2.4 Demandas da Atenção Primária compatíveis com a realidade de Santa Maria de Vila Amazônia

A análise discursiva do Relatório Final permite identificar um conjunto de demandas relacionadas à APS que dialogam diretamente com a realidade da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, em consonância com os achados das etapas municipal e estadual.

Destaca-se, inicialmente, a ênfase na **territorialização** da APS e na realização de diagnósticos loco-regionais como base para o planejamento das ações de saúde. Tal diretriz revela-se central para comunidades ribeirinhas, cuja dinâmica de acesso aos serviços depende de fatores geográficos e ambientais específicos.

Outro eixo relevante refere-se ao **fortalecimento da Estratégia Saúde da Família** como modelo prioritário de organização da APS. O discurso nacional reafirma a necessidade de equipes completas, cobertura adequada, valorização profissional e estabilidade das equipes, aspectos diretamente relacionados às fragilidades identificadas na Atenção Primária da comunidade pesquisada.

Por fim, a Conferência reconhece a necessidade de infraestrutura e logística diferenciadas para a APS em territórios amazônicos, incluindo unidades de saúde adaptadas, transporte sanitário fluvial e custeio diferenciado, elementos que correspondem de forma direta às demandas estruturais da comunidade analisada.

6.2.1.2.5 Incorporação das demandas da APS nas deliberações da 17ª Conferência Nacional

No plano das deliberações aprovadas, observa-se que a 17ª Conferência Nacional de Saúde incorpora de forma mais explícita as demandas relacionadas à Atenção Primária em territórios amazônicos quando comparada à 16ª CNS. As **diretrizes e propostas aprovadas** enfatizam o fortalecimento da APS como eixo central da política nacional de saúde, a retomada do caráter territorial e comunitário da Estratégia Saúde da Família e a adoção de mecanismos de financiamento diferenciados para regiões de maior vulnerabilidade territorial.

O **Eixo 1 – “O Brasil que temos. O Brasil que queremos”** reuniu propostas estruturantes para o fortalecimento do SUS, com atenção especial às especificidades da Amazônia Legal.

Destacam-se a **ampliação do financiamento da saúde, com a destinação de 10% do PIB ao SUS e critérios equânimes para a Região Amazônica**, viabilizando transporte sanitário para áreas ribeirinhas e de difícil acesso. O eixo também prevê o fortalecimento da vigilância em saúde, com a reformulação do Laboratório de Entomologia na Amazônia, e a **valorização dos trabalhadores do SUS**, mediante a criação de planos de cargos e carreiras e **estratégias de fixação**

de profissionais em áreas de maior vulnerabilidade. Ademais, contempla o enfrentamento às diversas formas de violência e discriminação, com atenção a populações historicamente vulnerabilizadas, e reforça a atenção básica, organizada pela Estratégia Saúde da Família, como ordenadora da rede de atenção, com **financiamento diferenciado para a região amazônica** e foco no cuidado humanizado e integral.

Seguem, abaixo, o teor das propostas:

Propostas:

(...)

30. Destinar 10% do Produto Interno Bruto (PIB) para o SUS, com distribuição para os municípios e estados, para aquisição de transporte sanitário para o trabalho na **área ribeirinha e área de difícil acesso**.

(...)

49. Reformular e implantar o Laboratório de Entomologia na **Região Amazônica**.

(...)

84. Criar legislação específica para garantia de plano de cargos e carreira no SUS e de novos cargos e profissões (por exemplo, a carreira dos servidores de Vigilância Sanitária (CBO)) na área da saúde, nas três esferas de governo, **focando áreas de mais alta vulnerabilidade, a partir de projetos-pilotos (saúde da família, vazios assistenciais como a região amazônica)**, a fim de promover a **fixação de profissionais**, com a garantia da realização de concurso público como única via de entrada no serviço, com remuneração compatível com a complexidade do trabalho, sistema de previdência e cujo estabelecimento seja debatido democraticamente com as entidades sindicais representativas de pessoas trabalhadoras, garantindo o atendimento digno à população, combatendo, assim, a precarização do serviço e preservando os direitos sociais que incluam medidas de combate ao assédio moral e institucional, e que garantam a formação/educação permanente e a saúde e segurança de pessoas trabalhadoras.

(...)

96. **Garantir financiamento equânime para a Amazônia Legal, em consideração às suas especificidades.**

(...)

108. Aprovar leis enfrentamento a todas as formas de discriminação e violência obstétrica e neonatal, violência ginecológica, violência sexual, com a qualificação do 180 e da ouvidoria do SUS para receber denúncias, contemplando amparo e apoio psicossocial, com educação e campanhas de divulgação e identificação da satisfação da usuária, inclusive populações historicamente vulnerabilizadas, como as populações negra, trabalhadoras, indígena, cigana, refugiada, populações de matriz africana, quilombola, populações do campo, da floresta e das águas, pescadoras, pessoas com questões de saúde mental, populações de rua, privadas de liberdade, comunidade LGBTQIA+, mulheres, pessoas com deficiência, pessoas da **região amazônica**, em situação de violência e demais grupos vulnerabilizados, e implementar ações de vigilância,

(...)

175. Promover a organização da rede, tendo a **atenção básica em saúde como coordenadora e ordenadora da rede com o modelo da Estratégia da Saúde da Família (ESF)** e a política de saúde mental e a concepção da humanização no acolhimento e cuidado às mulheres sem discriminação de gênero, raça, orientação sexual, das mulheres com deficiência, em situação de privação de liberdade ou vivendo com IST/HIV/Aids, e, tendo como prioridade as pessoas em situação de vulnerabilidades diversas, garantindo **parâmetros diferenciados de financiamento para a região amazônica** (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2024, p. 145-173) (Destaques nossos)

O Eixo 2 – “O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas” concentrou propostas voltadas ao fortalecimento da Atenção Básica e da participação popular como elementos centrais para a redução das iniquidades em saúde, com destaque para a realidade amazônica.

As deliberações defendem a ampliação e valorização da Atenção Básica, com retomada do NASF, fortalecimento da saúde mental, dos Agentes Comunitários de Saúde e das equipes de saúde bucal, além da revisão da PNAB e do enfrentamento à precarização do trabalho no SUS. Ressalta-se a necessidade de uma **política específica para a Amazônia Legal, reconhecendo o “fator amazônico” no financiamento e na organização da atenção básica e dos demais níveis de atenção.**

O eixo também enfatiza a articulação entre conselhos de saúde, movimentos sociais e comunidades tradicionais, promovendo **educação permanente e educação popular em saúde, com valorização dos saberes locais.** Destacam-se, ainda, ações voltadas a populações em situação de vulnerabilidade, incluindo indígenas, quilombolas, ribeirinhos, população em situação de rua, pessoas idosas e comunidade LGBTQIA+, reforçando a Atenção Básica como espaço estratégico de acolhimento, participação social e cuidado integral no SUS.

Nesse sentido, transcrevo as propostas a seguir:

Propostas:

(...)

5. Resgatar a ampliação da Atenção Básica (AB), com retomada das estratégias do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Saúde Mental e Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Saúde Bucal, revisando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com extinção do Previne Brasil, extinção da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) e progressivamente das Organizações Sociais de Saúde

(OSS) e de todas as formas de precarização do trabalho em saúde no SUS, **adequando a quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe, de acordo com a necessidade da população e do território, e seus saberes e práticas**, com abertura de postos de saúde em horários alternativos, permitindo a quem trabalha em horário comercial o acesso ao serviço de saúde, e criação de plano de carreira federal para todas pessoas profissionais do SUS, com ingresso por concurso público, respeitadas cotas de raça, etnia e condições sociais, com diretrizes e políticas unificadas mas respeitando a autonomia administrativa de estados e municípios e formação de lideranças em AB no âmbito da gestão.

(...)

20. Propor ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), fazer uma nova e ampla discussão sobre o **fator amazônico** e o **piso de saúde da Amazônia Legal, explicitando que a região norte apresenta especificidades regionais diferentes de todas as outras regiões do país que acarretam obstáculos à implementação do sistema de saúde, principalmente da atenção básica**, e de média e alta complexidade.

(...)

74. Promover a articulação entre os conselhos de saúde, conselhos de políticas setoriais e os movimentos sociais e sindicais, para o enfrentamento de iniquidades em saúde que atingem determinados grupos, tais como: mulheres privadas de liberdade e egressas; indígenas; quilombolas; em sofrimento psíquico; em situação de rua; mulheres LBT (lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais); negras; do campo, da floresta e das águas; **ribeirinhas**; imigrantes e refugiadas; ciganas; indígenas; vivendo com HIV/AIDS; profissionais do sexo; pessoas com deficiência; usuárias de álcool e outras drogas, dentre outras, em todo o seu ciclo de vida.

(...)

101. Ampliar as **ações de educação permanente** para qualificar as pessoas trabalhadoras em saúde, por meio da integração entre Unidades de Saúde do SUS, Universidades e Instituições de Ensino, visando melhoria do acesso, acolhimento qualificado, promoção de saúde, prevenção de agravos e tratamento das populações menos assistidas e vulnerabilizadas, como, por exemplo, pessoas com deficiência, população indígena, população em situação de rua, população quilombola, **população ribeirinha**, pessoas privadas de liberdade, população negra, população LGBTQIA+, dentre outras.

(...)

103. Efetivar e fortalecer as políticas para participação popular por meio da educação popular em saúde com as populações vulnerabilizadas (LGBTQIA+, pessoas com deficiência, em situação de rua, população negra, mulheres em situação de violência, pessoas com uso prejudicial de drogas, entre outros) **com a inclusão dos saberes e práticas das comunidades tradicionais, ribeirinhos**, quilombolas, povos de terreiros, ciganos e dos povos originários, indígenas em contexto urbano, fomentando junto aos profissionais da atenção básica, especializada e controle social, as discussões para superação das questões ligadas a esse público.

(...)

151. Criar, ampliar e fortalecer serviços de apoio à pessoa idosa em vulnerabilidade, em âmbito nacional, como o Programa Acompanhante de Idosos (PAI); viabilizar a implantação em áreas descobertas pela Estratégia de Saúde da Família (zona rural, **ribeirinhos**, áreas de difícil acesso, moradores de área livre, etc); com porta de entrada a demanda espontânea, busca ativa e notificação de estabelecimentos de saúde; garantir equipe multiprofissional com gerontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e profissional de educação física, e sua capacitação em Cuidados Paliativos, incluindo a pessoa cuidadora, com parcerias com instituições de ensino; capacitar a Atenção Básica em identificar e mapear pessoas idosas em situação de vulnerabilidade; garantir comitês de fiscalização com relatórios anuais; incluir atividades de envelhecimento saudável com uso do espaço público; oficinas do cuidado, com capacitação para famílias e incentivos ao cuidado; Casa da Pessoa Idosa; “bolsa-cuidador”; e grupos de acompanhantes com apoio psicológico.

(...)

200. **Intensificar a participação dos povos tradicionais** (indígenas e quilombolas), campo, da floresta, das águas (**ribeirinhos** e caíças), ciganos e os movimentos sociais urbanos e rurais (terrestres e **ribeirinhas**), indígenas, quilombolas, mestiços e caboclos, dentre outros, garantindo sua representação e participação nas instâncias Municipal, Estadual e Nacional de Controle Social em Saúde, incentivando o apoio às comunidades mais afetadas por problemas de Saúde Pública, respeitando gênero e cultura.

(...)

275. Desenvolver projetos com a participação de acadêmicos da área da saúde para a população autóctone da região norte do país (indígenas, **ribeirinhos** e quilombolas), **considerando os aspectos culturais** (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2024, p. 183-234). (Destques nossos)

O Eixo 3 – “Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia”

reuniu propostas voltadas ao **enfrentamento das desigualdades**, à defesa do caráter público do SUS e ao fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) como eixo estruturante das redes regionalizadas de cuidado, **com especial atenção à realidade amazônica**. As deliberações destacam a Estratégia Saúde da Família como base do sistema, defendendo a reformulação da PNAB, a ampliação e valorização das equipes multiprofissionais, a redução da população adscrita por equipe e por ACS, além de **financiamento diferenciado** para áreas rurais, ribeirinhas, quilombolas e indígenas.

O eixo enfatiza a valorização e fixação de profissionais por meio de concursos públicos, planos de carreira e educação permanente, bem como a inclusão da **saúde digital e da conectividade, inclusive para Unidades Básicas de Saúde Fluviais, como estratégia de ampliação do acesso na Amazônia**

Legal. Reforça-se a integração entre APS, vigilância em saúde e vigilância popular, a ampliação do cuidado em saúde mental, o enfrentamento das doenças negligenciadas, da tuberculose e do HIV/Aids, e a incorporação de práticas como as farmácias vivas no cuidado básico amazônico.

Por fim, o eixo reafirma a intersetorialidade, a participação social, o enfrentamento a todas as formas de discriminação e violência, a proteção das populações historicamente vulnerabilizadas e a rejeição de modelos privatizantes na gestão da atenção primária, consolidando a APS como base do cuidado integral, equitativo e democrático no SUS.

Transcrevo as diretrizes e propostas abaixo:

Diretrizes;

(...)

48. Retomar o crescimento e a **redução da desigualdade** em todos os níveis do SUS, consolidando o acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, fortalecendo as redes regionalizadas com ênfase no papel da atenção primária (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2024, p. 245).

(...)

Propostas:

(...)

18. Assegurar a isonomia do tratamento com caráter interprofissional e intersetorial em saúde ampliando vagas em residência e empregos, fortalecendo a negociação com a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, garantindo concurso público e Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) dotado de remuneração básica e adicionais de incentivo, periculosidade, adicional noturno, insalubridade, regras e normas mínimas de gestão funcional e trabalhista; critérios objetivos para ocupação de cargos de chefia; **fixação de profissionais em áreas de difícil acesso e provimento**; incentivo financeiro para a formação e educação permanente com tutores e preceptores, incluindo o GraduaCEO para profissionais de saúde bucal, profissionais de atenção primária, fonoaudiólogos, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais de vigilância e Agente de Endemias (ACE) no fortalecimento da estratégia da Política Nacional de Vigilância à Saúde (PNVS), sobretudo, contemplando populações negligenciadas.

(...)

25. Garantir acesso à rede mundial de computadores nos locais de ensino e trabalho em saúde e disponibilidade de equipamentos móveis para uso em ações territoriais e em saúde digital, com custeio de tecnologia de ponta **garantindo internet banda larga e internet via satélite para a zona rural e urbana incluindo as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), sobretudo no âmbito da Amazônia Legal.**

(...)

40. Implantar centros de atendimento multiprofissional para além das equipes básicas de Atenção Primária (ex.: NASF) às **populações das águas**, com setor especializado para a atenção integral e intersetorial a essas populações e com profissionais capacitados na identificação das diversas expressões da determinação social da saúde das mulheres e homens das águas; fortalecer políticas de cuidado e enfrentamento à anemia falciforme; garantir os direitos das pessoas pescadoras artesanais enquanto Povos e Comunidades Tradicionais assegurados pela Convenção 167 da OIT, tal qual as comunidades quilombolas e indígenas, dando prioridade ao cuidado em saúde das comunidades pesqueiras, a exemplo do processo de vacinação contra a Covid-19, em que as pessoas pescadores não foram considerados grupos prioritários.

(...)

41. Reformular a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como instrumento ordenador do cuidado da Atenção Básica, garantindo a redução do número de pessoas por equipe, por exemplo, para 3000, a redução do número de pessoas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por exemplo, para 400, ou ainda, em população rural de 1.500 para ESF e 280 para ACS, a ampliação do número de profissionais por equipe, a inclusão de multiprofissionais (eMulti), que permitam o acesso em horários estendidos as Equipes de Saúde da Família (ESF), inclusive para assegurar profissionais em municípios de pequeno porte, assegurando **linhas de financiamento adequadas para as populações rurais, quilombolas, ribeirinhas e indígenas, sobretudo na região amazônica**.

(...)

48. Contribuir para a construção de uma agenda intersetorial para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sobretudo na gestão sustentável da água e saneamento para todos, de modo a tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis (ODS 6 e ODS 11, respectivamente) sob a ótica da saúde coletiva e como estratégia efetiva para promoção da saúde, proteção e **melhoria das condições de vida das populações em territórios urbanos, rurais e ribeirinhos**, com destaque à erradicação da fome, à igualdade de gênero, preservação ambiental por meio da proteção, recuperação e promoção do uso sustentável dos ecossistemas terrestres e da promoção de uma cultura de paz no enfrentamento a todas as formas de discriminação e violência.

(...)

74. **Fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF): manter 100% de cobertura da saúde da família; cobertura de 100% dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs); valorização de profissionais de saúde;** fixação de profissional SUS com concursos públicos e Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); ampliação de formação profissional financiada pelo Estado e pela União em educação na saúde na atenção primária e requalificação do Humaniza SUS.

(...)

85. Garantir e promover o acesso aos serviços de saúde mental para a população autóctone da região norte do país (indígenas, **ribeirinhos** e quilombolas).

(...)

95. Implementar processos de Vigilância Popular em Saúde nos territórios do SUS, de forma participativa, interdisciplinar, integrada, intersetorial e

territorializada, fortalecendo a integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária em Saúde, o protagonismo popular, ativando a mobilização, a comunicação social, a educação popular e a educação permanente em saúde.

(...)

106. Aprovar leis enfrentamento a todas as formas de discriminação e violência obstétrica e neonatal, violência ginecológica, violência sexual, com a qualificação do 180 e da ouvidoria do SUS para receber denúncias sobre, contemplando amparo e apoio psicossocial, com educação e campanhas de divulgação e identificação da satisfação da pessoa usuária, inclusive populações historicamente vulnerabilizadas e implementar ações de vigilância, como as populações negra, trabalhadora, indígena, cigana, refugiada, populações de matriz africana, quilombola, **populações do campo, da floresta e das águas**, pescadores, pessoas com questões de saúde mental, populações de rua, populações privadas de liberdade, comunidade LGBTQIA+, mulheres, pessoas com deficiência, **pessoas da região amazônica**, pessoas em situação de violência e demais grupos vulnerabilizados.

(...)

128. Implementar e consolidar farmácias vivas com foco no cuidado básico na **região amazônica**.

(...)

153. Criar, garantir e financiar centros e ambulatórios (com biossegurança) de acolhimento e cuidado para pessoas afetadas pela Tuberculose (TB) e que vivem com HIV/Aids (PVHA), bem como fortalecer políticas públicas intersetoriais e políticas de rastreio para acesso, identificação, diagnóstico, acesso a novas tecnologias e investimento em pesquisas para tratamento imediato da TB e do HIV. Garantir a capacitação de profissionais do SUS e SUAS sobre TB/HIV/Aids e acolhimento das pessoas nas suas especificidades como PVHA, população LGBTQIA+, adolescentes e jovens, população negra, quilombola, povos originários, cigana, imigrante, em situação de rua, privada de liberdade, povos e comunidades tradicionais de terreiro, povos e comunidades tradicionais, população idosa, vítimas de violência, gestantes, trabalhadoras e profissionais do sexo, **ribeirinhas**, atingidas por barragens, pessoas com deficiência, entre outras populações vulnerabilizadas e/ou negligenciadas.

(...)

165. Institucionalizar a supervisão e fiscalização de serviços em saúde, sobretudo em comunidades terapêuticas, locais de atendimento precarizado, presídios, comunidades afetadas pelo tráfico, comunidades caiçaras, **ribeirinhas**, quilombolas, indígenas e de difícil acesso, responsável por administrar conflitos e iniquidades no atendimento buscando garantir a manutenção do atendimento mínimo, disponibilizando quando necessário a inclusão da população local no ensino técnico e superior em áreas médicas e de saúde que supram essas necessidades.

(...)

166. Garantir **acesso e utilização aos serviços de assistência social e de saúde das populações historicamente vulnerabilizadas** e implementar ações de vigilância, para todas, incluindo trabalhadoras, ciganas, comunidade LGBTQIA+, da floresta e das águas, em situação de violência, indígena, **mulher da região amazônica**, mulher migrante, mulher

pescadora, mulher negra, mulher com deficiência, mulher com problemas de saúde mental, mulheres de matriz africana, mulheres em situação de rua, mulheres do campo, mulheres privadas de liberdade, mulher quilombola, mulher refugiada e demais grupos vulnerabilizados.

(...)

202. Apoiar políticas públicas e ações transversais, incluindo a formação de profissionais especializados, visando a mitigação dos impactos das mudanças climáticas sobre a saúde das populações, no âmbito da vigilância, prevenção e tratamento das doenças negligenciadas, emergentes e reemergentes, em especial às populações em vulnerabilidade socioeconômica, **povos da Amazônia** e aqueles em extrema pobreza.

(...)

209. Extinguir a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) e de todas as formas de gestão privatistas e privatizantes da saúde, reorganizando a gestão SUS, para que seja concretamente interfederativa e regionalizada em 100% do território (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2024, p. 253-288). (Destaques nossos)

O Eixo 4 – “Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas” consolidou diretrizes e propostas orientadas à promoção da equidade, da qualidade de vida e do fortalecimento do SUS na Amazônia Legal, reconhecendo as especificidades territoriais, culturais e operacionais da região.

Destaca-se a garantia de **acesso a recursos do Fundo Amazônico para ações de promoção da saúde e a qualificação das pessoas trabalhadoras da saúde para o cuidado das populações das águas**. As propostas enfatizam o **financiamento diferenciado da vigilância em saúde, com valorização de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias**, o fortalecimento da atenção básica articulado aos demais níveis de atenção e investimentos em infraestrutura e força de trabalho.

Ressaltam-se ações de **educação em saúde e educação popular, com reconhecimento dos saberes tradicionais**, bem como a estruturação de políticas de equidade e estratégias de acolhimento qualificado para populações historicamente vulnerabilizadas (indígenas, ribeirinhas, quilombolas, população negra, LGBTQIA+ e pessoas com deficiência), reafirmando o compromisso do SUS com a equidade, a inclusão e o cuidado integral na região amazônica.

Seguem as diretrizes e propostas abaixo:

Diretrizes:

(...)

21. Garantir a qualidade de vida, o **acesso aos recursos do Fundo Amazônico destinados a promoção da saúde no âmbito do território da**

Amazônia legal e a execução das iniciativas estatais de políticas públicas já existentes para os povos das águas, bem como a **formação e preparação das pessoas trabalhadoras da saúde para lidarem com as especificidades destas populações** (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2024, p. 295).

(...)

Propostas:

(...)

90. **Aumentar os valores do financiamento federal para a Vigilância em Saúde e teto estabelecido de Agente de Combate às Endemias e Agente Comunitário de Saúde nos municípios de acordo com as especificidades de cada região, em especial a amazônica.**

(...)

125. **Reconhecer e considerar as complexas especificidades da Amazônia Legal, cabendo às três esferas de governo fortalecer o SUS ampliando e garantir o financiamento adequado e necessário ao alto custo operacional;** investindo desde a atenção básica à construção de modernos Hospitais Universitários em todos os estados da região, melhorando a oferta de serviços, insumos, medicamentos, equipamentos e especialmente, força de trabalho em saúde.

(...)

156. Fomentar processos de **educação em saúde para profissionais da Atenção Básica atuarem conforme a realidade da população das águas em suas múltiplas territorialidades** (ribeirinhos, camponeses, urbanos, etc.), em especial nas áreas da saúde mental, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da trabalhadora e do trabalhador, valorizando e reconhecendo o conhecimento tradicional das comunidades, com a criação de curso de Educação Popular em Saúde para os povos das águas, nos moldes do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde - EdpopSUS , mas também trabalhar a formação de nível superior da Atenção Básica, das equipes do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

(...)

199. Estruturar equipes de políticas de equidade (saúde da população negra, **ribeirinha**, em situação de rua, povo indígenas, migrantes, pessoas idosas, comunidades tradicionais, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), pessoas com deficiência e demais populações), com orçamento e financiamento, no âmbito de todas as esferas do governo, com enfoque na formação e inserção de todas as categorias profissionais de saúde no trabalho em equipe multidisciplinar, em ações de prevenção específicas destes grupos, em consonância com a diretriz de equidade do SUS.

(...)

272. Criar e implementar estratégias para melhorar o acolhimento e o atendimento às populações de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), indígena, rural, quilombolas, **ribeirinhos**, povos das florestas e demais populações vulneráveis, pelas equipes de saúde, incluindo as notificações num banco de dados nacional, e implementando as ações de Vigilância (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2024, p. 319-355). (Destaques nossos)

Essas deliberações dialogam materialmente com as necessidades da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, embora permaneçam formuladas em nível nacional e dependentes da atuação dos entes federativos subnacionais para sua concretização. A ausência de mecanismos específicos de territorialização e de monitoramento limita a capacidade das deliberações nacionais de produzir efeitos imediatos e mensuráveis no plano local.

6.2.1.2.6 Análise crítica: avanços discursivos e limites estruturais

A análise crítica empreendida insere-se no nível da prática social da Análise de Discurso Crítica (ADC), no qual se investigam os efeitos das construções discursivas sobre as deliberações finais.

Nessa perspectiva, a 17ª Conferência Nacional de Saúde representa um avanço em relação às conferências nacionais anteriores ao aprofundar o reconhecimento das especificidades amazônicas e ao reforçar a centralidade da Atenção Primária à Saúde na redução das desigualdades regionais. O discurso nacional demonstra maior sensibilidade às realidades ribeirinhas, aproximando-se das demandas identificadas nas etapas municipal e estadual.

Todavia, persiste uma lacuna entre reconhecimento discursivo e efetividade concreta. As demandas territoriais específicas da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia são incorporadas de forma generalizada, subsumidas a categorias amplas, o que dificulta a responsabilização federativa e a implementação de políticas públicas efetivamente territorializadas.

6.2.2 Conferências estaduais

Segundo os dados oficiais do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas (CES-AM), já foram realizadas **9 conferências estaduais de saúde** no Amazonas desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, sendo a mais recente a 9ª (nona)³⁵

³⁵ **AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.** Conselho Estadual de Saúde do Amazonas comemora 31 anos de existência. Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/conselho-estadual-de-saude-do-amazonas-comemora-31-anos-de-existencia/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

Quanto aos anos dessas conferências, as páginas oficiais do CES-AM não disponibilizam, publicamente, uma listagem completa com **todos os anos** das 9 conferências. Os relatórios e históricos disponíveis referem-se majoritariamente às últimas edições, ou seja, 8ª (oitava)³⁶ e 9ª (nona)³⁷, realizadas, respectivamente, em 2019 e 2023.

Portanto, não foi encontrada nenhuma fonte pública que apresente uma relação completa da 1ª (primeira) a 9ª (nona) conferência com seus respectivos anos. Dessa forma, a presente análise será restrita às duas últimas Conferências:

- 8ª (oitava) COES (2019) - Democracia e Saúde: Saúde como Direito, Consolidação e Financiamento do SUS
- 9ª (nona) COES (2023) - Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã vai ser outro dia

6.2.2.1 A 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas (8ª COES-2019) e a Atenção Primária à Saúde: Análise Discursiva a partir do caso de Santa Maria de Vila Amazônia

6.2.2.1.1 Considerações introdutórias

Este subcapítulo analisa em que medida as demandas relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS) da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, no município de Parintins (AM), são identificadas e incorporadas no âmbito da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas (8ª COES-2019), que teve como lema: DEMOCRACIA E SAÚDE - "SAÚDE COMO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS". A análise toma como base o Relatório Final da Conferência, adotando uma perspectiva de análise de discurso de viés crítico, atenta tanto às falas dos sujeitos participantes quanto às deliberações consolidadas no documento final.

³⁶ AMAZONAS. **8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas (2019)**. Democracia e saúde: saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS. Manaus: Conselho Estadual de Saúde, 2019. Disponível em: <https://sites.saude.am.gov.br/ces/8a-coes/>

³⁷ AMAZONAS. **9ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas (2023)**. Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia: amanhã vai ser outro dia. Manaus: Conselho Estadual de Saúde, 2023. Disponível em: <https://sites.saude.am.gov.br/ces/9a-coes/>

6.2.2.1.2 Forma de construção do discurso da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas

Em se tratando da Atenção Primária à Saúde (APS), o discurso predominante na 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas estrutura-se em torno da reafirmação da Atenção Básica como eixo ordenador e coordenador do cuidado no SUS. A APS é apresentada como elemento central para a consolidação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, especialmente diante do avanço das doenças crônicas e da necessidade de reorganização do modelo assistencial.

O relatório estadual reconhece explicitamente as especificidades geopolíticas e socioterritoriais da Amazônia. Termos como “ribeirinhos”, “comunidade rural”, “distância” e “dificuldades de acesso” são recorrentes, compondo um campo discursivo que admite a inadequação de modelos homogêneos de política pública de saúde para a região. Expressões simbólicas como “SUS Verde” e referências a soluções logísticas próprias, como a ambulância, reforçam a ideia de um sistema de saúde que deve ser pensado a partir da realidade amazônica.

6.2.2.1.3 A identificação das demandas de Santa Maria de Vila Amazônia no discurso participativo

No plano da participação social, observa-se a identificação explícita da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia no discurso da Conferência. A fala de representante de Parintins, que se identifica como morador de comunidade rural e assentamento de Vila Amazônia, agricultor familiar, usuário do SUS e conselheiro de saúde, revela de forma direta as fragilidades estruturais da Atenção Primária nos territórios ribeirinhos, conforme a seguir transcrito:

DEBATE EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO

Segmento – Usuário

Pergunta – Sr. Jeferson Rosa Hauradou (**Parintins**).

(...) A saúde se faz com saúde e não com doença, não é quando a pessoa adoece que vamos fazer saúde. A saúde se faz com prevenção não

temos recursos para contratar Equipes da Saúde da Família nos municípios distantes. Sou de uma comunidade rural e de um assentamento de **Vila Amazônia**, mas antes de tudo sou agricultor familiar e usuário do SUS. Sou Conselheiro de Saúde em Parintins. Foram apresentados dados e números do que já foi recuperado de desvio de recursos públicos de quase um trilhão, mas também está mais de um trilhão que nosso Governo atual perdeu agora. É uma vergonha o agronegócio, os banqueiros, as grandes empresas e a grande mídia. Querem tirar da reforma da previdência, professores do campo enquanto juizes, promotores, desembargadores e generais continuam com seus salários intactos e suas aposentadorias vitalícias. A pergunta é para o Ministério Público, como o povo do Amazonas deve fazer para corrigir todas as injustiças desde que (se) no nosso próprio Estado o que mais existe é injustiça social quando se investe em festa e se deixa de investir em educação e saúde (AMAZONAS, 2019, p. 46).

Essa intervenção destaca a insuficiência de Equipes de Saúde da Família nos municípios distantes, a ausência de políticas preventivas efetivas e a desigualdade na alocação de recursos públicos. Ao afirmar que “a saúde se faz com prevenção” e denunciar a dificuldade de contratação de equipes para a APS no interior, o discurso evidencia a centralidade da Atenção Primária como condição para a efetivação do direito à saúde em comunidades como Santa Maria de Vila Amazônia.

Do ponto de vista discursivo, trata-se de um momento que denota a territorialização da demanda, no qual o sujeito político nomeia seu território, sua condição social e sua inserção no SUS, rompendo com abstrações e conferindo densidade empírica ao debate sobre saúde como direito.

6.2.2.1.4 Núcleos temáticos das demandas relacionadas à Atenção Primária

A partir das falas dos participantes e dos debates registrados no Relatório Final, é possível identificar alguns núcleos temáticos diretamente relacionados às demandas da APS em Santa Maria de Vila Amazônia.

No primeiro núcleo (**Eixo I: Saúde como Direito**), identifica-se em seus debates a insuficiência da cobertura da Atenção Primária. As falas apontam a dificuldade de manutenção de equipes completas da Estratégia Saúde da Família, a dependência quase exclusiva dos Agentes Comunitários de Saúde e a fragilidade da APS como porta de entrada efetiva do sistema nos territórios ribeirinhos (AMAZONAS, 2019, p. 44-48).

Quanto ao segundo núcleo (**Eixo II: Consolidação dos princípios do SUS**), o conteúdo discursivo evidencia que a consolidação dos princípios do SUS na Amazônia esbarra em limitações estruturais de **regionalização, equidade e financiamento**. As falas destacam que a APS nos territórios ribeirinhos é frequentemente o único ponto de contato da população com o sistema de saúde, sustentada sobretudo pelos agentes comunitários.

As grandes distâncias, os altos custos de remoções e o subfinanciamento dificultam a oferta regular e resolutiva dos serviços. Ressalta-se a necessidade de qualificação e fixação de profissionais no interior como condição para efetivar a regionalização da APS. Também se aponta que a fragilidade da atenção básica nos municípios interioranos intensifica a migração sanitária para a capital, sobrecarregando o sistema. Por fim, defende-se um modelo de APS adaptado às especificidades amazônicas, capaz de integrar saberes locais e responder às demandas das populações tradicionais (AMAZONAS, 2019, p. 55-60).

No terceiro núcleo (**Eixo III: Financiamento adequado e suficiente para o SUS**), o debate aponta a centralidade da APS para enfrentar o predomínio das doenças crônicas, em contraste com um modelo ainda voltado às condições agudas. Programas como Mais Médicos, Brasil Sorridente e PMAQ são apresentados como estratégicos para ampliar o acesso e a resolutividade da atenção básica. Evidenciam-se limitações no uso da tecnologia da informação, que comprometem a gestão e a assistência. Por fim, a ampliação da telemedicina e o fortalecimento da APS são indicados como caminhos para reduzir desigualdades regionais e qualificar o SUS (AMAZONAS, 2019, p. 79-82).

6.2.2.1.5 Incorporação das demandas nas deliberações da Conferência

No plano das deliberações aprovadas pela 8ª Conferência Estadual de Saúde (AMAZONAS, 2019, p. 83-86), observa-se que **as demandas relacionadas à Atenção Primária e às populações ribeirinhas são incorporadas de forma indireta e generalizada**. Diretrizes como a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, a reafirmação da Atenção Básica como ordenadora do cuidado e o fortalecimento de práticas tradicionais expressam convergência temática com as demandas apresentadas.

Entretanto, não há menção específica à comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, ao município de Parintins ou a outros territórios concretos. As propostas não estabelecem metas territorializadas, nem mecanismos específicos de acompanhamento ou avaliação voltados às comunidades ribeirinhas. O reconhecimento discursivo das desigualdades amazônicas, embora presente, não se converte em deliberações normativas situadas.

Quadro 04 – Quadro de diretrizes aprovadas (Tema Central - 8ª COES)

RELATÓRIO DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAZONAS					
"DEMOCRACIA E SAÚDE"					
"SAÚDE COMO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS"					
Diretriz: Fortalecer e qualificar a participação do controle social garantindo a transparência, a moralidade na gestão pública e o estabelecimento de ações intersetoriais que cumpram os direitos constitucionais.					
TEMA CENTRAL					
ITEM	TEXTO APROVADO POR MUNICÍPIO	MUNICÍPIOS	EIXO	QUANTIDADE DE VOTOS	OBS
1	Assegurar o controle social como importante mecanismo deliberativo cumprindo a Constituição Federal, de acordo com a Lei nº 8.142/90, referente aos Conselhos e Conferências para intensificar o fortalecimento destes, visto que representa a população usuária do SUS, independente de decisões político-partidário.	MANAUS	T. CENTRAL		
2	Assegurar o fortalecimento dos Princípios e Diretrizes do SUS, bem como dos seus mecanismos de participação popular e financiamento correspondente as demandas de saúde conforme disposto na Constituição Federal de 1988.	MANAUS	T. CENTRAL		
3	Formular e executar políticas públicas de saúde que promovam ações de redução de riscos de doenças e de outros agravos.	C. CASTANHO	T. CENTRAL		
4	Incentivar ações que estabeleçam condições que assegurem os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde Brasileiro.	C. CASTANHO	T. CENTRAL		
5	Reafirmar a Atenção Básica como ordenadora e coordenadora do cuidado, buscando a integração dos outros níveis de atenção.	B. V. DO RAMOS	T. CENTRAL		

Fonte: Plenária final - 8ª Conferência Estadual de Saúde (COES-2019)

Quadro 05 - Quadro de diretrizes aprovadas (Eixo I - 8ª COES)

RELATÓRIO DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAZONAS					
"DEMOCRACIA E SAÚDE"					
"SAÚDE COMO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS"					
Diretriz: Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde.					
EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO					
ITEM	TEXTO APROVADO POR MUNICÍPIO	MUNICÍPIOS	EIXO	QUANTIDADE DE VOTOS	OBS
1	Fortalecer as práticas tradicionais, como, por exemplo, as parteiras tradicionais e indígenas para garantir uma maior assistência às gestantes nos partos de baixo risco nas áreas mais distantes dos Centros de Saúde, incluindo essas práticas na PNAB, inclusive com acesso à inserção de dados de procedimentos realizados por esses profissionais às gestantes no cartão do pré-natal.	TEFÊ			
2	Retomar a Farmácia Popular para que a população tenha acesso aos medicamentos básicos, inclusive os fitoterápicos.	BOA VISTA DO RAMOS			
3	Propor que tenha mudanças de critério por parte do Ministério da Saúde e Estados nas políticas de saúde, visando que os municípios com menos de 20.000 habitantes, possam ter direito aos programas de saúde conforme critérios epidemiológicos.	PAUINI			
4	Garantir o direito de escolha da mulher em realizar procedimento de laqueadura mediante o estudo psicossocial e solicitação médica, de maneira que não necessite de documento com autorização do companheiro.	AUTAZES			
5	Reformulação do Programa Saúde na Hora atendendo as especificidades e sazonalidades da Região Norte para habilitação.	ITAPIRANGA			

Fonte: Plenária final - 8ª Conferência Estadual de Saúde (COES-2019)

Quadro 06 - Quadro de diretrizes aprovadas (Eixo II - 8ª COES)

RELATÓRIO DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAZONAS					
"DEMOCRACIA E SAÚDE"					
"SAÚDE COMO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS"					
Diretriz: Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado, apoiando técnica, política e financeiramente as propostas para a organização e gestão da Rede de Atenção à saúde regionalizada.					
EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS					
ITEM	TEXTO APROVADO POR MUNICÍPIO	MUNICÍPIOS	EIXO	QUANTIDADE DE VOTOS	OBS
1	Redefinir o percentual per capita por habitante para implantação do CAPS em municípios com população inferior a 15.000 habitantes e percentual de população para implantação de CAPS AD e CAPSi.	ANORI, IRANDUBA, BOA VISTA DO RAMOS, SGC, SILVES E TEFÉ			
2	Aprovação do Projeto de Lei (PL) nº 8.131 do Senado Federal que institui a Política Nacional de Saúde Bucal, tornando o Programa Brasil Sorridente uma política de Estado e não de Governo, com garantia de recurso financeiro para sua execução.	A. DO NORTE, BARREIRINHA, URUCURITUBA, IRANDUBA, ITACOATIARA, NOVO AIRÃO, ITAPIRANGA E RPE			
3	Fortalecimento da Política de Medicamentos fitoterápicos no SUS, aproveitando os saberes tradicionais por meio da ampliação dos laboratórios oficiais, centros de pesquisa para o desenvolvimento científico, tecnológico, inovações e produção pública de medicamentos e insumos de interesse do SUS.	AUTAZES, CANUTAMA, NOVO AIRÃO, TEFÉ, MANICORÉ, MAUES, NHAMUNDÁ, AMATURA, SIRM E ITAMARATI			
4	Garantir a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família consolidando assim seu modelo de atenção e resolutividade.	AUTAZES, CARAUARI E ITAPIRANGA			
5	Solicitar para a Região Amazônica a construção de Centro de Transplantes com alta tecnologia, pois na região temos pacientes e diversas demandas cirúrgicas que muitas vezes só é resolvido em outra região.	NOVO AIRÃO			
RELATÓRIO DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAZONAS					

Fonte: Plenária final - 8ª Conferência Estadual de Saúde (COES-2019)

Quadro 07 - Quadro de diretrizes aprovadas (Eixo III - 8ª COES)

"DEMOCRACIA E SAÚDE"					
"SAÚDE COMO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS"					
Diretriz: Garantia da alocação de recursos financeiros para efetivar os princípios do SUS, mantendo a equidade de recursos, e considerando as especificidades geopolíticas e o perfil epidemiológico amazônico (MANAUS).					
EIXO III – FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS					
ITEM	TEXTO APROVADO POR MUNICÍPIO	MUNICÍPIOS	EIXO	QUANTIDADE DE VOTOS	OBS
1	Revogação da EC 95/2016. Com a EC 95 o financiamento dos direitos sociais, como a saúde e a educação, ficará congelado até o ano de 2036.	ALVARÃES e OUTROS MUNICÍPIOS	III		
2	Criar proposta de lei, para garantir percentual obrigatório de repasse intersetorial ao fundo municipal de saúde, referente às multas de trânsito e crimes ambientais aplicadas pelas três esferas.	ITACOATIARA	III		
3	Garantir a obrigatoriedade da união no mínimo de 10% dos recursos para a saúde.	ITACOATIARA	III		
4	Criar leis específicas que garantam a devolução aos cofres públicos dos crimes de corrupção na área da saúde.	TEFÉ	III		
5	Rever a distribuição de recursos provenientes dos royalties do petróleo/gás, incluindo a exploração do pré-sal, ampliando o percentual a ser aplicado na saúde para os estados e municípios da região norte, reforçando o financiamento das ações e serviços em todos os níveis de atenção à saúde.	IRANDUBA	III		

Fonte: Plenária final - 8ª Conferência Estadual de Saúde (COES-2019)

6.2.2.1.6 Do reconhecimento participativo ao esvaziamento deliberativo

A análise crítica realizada situa-se no nível da prática social da Análise de Discurso Crítica, no qual se investigam os efeitos das construções discursivas sobre as deliberações finais. Nessa perspectiva, evidencia-se um deslocamento significativo entre o momento participativo e o produto institucional

final. As falas dos usuários e trabalhadores da saúde, fortemente situadas e territorializadas, são absorvidas pelo documento final por meio de categorias amplas e abstratas, como “equidade”, “regionalização” e “fortalecimento da APS”.

Esse movimento de generalização produz um efeito de esvaziamento político das demandas concretas, reduzindo a capacidade de incidência futura das comunidades específicas e dificultando o controle social sobre a implementação das deliberações. Assim, embora a Conferência reconheça discursivamente a importância da Atenção Primária e das populações ribeirinhas, permanece um hiato entre participação social e decisão institucional.

6.2.2.2 A 9ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas e a Atenção Primária à Saúde em territórios ribeirinhos: o caso da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia

6.2.2.2.1 Introdução

Este subcapítulo analisa em que medida as demandas relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS) da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, no município de Parintins (AM), são identificadas e incorporadas nas deliberações da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas (COES-2023), a partir de uma análise discursiva do relatório final do evento, que teve como tema: **“Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã Vai Ser Outro Dia”**

6.2.2.2.2 Forma de construção do discurso da Atenção Primária à Saúde na 9ª Conferência Estadual

O discurso institucional que atravessa a 9ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas atribui à Atenção Primária à Saúde o papel de eixo estruturante do SUS, reafirmando sua função de porta de entrada preferencial, coordenadora do cuidado e principal estratégia para a promoção da equidade regional. A APS é reiteradamente apresentada como capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, assumindo centralidade no enfrentamento das desigualdades territoriais existentes no Estado.

Nesse enquadramento discursivo, a Conferência reconhece explicitamente as particularidades amazônicas, destacando fatores como a interiorização do cuidado, a concentração de profissionais de saúde na capital, a dependência do transporte fluvial e a necessidade de modelos diferenciados de atenção para populações ribeirinhas. Ainda assim, o discurso opera majoritariamente em nível macrorregional, utilizando categorias amplas e abstratas que tendem a homogeneizar realidades territoriais diversas.

6.2.2.2.3 Identificação das demandas relacionadas à comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia

A análise do relatório da 9ª Conferência Estadual de Saúde³⁸ evidencia que as demandas específicas da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia não são nomeadas de forma explícita no texto final. Contudo, tais demandas emergem de maneira indireta por meio de referências recorrentes às “populações ribeirinhas”, às “zonas rurais” e aos municípios distantes da capital.

As intervenções de delegados e os debates registrados revelam problemas estruturais diretamente compatíveis com a realidade da Vila Amazônia, tais como a dificuldade de acesso regular aos serviços de Atenção Primária em razão da logística fluvial, a escassez de equipes completas da Estratégia Saúde da Família e o papel central desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde como principal elo entre o SUS e as comunidades ribeirinhas.

Do ponto de vista da análise de discurso, observa-se um reconhecimento funcional dessas demandas, que são incorporadas como expressão genérica das dificuldades do interior amazônico, sem, contudo, conferir visibilidade territorial ou identitária à comunidade específica analisada.

6.2.2.2.4 Núcleos discursivos das demandas da APS em territórios ribeirinhos

A partir da leitura sistemática do documento, é possível identificar quatro núcleos discursivos centrais que abordam a Atenção Primária à Saúde em

³⁸ AMAZONAS. **9ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas (2023)**. Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia: amanhã vai ser outro dia. Manaus: Conselho Estadual de Saúde, 2023. Disponível em: <https://sites.saude.am.gov.br/ces/9a-coes/>

comunidades ribeirinhas, com relevância direta para a realidade de Santa Maria de Vila Amazônia.

No primeiro núcleo (**Eixo I - O Brasil que temos. O Brasil que queremos**), identificam-se discursos que revelam fragilidades estruturais da APS, especialmente no que se refere à insuficiência de recursos humanos. Os discursos evidenciam a concentração de médicos na capital, as dificuldades de fixação de profissionais no interior e a dependência de programas federais de provimento, reconhecendo a vulnerabilidade da APS nos municípios do interior do Estado do Amazonas (AMAZONAS, 2023, p. 50–57).

O segundo núcleo (**Eixo II - O papel do Controle Social e dos Movimentos Sociais para salvar vidas**) e o terceiro núcleo (**Eixo III - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia**) envolveram debates conjuntos que ressaltam o controle social como essencial para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) na Amazônia. As falas evidenciam que a participação social informada é fundamental para fiscalizar a gestão pública e garantir o direito à saúde. Destacam-se graves fragilidades da APS em comunidades ribeirinhas, especialmente na vigilância em saúde e no enfrentamento de doenças evitáveis, como a malária.

As conferências e os conselhos locais de saúde são apontados como espaços estratégicos para aproximar a gestão das realidades locais. O “fator amazônico” é enfatizado como critério indispensável para políticas e financiamentos diferenciados. As palestrantes destacam a importância da informação e da organização comunitária. O Estado deve atuar como indutor, apoiando municípios na produção de diagnósticos e indicadores. Por fim, defende-se a articulação estadual e nacional para fortalecer a APS e garantir direitos no SUS (AMAZONAS, 2023, p. 80-84).

Por fim, identifica-se um núcleo discursivo (**Eixo IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas**) relacionado ao uso de tecnologias e à telemedicina. Embora apresentadas como soluções promissoras para ampliar o acesso à APS, tais estratégias são acompanhadas de críticas quanto à ausência de conectividade adequada em grande parte das comunidades ribeirinhas, evidenciando limites concretos à sua implementação (AMAZONAS, 2023, p. 85-90).

6.2.2.2.5 Incorporação das demandas nas deliberações da 9ª Conferência Estadual

No plano das deliberações aprovadas, encontram-se destacadas (em amarelo), nos quadros abaixo, as demandas relacionadas à Atenção Primária à Saúde nos territórios ribeirinhos, as quais são incorporadas de maneira mais consistente do que nas etapas estritamente municipais.

No **Eixo I**, sobressaem-se diretrizes voltadas à ampliação das Unidades Básicas de Saúde fluviais; à garantia de custeio federal para essas unidades; à contratação de Agentes Comunitários de Saúde; ao fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado:

Quadro 08 - Quadro de diretrizes aprovadas (Eixo I - 9ª COES)

EIXO I – O BRASIL QUE TEMOS. O BRASIL QUE QUEREMOS
Diretriz: Aprimorar a Atenção e Vigilância em Saúde por meio de mecanismos para a implantação, financiamento, implementação, monitoramento das ações e serviços de saúde com foco multidisciplinar ao usuário, considerando a diversidade de gênero, raça e as especificidades territoriais, visando a plena cobertura.
1. Unificar os sistemas de informação de saúde, permitindo a integração do PEC-eSUS com outros Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (SNIS), e interação com os sistemas de outros órgãos, como por exemplo o Sasi SUS desenvolvido pela SESAI, melhorando a qualidade e aumentando a confiabilidade dos dados.
2. Criação de fundo nacional para garantir financiamento, para pagamento de piso salarial e incentivo de abono aos profissionais e trabalhadores do SUS, à exemplo do FUNDEB.
3. Ampliar o número de UBS's fluviais e garantir seu funcionamento com custeio federal (equipe e insumos) que atendam todos os municípios com áreas e populações ribeirinhas, garantindo, inclusive, a contratação de mais ACS's para atenção básica, avaliando distâncias e não população.
4. Garantir recurso federal para criação de Unidade Móvel de Apoio Diagnóstico e de atenção à saúde (raios x, ultrassonografias, mamografias, patologias clínicas, consultas nas especialidades médicas), nas modalidades fluvial e terrestre-rural, considerando a igualdade de direito e diversidade local.
5. Disponibilizar internet banda larga com o objetivo de qualificar as informações e fortalecer a telemedicina e a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) em todas as Unidades Básicas de Saúde e descentralizar o SISREG da unidade hospitalar e implantar na atenção primária.

Fonte: Relatório da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas

Nos **Eixos II e III**, destacam-se as diretrizes aprovadas voltadas à previsão de financiamento diferenciado para a Região Norte, com fundamento no

denominado “fator amazônico”, e ao fortalecimento da participação das populações ribeirinhas nas instâncias de controle e participação social em saúde, como as conferências e os conselhos.

Quadro 09 - Quadro de diretrizes aprovadas (Eixo II - 9ª COES)

EIXO II: O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS PARA SALVAR VIDAS
Diretriz: Fortalecer o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvendo processos pedagógicos que contribuam para a ampliação e qualificação da participação popular na formulação, informação, gestão e controle social das políticas de saúde; e garantir o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde através da obrigatoriedade de designação orçamentária para esta finalidade nas esferas federal, estadual e municipal.
1. Alterar a Resolução nº 453/12 do Conselho Nacional de Saúde (CMS), terceira diretriz, inciso x, para implantar nas 3 esferas de governo o jeton para ajuda de custo aos conselheiros: locais, municipais, estaduais e nacionais e suas comissões, para fortalecer o controle social.
2. Propor ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), fazer uma nova e ampla discussão sobre o fator amazônico e o piso de saúde da Amazônia Legal, explicitando que a região norte apresenta especificidades regionais diferentes de todas as outras regiões do país que acarretam obstáculos à implementação do sistema de saúde, principalmente da atenção básica, média e de alta complexidade.
3. Promover a inclusão das populações rurais (terrestres e ribeirinhas), indígenas, quilombolas, mestiços e caboclos, garantindo sua representação e participação nas instâncias Municipal, Estadual e Nacional de controle social em saúde, incentivando o apoio às comunidades mais afetadas por problemas de Saúde Pública.
4. Garantir que os Conselhos de Saúde tenham autonomia administrativa, inclusive com Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) próprio, para que possam gerir seus recursos.
5. Garantir financiamento para construção de uma sede própria para o fortalecimento, ampliação dos espaços de controle social, bem como o repasse de recursos financeiros e estrutura de funcionamento aos Conselhos de Saúde, em todas as esferas, a nível municipal, estadual e federal.

Fonte: Relatório da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas

Quadro 10 - Quadro de diretrizes aprovadas (Eixo III - 9ª COES)

EIXO III: GARANTIR DIREITOS E DEFENDER O SUS, A VIDA E A DEMOCRACIA

DIRETRIZ: Aprimorar o SUS através da desburocratização dos preceitos da Lei Orgânica da Saúde, visando qualificar as ações de assistência e vigilância, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado

1. Fortalecer o serviço de Telessaúde com o aumento dos serviços de apoio diagnóstico e ampliação das especialidades médicas com custeio de tecnologia de ponta garantindo internet via satélite para a zona rural e urbana incluindo as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF's).
2. Propor ao Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Câmara Federal e ao Senado a revogação da Emenda Constitucional nº 95/2016 que congelou os investimentos da saúde, educação e outras áreas sociais até 2036, de modo a contemplar a integralidade da saúde e as especificidades e particularidades quanto a diferenciação de zonas rural, ribeirinha, indígena e urbana e criar um fundo para o trabalhador da saúde, aos moldes do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (FUNDEB).
3. Fortalecer a Rede de Saúde Mental com estrutura adequada garantindo a manutenção e a ampliação dos serviços, alocação de recursos financeiros e equipes multiprofissionais qualificadas em saúde mental para novas ações de prevenção, promoção e assistência à saúde da população em todos os ciclos de vida.
4. Criar o Programa Federal “Mais Médicos Especialistas”, para atender os municípios de maior vulnerabilidade social.
5. Garantir o direito de cotas de Profissionais Indígenas de Saúde para admissão no quadro funcional nas três esferas governamentais bem como, melhorar as condições de trabalho de todos os profissionais de saúde fornecendo condições de trabalho adequadas com a realidade territorial e geográfica, como Equipamento de Proteção Individual (EPI's) e transportes que facilitem o acesso, abrangendo uma melhor qualidade de serviços aos usuários.

Fonte: Relatório da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas

E no **Eixo IV**, destaca-se a diretriz aprovada relacionada à adoção de modelos de atenção à saúde que considerem e valorizem as práticas tradicionais.

Quadro 11 - Quadro de diretrizes aprovadas (Eixo IV - 9ª COES)

EIXO IV: AMANHÃ VAI SER OUTRO DIA PARA TODAS AS PESSOAS	
DIRETRIZ: Garantir o financiamento federal diferenciado para a região norte, contemplando as características regionais e geográficas, do atendimento de saúde integral, visando a uma gestão humanizada que atenda cada público e suas necessidades de direito à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	
1. Garantir o acesso em todos os serviços de saúde e políticas públicas, em todos os âmbitos e abrangências para os portadores de Transtornos Espectro Autista (TEA) e pessoas com deficiência, garantindo oferta de recursos humanos especializados e multidisciplinares no Programa Saúde na Escola (PSE), para efetiva promoção de saúde, visando a aplicabilidade da universalidade, equidade e integralidade do SUS, através de uma política nacional que construa e custeie os centros de referência de atendimento especializado para pacientes autistas com equipes multidisciplinares treinadas para atender esse público nos municípios.	
2. Ampliar o financiamento para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) efetivar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em todas as regiões de saúde, incluindo transporte Sanitário Aéreo de urgência e emergência para remoção em tempo oportuno de usuários da zona rural e entre os municípios no âmbito da região de saúde, principalmente nos períodos de seca, devido a dificuldades de acesso.	
3. Ampliar a cobertura e direitos dos idosos no atendimento de especialidades gerais, incluindo consultas e mutirões de cirurgias e equipes multidisciplinares de saúde na atenção domiciliar assegurado pelo artigo 15 da Lei nº 10.741/03.	
4. Fortalecer as práticas tradicionais, como, por exemplo, as parteiras tradicionais e indígenas para garantir uma maior assistência às gestantes nos partos de baixo risco nas áreas mais distantes dos Centros de Saúde, incluindo essas práticas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), inclusive com acesso à inserção de dados de procedimentos realizados por esses profissionais às gestantes no cartão pré-natal.	
5. Criar uma política federal de financiamento para a construção e custeio de um centro de especialidade médica nos municípios (cardiologista, endocrinologista, gastroenterologista, urologista, ortopedista, reumatologista, dermatologista, geriatra, neurologista, neuropediatra, otorrinolaringologista, pneumologista, oftalmologista e proctologista).	

Fonte: Relatório da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas

Essas deliberações dialogam materialmente com as necessidades da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia. Contudo, permanecem formuladas de maneira genérica, sem menção explícita ao município de Parintins ou à comunidade analisada, e sem a definição de metas territorializadas ou mecanismos específicos de acompanhamento e avaliação.

6.2.2.2.6 Análise crítica: reconhecimento ampliado e persistência da abstração

A análise crítica empreendida insere-se no nível da prática social da Análise de Discurso Crítica, no qual se examinam os efeitos das construções discursivas sobre as deliberações finais.

Nessa perspectiva, a 9ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas representa um avanço significativo no reconhecimento discursivo das desigualdades territoriais e das especificidades amazônicas no campo da saúde pública. Diferentemente de documentos municipais, o relatório estadual explicita a necessidade de modelos diferenciados de Atenção Primária para populações ribeirinhas.

Todavia, persiste uma lógica de generalização que converte demandas concretas e territorializadas em categorias abstratas, como equidade regional e fortalecimento da APS. Esse deslocamento discursivo limita a responsabilização dos entes federativos e dificulta a tradução das deliberações em políticas públicas efetivas para comunidades específicas, como Santa Maria de Vila Amazônia.

6.2.3 Conferências municipais³⁹

Desde a promulgação da Constituição de 1988, **há evidência documental de 2 (duas) Conferências Municipais de Saúde em Parintins, a 1ª (primeira), convocada e realizada em 2021, e a 2ª (segunda), convocada para julho de 2025.**

Neste subcapítulo, a análise será restrita à I Conferência Municipal de Saúde (1ª CMUS-PIN), considerando que a Prefeitura de Parintins ainda não disponibilizou oficialmente o Relatório da II Conferência Municipal de Saúde (2ª CMUS-PIN)⁴⁰ com

³⁹ No Brasil, no primeiro ano de mandato do Presidente e dos Governadores, na forma da lei, a União, os Estados e o Distrito Federal convocam e realizam suas Conferências de Saúde e os municípios convocam e realizam a Etapa Municipal da Conferência Nacional de Saúde. E no primeiro ano de mandato dos Prefeitos, os Municípios convocam e realizam as Conferências Municipais de Saúde. A **Etapa Municipal da Conferência Nacional de Saúde diferencia-se da Conferência Municipal de Saúde** porque, nessa etapa, a avaliação da situação da saúde é para todo o território nacional (Município, Estado e União).

⁴⁰ A Prefeitura de Parintins, por meio do Decreto nº 110/2025-PGMP, convocou oficialmente a 2ª Conferência Municipal de Saúde (2ª CMUS-PIN), que foi realizada nos dias 18 e 19 de julho de 2025. O evento foi orientado pelo tema “SUS: Desafios para Fazer uma Só Saúde com Sustentabilidade, Inclusão e Longevidade”, conforme aprovado pelas Resoluções nº 16 e 17/2025 do Conselho Municipal de Saúde. Ocorre que ainda não foi disponibilizado o **Relatório com as Diretrizes e Propostas Aprovadas na Plenária Final** restando prejudicado o levantamento e a consequente análise dos dados.

as Diretrizes e Propostas Aprovadas na Plenária Final, restando prejudicado o levantamento e a consequente análise dos dados.

Destaca-se, ainda, que não foram encontrados registros públicos ou decretos/atas que indiquem conferências municipais realizadas em Parintins antes de 2021, isso sugere que as Conferências Municipais de Saúde do município **começaram a ser realizadas oficialmente em 2021**. Caso existam edições antigas, elas não parecem estar digitalizadas/nos portais oficiais consultados.

6.2.3.1 A I Conferência Municipal de Saúde de Parintins e a Atenção Primária à Saúde: Análise Discursiva a partir do caso de Santa Maria de Vila Amazônia

6.2.3.1.1 Considerações introdutórias

O presente subcapítulo tem por objetivo analisar em que medida as demandas relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS) da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia, localizada no município de Parintins (AM), são identificadas e incorporadas nas deliberações da **I Conferência Municipal de Saúde de Parintins, realizada em 2021**. A análise fundamenta-se no **Regimento da I CMUS-PIN** ⁴¹, nas **Propostas Aprovadas na Plenária Final** ⁴² e no **Plano Municipal de Saúde 2022-2025** ⁴³ elaborado a partir das diretrizes da Conferência, adotando-se uma perspectiva de análise de discurso de orientação crítica, atenta não apenas ao conteúdo explícito das deliberações, mas também aos silêncios, enquadramentos e efeitos institucionais do texto.

6.2.3.1.2 Forma de construção do discurso da I Conferência Municipal de Saúde de Parintins

⁴¹ PARINTINS (AM). **Regimento da I Conferência Municipal de Saúde de Parintins-AM**. Parintins: Conselho Municipal de Saúde, 2021. Disponível em: <https://files.parintins.am.gov.br/documents/103582.pdf>

⁴² PARINTINS (AM). **Propostas aprovadas na plenária final da I Conferência Municipal de Saúde de Parintins**. Parintins: Prefeitura Municipal de Parintins, 2021. Disponível em: <https://files.parintins.am.gov.br/documents/103581.PDF>

⁴³ PARINTINS (AM). **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Parintins: Prefeitura Municipal de Parintins, 2022. Disponível em: <https://files.parintins.am.gov.br/planomunicipalsaude/1.pdf>

O discurso estruturante da I Conferência Municipal de Saúde de Parintins organiza-se em torno de um universalismo normativo do direito à saúde, sintetizado no lema “Saúde não é favor, é direito”. Tal formulação reforça a centralidade constitucional do SUS e a noção de saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado. Contudo, observa-se que esse universalismo opera, predominantemente, em chave abstrata, com reduzida densidade territorial.

A Atenção Primária à Saúde é reiteradamente apresentada como a “porta de entrada preferencial” do sistema e como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica. A análise documental enfatiza sua função estratégica na resolutividade dos problemas de saúde, na promoção, prevenção e coordenação do cuidado. Paralelamente, ganha destaque um discurso tecnocrático-institucional, centrado em categorias como financiamento tripartite, informatização (e-SUS/PEC), telemedicina, consórcios regionais e eficiência da gestão.

Embora coerente com o arcabouço normativo do SUS, **esse enquadramento discursivo tende a homogeneizar realidades distintas, diluindo as especificidades socioterritoriais das comunidades ribeirinhas amazônicas no interior de categorias amplas como “zona rural” ou “populações ribeirinhas”.**

6.2.3.1.3 A identificação das demandas da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia

No exame do Regimento da I CMUS-PIN, nas Propostas Aprovadas na Plenária Final e no Plano Municipal de Saúde 2022-2025 elaborado a partir das diretrizes da Conferência, constata-se a **inexistência de menção nominal à comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia. Tal ausência não significa, contudo, invisibilidade absoluta de suas demandas, mas revela um padrão de reconhecimento indireto e mediado.**

Conforme será visto a seguir, as necessidades típicas da comunidade, como acesso regular à Atenção Primária, dependência de transporte fluvial e especificidades culturais e territoriais, emergem de forma genérica, subsumidas a expressões como “populações ribeirinhas”, “zona rural” e “UBS fluvial”. Nesse

sentido, propostas como a garantia de funcionamento e ampliação das UBS fluvial, a oferta de serviços de APS para a zona rural e o investimento em telemedicina rural dialogam materialmente com a realidade de Santa Maria de Vila Amazônia, ainda que sem reconhecê-la explicitamente como sujeito político-territorial.

Do ponto de vista discursivo, essa forma de identificação revela um reconhecimento funcional das demandas, mas não um reconhecimento identitário ou territorializado, o que limita a visibilidade específica da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia no processo deliberativo.

6.2.3.1.4 A incorporação das demandas da Atenção Primária à Saúde (APS) nas deliberações da Conferência

A análise das propostas aprovadas nos diferentes eixos temáticos das pré-conferências da I Conferência Municipal de Saúde de Parintins (PARINTINS, 2021) permite identificar uma incorporação parcial das demandas relacionadas à APS em territórios ribeirinhos.

No **Eixo I – Saúde como Direito**, encontram-se destacadas abaixo as deliberações voltadas ao funcionamento da UBS fluvial, à ampliação do acesso das populações ribeirinhas aos serviços de saúde e à implementação de políticas de promoção da saúde na Atenção Básica, como as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e a Política de Segurança Alimentar, ainda que algumas dessas ações permaneçam não executadas.

Quadro 12 – Propostas aprovadas na Plenária Final (Eixo I - I CMUS-PIN).
Realizadas ou sendo executadas pelo Município

1ª – Ampliar o aporte de recursos para a contratação de mais profissionais, a fim de garantir a assistência nos hospitais, e melhorar a ação de programas estratégicos no Município de Parintins;
2ª – Garantir recursos financeiros para operacionalizar o funcionamento das UBS fluvial já existente.
3ª – Aumentar e garantir a realização dos exames laboratoriais para diminuir o tempo de espera pelo resultado;
5ª – Garantir a implantação de mecanismo de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades da saúde LGBT, conforme a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, instituída pela portaria nº 20836/2011.
6ª – Ampliação do Hospital padre Colombo com implantação de maternidade com UTI neonatal com garantia de recurso tripartite.
7ª – Garantir a efetivação plena do TFD (Assistência necessária ao paciente na capital assegurando-lhe casa de apoio e acompanhamento da representação municipal nos hospitais referenciado.
8ª – Implementar a rede de urgência e emergência do acesso às populações ribeirinhas com transporte adequado, em decorrência das dificuldades no período da seca, onde a população fica isolada.
Implementar as PICS e a Política de Segurança Alimentar nas UBS e Programa Saúde na Escola.

Fonte: Propostas aprovadas na plenária final: pré-conferências da I CMUS-PIN

Quadro 13 – Propostas aprovadas na Plenária Final (Eixo I - I CMUS-PIN). Não executadas pelo município

- Implementar as PICS e a Política de Segurança Alimentar nas UBS e Programa Saúde na Escola, assegurando a contratação de profissionais indígenas e quilombolas para atuar nessas ações;
-Ampliar o número de UBS fluvial para atender as comunidades ribeirinhas e
-implementar o CAPS AD,
-Implementar a rede de urgência e emergência do acesso às populações ribeirinhas com transporte adequado, em decorrência das dificuldades no período da seca, onde a população fica isolada, necessitando de aquisição de transporte aéreo;

Fonte: Propostas aprovadas na plenária final: pré-conferências da I CMUS-PIN

Conforme adiante destacado no **Eixo II – Consolidação do SUS**, reforça-se o papel da Atenção Primária como ordenadora do sistema, bem como a necessidade de educação popular em saúde e valorização de saberes tradicionais, propostas que dialogam diretamente com o modo de vida das comunidades amazônicas, mas que, novamente, não foram plenamente implementadas.

Quadro 14 – Propostas aprovadas na Plenária Final (Eixo II - I CMUS-PIN). Realizadas ou sendo executadas pelo Município.

- Garantir a manutenção contínua dos equipamentos de exames por imagem (mamografia, tomografia, RX e etc.) capacitando profissionais locais para o manuseio dos equipamentos;
- Garantir tecnologias de boa qualidade (tablets, computadores, internet), para facilitar o envio de informações e resoluções de problemas individuais e coletivos;
- Fortalecer o Conselho Municipal de Saúde, garantindo a educação permanente.
- Investir em programa de Telemedicina Rural e garantir a aquisição dos equipamentos e internet em comunidades pólo.

Fonte: Propostas aprovadas na plenária final: pré-conferências da I CMUS - PIN

Quadro 15 – Propostas aprovadas na Plenária Final (Eixo II - I CMUS-PIN). Não executadas pelo município

- Capacitar os profissionais da saúde em curso de Língua Brasileira de Sinais;
- Efetivar nos programas de Atenção Básica a Educação Popular em Saúde e os saberes popular/tradicionais (Parteiras, Benzedeiras, Puxadores, Sacacas, Erveiros, Pajés, etc);
- Garantir a realização de concurso público para profissionais da saúde na área de saúde, bem como efetivar a educação permanente para os profissionais conforme a Lei 8.080/90;
- Construir uma casa de parto com estrutura adequada ao parto humanizado na área mais populosa do município de Parintins respeitando a grávida na escolha ao tipo de parto, garantindo o acompanhante conforme a Lei n 11.108/2005;
- Implementar a política de saneamento básico (coleta seletiva de resíduos sólidos e orgânicos, esgotos) com campanhas intensivas de educação ambiental; (Parceria)

Fonte: Propostas aprovadas na plenária final: pré-conferências da I CMUS-PIN

No **Eixo III – Financiamento do SUS**, a deliberação consistiu, sobe a ótica da gestão da Saúde Pública, encontrar soluções que otimizem a administração das contas, tendo como única proposta aprovada a implantação de Consórcio Regional para contratação de serviços médicos, e diagnóstico: laboratório e exames de imagens com financiamento tripartite.

Quadro 16 – Propostas aprovadas na Plenária Final (Eixo III - I CMUS-PIN). Realizadas ou sendo executadas pelo Município

- implantação de consorcio Regional para contratação de serviços médicos, e diagnostico: laboratório e exames de imagens com financiamento tripartite;
--

Fonte: Propostas aprovadas na plenária final: pré-conferências da I CMUS-PIN

Já no **Plano Municipal de Saúde 2022–2025**, elaborado a partir das diretrizes da Conferência, observa-se, em especial na descrição das metas resultantes da **Diretriz 1** (PARINTINS, 2022, p. 116-135), o reconhecimento explícito da necessidade de ampliar a oferta de serviços de Atenção Básica para a zona rural, fortalecer as Equipes de Saúde da Família e consolidar a APS como eixo estruturante do sistema local de saúde. **Ainda assim, a territorialização dessas diretrizes permanece genérica (“zona rural” ou “populações ribeirinhas”), sem detalhamento específico para comunidades como Santa Maria de Vila Amazônia**, conforme pode ser verificado ANEXO I.

6.2.3.1.5 Análise crítica: limites do reconhecimento territorial

A análise crítica realizada situa-se no nível da prática social da Análise de Discurso Crítica, no qual se investigam os efeitos das construções discursivas sobre as deliberações finais.

Sob essa perspectiva, tais documentos evidenciam a ausência de comunidades específicas como sujeitos discursivos autônomos. As demandas territorializadas são absorvidas por categorias amplas, o que produz efeitos políticos importantes, tais como a redução da capacidade de incidência direta dessas comunidades e a dificuldade de monitoramento específico da implementação das deliberações.

Ademais, embora o Regimento da Conferência assegure ampla participação popular, inclusive por meio de consulta pública remota, os documentos analisados revelam uma assimetria entre participação formal e efetividade substantiva. Prevalece uma lógica de planejamento macro, alinhada às exigências do Plano Plurianual e do Plano Municipal de Saúde, em detrimento da explicitação das singularidades socioterritoriais amazônicas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 Resultados da pesquisa

Os resultados da análise discursiva evidenciam que, no plano nacional, as Conferências de Saúde reconhecem, de forma progressiva, as especificidades das populações amazônicas e ribeirinhas, sobretudo no que se refere à valorização da Atenção Primária à Saúde territorializada, ao fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e à defesa de financiamento diferenciado para a região. Tal reconhecimento, mais explícito na 17ª Conferência Nacional de Saúde, dialoga materialmente com as necessidades da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia. Todavia, essa incorporação permanece mediada por diretrizes gerais e abstratas, sem referência direta aos territórios específicos, revelando limites estruturais do modelo nacional de deliberação em saúde no que concerne à territorialização das políticas públicas.

No âmbito estadual, a análise das 8ª e da 9ª Conferências Estaduais de Saúde do Amazonas demonstra avanços no reconhecimento discursivo das particularidades amazônicas, inclusive com a identificação explícita de territórios e sujeitos políticos no espaço participativo, como observado na 8ª Conferência. **Entretanto, verifica-se que tais demandas, embora claramente identificadas no debate, são diluídas nas deliberações finais, incorporadas de forma genérica e desprovidas de mecanismos concretos de territorialização**, o que compromete sua efetividade no plano local. Esses achados evidenciam a persistente tensão entre o universalismo normativo do Sistema Único de Saúde e a necessidade de reconhecimento concreto das comunidades tradicionais amazônicas.

No plano municipal, a análise da I Conferência Municipal de Saúde de Parintins revela que **as demandas da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia são identificadas apenas de forma indireta e incorporadas parcialmente nas deliberações aprovadas**. Embora haja convergência material entre diversas propostas e as necessidades concretas da comunidade, **a ausência de reconhecimento discursivo específico do território e de seus sujeitos evidencia fragilidades do modelo deliberativo local e limita o potencial transformador da participação social**.

De modo geral, os resultados da pesquisa indicam que, embora as Conferências de Saúde constituam importantes espaços democráticos de deliberação e participação social, a incorporação das demandas territoriais de comunidades tradicionais amazônicas ocorre, predominantemente, de **forma indireta, generalizada e abstrata**. Tal constatação revela que a efetivação do direito fundamental à saúde em contextos como o da comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia não depende apenas da existência de normas universais e diretrizes gerais, mas da capacidade institucional de reconhecer, nomear e incorporar explicitamente os territórios e seus habitantes.

Nesse sentido, a pesquisa contribui para o debate sobre federalismo por cooperação, ao demonstrar que a articulação entre União, Estados e Municípios, no campo da saúde, ainda carece de mecanismos institucionais capazes de traduzir as deliberações nacionais, estaduais e municipais em respostas concretas às realidades locais amazônicas. Reforça-se, assim, a necessidade de fortalecimento de arranjos cooperativos, de instrumentos de planejamento territorializado e de modelos deliberativos sensíveis à diversidade sociocultural da Amazônia, em consonância com uma concepção pluralista e substancial do direito à saúde.

Por fim, conclui-se que a efetividade do direito fundamental à saúde nas comunidades tradicionais amazônicas demanda o fortalecimento e o aperfeiçoamento das instâncias participativas do SUS, para que deixem de atuar sob uma lógica meramente abstrata e passem a incorporar, de maneira expressa e vinculante, as vozes, os territórios e as identidades socioculturais desses grupos.

7.2 Teste crítico da hipótese

Os resultados empíricos desta pesquisa permitem responder ao problema formulado na introdução, “em que medida as demandas relacionadas à atenção primária à saúde da Comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia são identificadas e incorporadas nas deliberações das Conferências de Saúde?”, **ao evidenciar que tais demandas são apenas parcialmente identificadas nesses espaços institucionais, sendo incorporadas de modo predominantemente indireto, genérico e com baixo grau de territorialização.**

Entretanto, a consolidação dessa conclusão exigiu o enfrentamento de hipóteses alternativas plausíveis, de modo a submeter a hipótese inicial a um efetivo teste empírico e evitar sua confirmação meramente descritiva.

Uma primeira hipótese alternativa consistiria em atribuir os limites observados à fase de execução das deliberações, e não à sua formulação. Sob essa perspectiva, as demandas locais poderiam estar adequadamente contempladas nos documentos conferenciais, sendo sua não efetivação decorrente de entraves administrativos, financeiros ou de coordenação federativa. Todavia, os dados analisados não corroboram essa interpretação.

Verificou-se que, já no plano discursivo das deliberações, as demandas apresentam baixo grau de especificidade territorial, são formuladas em categorias amplas e carecem de definição clara de mecanismos de implementação e responsabilização institucional. Desse modo, o déficit não se situa apenas na execução, mas na própria construção das diretrizes, o que compromete, desde a origem, sua capacidade de produzir efeitos concretos.

Uma segunda hipótese alternativa sustenta que as demandas da comunidade estariam suficientemente contempladas por meio de categorias gerais, como “populações ribeirinhas”, “Amazônia” ou “regiões de difícil acesso”, sendo desnecessária sua explicitação em nível local. Embora a análise tenha identificado a presença recorrente dessas categorias, verificou-se que tal generalização discursiva opera como mecanismo de abstração que reduz a precisão normativa das deliberações. Ao diluir as demandas em categorias amplas, dificulta-se a definição de prioridades, a alocação de recursos e a construção de instrumentos de monitoramento. Assim, a universalização discursiva, longe de assegurar inclusão substantiva, tende a produzir invisibilização relativa das especificidades territoriais.

Uma terceira hipótese explicativa atribuiria os resultados à fragilidade da participação da comunidade nos processos conferenciais. Contudo, a análise comparativa entre os diferentes níveis, especialmente no plano municipal, indica que há, sim, a expressão de demandas mais concretas e territorializadas nos momentos participativos. O que se observa, entretanto, é um processo de transformação discursiva ao longo das etapas conferenciais, no qual tais demandas vão sendo progressivamente generalizadas. Esse achado evidencia um descompasso entre

participação e deliberação, indicando que o problema não reside primariamente na ausência de voz, mas na forma como essa voz é traduzida institucionalmente.

Por fim, considerou-se a hipótese de que os limites identificados decorreriam exclusivamente de condicionantes estruturais do federalismo por cooperação, como a complexidade da coordenação interfederativa. Embora tais fatores sejam relevantes, os dados empíricos revelam que, mesmo nos espaços institucionalmente orientados à participação social, persiste um padrão de produção discursiva que não incorpora adequadamente as especificidades locais. Isso indica que os limites observados não são apenas estruturais, mas também discursivo-institucionais.

À luz da Análise de Discurso Crítica de Norman Fairclough, esse padrão pode ser compreendido como efeito de práticas discursivas que, ao operar por meio de generalizações, produzem formas específicas de representação da realidade social, com impactos diretos sobre a formulação de políticas públicas. Nesse sentido, o discurso não apenas reflete, mas contribui para reproduzir estruturas de invisibilidade institucional de determinadas demandas.

Por sua vez, a noção de democracia sanitária, conforme desenvolvida por Fernando Aith, pressupõe não apenas a abertura de espaços participativos, mas a efetiva capacidade de influência dos sujeitos na formulação das decisões. A partir dos resultados desta pesquisa, verifica-se que essa influência encontra limites na etapa de conversão das demandas em deliberações, o que tensiona a efetividade do modelo participativo.

Esse diagnóstico dialoga, ainda, com a perspectiva procedimentalista de Jürgen Habermas, ao evidenciar que a legitimidade dos processos deliberativos não se esgota na garantia formal de participação, exigindo condições efetivas de tradução das pretensões discursivas em decisões institucionalmente vinculantes.

Diante desse quadro, conclui-se que os limites identificados decorrem da articulação entre (i) um déficit de territorialização discursiva das demandas e (ii) uma fragilidade na conversão da participação social em deliberações concretas e operacionalizáveis. Esse resultado permite avançar além da hipótese inicial, ao demonstrar que o problema não se reduz à visibilidade política das pautas locais, mas envolve a própria lógica institucional de produção das deliberações.

Assim, a efetivação do direito à saúde em contextos amazônicos demanda não apenas o fortalecimento da participação social, mas o aperfeiçoamento dos

mecanismos institucionais das Conferências de Saúde, de modo a assegurar que as demandas territorializadas sejam incorporadas de forma explícita, específica e vinculante. Trata-se, portanto, de uma condição indispensável para a realização de uma democracia sanitária que, para além do plano formal, seja capaz de produzir respostas efetivas às realidades locais.

7.3 Proposições normativas e estratégias institucionais para a territorialização do direito à saúde na Amazônia

Os resultados da pesquisa empírica evidenciam um descompasso entre o reconhecimento discursivo progressivo das especificidades amazônicas e a ausência de mecanismos institucionais aptos a assegurar a incorporação efetiva dessas demandas nos processos decisórios do Sistema Único de Saúde (SUS).

À luz do referencial teórico adotado, esse cenário pode ser interpretado não apenas como um déficit de operacionalização normativa, mas como expressão de um **déficit de reconhecimento**, nos termos de Axel Honneth (2018), associado à persistência de modelos participativos ainda ancorados em um procedimentalismo abstrato.

Com efeito, conforme desenvolvido no capítulo anterior, a simples institucionalização de espaços participativos não garante, por si só, a efetividade da democracia sanitária, sobretudo em contextos marcados por assimetrias territoriais, culturais e logísticas, como o da Amazônia. Nessas condições, a participação tende a se esvaziar de conteúdo substantivo quando não se funda no reconhecimento dos sujeitos em suas múltiplas dimensões: territorial, cultural e socioeconômica, convertendo-se em uma prática formal dissociada das experiências concretas dos grupos envolvidos.

Essa constatação dialoga diretamente com a crítica de James C. Scott (1998) acerca da racionalidade estatal fundada na simplificação da realidade social. Ao privilegiar categorias abstratas e generalizantes, o Estado compromete sua capacidade de apreender a complexidade dos contextos locais, desconsiderando saberes práticos e formas de vida territorialmente situadas.

No campo da saúde, esse processo se traduz na formulação de políticas que, embora formalmente universais, mostram-se inadequadas às especificidades

amazônicas, reproduzindo, assim, dinâmicas de invisibilização e subordinação dos sujeitos locais.

Diante desse quadro, impõe-se a formulação de proposições normativas e estratégias institucionais orientadas à superação dos limites do procedimentalismo e à incorporação de uma perspectiva substantiva de reconhecimento.

Em primeiro lugar, deverão ser instituídos: **mecanismos normativos que assegurem a representação obrigatória de comunidades ribeirinhas nos Conselhos de Saúde, em âmbito municipal e estadual, mediante a criação de assentos específicos destinados a sujeitos coletivos territorialmente identificados.**

Essa medida encontra fundamento na necessidade de superar a sub-representação institucional desses grupos e de promover sua inclusão como sujeitos efetivos do processo deliberativo.

Ao garantir assentos específicos, cria-se uma condição institucional mínima para o reconhecimento político dessas comunidades, permitindo que suas demandas ingressem diretamente na arena decisória, sem a mediação de categorias abstratas que tendem a diluí-las.

Tal proposição não apenas reforça o princípio da participação social, mas também concretiza a exigência de reconhecimento intersubjetivo destacada por Honneth, na medida em que possibilita que os sujeitos sejam percebidos e tratados como portadores legítimos de experiências, saberes e reivindicações próprias. Além disso, contribui para a construção de espaços deliberativos mais próximos do ideal de “agir comunicativo” de Jürgen Habermas, nos quais os participantes possam interagir em condições mais simétricas, orientados pelo entendimento mútuo.

Do ponto de vista jurídico-institucional, tal medida pode ser operacionalizada por meio de:

- lei municipal e estadual específica, ou
- adequação dos regimentos internos dos Conselhos de Saúde, em conformidade com as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde.

Recomenda-se, nesse sentido:

- a reserva mínima de assentos para representantes de comunidades tradicionais (ex.: percentual fixo dentro da representação de usuários);

- a definição de critérios territorializados de representação, vinculados a comunidades efetivamente existentes (como Santa Maria de Vila Amazônia);
- a adoção de processos de escolha comunitária direta, assegurando legitimidade social e evitando mediações institucionais abstratas;
- a previsão de mandatos com mecanismos de prestação de contas às comunidades de origem.

Além disso, sugere-se que as deliberações dos Conselhos passem a registrar, de forma expressa, a identificação territorial das demandas apresentadas, de modo a evitar sua diluição em categorias genéricas.

Tal proposta concretiza, em termos institucionais, a exigência de reconhecimento formulada por Axel Honneth, ao assegurar que os sujeitos não apenas participem formalmente, mas sejam efetivamente reconhecidos como portadores de experiências e demandas próprias. Ao mesmo tempo, contribui para mitigar os efeitos da simplificação estatal descrita por James C. Scott, ao introduzir mediações institucionais sensíveis à complexidade territorial.

Em segundo lugar, **deverão ser instituídos planos regionais territorializados de saúde, estruturados a partir de recortes socioterritoriais específicos, com incorporação obrigatória nos instrumentos formais de planejamento do SUS.**

Os achados empíricos demonstram que, embora haja avanços no reconhecimento discursivo das especificidades amazônicas, especialmente nas conferências nacionais e estaduais, tais avanços permanecem limitados por sua formulação em termos genéricos e abstratos, desprovidos de instrumentos concretos de implementação.

A elaboração de planos territorializados constitui, nesse sentido, uma estratégia de superação da lógica de simplificação criticada por Scott, ao permitir que o planejamento em saúde se organize a partir das dinâmicas reais dos territórios. Esses planos devem contemplar não apenas aspectos técnico-assistenciais, como a organização da Atenção Primária à Saúde e o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, mas também incorporar saberes locais, práticas tradicionais de cuidado e formas próprias de organização social, em consonância com a perspectiva do reconhecimento.

Do ponto de vista operacional, tais planos devem:

- integrar-se aos instrumentos já existentes, especialmente:
 - Plano Municipal de Saúde (PMS),
 - Programação Anual de Saúde (PAS),
 - e instrumentos de planejamento regional do SUS;
- conter diagnóstico territorial detalhado, incluindo:
 - condições de acesso fluvial,
 - dinâmica populacional,
 - práticas locais de cuidado;
- prever ações específicas para territórios ribeirinhos, com:
 - organização diferenciada da Atenção Primária,
 - equipes adaptadas à mobilidade fluvial,
 - estratégias de fixação de profissionais;
- estabelecer metas territorializadas e mensuráveis;
- incluir previsão orçamentária vinculada, com possibilidade de:
 - financiamento diferenciado,
 - incentivos federais para territórios de difícil acesso;
- definir responsabilidades interfederativas claras:
 - União (financiamento e indução),
 - Estado (coordenação regional),
 - Município (execução territorializada).

Ademais, os planos deverão conter, obrigatoriamente, mecanismos de monitoramento territorial, com indicadores específicos para comunidades tradicionais, a fim de evitar a invisibilização estatística dessas populações, como ocorre em Vila Amazônia.

Essa proposta enfrenta diretamente o problema identificado na pesquisa, a abstração das diretrizes, ao transformar o reconhecimento discursivo em instrumentos vinculantes de planejamento.

Em terceiro lugar, **deverá ser instituída Participação orientada pelo diálogo intercultural.**

Como elemento transversal às duas proposições, destaca-se a necessidade de que os processos participativos sejam estruturados com base no diálogo

intercultural, entendido não como mera coexistência de diferenças, mas como prática de construção compartilhada de sentidos. Nesse ponto, a aproximação com a ideia de “interfecundação das culturas” de Panikkar (2005) evidencia que a efetividade das políticas públicas depende da capacidade de articular diferentes racionalidades, técnica e local, em bases não hierárquicas.

Nesse sentido, fica estabelecido que:

- os processos deliberativos incorporem metodologias participativas adaptadas ao contexto local, respeitando tempos, linguagens e formas de organização comunitária;
- haja reconhecimento explícito de saberes tradicionais e práticas locais de cuidado nos processos de planejamento;
- sejam criados espaços institucionais que permitam a interação entre:
 - racionalidade técnico-burocrática e
 - racionalidade comunitária.

Tal orientação permite superar a lógica de mera inclusão formal, promovendo aquilo que Panikkar denomina de “interfecundação das culturas”, na qual diferentes horizontes de sentido não apenas coexistem, mas reconhecem-se e interagem um com o outro, servindo de modelo estruturante para a instituição de diretrizes em saúde.

Em quarto lugar, **fica estabelecida a Integração ao federalismo por cooperação.**

Por fim, tais estratégias inserem-se no âmbito de um federalismo por cooperação orientado pelo reconhecimento, no qual a articulação entre União, Estados e Municípios passa a incorporar, de forma estruturada, as especificidades territoriais e socioculturais da Amazônia.

Nesse modelo:

- a cooperação federativa deixa de ser meramente formal;
- passa a operar como mecanismo de tradução institucional das demandas locais;
- e se fundamenta em processos deliberativos orientados:
 - pelo reconhecimento (Honneth),
 - pela crítica à abstração estatal (Scott),

- pelo agir comunicativo (Habermas),
- e pelo diálogo intercultural (Panikkar).

Dessa forma, a territorialização do direito à saúde deixa de ser apenas uma diretriz política e passa a configurar-se como **exigência institucional estruturante**, indispensável à realização de uma democracia sanitária efetiva na Amazônia.

Essas proposições respondem diretamente ao problema identificado na pesquisa, qual seja, a recorrente diluição das demandas territorializadas nas deliberações finais das Conferências de Saúde. Ao vincular a participação social a mecanismos institucionais concretos de planejamento e decisão, busca-se reduzir a distância entre deliberação e implementação, conferindo maior densidade normativa e efetividade prática às instâncias participativas do SUS.

Dessa forma, a territorialização do direito à saúde na Amazônia não se apresenta apenas como uma exigência de eficiência administrativa, mas como condição para a realização de uma democracia sanitária efetiva, capaz de articular participação, reconhecimento e diálogo intercultural em contextos de profunda diversidade sociocultural.

7.4 Contribuições da pesquisa

Como síntese conclusiva, a presente dissertação contribui para o debate jurídico e político acerca do federalismo sanitário brasileiro ao demonstrar que a efetivação do direito fundamental à saúde, em contextos amazônicos, não depende apenas da existência formal de mecanismos cooperativos entre os entes federativos ou da abertura institucional à participação social, mas da capacidade concreta de reconhecimento e incorporação territorializada das demandas locais nos processos deliberativos do Sistema Único de Saúde.

A originalidade da pesquisa reside, sobretudo, na articulação entre teoria do federalismo por cooperação, democracia sanitária e análise empírica territorialmente situada, a partir do caso da Comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia. Ao deslocar o foco da análise abstrata das competências federativas para a investigação concreta dos processos discursivos de formulação das deliberações em saúde, o trabalho evidencia que as desigualdades territoriais amazônicas não decorrem exclusivamente de déficits administrativos ou financeiros, mas também de

formas institucionais de produção discursiva que generalizam, abstraem e diluem demandas locais.

Nesse sentido, a pesquisa acrescenta ao debate nacional sobre federalismo sanitário a compreensão de que a cooperação interfederativa somente se realiza de maneira substancial quando associada a mecanismos de reconhecimento territorial e de tradução institucional das experiências concretas das comunidades tradicionais. Demonstrou-se que, embora as Conferências de Saúde constituam importantes espaços democráticos de participação, persiste um descompasso entre participação e deliberação, marcado pela progressiva generalização discursiva das demandas ao longo das etapas conferenciais.

É nesse contexto que emerge, de forma mais explícita, a noção de que a territorialização nos espaços de deliberação deve ser compreendida, nesta pesquisa, como a capacidade institucional de identificar, nomear, incorporar e converter demandas territorialmente situadas em diretrizes, metas e mecanismos concretos de implementação das políticas públicas de saúde. A territorialização não deve se reduzir, portanto, à simples referência genérica a populações vulneráveis ou regiões de difícil acesso, mas pressupõe a vinculação efetiva entre território, sujeitos sociais e deliberação institucional.

Trata-se de um modelo deliberativo no qual os processos participativos deixam de operar sob lógica abstrata e universalizante para reconhecer, de maneira expressa, as especificidades socioculturais, logísticas e históricas dos territórios amazônicos.

A partir dessa perspectiva, a dissertação sustenta que a efetividade do federalismo por cooperação, no âmbito do SUS, exige não apenas coordenação administrativa entre União, Estados e Municípios, mas também estruturas deliberativas capazes de produzir reconhecimento institucional dos territórios e de seus sujeitos.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra; DALLARI, Sueli Gandolfi. Produção de normas jurídicas de saúde no âmbito do Estado Democrático de Direito brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2032–2034, out. 2014.

AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

AITH, Fernando. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 85-90, nov. 2014/fev. 2015.

ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

AMAZONAS. **8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas (2019)**. Democracia e saúde: saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS. Manaus: Conselho Estadual de Saúde, 2019. Disponível em: <https://sites.saude.am.gov.br/ces/8a-coes/>. Acesso em: 16 dez. 2025.

AMAZONAS. **9ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas (2023)**. Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia: amanhã vai ser outro dia. Manaus: Conselho Estadual de Saúde, 2023. Disponível em: <https://sites.saude.am.gov.br/ces/9a-coes/>. Acesso em: 27 dez. 2025.

AMAZONAS. **Código de Saúde do Amazonas**. Disponível em: https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2009/861/861_texto_integral.pdf. Acesso em: 23 jan. 2025.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO AMAZONAS (ALEAM). **Comunidade de Parintins recebe ambulância adquirida com recursos de emenda do deputado Cabo Maciel**. 2025. Disponível em: <https://www.aleam.gov.br/comunidade-de-parintins-recebe-ambulancia-adquirida-com-recursos-de-emenda-do-deputado-cabo-maciel/>. Acesso em: 7 abr. 2026.

BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do Estado Federal Brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

BERLIN, Isaiah. **Dois Conceitos de Liberdade**. Tradução de Aline Mesquita. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. Disponível em: https://www.academia.edu/31723102/DOIS_CONCEITOS_DE_LIBERDADE_Isaiah_Berlin. Acesso em: 26 dez. 2025.

BERNARDES, Wilba Lúcia Maia. **Federação e Federalismo**. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

BERNARDES, Wilba Lúcia Maia. O federalismo dualista e competitivo: a concepção norte-americana e suas possíveis influências no modelo brasileiro. **Revista**

Brasileira de Estudos Políticos, Belo Horizonte, n. 98, p. 159–174, 2008. Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/72/70>. Acesso em: 7 out. 2025.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**, 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

BRANDÃO, José Carlos Martins. **Perdurabilidade da agricultura familiar no Projeto de Assentamento Vila Amazônia**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 11 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 11 ago. 2025

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. 2. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021.

CÂMARA MUNICIPAL DE PARINTINS. **Vereador Azamor Pessoa solicita reforma da Unidade Básica de Saúde - UBS Padre Francisco Luppino na Vila Amazônia**. Parintins, 13 maio 2025. Disponível em: <https://www.parintins.am.leg.br/institucional/noticias/vereador-azamor-pessoa-solicita-reforma-da-unidade-basica-de-saude-ubs-padre-francisco-luppino-na-vila-amazonia>. Acesso em: 7 abr. 2026.

CARMONA, Paulo Afonso Cavichioli. **Das normas gerais: alcance e extensão da competência legislativa concorrente**. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARINTINS. **Regimento da I Conferência Municipal de Saúde de Parintins-AM**. Parintins: Conselho Municipal de Saúde de Parintins, 2021. Disponível em: <https://files.parintins.am.gov.br/documents/103582.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: CNS, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/16a-cns/relatorio-final-da-16a-conferencia-nacional-de-saude.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório da 17ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: CNS, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/17a-cns/publicacoes/livro_web_relatorio_17_conferencia_nacional-2025-compactado.pdf. Acesso em: 09 dez. 2025.

CORREIO DA AMAZÔNIA. **Ambulância da Vila Amazônia é renovada para atender zona rural de Parintins**. 2025. Disponível em: <https://correiodaamazonia.com/ambulancia-da-vila-amazonia-e-renovada-para-atender-zona-rural-de-parintins/>. Acesso em: 07 abr. 2026.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **A democracia sanitária e o direito à saúde: uma estratégia para sua efetivação**. São Paulo: Conselho Nacional de Justiça, 2014. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2014/03/CNJdsauadeDALLARI.pdf>. Acesso em: 28 set. 2025.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A importância da formalização da política para a garantia do direito à saúde do doente mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4596–4598, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 mai. 2025.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e mudança social**. Coordenação da tradução, revisão técnica e prefácio de Izabel Magalhães. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001. 316 p. ISBN 85-230-0614-1. Disponível em: <https://sabinemendesmoura.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/08/discurso-e-mudanc3a7a-social-norman-fairclough.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2026.

FATO AMAZÔNICO. **Bi Garcia reforça estrutura de saúde na zona rural com entrega de mais duas ambulâncias**. 2025. Disponível em: <https://fatoamazonico.com.br/bi-garcia-reforca-estrutura-de-saude-na-zona-rural-com-entrega-de-mais-duas-ambulancias/>. Acesso em: 07 abr. 2026.

GRECO, Leonardo. Competências constitucionais em matéria ambiental. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, ano 29, n. 116, p. 227–246, out./dez. 1992.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca; NICÁCIO, Camila Silva. **(Re)pensando a pesquisa jurídica: teoria e prática**. 5. ed. São Paulo: Almedina, 2020.

HABERMAS, Jürgen. **Droit et démocratie: entre faits et normes**. Paris: Gallimard, 1997.

HABERMAS, Jürgen. **Teoria do agir comunicativo, 1: racionalidade da ação e racionalização social**. Tradução de Paulo Astor Soethe. Revisão da tradução por Flávio Beno Siebeneichler. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2012.

HABERMAS, Jürgen. **Teoria do agir comunicativo, 2: sobre a crítica da razão funcionalista**. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2012.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. Tradução de Luiz Repa. São Paulo: Ed. 34, 2003.

HONNETH, Axel. **Reificação: um estudo de teoria do reconhecimento**. Tradução de Rúrion Melo. São Paulo: Ed. Unesp, 2018.

HORTA, Raul Machado. O federalismo no direito constitucional contemporâneo. **Revista da Academia Brasileira de Letras Jurídicas**, Rio de Janeiro, n. 19–20, 2001. Disponível em: <http://www.ablj.org.br/revistas/revista19.asp>. Acesso em: 13 mar. 2025.

IGREJA, R. L. O direito como objeto de estudo empírico: o uso de métodos qualitativos no âmbito da pesquisa empírica em Direito. In: MACHADO, Maíra Rocha (org.). **Pesquisar empiricamente o Direito**. 1. ed. São Paulo: REED, 2017. v. 1, p. 11–37. E-book.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama do Censo 2022: indicadores**. Disponível em: [https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=N33\[1303403\]&tema=1](https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=N33[1303403]&tema=1). Acesso em: 14 abr. 2026

JANNUZZI, Paulo de Martino. A importância do contexto institucional, político e ideacional na avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Avaliação**, v. 11, n. 2, p. e113722, 2022. Disponível em: <https://rbaval.org.br/article/10.4322/rbaval202211037/pdf/rbaval-11-2-e113722.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2025.

LEÃO, Edmara de Abreu. **Federalismo de reforço**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2023.

MANAUS. **Lei Orgânica do Município de Manaus**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/lei-organica-manaus-am>. Acesso em: 23 jan. 2025.

MEDEIROS, M. X. de. De posseiros a assentados: ordenações territoriais e vivências de moradores em Vila Amazônia (Parintins/AM). In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL HISTÓRIA DO TEMPO PRESENTE**, 2014, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UDESC; ANPUH-SC; PPGH, 2014. 12 p. Disponível em: <http://eventos.udesc.br/ocs/index.php/STPII/stpi/paper/viewFile/379/301>. Acesso em: 2 dez. 2014.

OLIVEIRA, Adélia Engrácia de. Ocupação humana. In: SALATI, Eneas et al. **Amazônia: desenvolvimento, integração e ecologia**. São Paulo: Brasiliense; Brasília: Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 1983, p. 144-327.

PANIKKAR, Raimon. **O espírito da política (Homo politicus)**. São Paulo: Triom, 2005.

PARINTINS (AM). **Plano Municipal de Saúde 2022–2025**. Parintins: Prefeitura Municipal de Parintins, 2022. Disponível em: <https://files.parintins.am.gov.br/planomunicipalsaudef/1.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2026.

PARINTINS (AM). Prefeitura Municipal de Parintins. **Serviços de saúde**. Disponível em: <https://transparencia.parintins.am.gov.br/?q=517-lista-8436-servicos-de-saude>. Acesso em: 18 abr. 2026.

PARINTINS (AM). Prefeitura Municipal. **Relatório de Indicadores de Gestão das Políticas Públicas e Avaliação de Desempenho: exercício de 2023**. Parintins: Prefeitura Municipal de Parintins, 2023. Disponível em: <https://files.parintins.am.gov.br/relatoriomunicipalsaudef/1.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2026.

PARINTINS (AM). Prefeitura Municipal. **Relatórios de Gestão da Saúde**. Parintins: Prefeitura Municipal de Parintins, [s.d.]. Disponível em: <https://transparencia.parintins.am.gov.br/?q=517-lista-8434-relatorio-de-gestao-da-saude>. Acesso em: 19 abr. 2026.

PARINTINS (AM). **Propostas aprovadas na plenária final da I Conferência Municipal de Saúde de Parintins**. Parintins: Prefeitura Municipal de Parintins, 2021. Disponível em: <https://files.parintins.am.gov.br/documents/103581.PDF>. Acesso em: 12 jan. 2026.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARINTINS. **Com festa, Vila Amazônia recebe nova e moderna UBS Padre Francisco Luppino**. Parintins, 25 mai. 2019. Disponível em: <https://parintins.am.gov.br/?q=277-conteudo-102124-com-festa-vila-amazonia-recebe-nova-e-moderna-ubs-padre-francisco-luppino>. Acesso em: 07 abr. 2026.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARINTINS. **Mateus Assayag e vice-prefeita Vanessa Gonçalves reentregam ambulância reformada para a Vila Amazônia**. Parintins, 11 abr. 2025. Disponível em: <https://parintins.am.gov.br/?q=277-conteudo-105474-mateus-assayag-e-vice-prefeita-vanessa-goncalves-reentregam-ambulancia-reformada-para-a-vila-amazonia>. Acesso em: 20 mar. 2026.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARINTINS. **Profissionais do Mais Médicos iniciam atendimento nas unidades básicas de Parintins**. Parintins, 17 jan. 2019. Disponível em: <https://parintins.am.gov.br/?q=277-conteudo-98003-profissionais-mais-medicos-iniciam-atendimento-nas-unidades-basicas-de-parintins>. Acesso em: 07 abr. 2026.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARINTINS. **Serviço de resgate de Parintins completa 5 anos com mais de 52 mil atendimentos**. Parintins, 2 mai. 2025. Disponível em: <https://parintins.am.gov.br/?q=277-conteudo-105536-servico-de>

resgate-de-parintins-completa-5-anos-com-mais-de-52-mil-atendimentos. Acesso em: 18 abr. 2026.

SANTOS, Boaventura de Souza; AVRITZER, Leonardo. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura de Souza (org.). **Democratizar a democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo04/Biblioteca/Artigos_pdf/2003-11-03-santos-pt.pdf. Acesso em: 05 ago. 2025.

SCOTT, James C. **Seeing like a state: how certain schemes to improve the human condition have failed**. New Haven: Yale University Press, 1998. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=Qe_RDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=P1&dq=obra+seeing+like+a+state+de+james+scott&ots=FA9FXLE1cq&sig=vHq82FsGz7SGDOR2Z_qkJ-jfcLE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 25 abr. 2026.

SEN, Amartya. **The idea of justice**. Cambridge: Harvard University Press, 2009.

SILVA, Charlene Maria Muniz da. **Mocambo, Caburi e Vila Amazônia no município de Parintins: múltiplas dimensões do rural e do urbano na Amazônia**. 2009. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2009.

SILVA, Daniel Bettanin e; MENEZES, Rafael da Silva. Análise das Convenções n. 107 e n. 169 da OIT quanto à (in)compatibilidade entre a teoria do reconhecimento de Axel Honneth e a teoria do agir comunicativo de Jürgen Habermas. In: **CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI**, XXX., 2023, Fortaleza. Anais [...]. Fortaleza: CONPEDI, 2023. ISBN 978-65-5648-882-0. Disponível em: <https://site.conpedi.org.br/publicacoes/pxt3v6m5/3iexzm2z/204XV6ZPuL3IMO4b.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2025.

SILVA, Hilton P. Sócio-ecologia da saúde e doença: os efeitos da invisibilidade nas populações caboclas da Amazônia. In: ADAMS, Cristina et al. (org.). **Sociedades caboclas amazônicas: modernidade e invisibilidade**. São Paulo: FAPESP, 2006.

SOUZA, José Camilo Ramos de. **A geografia nas escolas das comunidades ribeirinhas de Parintins: entre o currículo, o cotidiano e os saberes tradicionais**. 2013. Tese (Doutorado em Geografia Física) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SOUZA, José Camilo Ramos de. Parintins e Vila Amazônia: uma história de construção de vida urbana de imigrantes nipônicos. In: HOMMA, Alfredo Kingo Oyama; FERREIRA, Aldenor da Silva; FREITAS, Marilene Corrêa da Silva e FRAXE, Therezinha de Jesus Pinto. **Imigração japonesa na Amazônia: contribuição na agricultura e vínculo com o desenvolvimento regional**. Manaus: EDUA, 2011, p.115-134.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS. **Estratégias para o desenvolvimento de ações em saúde na população ribeirinha** [livro eletrônico]. Organização de Rodrigo Tobias de Souza Lima. Manaus: UEA, 2021.

GLOSSÁRIO

AGIR COMUNICATIVO - Conceito oriundo da teoria habermasiana que designa a ação social orientada ao entendimento mútuo, baseada na racionalidade comunicativa, na qual os sujeitos buscam consenso por meio do diálogo e da argumentação.

ANÁLISE DE DISCURSO CRÍTICA (ADC) - Abordagem teórico-metodológica desenvolvida por Norman Fairclough que compreende o discurso como prática social relacionada a estruturas de poder, ideologias e processos de transformação social.

ASSIMETRIAS TERRITORIAIS - Desigualdades estruturais decorrentes das diferenças geográficas, logísticas, econômicas e institucionais entre regiões e territórios, especialmente relevantes no contexto amazônico.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) - Nível fundamental de organização do Sistema Único de Saúde, caracterizado pelo conjunto de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, orientado pela territorialização, pela longitudinalidade do cuidado e pela coordenação das redes de atenção.

COMUNIDADES RIBEIRINHAS - Grupos sociais tradicionais que vivem às margens de rios amazônicos, cuja organização social, econômica e cultural está vinculada ao território e aos ciclos das águas.

CONFERÊNCIAS DE SAÚDE - Instâncias colegiadas, periódicas e deliberativas de participação social previstas na legislação do SUS, destinadas a avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para as políticas públicas, com participação de representantes do governo, trabalhadores da saúde, usuários e prestadores de serviços.

COOPERAÇÃO INTERFEDERATIVA - Forma específica de articulação entre União, Estados e Municípios voltada à implementação compartilhada de políticas públicas e à concretização de competências comuns.

COORDENAÇÃO FEDERATIVA - Forma de atuação articulada entre os entes da Federação que pressupõe cooperação institucional e harmonização das políticas públicas.

DELIBERAÇÃO INSTITUCIONAL - Processo de formulação, discussão e aprovação de diretrizes e propostas no âmbito das instâncias participativas do SUS.

DEMOCRACIA SANITÁRIA - Modelo de exercício democrático aplicado à saúde pública, caracterizado pela participação institucionalizada da sociedade civil.

DESCENTRALIZAÇÃO - Processo de distribuição de competências administrativas, políticas e financeiras entre os entes federativos, visando aproximar a gestão pública das realidades locais.

DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA DO SUS - Diretriz constitucional do SUS que implica a distribuição de competências e responsabilidades entre os entes federativos.

DIÁLOGO INTERCULTURAL - Processo de interação entre diferentes racionalidades, identidades e formas de organização sociocultural, orientado ao reconhecimento recíproco e à construção de soluções democráticas inclusivas.

DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE - Direito social assegurado pela Constituição Federal de 1988 que impõe ao Estado o dever de garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE - Grau de concretização material do direito constitucional à saúde mediante acesso real e adequado às ações e serviços de saúde.

FEDERALISMO POR COOPERAÇÃO - Expressão utilizada para designar o modelo de federalismo baseado na atuação coordenada e integrada entre os entes federativos, frequentemente empregada como equivalente a federalismo cooperativo.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL - Princípio do SUS e mecanismo democrático que assegura à comunidade a intervenção na formulação, fiscalização e deliberação das políticas públicas de saúde.

PROCEDIMENTALISMO PARTICIPATIVO - Abordagem teórica que enfatiza os procedimentos democráticos como condição de legitimidade das decisões públicas.

RECONHECIMENTO - Categoria teórica relacionada à valorização jurídica, política e social dos sujeitos e de suas identidades culturais, especialmente em contextos de vulnerabilização e subalternidade.

REGIONALIZAÇÃO - Diretriz organizativa do SUS voltada à integração dos serviços de saúde em regiões articuladas territorialmente, visando garantir acesso contínuo e racionalizado às ações de saúde.

SUBALTERNIDADE CULTURAL - Condição de grupos sociais cujas formas de vida, conhecimentos e experiências tendem a ser invisibilizados ou marginalizados nos processos institucionais e decisórios.

TERRITORIALIZAÇÃO - Processo de organização das políticas públicas e dos serviços de saúde a partir das características sociais, culturais, econômicas e geográficas de determinado território.

VULNERABILIZAÇÃO - Processo social, político e econômico que expõe determinados grupos a condições ampliadas de exclusão, precariedade ou dificuldade de acesso a direitos fundamentais.

ANEXO A: PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



7 DIRETRIZES, OBJETIVOS, INDICADORES, METAS E AÇÕES

Diretriz 1 - Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiência, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de toda a população rural e urbana, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.

Objetivo 1.1 - Fortalecer e qualificar a APS, como porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde, através das diretrizes da política de humanização do SUS, para a integralidade da atenção, com equidade e qualidade em todos os pontos de Atenção à Saúde.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Adotar o PLANIFICASUS como estratégia de apoio na organização de estrutura e processo de trabalho na APS, conforme a PNAB.	Número de UBS com organização do processo de trabalho com as ferramentas do PLANIFICASUS.	100%	Unidade	100%	100%		
Expansão do PLANIFICASUS em 100 das UBS	Número de UBS com execução PLANIFICASUS.	100%	Unidade	100%	100%	100%	100%
Qualificar e monitorar o acolhimento da demanda espontânea em 100% das unidades.	Percentual de unidades com acolhimento da demanda espontânea	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
Implantar fluxograma de acolhimento e classificação de risco nas UBS.	Percentual de UBS com fluxograma implantado.	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
Implantar Protocolo de Acolhimento e escuta qualificada em todas as UBS urbana e rural.	Percentual de UBS com protocolo	100%	Unidade	100%	100%	100%	100%



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



	implantado.						
Implantar Protocolo de estratificação de risco, implementação do rastreamento das DCNT com olhar ampliado de saúde para os territórios das equipes.	Número de UBS com protocolo de estratificação implantado.	100%	Unidade	100%	100%	100%	100%
Manter cobertura de 85% dos beneficiários do Programa Auxílio Brasil, acompanhados pelas ESF.	Percentual de beneficiários acompanhados.	85%	Unidade	85%	85%	85%	85%
Implantar as linhas de cuidado das Redes de Atenção à Saúde nas UBS.	Número de UBS com protocolo de linha de cuidado implantado.	100%	Unidade	100%	100%	100%	100%
Realização de atividades de Introdutório da PNAB para 100% das UBS e Equipes da APS	Número de Introdutório realizados.	100%	Unidade	100%	100%	100%	100%
Atualizar a Territorialização de todas as unidades básicas de saúde - ESF para o redimensionamento de forma justa e proporcional por ESF-ACS em todas as unidades de saúde da família	ESF com territorialização atualizada.	100%		25%	25%	25%	25%
Ampliar a cobertura da ESF urbana e rural com credenciamento de acordo com a necessidade de ampliação de cobertura e teto populacional	Número de novas equipes implantadas	10 Equipes	Unidade	04	02	02	02
Ampliar a contratação de profissionais da equipe multiprofissional da Atenção Básica (psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo, assistente social e educador físico), para viabilizar uma equipe multiprofissional por UBS.	Número de UBS com equipe multiprofissional contratada.	100%	Unidade	25%	25%	25%	25%

Objetivo 1.2 - Aprimorar a política municipal de assistência à saúde bucal, com organização em linha de cuidado para ofertar ações de promoção, prevenção e assistência odontológica de qualidade com eficiência e resolutividade nos serviços básicos e especializados nos diferentes ciclos da vida (saúde bucal).

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



Promover a ampliação da Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na atenção básica , com implantação de novas equipes de acordo com o número de equipes de ESF.	Percentual da cobertura Saúde Bucal	100%	Percentual	70%	85%	100%	100%
Manter em funcionamento adequado os Consultórios odontológicos existentes com pessoal, materiais, mobiliários.	Percentual de consultórios odontológico funcionando	100%	Unidade	100%	100%	100%	100%
Atingir 85% da proporção de gestantes em atendimento de pré-natal na Atenção Básica com atendimento odontológico realizado	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado em relação ao previsto	85%	Unidade	80%	85%	85%	85%
Realizar acompanhamento odontológico das demandas prioritárias nas UBS/ESF: idosos, pessoas com deficiência, diabético, crianças e etc.	Percentual de pessoas acompanhadas	80%	Unidade	80%	80%	80%	80%
Manter a cobertura de saúde bucal na Atenção Básica	Percentual de cobertura de primeira consulta odontológica na atenção primária	60%	Unidade	60%	60%	60%	60%
Ampliar, até 2025, a razão entre tratamentos concluídos em relação à primeira consulta odontológica programática.	Razão ampliada						
Ampliar, até 2025, a quantidade anual de primeiras consultas odontológicas em crianças na faixa etária de 0 a 2 anos de idade na Rede Pública Municipal de Saúde.	Crianças de 0 a 2 anos de idade com a 1ª consulta odontológica realizada						
Atender crianças cadastradas no PSE garantindo o acesso de crianças de 0 a 10anos do Programa Saúde da Escola (PSE) às ações de Saúde Bucal	(Número de crianças cadastradas e atendidas pela Saúde Bucal-PSE dos territórios prioritário	60%	Unidade	60%	60%	60%	60%



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



Implementar os serviços especializados no CEO de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal.	Número Especialidades ofertadas	80%	unidade	60%	60%	60%	60%
Manter e ampliar a oferta de próteses dentárias, de acordo com a Política Nacional de SB e necessidades da população	Número de próteses ofertadas	80%	unidade	80%	80%	80%	80%

Objetivo 1.3 - Organizar a Realização das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde nas UBS e demais serviços da Atenção Especializada

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Implantar Práticas Integrativas e Complementares de Saúde em 100% das UBS da zona urbana e rural , com participação de parteiras, benzedeiras, puxadores, erveiros, massoterapia, atividades físicas e demais práticas da medicina tradicional.	Unidades de Saúde com atividades de PIC, implantadas.	100%	Unidade	25%	25%	25%	25%
Implantar práticas integrativas e Complementares em 100% dos serviços especializados, com participação de parteiras, benzedeiras, puxadores, erveiros, massoterapia, atividades físicas e demais práticas da medicina tradicional	Unidades de Saúde da Atenção Especializada com atividades de PIC, implantadas.	100%	Unidade	25%	25%	25%	25%

Objetivo 1.4 – Ampliar Ações de Promoção e Prevenção a Saúde

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Realizar Campanhas Educativas Conforme o calendário Nacional e SEMSA: (Janeiro Branco, Setembro Amarelo, Outubro Rosa, Novembro Azul, Dezembro Vermelho, Dia Internacional da Mulher, Dia Mundial de Combate à Tuberculose, Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase, Dia Mundial de Combate à Hepatite, O Dia Mundial Sem Tabaco, Semana Mundial da Amamentação, Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, Dia Nacional do	Número Absoluto de Campanhas Educativas realizadas.	24	Número absoluto	24	24	24	24



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



Idoso, Dia Mundial da Saúde Mental, Dia Nacional da Vacinação, Dia Nacional da Saúde Bucal, Dia Nacional de Combate à Tuberculose, Dia Internacional da Não Violência Contra a Mulher, Dia Mundial de Luta contra a AIDS.							
---	--	--	--	--	--	--	--

Objetivo 1.5 – Ampliar e qualificar a Vigilância Alimentar e Nutricional e Promoção da Alimentação Adequada e Saudável.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Aumentar o número de pessoas de todos os ciclos de vida atendidas na rede básica de saúde com registro de dados do estado nutricional inseridos no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, por meio da avaliação do estado nutricional (peso, altura e outros indicadores) e do consumo alimentar (por meio de marcadores de consumo)	Percentual de pessoas por ciclo de vida acompanhadas pelo SISVAN	80%	Percentual	20%	40%	20%	
Manter o programa de Alimentação saudável e Nutricional e NutriSUS	Percentual de cobertura de crianças suplementadas com Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó (Estratégia NutriSUS)	01	Número absoluto	01	01	01	01
Realizar suplementação com Vitamina A, em crianças na faixa etária de 6 a 59 meses	Percentual de cobertura de crianças suplementadas com	100%	Percentual				
Realizar suplementação profilática de ferro para todas as crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal, independentemente da idade gestacional até o terceiro mês pós-parto, e na suplementação de gestantes com ácido fólico.	Percentual de cobertura de crianças suplementadas com	100%	Percentual				
Realizar suplementação profilática de ferro para todas as gestantes ao iniciarem o pré-natal, independentemente da idade gestacional até o terceiro mês pós-parto, e na suplementação de gestantes com ácido	Percentual de gestantes de crianças suplementadas com	100%	Percentual				



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



fólico.							
Certificação das UBS na Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil	Percentual de UBS certificadas.	100%	Percentual	50%	50%		
Desenvolvimento de ações de promoção à adoção de hábitos alimentares saudáveis e estímulo à redução do consumo de sal, açúcar, gordura e alimentos processados, com atividades nos territórios das ESF urbana e rural.	Percentual de ESF com Programas executados	100%	Percentual	50%	50%		
Articulação entre a SEMSA, SEMED e SEDUC para estímulo à alimentação saudável nas cantinas das escolas públicas e particulares	Parcerias realizadas	02	Número	02	02	02	02
Articulação entre SEMSA e SEMAST/COSAN, Secretaria de Produção para construção de estratégias integradas de saúde e assistência social no combate à fome no território, com implantação de cozinhas comunitárias que sirvam de Laboratório para a preparação de alimentação saudável	Parcerias realizadas	03	Número	03	03	03	03
Articulação entre saúde e educação (Política Nacional Alimentação Escolar - PNAE) para desenvolvimento de ações de enfrentamento de Insegurança Alimentar e Nutricional em crianças e adolescentes no município de Parintins	Parcerias realizadas	02	Número	02	02	02	02

Objetivo 1.6 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade com garantia da Triagem Neonatal em tempo oportuno.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Garantir a realização dos Testes do Coraçãozinho, da orelhinha e do olhinho para os RN na Maternidade, Ambulatório de Referência e UBS.	Percentual de RN com teste do coraçãozinho realizado	100%	Percentual	80%	90%	100%	100%
Descentralizar a realização do Teste do Pezinho para as UBS e ESF urbanas e rurais.	Número de mulheres com uso de métodos contraceptivos	Ampliação 50%	Unidade	30%	50%	50%	50%

Objetivo 1.7 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade, na assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido, monitorando o acesso das gestantes às consultas de pré-natal no risco habitual e gravidez de risco.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Garantir o início do pré-natal até a 12ª semana de gestação	Percentual de gestantes que iniciam o pré-natal até a 12ª semana de gestação	85%	Percentual	60%	85%	85%	85%
Ampliar e Manter 85% de gestantes com 6 ou mais consultas.	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação	85%	Proporção	60%	85%	85%	85%
Ampliar e Manter 85% de gestantes com atendimento odontológico realizado durante o pré-natal.	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	85%	Proporção	85%	85%	85%	85%
Monitorar o preenchimento do cartão de pré-natal.	Percentual de gestantes cujo cartão de pré-natal foram preenchidos com os resultados dos exames do protocolo de pré-natal de baixo risco.	85%	Proporção	60%	85%	85%	85%
Realização exames para sífilis e HIV em 85% das gestantes.	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis	85%	Proporção	85%	85%	85%	85%



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



	e HIV						
Realização de vacinação na APS de crianças de 1 (um) ano de idade.	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenza e tipo b e Poliomielite Inativada ¹	95%	Proporção	85%	85%	85%	85%
Reduzir a mortalidade Infantil.	Taxa de mortalidade infantil (Nº de óbitos de residentes de menor de 1 ano)	15	Taxa	redução2%	redução2%	2%	2%
Redução do número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Número absoluto de óbito materno	1	Número	redução	redução	redução	redução
Ampliar proporção de Parto Normal no Sistema Único de Saúde	Proporção de parto normal no sistema único de saúde e na saúde suplementar	65%	Proporção	65%	65%	65%	65%
Reduzir proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	Número de nascidos vivos de mães adolescentes / Número total de	Redução 10%	Proporção	3%	3%	2%	2%



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



	nascidos vivos de mães de todas as idades x						
Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Número de casos novos de sífilis congênita em menor de 01 ano.	50%	Número	30%	50%	50%	50%
Investir nas Boas Práticas do Parto e Nascimento Humanizado.	Boas práticas executadas.	Organização de processo de trabalho					
Incentivar e ampliar o Aleitamento Materno	Banco e posto de coleta de leite humano, implantados.	02	Unidade	02	02	02	02
Reduzir as IST no período da gravidez	Percentual de gestantes com IST.	Redução	Percentual	Redução	Redução	Redução	Redução
Ofertar Teste Rápido de detecção da gravidez em 100% das UBS e ESF.	Percentual de testes realizados na APS.	90%	Percentual	90%	90%	90%	90%
Ofertar USG Obstétrica para 90% das gestantes no primeiro trimestre.	Percentual de USG obstétrica realizadas no 1. Trim.	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
Ofertar exame de USG ecodopler para 90% da gravidez de alto risco.	Percentual de gestante de alto risco com USG						
Ofertar os exames laboratoriais para 90% das gestantes, conforme o preconizado pela Rede Materna Infantil em tempo oportuno.	Percentual de grávidas com exames laboratoriais realizados por trim.	90%	Percentual	90%	90%	90%	90%
Habilitar serviço ambulatorial de atenção a gestação	Ambulatório de	01	número	01	01	01	01



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



de alto risco	Alto Risco implantado e credenciado.						
Implementar o funcionamento do Ambulatório de Atenção Especializada para Referência a atenção materna infantil, com utilização das metodologias do PLANIFICASUS.	Funcionamento do AAE na linha materno infantil.	01	número	01	01	01	01
Ampliar, até 2025, o percentual de consultas de puerpério (até 42 dias pós-parto) pelas ESF-APS.	Consulta realizada	90%	Percentual	75%	80%	90%	90%
Ampliar, até 2025, o número de consultas do pré-natal do parceiro da gestante na APS.	número de consultas do pré-natal do parceiro	60%	percentual	30%	40%	50%	60%
Habilitar 12 leitos de Alto Risco na maternidade	Leitos de alto risco implantados	12	Unidade	x	x		
Implantar o Centro de Parto Normal interligado a Maternidade	CPN implantado	01	Unidade	x	x		
Implantar casa da Gestante	Casa da Gestante implantada	1	Unidade	x	x		
Adequar a estrutura física das unidades neonatais (UTIN, UCINCo e UCINCa) da Maternidade no Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen, visando atender a legislação.	Execução da obra	100%	Percentual	50%	50%		
Certificação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e Mulher, da Maternidade no HRJMC	Certificação realizada	1	unidade		1	1	

Objetivo 1.8 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade com Redução a gravidez não planejada com a ampliação da distribuição de métodos contraceptivos.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



Ampliar e tornar mais acessível o acesso universal aos serviços e aos métodos contraceptivos, incluindo o planejamento reprodutivo, à informação e à educação, com foco na redução da gravidez indesejada.	Número de mulheres com uso de métodos contraceptivos	Ampliação 50%	Unidade	30%	50%	50%	50%
Ampliar e tornar mais acessível o acesso universal aos serviços e aos métodos contraceptivos, incluindo o planejamento reprodutivo, à informação e à educação, com foco na redução da gravidez indesejada na Adolescência.	Número de Adolescentes com uso de métodos contraceptivos	Ampliação 50%	Unidade	30%	50%	50%	50%
Ampliar a distribuição do DIU de cobre	Número de DIUs de cobre inseridos por ano	500	Unidade	200	500	500	500

Objetivo 1.9 - Atenção Integral à Saúde da criança e Adolescente

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Ampliar, até 2025, o número de atendimentos anuais de puericultura às crianças de 0 a 24 meses na APS.	Percentual de crianças de 0 a 24m atendidas						
Implementar, anualmente, as ações de atenção integral às doenças prevalentes na infância (AIDPI), na faixa etária de 2 a menor de 10 anos, em 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com AIDPI implantado, até 2025.							
Implantar o Protocolo Municipal de Saúde do Adolescente nas UBS	UBS com protocolo implantado	100%	Unidade		100%		
Manter as ações do Programa Saúde na Escola.	Proporção de ações do Programa Saúde na Escola executadas.	70%	Proporção	70%	70%	70%	70%
Ampliação ao ano do número de ações do PSE para promoção da cultura de paz e prevenção ao uso do tabaco e outras drogas	Número de ações do PSE realizadas	80%	Percentual	80%	80%	80%	80%

Objetivo 1.10 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Implantação de Protocolo de Coleta de Citopatológico nas unidades da Atenção Básica	Unidades com Protocolo implantado	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
Ampliar a realização de coleta de exame citopatológico em mulheres na APS	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	50 %	Percentual	50%	50%	50%	50%
Realizar exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 60 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	50 %	Percentual	50%	50%	50%	50%
Rastrear 100% dos casos de mulheres com alterações no exame citopatológico e mamografia.	Percentual de Rastreamento executado.	50 %	Percentual	50%	50%	50%	50%
Manter o Serviço de Detecção do Câncer de Colo do Útero em funcionamento de forma qualificada.	Serviço em funcionamento com acesso em tempo oportuno	01		01	01	01	01
Habilitar o Serviço de Detecção de Câncer de Mama	Serviço implantado	01	Unidade	01	01	01	01

Objetivo 1.11 - Consolidar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, considerando o cenário local de determinantes e condicionantes

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



Campanhas em mídia sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	Campanhas realizadas	02/ano	Unidade	02	02	02	02
Institucionalização da Estratégia mensal dia da saúde do Homem na Atenção Primária em Saúde	Estratégia implantada	06	Unidade	06	06	06	06
Qualificação das ESF para a atenção à saúde sexual e reprodutiva e às doenças prevalentes na população masculina	Número de Equipes qualificada	100%	percentual	100%	100%	100%	100%
Campanha anual de oferta do exame de PSA para os Homens a partir de 50 anos	Percentual de homens a partir de 50ª com realização do exame de PSA	60%	percentual	40%	50%	60%	60%

Objetivo 1.12 - Ampliar e qualificar a atenção a saúde do Idoso na perspectiva da integralidade a saúde da pessoa Idosa.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Reduzir anualmente a taxa de internação por fratura de fêmur	Taxa de Internação	10%	Taxa	10%	10%	10%	10%
Realização de Avaliação Multidimensional de 85% dos idosos.	ESF-NASF-registro de Avaliação Multidimensional ao ano.	85%	Percentual	10%	10%	10%	10%
Organizar os fluxos da Rede de Atenção à Saúde da População Idosa.	Fluxos implantados	Organização de processo de trabalho		x	x	x	x
Ofertar, Imunização Atividade Física, Alimentação Saudável e Saúde Bucal para 85% dos idosos.	Registro de atendimentos no e-SUS	85%	Percentual	85%	85%	85%	85%
Ofertar orientações de Sexualidade e Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis, de Quedas e de Violência.	Registro de atendimentos no e-SUS	85%	Percentual	85%	85%	85%	85%
Garantir o atendimento continuado da pessoa idosa priorizando o agendamento para os demais níveis de atenção e sua reabilitação.	% dos idosos acompanhados pelas ESF-SB-NASF	85%	Percentual	85%	85%	85%	85%

Objetivo 1.13 - Fortalecer o cuidado aos Portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Identificar no território os portadores de Hipertensão em conformidade ao percentual preconizado pelo Ministério da Saúde.	Número de hipertensos, acompanhados pelas ESF-NASF.	85%	Percentual	85%	85%	85%	85%
Execução do protocolo de classificação de risco e tratamento dos hipertensos por 100% das equipes	Execução do protocolo de classificação de risco e tratamento dos hipertensos por 100% das equipes	100% das equipes	Percentual	100%	100%	100%	100%
Acompanhar 80% das pessoas com hipertensão nos territórios de ESF.	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	80%	Proporção	80%	80%	80%	80%
Identificar no território pessoas com Diabetes em conformidade ao percentual preconizado pelo Ministério da Saúde.	Número de pessoas com Diabetes, acompanhados pelas ESF-NASF.	80%	Percentual	80%	80%	80%	80%
Realizar exames do pé diabético em usuários diabéticos cadastrados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).	percentual de exames do pé diabético realizados	80%	Percentual	80%	80%	80%	80%
Execução do protocolo de classificação de risco e tratamento dos hipertensos por 100% das equipes	Execução do protocolo de classificação de risco e tratamento dos hipertensos por 100% das equipes	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
Acompanhar 80% das pessoas com Diabetes nos territórios de ESF.	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	80%	Percentual	80%	80%	80%	80%
Identificar e acompanhar as pessoas com cardiopatias.	Número de pessoas cardiopatas, acompanhadas pelas ESF.	80%	Percentual	80%	80%	80%	80%



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



Redução da mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - (DCNT) até 2025	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas	229,39	Taxa	Redução de 2% em relação ao ano anterior	Redução de 2% em relação ao ano anterior	Redução de 2% em relação ao ano anterior	Redução de 2% em relação ao ano anterior
--	--	--------	------	--	--	--	--

Objetivo 1.13 - Promover a intensificação de ações relacionada à vulnerabilidade e risco à saúde e seus determinantes e condicionantes, potencializando as ações de intersetorialidade nos programas federais como programa Bolsa Família e Programa Saúde na Escola.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
85% dos beneficiários do Programa Auxílio Brasil, acompanhados pelas ESF.	Percentual de beneficiários acompanhados	85%	Percentual	85%	85%	85%	85%
Fortalecimento do Grupo Gestor Intersetorial	Grupo Gestor em funcionamento	01	Unidade	01	01	01	100%
Realizar, anualmente, 100% das ações prioritárias pactuadas no Termo de Adesão nas escolas com o Programa Saúde na Escola (PSE) implantado até 2025	Percentual de Escolas Pactuadas.	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
100% das ESF com pactuação de PSE em suas áreas adscritas	Percentual de ESF com realização de PSE	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
Fortalecimento do Grupo Gestor Intersetorial	Grupo Gestor em funcionamento	01	Unidade	01	01	01	01

Objetivo 1.14 - Promover atenção integral à saúde da população LGBT

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



Implantar os requisitos de identidade gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistema de informação em saúde, em todos os serviços de saúde. Com garantia do nome social nos prontuários para os Transexuais no município de Parintins	Formulários adequados a informações de diversidade de gêneros	100%	Unidade	30%	60%	100%	100%
Qualificar a rede de atenção à saúde nos cuidados às pessoas trans (transsexuais, travestis e pessoa não binária)	Rede Qualificada	100%	Unidade				

Objetivo 1.15 - Oferecer tratamento para tabagismo nas Unidades Básicas de Saúde e CAPS AD

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Implantar ambulatórios de tabagismo nas UBS urbana e rural	Ambulatórios de tabagismo implantados	10	Unidade	02	04	02	02
Implantar ambulatório de tabagismo no CAPS AD	Ambulatório Implantado	01	Unidade	01	01	01	01

Objetivo 1.16 - Ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde no sistema de saúde de Parintins.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Implantar o Consultório para população de rua	Consultório Implantado	01	Unidade	01	01	01	01

Objetivo 1.17 - Implantar o Programa Melhor em Casa para garantir a integralidade das ações da atenção domiciliar e contribuir para a desospitalização

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Credenciar e habilitar equipe do Programa Melhor em casa, para atendimento domiciliar com a implantação de equipe	equipe EMAD implantada com	02	Unidade	01	02	02	02



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



EMAD 12 h (finais de semana e feriados), considerando os vazios assistenciais e territórios de maior vulnerabilidade	atendimento 12 horas, de segunda a domingo, inclusive feriados						
--	--	--	--	--	--	--	--

Objetivo 1.18 - Fortalecer o cuidado em Rede para as Pessoas com Deficiência, com ênfase na organização da rede de cuidados no âmbito do SUS, para iniciar a reabilitação no tempo clinicamente aceitável a fim de promover a redução de danos e evitar agravos, inclusive de recém-nascidos com algum tipo de deficiência.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Habilitar o Centro Especializado de Reabilitação CER tipo III. Física, Cognitiva e Auditiva.	Serviço Habilitado	01	Unidade	01	01	01	01
Implantação de fluxo de cuidado da criança com deficiência, a partir da maternidade, com identificação dos pontos de atendimentos de acordo com as necessidades de cuidado que a criança apresentar.	Fluxo implantado		01	01	01	01	01
Implantação do Fluxo de cuidado da rede da pessoa com deficiência em todos os níveis de atenção.	Fluxo implantado	100%	01	01	01	01	01
Implantar Rede de Atendimentos a pacientes de TEA, com definição de Linhas de Cuidado em todos os níveis e RAS.	Número Absoluto de Rede de atendimentos a pacientes de TEA implantado.		01	01	01	01	01
Implantar Programa de atendimento Domiciliar a Pessoa com Deficiência.	Número Absoluto de Programa de atendimento domiciliar a pessoa com deficiência implantado		01	01	01	01	01

Objetivo 1.19 - Fortalecimento da rede de Atenção Psicossocial, com Elaboração da linha de cuidado em saúde mental de forma a organizar o acesso à saúde mental em todos os níveis de atenção através de diretrizes atualizadas

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



	avaliação da meta						
Habilitar o CAPS AD de Parintins "Dr. Renato Menezes".	CAPS AD habilitado	01		01	01	01	01
Organizar a Rede de Atenção Psicossocial no município	Fluxos e protocolos da RAPS local	Organização de processo		x	x	x	x
Realizar Matriciamento das Equipes da Estratégia Saúde da Família.	Razão entre ações de Matriciamento sistemático realizadas por CAPS (II e AD) com equipes de Atenção Básica	100%	Razão				
Realizar Matriciamento na Atenção Especializada e Redes de Atenção com interface com a RAPS.	Razão entre ações de Matriciamento sistemático realizadas por CAPS (II e AD), na AE.	100%	Razão				
Realizar atividades no PSE relacionadas à prevenção do uso de álcool e drogas.	Alcançar 80% dos alunos a partir do 5º Ano do ensino fundamental.	80%	Percentual	80%	80%	80%	80%
Realizar campanhas de mobilização da comunidade para a prevenção dos impactos de álcool de drogas na família e situações de violências.	Alcançar 80% da população, através de rádio, televisão, material educativo e palestras.	80%	Percentual	80%	80%	80%	80%
Realizar parcerias com outras instituições para ampliação da rede de saúde mental e fomentar a geração de renda e complementação educacional.	Inserir os pacientes com transtornos mentais e de usos de Álcool e outras drogas na rede de educação e incrementar a geração de renda.	Organização de processo		x	x	x	x
Realizar campanhas de mobilização da comunidade para a prevenção do suicídio.	Alcançar 80% da população, através de	80%	Percentual	80%	80%	80%	80%



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



	rádio, televisão, material educativo e palestras.						
Implantar 6 Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) 02 equipes tipo II e 04 equipes tipo I nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) da Rede Pública Municipal de Saúde até 2025.	Equipe Implantada	6	número	1	2	2	1

Objetivo 1.20 - Atualizar e aprimorar a Linha de Cuidado para Atenção Integral em Saúde das Pessoas em Situação de Violência nas suas dimensões de vigilância, prevenção, atenção, proteção, promoção e acesso ao Sistema de Garantia de Direitos

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Atualizar a Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência	Linha atualizada						
Fortalecer o funcionamento do SAVVIS	Funcionamento regular do SAVVIS						

Objetivo 1.21 - Ofertar cuidados paliativos nos pontos da rede de atenção à saúde, observando o planejamento e a organização dos cuidados continuados integrados na atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência e emergência e na atenção hospitalar

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Formular a Política Municipal e Linha de Cuidados Paliativos	Publicação da Política Municipal e Linha de Cuidados Paliativos	01	Unidade	x	x	x	x



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



Objetivo 1.22 - Ampliar e implementar os canais oficiais de informação e qualificar a comunicação com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no município.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta no Plano	Unidade medida	Meta prevista			
				2022	2023	2024	2025
Criar 2 aplicativo com informações sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada e Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Vigilância em Saúde.	Aplicativo criado	4	número		1	1	
Produzir 20 episódios de podcast com orientações e debates para a promoção da saúde e sobre prevenção e tratamento dos agravos de maior relevância epidemiológica para Parintins até 2025.	Episódio de podcast produzido	20	número	2	6	6	6
Veicular 8 campanhas publicitárias de orientação ao cidadão para o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) Atenção Especializada e Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Vigilância em Saúde no município de Parintins até 2025.	Campanha publicitária veiculada	8	número	2	2	2	2