



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA

JALNA GORDIANO DE MENDONÇA

**QUESTÃO AMBIENTAL E DESASTRES: OS DESAFIOS DA GESTÃO DA POLÍTICA
DE SAÚDE NO CONTEXTO AMAZÔNICO.**

MANAUS

2025

JALNA GORDIANO DE MENDONÇA

**QUESTÃO AMBIENTAL E DESASTRES: OS DESAFIOS DA GESTÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO AMAZÔNICO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, como pré-requisito para receber o título de mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Orientadora: Hamida Assunção Pinheiro

Linha de pesquisa: Serviço Social, Trabalho e Políticas Públicas

MANAUS

2025

Ficha Catalográfica

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

M539q Mendonça, Jalna Gordiano de
 Questão ambiental e desastres: os desafios da gestão da política de saúde
 no contexto amazônico / Jalna Gordiano de Mendonça. - 2025.
 154 f. : il., color. ; 31 cm.

 Orientador(a): Hamida Assunção Pinheiro.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa
 de Pós-Graduação em Serviço Social, Manaus, 2025.

 1. Questão ambiental. 2. Saúde Pública. 3. Desastres. 4. Mudanças
 climáticas. 5. Amazonas. I. Pinheiro, Hamida Assunção. II. Universidade
 Federal do Amazonas. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. III.
 Título

JALNA GORDIANO DE MENDONÇA

**QUESTÃO AMBIENTAL E SERVIÇO SOCIAL: A POLÍTICA DE SAÚDE NO
ÂMBITO DE DESASTRES NO AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do grau de mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Prof. (a) Dr. (a) Hamida Assunção Pinheiro
Universidade Federal do Amazonas - UFAM Presidente

Prof. (a) Dr. (a) Lidiany de Lima Cavalcante
Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Membro Interno

Prof.(a)Dr.(a)Maria Isabel Bellini
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir que meu coração continue batendo e minha alma acreditando até aqui.

Agradeço à minha mãe, Marleide Gordiano, por me guiar na suavidade e nos bons caminhos, sem nunca ter desistido de mim.

Thomaz e Antonia, filhos amados, obrigada pela compreensão das mudanças em nossa rotina e pelo suporte neste processo agridoce que é o mestrado.

Agradeço ao amigo Renan Albuquerque por ter acreditado no meu potencial.

Beto, obrigada pela força e paciência nestes anos de luta.

Meus avós, Antonio e Nair, agradeço a coragem de terem migrado tão novos do Ceará para o interior do Amazonas. Vocês plantaram esta semente de amor e admiração pela floresta em meu coração. Espero honrar a memória de vocês, todos os dias.

Tia Mirtes, de alguma forma eu sinto seu orgulho, sua torcida e suas orações. Obrigada!

Por fim, meus agradecimentos a minha orientadora, Hamida Assunção Pinheiro, à professora Marinez Gil Nogueira (minha fada madrinha) pelas trocas de conhecimento, à professora Maria Isabel Barros Bellini pela participação na banca de qualificação e de defesa e a todos os professores e técnicos que doaram seus esforços para a possibilitar este avanço e aos amigos, amigas e amigos que me incentivaram e me apoiaram!

Obrigada!

RESUMO

As mudanças climáticas ocorridas em todo o planeta têm trazido à tona o debate acerca dos danos que o modo de produção capitalista tem causado ao meio ambiente. Na região norte do Brasil, especificamente no Amazonas, os impactos têm se mostrado um verdadeiro desafio à vida como um todo, através de secas que a cada ano batem recordes históricos. Em 2024 o estado do Amazonas alcançou a triste marca de maior quantitativo de queimadas já registrado. A pesquisa tem como objetivo geral analisar a gestão da saúde pública relacionada ao enfrentamento de desastres no Amazonas, visando contribuir com subsídios teóricos para o fortalecimento da gestão de desastres no âmbito do contexto socioambiental amazônico. Foram estabelecidos três objetivos específicos: 1) Discutir a relação entre questão ambiental, desastres e saúde pública tomando como referência a perspectiva teórica contra-hegemônica sobre desastres e sustentabilidade socioambiental; 2) Caracterizar a gestão da saúde pública e sua conexão com as diretrizes dos marcos legais da gestão de desastres, evidenciando as particularidades dos municípios do Amazonas; e 3) Conhecer as ações, políticas e estratégias voltadas para a gestão de desastres no âmbito da saúde pública do estado do Amazonas, com intuito de desvelar os desafios e as potencialidades da prevenção e/ou mitigação do risco de desastres em contexto amazônico. A pesquisa é de abordagem mista, orientada pelo materialismo histórico-dialético, envolvendo pesquisa bibliográfica e documental. Na fase da pesquisa documental, o instrumento utilizado foi um roteiro de coleta de dados, empregado para os planos municipais e estadual de saúde, bem como ao Plano Estadual de Prevenção e Defesa Civil (PEPDEC), além dos Planos de Contingência (estadual e municipais). Quanto aos resultados, a pesquisa revelou os avanços e as dificuldades dos municípios com relação à gestão de desastres, no que tange à prevenção, à preparação e à mitigação de danos ocasionados pelos eventos disruptivos.

Palavras-chave: Questão ambiental; Saúde Pública; Desastres; Mudanças climáticas; Amazonas.

ABSTRACT

Climate change that has occurred all over the planet has brought to the fore the debate about the damage that the capitalist mode of reproduction has caused to the environment. In the northern region of Brazil, specifically in Amazonas, the impacts have proven to be a real challenge to life as a whole, through droughts that break historical records every year. In 2024, the state reached the sad mark of the highest number of fires ever recorded. The general objective of the research is to analyze the management of public health in the last two quadrennials related to disasters in Amazonas, in order to strengthen and contribute to the prevention and/or mitigation of disruptive situations. Three specific objectives were proposed: i) to discuss the relationship between environmental issues, disasters and public health taking as reference the reality of the state of Amazonas; ii) to know the management of public health in the municipalities of Amazonas with a focus on actions related to disaster intervention; iii) To understand the work of the teams responsible for public health, with emphasis on the work of social workers. As a basis for the research, historical-dialectical materialism will be adopted, aiming to understand the dynamics of reality, and in the methodological path it is intended to develop bibliographic and documentary research. As a collection instrument, data collection scripts will be used, which will be applied to municipal and state health plans, as well as the State Plan for Prevention and Civil Defense (PEPDEC), in addition to Contingency Plans (state and municipal). As for the results, the research intends to reveal the situation of the municipalities in relation to disaster management, with regard to the prevention, preparation and mitigation of damage caused by disruptive events.

KEYWORDS: Environmental issue; Social services; Disasters; Climate change; Amazonas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Locus da pesquisa

Figura 2 - Marcos Legais da Gestão de Desastres no Brasil

Figura 3 - Áreas de risco - Manaus/AM.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo de Ocorrências 2023

Quadro 2 - Informações sociodemográficas dos municípios pesquisados

Quadro 3 - Estabelecimentos de saúde nos municípios pesquisados

Quadro 4 - Mapa Planimétrico do Estado do Amazonas

Quadro 5 - Indicadores IDH e FIRJAN (2023)

Quadro 6 - Informações sobre desastres no Amazonas

Quadro 7 - Informações sobre desastres nos municípios pesquisados (2018 a 2024)

Quadro 8 - PPAs analisados

Quadro 9 - PPA/AM 2016/2019

Quadro 10 - PPA/AM 2020-2023

Quadro 11 - PPA Barreirinha 2018/2021

Quadro 12 - PPA Barreirinha 2022/2025

Quadro 13 - PPA Careiro da Várzea 2022/2025

Quadro 14 - PPA Coari 2018/2021

Quadro 15 - PPA Coari 2022/2025

Quadro 16 - Lábrea 2018/2021

Quadro 17 - Lábrea 2022/2025

Quadro 18 - PPA Manaus 2018/2021

Quadro 19 - PPA Manaus 2022/2025

Quadro 20 - PPA Parintins 2018/2021

Quadro 21 - PPA Parintins 2022/2025

Quadro 22 - PPA SÃO Gabriel da Cachoeira 2022/2025

Quadro 23 - PES 2016/2019

Quadro 24 - PES 2020/2023

Quadro 25 - PMS Barreirinha 2018/2021

Quadro 26 - PMS Barreirinha 2022/2025

Quadro 27 - PMS Careiro da Várzea 2018/2021

Quadro 28 - PMS Careiro da Várzea 2022/2025

Quadro 29 - PMS Coari 2018/2021

Quadro 30 - PMS Coari 2022/2025

Quadro 31 - PMS Lábrea 2018/2021

Quadro 32 - PMS Lábrea 2022/2025

Quadro 33 - PMS Manaus 2018/2021

Quadro 34 - PMS Manaus 2022/2025

Quadro 35 - PMS Manicoré 2018/2021

Quadro 36 - PMS Manicoré 2022/2025

Quadro 37 - PMS Parintins 2018/2021

Quadro 38 - PMS Parintins 2022/2025

Quadro 39 - PMS São Gabriel da Cachoeira 2018/2021

Quadro 40 - PMS São Gabriel da Cachoeira 2022/2025

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome

AMS - Assistência Médico-Sanitária

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC - Acidentes Vasculares Cerebrais

CAE- Comissão de Assuntos Econômicos

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEMADEN - Centro Nacional de Desastres Naturais

CEPED - Centro de Estudos e Pesquisas em Engenharia e Defesa Civil

CEPEDES- Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNM - Confederação Nacional de Municípios

COMSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde

COVID - Corona Virus Disease

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CREA - Conselho Regional de Engenharia e Agronomia do Amazonas

DEVISA – Departamento de Vigilância Sanitária

DRU - Desvinculação de Recursos da União

DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas

DVA – Departamento de Vigilância Ambiental

DVE – Departamento de Vigilância Epidemiológica

EC – Emenda Constitucional

EIRD- Estratégia Internacional para Redução de Desastres

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESFR - Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas

FAT - Fundo do Amparo ao Trabalhador

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

GEACAP- Grupo Especial para Assuntos de Calamidades Públicas

GHSI - Índice Global de Segurança Sanitária

GRDE- Estrutura de gestão de risco de desastres e Emergências de Saúde

HEMOBRAS - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia

BGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDAM - Instituto de Desenvolvimento Agropecuário e Florestal Sustentável do Estado do Amazonas

IDRL - International Disaster Response Laws, Rules and Principles

IEPS - Estudos para Políticas de Saúde

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência

INCA - Instituto Nacional de Câncer

IPAAM - Instituto de Proteção Ambiental do Amazonas

IRFC - International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies

LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública

LOA - Lei Orçamentária Anual

LOS - Lei Orgânica de Saúde

MAH- Marco de Ação de Hyogo

MCIT - Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação

MDR- Ministério de Desenvolvimento Regional

MPAS - Ministério da Saúde, uma dívida gerada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NES – Núcleo de Educação em Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OMM- Organização Meteorológica Mundial

ONU - Organização das Nações Unidas

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNDC- Política Nacional de Defesa Civil

PNGIRD- Política Nacional de Gestão Integral de Risco de Desastres

PNPDEC- Política Nacional de Proteção e Defesa Civil

RSI- Regulamento Sanitário Internacional

SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SASISUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SASS – Sala de Análise da Situação de Saúde

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SEPROR- Secretaria de Estado da Produção Rural

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena

SGB - Serviço Geológico do Brasil

SINGIRD- Sistema Nacional de Gestão Integral de Risco de Desastres

SUS- Sistema Único de Saúde

SUSAM - Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

S2ID - Sistema Integrado de Informações sobre Desastres

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UEA – Universidade do Estado do Amazonas

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

UFCS – Universidade Federal de Santa Catarina

UNDDR - Escritório das Nações Unidas para Redução de Riscos de Desastres

UNFCCC - United Nations Framework Convention on Climate Change

UNICEF - United Nations Children's Fund

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

URV – Unidade Real de Valor

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WMO - World Meteorological Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – SAÚDE E AMBIENTE: A QUESTÃO AMBIENTAL E SUA RELAÇÃO COM DESASTRES.....	19
1.1 A questão ambiental no capitalismo e a inter-relação saúde e ambiente	19
1.2 Os desastres socioambientais na atualidade e os agravos à saúde.....	27
1.3 Gestão de desastres: marcos legais (internacional e nacional)	35
CAPÍTULO 2 - GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA E SUA CONEXÃO COM A GESTÃO DE DESASTRES.....	42
2.1 Os desafios da gestão de saúde no cenário contemporâneo frente à ofensiva neoliberal (desfinanciamento e precarização da saúde pública)	43
2.2 O SUS como modelo de gestão da saúde pública brasileira e sua conexão com as estratégias de gestão de desastres previstas nos marcos legais (internacional e nacional)	49
2.3 As particularidades da gestão da saúde nos municípios pesquisados e os principais indicadores de saúde e desastres ocorridos nos municípios	55
CAPÍTULO 3 – A GESTÃO DE RISCOS DE DESASTRES NA POLÍTICA DE SAÚDE NO AMAZONAS.....	64
3.1 O fator amazônico e as implicações para a gestão de riscos de desastres no âmbito da saúde pública do Amazonas.....	64
3.2 Mapeamento das ações, políticas e estratégias voltadas para a gestão de desastres no âmbito da saúde pública do Amazonas	69
3.2.1 Planos de Saúde - Estaduais e Municipais	99
3.2.2 Planos Municipais de Saúde.....	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
REFERÊNCIAS.....	144

INTRODUÇÃO

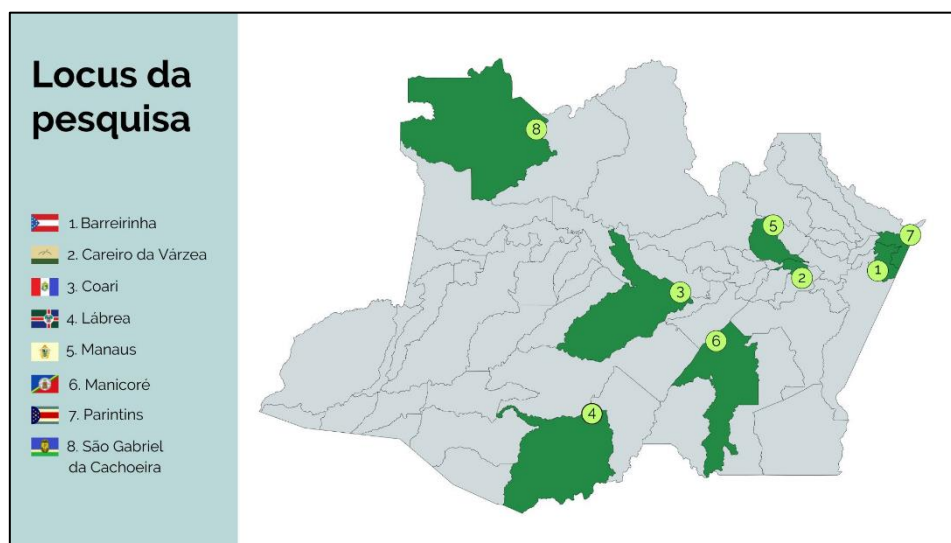
A ocorrência de desastres tem sido cada vez mais frequentes, o que demonstra os danos que o sistema capitalista, caracterizado pela de extrema predação, causa ao meio ambiente. E mesmo que haja discursos negacionistas, é fato que a temperatura da Terra aumentou em 1,45 °C em comparação aos níveis pré-industriais (ONU, 2024). A natureza tem respondido a estes ataques através do aumento da incidência de situações disruptivas, como tufões, secas, enchentes, inundações etc. Acerca destas situações, o sofrimento é sentido de forma mais intensa e diretamente pela população em situação de vulnerabilidades, uma vez que a justiça socioambiental não é prioridade dentro de um mecanismo que visa somente a acumulação desenfreada de lucro, ainda que isso custe a vida de milhares de pessoas. E dentre as consequências deste processo de profunda devastação, estão os problemas de saúde decorrentes de desastres, que são numerosos e com efeitos que atingem principalmente a população de países do sul global, a exemplo do Brasil, onde as doenças infecciosas e as patologias provenientes de contaminação hídrica fazem parte do cotidiano de seus habitantes. E ao direcionarmos nosso foco para o Amazonas, os resultados das mudanças climáticas têm sido devastadores. Até setembro de 2024, por exemplo, 754 mil pessoas foram afetadas no estado por uma das secas mais severas da história. Neste período, as chuvas ficaram de 30% a 40% abaixo da média, causando a redução drástica dos níveis dos rios da região, e recordes de focos de incêndio (ONU, 2025).

Sendo a questão ambiental e a saúde indissociáveis, e compreendendo que as alterações no clima têm atingido a vida da população do estado de forma incisiva, nesta pesquisa buscamos responder à seguinte questão central: quais são as medidas da Política de Saúde Pública que estão sendo tomadas para a prevenção, mitigação e resposta aos danos causados por desastres no Amazonas? Para respondermos a este questionamento, utilizamos como base para a pesquisa documentos oficiais estaduais e municipais como: o Plano Plurianual (PPA), o Plano Estadual de Saúde (PES), e o Plano Municipal de Saúde (PMS). Destacamos que o objetivo principal deste trabalho foi o de analisar a gestão da saúde pública relacionada ao enfrentamento de desastres no Amazonas, visando contribuir com subsídios teóricos para o fortalecimento da gestão de desastres no âmbito do contexto socioambiental amazônico. Para este fim, seccionamos este objetivo principal nos seguintes objetivos específicos: 1) Discutir a relação entre questão ambiental,

desastres e saúde pública tomando como referência a perspectiva teórica contra-hegemônica sobre desastres e sustentabilidade socioambiental; 2) Caracterizar a gestão da saúde pública e sua conexão com as diretrizes dos marcos legais da gestão de desastres, evidenciando as particularidades dos municípios do Amazonas; e 3) Conhecer as ações, políticas e estratégias voltadas para a gestão de desastres no âmbito da saúde pública do estado do Amazonas, com intuito de desvelar os desafios e as potencialidades da prevenção e/ou mitigação do risco de desastres em contexto amazônico. Esta é uma pesquisa explicativa, o que de acordo com Gil (2002) “é o que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas” (Gil, 2002, p. 42), tendo como enfoque dados bibliográficos e documentais. A pesquisa foi orientada pelo materialismo histórico-dialético que, de acordo com Netto (2011), visa compreender a dinamicidade da realidade, através de fatores sociais. Trata-se de um método de análise em que o estudo do objeto não trata unicamente das relações sociais existentes, mas da superação humana em relação à luta de classes, onde a elaboração teórica e a metodologia não se separam, haja vista que a dinâmica em que a sociedade está inserida é um fator determinado tanto histórica quanto socialmente. A pesquisa fez abordagem qualitativa e quantitativa dos dados e informações, pois se entende que são complementares, excluindo qualquer possibilidade de dicotomia (Minayo, 2001, p. 22).

A pesquisa teve como *locus* oito municípios do Amazonas, sendo estes: Manaus, Barreirinha, Coari, Manicoré, Parintins, São Gabriel da Cachoeira, Careiro da Várzea e Lábrea, destacados no mapa a seguir:

Figura 01 – Locus da pesquisa



Fonte: elaboração própria (Gordiano, 2025).

Destes municípios foram analisados os documentos que correspondem aos planejamentos das principais atividades condizentes à política de saúde relacionadas aos desastres. Foram analisados documentos fundamentais, como o Plano Plurianual (PPA), o Plano estadual de Saúde (PES), o Plano Municipal de Saúde (PMS), o Plano de Contingência estadual e dos municípios envolvidos no trabalho (PLANCON), além das legislações responsáveis pela saúde e Defesa Civil. Para corroborar este trabalho utilizamos como fonte artigos científicos, dissertações e teses de diferentes bancos de dados, sites de órgãos oficiais (mundiais, nacionais, estaduais e municipais), artigos eletrônicos, notícias, boletins, atlas, dentre outras fontes relevantes para a construção deste estudo. Como descritores utilizados destacamos: desastres; eventos climáticos; mudanças climáticas; defesa civil; política de saúde; direitos civis; direitos humanos; SUS; saúde pública; política de atenção básica; média complexidade; alta complexidade; gestão de riscos de desastres; legislação de saúde; administração pública.

Esta dissertação está dividida em três capítulos: o primeiro aborda a questão ambiental e sua relação com desastres, traçando um paralelo entre o histórico da relação entre capitalismo e meio ambiente e os agravos consequentes deste mecanismo de exploração à saúde humana, perpassando pelos marcos legais na gestão de desastres; o segundo capítulo adentra a seara da gestão da saúde pública e da gestão de desastres, abordando os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde mediante os ataques neoliberais, através da precarização da saúde pública, além da conexão do SUS com a gestão de desastres prevista nos marcos legais e as particularidades da gestão de saúde nos municípios da pesquisa; o terceiro e último capítulo analisa a gestão de desastres na política de saúde no Amazonas enfatizando as implicações decorrentes do fator amazônico, mapeando as ações e estratégias encontradas nos PPAs e PMSs dos municípios, refletindo e tecendo proposições para uma gestão de desastres democrática e coerente com a realidade da saúde pública no contexto local. Considera-se que este estudo possibilitou a compreensão de que desastres não são eventos aleatórios e sim produzidos no cerne do sistema capitalista, com consequências diretas às pessoas que mais sofrem com a injustiça socioambiental.

Ressaltamos que esta pesquisa faz parte do projeto “Investigação da gestão de risco de desastres nos estados do Rio Grande do Sul e Amazonas: contribuição para prevenção/mitigação de desastres, adaptação às mudanças climáticas e construção da resiliência” (Edital Inova-FAPERGS-Fiocruz). Em suma, ressaltamos que este trabalho

não tem como pretensão o julgamento de gestões em quaisquer âmbitos, e sim a contribuição para uma visualização atualizada do cenário de saúde pública relacionada a desastres no Amazonas, trazendo à tona a importância deste debate para a continuidade da vida humana no planeta. Pretendemos também reforçar a importância deste diálogo em âmbito acadêmico, estimulando a produção científica, com vistas a colaborar com o desenvolvimento de estudos de situações disruptivas na região.

CAPÍTULO 1 – SAÚDE E AMBIENTE: A QUESTÃO AMBIENTAL E SUA RELAÇÃO COM DESASTRES

Na atualidade, o planeta passa por transformações climáticas nunca observadas na história. De tufões avassaladores em períodos não antes documentados até imensas enchentes em locais inesperados; de secas que esvaziam rios caudalosos em tempo recorde até nevascas em níveis absurdos. A natureza vem demonstrando sua força em resposta ao tamanho da destruição que o modo de vida imposto pelo capitalismo tem causado ao meio ambiente.

Poderíamos pensar que o avanço do maior sistema exploratório já criado não teria participação nesses eventos, ou que essas seriam mudanças que ocorreriam de qualquer forma, por conta da própria evolução da Terra. Porém, a comunidade científica vem alertando há décadas sobre os efeitos devastadores causado pelo sistema de extrema predação capitalista, o que tem levado a natureza à exaustão. O resultado desse sistema é traduzido na perda de milhares de vidas, inclusive humanas, por ano, realidade que vem sendo registrada através de uma sequência cada vez mais constante e recorrente de desastres.

No decorrer deste primeiro capítulo abordaremos como a questão ambiental se relaciona com o surgimento do capitalismo, a forma com que os desastres socioambientais se correlacionam ao agravamento da saúde da população, bem como os marcos legais nacionais e internacionais têm sido construídos para responder ao contexto da gestão de desastres.

1.1 A questão ambiental no capitalismo e a inter-relação saúde e ambiente

A partir do séc. XVIII, com a Revolução Industrial e com o avanço das tecnologias, a interação entre humanos e natureza alterou o equilíbrio do planeta por meio de desmatamentos, poluição do ar e contaminação dos recursos hídricos (Pereira e Silva, 2017).

A interferência humana sobre o meio ambiente tem sido justificada pelo argumento da necessidade do progresso. Essa ideia continua sendo amplamente difundida até hoje para que se justifique, por exemplo, o avanço da agropecuária em forma de queima de biomassa florestal (queimadas). Os dados são alarmantes. O Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), por exemplo, divulgou em 2024 a informação de que

39,5% dos Gases de Efeito Estufa (GEE) emitidos pelo Brasil são oriundos da conversão de florestas em campos, pastagens e terras para lavoura, e que outros 30,5% são consequência da agropecuária (Pivetta, 2025). Contudo, a medida em que a destruição do meio ambiente se agrava dia a dia e, conseqüentemente, gera a escassez de vários recursos renováveis, o capitalismo demonstra não exercer um domínio planejado da natureza, o que acaba por gerar uma verdadeira contradição dentro de um processo que almeja a expansão da produção ininterruptamente. Essa dinâmica destrutiva transborda a urgência da necessidade de preservação e conservação dos bens naturais, conduzindo o debate em diferentes âmbitos, como econômicos, sociais e ambientais.

Façamos uma breve retrospectiva da relação entre homem e natureza através dos séculos. A história anterior ao capitalismo registra momentos de crise decorrentes de inúmeros acontecimentos, como o aumento da população, guerras e disputas de territórios.

Algumas vertentes conservadoras de pensamento como o Darwinismo Social, tentaram utilizar o argumento do aumento da população mundial para respaldar a escassez de recursos naturais. Silva (2008) afirma que esse pensamento está embasado em uma corrente neomalthusiana, que restringe problemas socioeconômicos a questões de natalidade, com o intuito de enfraquecer a realidade da injustiça social causada pela concentração de renda. A teoria malthusiana original consiste em afirmar que as grandes taxas de crescimento populacional dos países subdesenvolvidos fariam com que fosse necessário um grande investimento nos setores sociais e de saúde, o que ocasionaria a diminuição de investimentos em setores industriais e agrícolas, atrapalhando o desenvolvimento econômico e, por conseguinte, a melhoria das condições de vida dos habitantes. Esse mesmo discurso foi utilizado no Clube de Roma em 1972, no relatório intitulado “*Limits to Growth*”, que sugeria direcionar recursos para o setor de serviços, de forma progressiva, para que se contivesse o uso de recursos naturais. Para a autora, isso demonstra a gravidade das consequências do uso indiscriminado de tais recursos. (Silva, 2008)

Contudo, o efeito da humanidade sobre o ecossistema nunca foi tão avassalador. Antes do surgimento do sistema capitalista os homens viviam extraindo do planeta o material necessário para sua subsistência através da caça, pesca, coleta, construção de abrigos etc. Não havia danos tão intensos derivados do modo de reprodução do capital

onde o acúmulo é a grande lei que se sobressai sobre a existência de vida na Terra (Dawson, 2016).

Para Silva (2008), até o período feudal, o trabalho não visava o valor. O que temos hoje como o imperativo é o acúmulo desenfreado de capital. Isso se torna nítido através da capacidade destrutiva do capitalismo sobre o meio ambiente em relação à degradação causada pelo homem séculos atrás. O capital não apenas domina o processo histórico coletivo, como se incorpora em sua coletividade, através de eventos e produtos sociais.

Por conta dessa destruição, estamos presenciando a maior extinção em massa de espécies ocorrida nos últimos tempos, o que deveria nos servir como alerta sobre nosso futuro. Não podemos esquecer que os seres humanos fazem parte de um ecossistema que necessita de equilíbrio para a sua continuidade. Casara (2021) diz que a ideia neoliberal individualista de separar o homem da natureza tem causado inúmeros danos, desde fatores psicológicos ao risco de vida iminente, podendo ser o determinante para o fim da humanidade no planeta.

Esse ritmo atual de destruição de espécies no qual estamos inseridos só se compara ao que aconteceu aos dinossauros (Dawson, 2016). Mas o que difere a atual onda de extinção das anteriores é que a essa está sendo causada por nós próprios, através do consumo desenfreado dos recursos naturais. Essa é a sexta extinção de espécies presenciada pelo planeta. A interferência humana predatória é um fator crucial para que se dizimem populações completas de seres vivos, desde animais da megafauna a invertebrados. O homem é o responsável pelos maiores massacres cometidos contra a vida como um todo:

Os pesquisadores normalmente concordam que a atual taxa de extinção deve ser considerada catastrófica: ela ocorre numa velocidade entre mil e dez mil vezes maior que a verificada antes que o ser humano começasse a exercer pressão significativa sobre o ambiente. A Terra está perdendo cerca de cem espécies por dia. Além desta onda de extinções, que os biólogos consideram capaz de eliminar 50% das espécies animais e vegetais existentes, também está declinando de modo dramático a abundância de espécies em regiões específicas, o que ameaça o funcionamento dos ecossistemas. Esta extinção em massa é, portanto, uma expressão – e causa – pouco percebida da crise ambiental contemporânea. (Dawson, 2016, p. 02)

Dito isso, é urgente que aprofundemos o debate sobre a conservação e preservação do meio ambiente sob diferentes olhares, com vistas a enfrentar os problemas advindos da superexploração, como investimentos para adoção de novas tecnologias, intensificação dos processos de educação ambiental ou mesmo da incorporação de indicadores socioambientais nas atividades mercantis (Silva, 2010)

A autora afirma que dentro das formas sociais que foram assentadas na terra e na agricultura como base do ordenamento econômico, prevaleceu a produção de valores de uso, sendo “reprodução dos indivíduos e de sua comunidade o fim último da produção”, e que a expropriação da terra pela burguesia através da instituição da propriedade privada fez com que a natureza passasse a servir aos propósitos da acumulação do capital, onde a propriedade agrária é convertida em mercadoria, culminando na exploração da força de trabalho pelo proprietário, lançando assim o que seria a premissa da organização do modo de produção (Silva, 2008, p.32).

Os primórdios do capitalismo têm como referência o séc. XVII, a partir do chamado *Enclosure Acts* (cercamento dos campos visando à criação em larga escala de ovelhas para a criação voltada para a produção de tecido), e do momento em que a burguesia comercial passa a ocupar espaço no Parlamento Britânico. Esse processo levou um grande número de camponeses a perder seus postos de trabalho no campo, fazendo com que esses trabalhadores migrassem para as cidades em busca de meios de sobrevivência. Parte deles se tornou assalariado e a outra parte se transformou em exército industrial de reserva. Foi somente a partir do séc. XIX que o capitalismo deixou de ser concentrado na Europa e nos Estados Unidos (Oliveira e Oliveira, p. 2022).

Com a chegada da Segunda Revolução Industrial (1860), o sistema passou por uma crise de excesso de produção, onde Inglaterra, França e Alemanha não tinham com quem comercializar seus produtos. A partir desse período, os países supracitados buscaram novos espaços de comércio, mercados consumidores e possibilidades de investimento de produtos (Oliveira e Oliveira, p. 144, 2022).

Ainda durante a Segunda Revolução Industrial (1860), Inglaterra, França e Alemanha passam por uma grave crise de superprodução, sem que esses países tivessem como comercializar seus produtos, o que os leva a buscar novos espaços e, por conseguinte, novos consumidores. Ou seja, locais onde fosse possível encontrar possíveis investimentos de excedente de produção. Em decorrência dessa expansão contínua de ampliação dos mercados e da busca incessante por aumento de capital, foi realizada a Conferência de Berlim (1884), onde incrementa-se o neocolonialismo, por meio de uma nova divisão mundial:

...através de uma nova divisão internacional do mundo, implementada pelo Reino Unido, Estados Unidos e Alemanha, seguidos pela França e Japão e que tem por eixo a divisão/partilha da África, Ásia e América Latina em 2 tipos de colônia: as colônias comerciais e as de assentamento. A África foi efetivamente ocupada, com exceção da Etiópia, pelos países europeus (Oliveira e Oliveira, 2022, p. 144)

Após a segunda guerra mundial, ocorrida no século XX, com o surgimento do *Welfare State* – Estado de Bem-Estar Social – surgem melhores condições de vida para os trabalhadores, através da garantia de direitos, por meio de benefícios sociais como saúde, previdência e educação. Destarte, com o crescimento generalizado da renda da população, estabelece-se o consumo em massa. Sendo assim, o sistema capitalista de produção concentra-se no crescimento econômico, e, com isso, a humanidade seguiu sem se importar minimamente com o meio ambiente ou com a saúde da população. Em decorrência desse descaso, a poluição atingiu ar e rios, além da ocorrência de vazamentos de produtos químicos. Por conta disso, milhares de pessoas morreram nesses acontecimentos. E foi a frequência desse tipo de registro que causou o início dos debates acerca do meio ambiente entre governantes e a comunidade científica, com vistas a evitar que novas e maiores catástrofes ocorressem.

Foi somente nas décadas de 1970 e 1980 que os debates sobre a questão ambiental ganharam força. O reconhecimento dos efeitos da ação humana sobre a natureza que ameaça o futuro da humanidade explicita as falhas na reprodução do sistema capitalista, através da escassez dos recursos naturais utilizados como matéria prima. Ou seja, a impossibilidade da manutenção da vida no planeta por conta dos altos níveis de exploração (Silva, 2010).

Conforme a autora, a concepção de questão ambiental - no campo progressista - surge a partir de diferentes interpretações antagônicas à lógica capitalista. Dividem-se principalmente em duas vertentes: a primeira, que diz respeito à crítica ao paradigma ético da modernidade, afirma que a evolução científica, econômica e tecnológica não serviu à felicidade da humanidade, tornando-se apenas uma intensa exploração da miséria da população. Para que pudéssemos mudar essa realidade, teríamos que trocar o antropocentrismo pelo biocentrismo, através de uma transformação do pensar e agir da humanidade; já a segunda vertente defende a superação da sociedade do capital por uma sociedade de produtores associados. Isso seria possível através de saídas técnicas e da adoção de novas tecnologias, o que reduziria o consumo e o desperdício. Porém, esse pensamento sofre críticas, exatamente por ignorar determinações sociopolíticas, restringindo a questão ambiental a uma esfera unicamente técnica (Silva, 2010).

Essas críticas causadas pela dissociação do meio ambiente das outras esferas necessárias para a continuação da vida humana surgem com força por conta da interferência causada pela degradação dos ecossistemas, notada principalmente quando

as contaminações começam a ganhar proporções alarmantes, a ponto de interferir na saúde da população.

Giatti (2008) afirma que a possibilidade de analisar a saúde humana de forma separada da saúde ambiental é impossível, já que são interdependentes:

Considerando o meio ambiente como conjunto de elementos e fatores indispensáveis à vida, verificamos que o equilíbrio dos componentes do ambiente remete diretamente à viabilidade do fenômeno vital. Assim, podemos observar que a ação do ser humano sobre o ambiente, de tão expressiva em virtude da capacidade desse ser, acarreta desequilíbrios tais que podem ameaçar até mesmo sua própria sobrevivência (Giatti, p. 16, 2008).

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), ambiente é a totalidade dos elementos externos que influenciam a qualidade de vida humana, como fatores ecológicos, culturais, sociais, econômicos e estéticos. Por sua vez, a Constituição Federal Brasileira (1988), em seu artigo 255, diz que “Todos tem direito a um meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para às presentes e futuras gerações”.

Paralelamente, o conceito de saúde conforme a OMS, diz respeito não apenas à ausência de enfermidades, como também versa sobre qualidade de vida e satisfação das necessidades básicas das pessoas (Scliar, 2007). Dito isso, constatamos que ambos os conceitos, de meio ambiente e de saúde, confluem para o mesmo sentido, o de bem-estar coletivo e amplo dentro das variáveis que compõem a vida humana.

Muito antes desses conceitos modernos, antes dos gregos iniciarem os estudos sobre o assunto, as doenças eram comumente vistas como castigos enviados por divindades, vinculadas às religiões, ligadas à desobediência ao divino, à punição pelos pecados cometidos ou utilizadas como forma a evitar a miscigenação de povos (Scliar, 2007).

Foi Hipócrates (460-377 a.C.), ao estudar sobre os humores, o primeiro registro que se tem na história do olhar sobre as doenças sem o viés místico. O filósofo, conhecido também como “Pai da Medicina”, já se debruçava sobre os estudos a respeito da relação entre homem e natureza. Para ele, as doenças tinham relação direta com o ambiente em que as pessoas viviam. Essa é inclusive a base da teoria miasmática (entre os séculos XIII e XV), que explicava o adoecimento através do ar, odores ou gases nocivos à saúde humana (Scliar, 2007)

Somente no séc. XIX, em meados de 1880, que a ciência deu um grande salto com a descoberta da microbiologia e a constituição da Teoria do Contágio, onde seus precursores de renome como Pasteur, Koch, Snow e Semmelweis demonstraram a relação entre doenças e mecanismos de infecção. É a partir dessas descobertas que o meio científico passa a reconhecer a causa das doenças pela presença de microrganismos, base da Teoria Unicausal, sendo o ponto de partida para o uso de biocidas e quimioterápicos. (Giatti, 2008)

Giatti (2008) afirma ainda que na década de 1960 surge a Teoria Multicausal, que admite que o processo de doença não depende exclusivamente do agente patológico e sim de uma série de características do indivíduo e do ambiente em que vive, ou seja, múltiplas causas associadas a uma doença. Como exemplo o autor cita a tuberculose, onde a doença não dependia exclusivamente do Bacilo de Koch, e sim de um conjunto de fatores como suscetibilidade, nutrição e saneamento. Os críticos à Multicausalidade diziam que essa não era uma teoria completamente abrangente, pela diversidade das conexões existentes, ou funções de risco. Surgiu assim a holopatenogênese, um modelo que inclui várias dimensões:

dimensões que vão do molecular ou celular ao individual, populacional, ecossistêmico e cultural, preconiza que cada dimensão abriga seus conjuntos de fatores causa, com subconjuntos de determinantes antagônicos, uns que fomentam o aparecimento da doença e outros que favorecem a resistência à sua disseminação (Giatti, 2008, p. 12)

Hoje, o avanço da ciência demonstra que os efeitos da destruição do meio ambiente são fatores de inúmeros problemas de saúde para a população. Lima (2020) diz que são muitas as consequências da degradação ambiental, principalmente para a saúde humana. Essa interferência pode causar a escassez hídrica e de alimentos, o risco de desastres, incluindo a ocorrência de novas pandemias. O autor ainda afirma que tais impactos negativos tendem a se tornar cada vez mais frequentes:

Nesse sentido, a saúde sustentada da população é dependente, dentre outros fatores, da capacidade de suporte à vida promovida pelos serviços da biosfera e, portanto, de fatores como os suprimentos de alimento e água, redução da ocorrência de doenças infecciosas e da segurança física e do conforto conferido pela estabilidade climática, sendo o sistema climático mundial fundamental para a manutenção da capacidade de suporte à vida (Lima, 2020, p. 03)

As mudanças climáticas ocasionadas pela ação humana no planeta abrem espaços para diferentes formas de acesso a inúmeras patologias, em maneiras variadas de transmissão, como o alastramento de doenças infecciosas. Lima (2020) cita como exemplo surtos de diarreia nos chamados países em desenvolvimento, além da existência

de intoxicações alimentares, como a salmonelose, tipo de intoxicação frequente em climas - agora ainda mais quentes - por conta do aquecimento global. Outro agravante são doenças transmissíveis por hospedeiros, como as comuns em ambientes tropicais (malária, chicungunya, zika, febre amarela), que podem vir a se tornar recorrentes em áreas que não seriam, como no hemisfério norte ou no continente europeu (Lima, 2020).

Além dos problemas supracitados existe ainda a contaminação hídrica, através do contato da população com água contaminada por esgotos domésticos, bem como o aumento da ocorrência de enchentes e enxurradas, que seriam o veículo de transporte e disseminação de doenças, como, por exemplo, a leptospirose e a cólera (Lima, 2020)

Lima (2020) ressalta as fortes evidências de fatores relacionados à questão ambiental estarem interligados a epidemias e pandemias recentes, como as de HIV, Ebola e H1N1. Isso se dá pelo crescimento populacional, pelos processos migratórios, a urbanização desenfreada, a pobreza, a fome, as guerras, a perda de biodiversidade etc. (Lima, 2020)

Somam-se a esse cenário os recentes estudos sobre a ansiedade climática, termo relativamente recente, que relata o sofrimento causado pelas mudanças climáticas principalmente sobre crianças e jovens no mundo inteiro. Em 2021, a revista *The Lancet* Publicou um artigo intitulado *Ansiedade climática em crianças e jovens e suas crenças sobre as respostas governamentais às mudanças climáticas: uma pesquisa global* (Hickman et al, 2021). Através dessa pesquisa, os autores demonstram os fardos psicológicos que têm afetado crianças e jovens do mundo inteiro. Este é o primeiro estudo a oferecer uma visão sobre a percepção do público (emocional e psicológica) às respostas dos governos sobre mudanças climáticas. Foram entrevistadas 10.000 crianças e jovens de diferentes países (incluindo o Brasil), onde foi demonstrado que 59% dos entrevistados estavam muito ou extremamente preocupados:

Mais de 50% relataram cada uma das seguintes emoções: triste, ansioso, zangado, impotente, desamparado e culpado. Mais de 45% dos entrevistados disseram que seus sentimentos sobre as mudanças climáticas afetaram negativamente sua vida diária e funcionamento, e muitos relataram um grande número de pensamentos negativos sobre as mudanças climáticas (por exemplo, 75% disseram que acham que o futuro é assustador e 83% disseram que acham que as pessoas falharam em cuidar do planeta) (Hickman *et al*, 2021, p. 01).

Por mais que Sampaio e Serqueira (2022) esclareçam que a ansiedade climática ainda não é considerada um distúrbio de saúde mental, é necessário que acompanhem de perto seus efeitos a curto e a longo prazo (Sampaio; Sequeira, 2022).

Mesmo com a visível degradação do meio ambiente em níveis alarmantes, em razão da vida humana ser completamente dependente da qualidade do meio, pode ser que o colapso social preceda o colapso ambiental (Oliveira; Oliveira, 2022). Enquanto a Questão Ambiental consiste na problemática humana resultante da crise decorrente do modo de reprodução capitalista, em sua sede inextinguível de exploração e acumulação, seguem desenfreadamente a cultura do consumo de massa, o desrespeito aos direitos humanos e da natureza, escancarando e potencializando os desafios que se apresentam a todos nós.

1.2 Os desastres socioambientais na atualidade e os agravos à saúde

A Defesa Civil define desastres como eventos adversos que causam grandes impactos na sociedade, sendo estes resultados do crescimento populacional, do modelo global de desenvolvimento e de fatores socioambientais. Dividem-se entre desastres humanos (provocados por ações humanas - como acidentes de trânsito e incêndios) e desastres naturais (causados por grandes impactos advindos de fenômenos naturais), podendo ser agravados ou não por atividades antrópicas, quando não se pode calcular os danos, sendo de difícil restituição (Brasil, 2024).

Já a Confederação Nacional de Municípios (CNM) divide o conceito de desastres entre dois tipos: os que acontecem por eventos repentinos, como os provocados por ciclones, vendavais (como enchentes, inundações, enxurradas e deslizamentos) causadores de danos imediatos; e os graduais, que surgem de forma progressiva (como secas e estiagens), cujos danos surgem ao passar dos anos, comprometendo o abastecimento de água e causando danos ao agronegócio e pecuária. (CNM, 2024)

Essa conceituação tem ganhado contornos muito diferentes, desde a sistematização de informações realizada por Quarantelli em 1978. O autor afirma não haver consenso intelectual acerca do tema, e que rotular desastres é algo que pode causar conflitos teóricos. Ele cita como exemplo a questão da fome em países em desenvolvimento, o que não é comumente relacionado a desastres, ou a epidemia de AIDS, pois alguns teóricos tendem a relacionar desastres a ocasiões envolvendo crises ou emergências imediatas. Porém, mesmo que não haja uma consonância entre os estudiosos do assunto, existe um

paradigma aceitável na área que envolve duas noções: a de que desastres são fenômenos sociais e que sua origem está na estrutura ou sistema social (Quarantelli, 2015).

Desastres não estão restritos a momentos. Podem inclusive ocorrer sem a presença de um fator físico, como os rumores de ameaça. Dutra (2017) afirma que não se trata de um acontecimento de um dia, com início e fim, e sim uma construção que ocorre no funcionamento normal da sociedade, e são criados através da exclusão de grandes massas de pessoas de seus direitos fundamentais. Sendo assim, não devem ser tratados como simples demandas a serem atendidas, já que não se resolvem apenas com reconstrução física e realocação de pessoas, às vezes levadas para outras áreas de risco.

A respeito disso, Valencio *et al* (2009) diz que os processos sociais que ocasionam os desastres fazem parte de uma cronologia formada muito antes ao impacto natural que os desencadeiam, como vendavais, chuvas, etc. Esses fatores estruturais derivam do patrimonialismo – com os vícios da máquina pública; das desigualdades sociais, dentro dos processos fundiários concentracionistas; da ausência de cidadania, do uso da terra e da água sendo privilégio de poucos e usados enquanto mercadoria; e da inexistência de uma organização política das pessoas afetadas, o que garantiria seus direitos fundamentais (Valêncio *et al*, 2009)

Da mesma forma, para Dutra (2017) desastres não podem ser tratados como eventos isolados, pois estão inseridos em um sistema social de processos profundamente desiguais. Essa é a lógica da Sociologia dos Desastres, que afirma que eles estão atrelados a uma série de aspectos “sejam eles econômicos, sociais, políticos e culturais, que se manifestam em sua plenitude” (Dutra, 2017, p. 32). Logo o termo “natural” não se aplica a desastres, pois fazem parte de um sistema que provoca essas mesmas situações disruptivas, empurrando a população rumo a áreas de risco, para a insalubridade e, por conseguinte, para a morte.

Compreendemos assim desastres como o resultado direto da predação desenfreada sobre o meio ambiente, com a precarização das condições de vida da população. Para Dutra (2017), apesar de serem tratados como eventos isolados, eles estão imbricados no sistema social no qual estão inseridos, e atingem principalmente pessoas que estão em vulnerabilidade social. Ressaltamos que o contexto de vulnerabilidade está relacionado à resposta frente a uma condição adversa. Sendo assim, a gravidade dos desastres “quase sempre depende de quem são os indivíduos, da posição que eles ocupam na sociedade e do tipo de sociedade” (Mattedi, 2017, p. 06).

Nas pautas da atualidade, as discussões sobre o tema fazem parte das agendas internacionais de forma global. Também se constitui como assunto principal de grupos de pesquisa e publicações científicas, além de um conjunto de iniciativas para a redução de riscos relacionados aos eventos disruptivos (Mattedi, 2017).

Trata-se de um avanço, já que até pouco tempo, desastres eram tratados como perigos naturais oriundos da geofísica, reduzidos a simples erros humanos, vistos como verdadeiras aberrações que escapavam daquilo considerado como “normalidade” e vinculados unicamente a medidas de emergência. É necessário que se confrontem os paradigmas que ignoram as pessoas que estão inseridas nos danos escondidos, como as populações que habitam ambientes isolados, que ao sofrerem danos causados por um desastre sequer são matéria para noticiários. São pessoas que, por vezes, trabalham no que é chamado de trabalho oculto, situados nas sombras da economia, o que implica também em jogos de interesses (Siqueira *et al*, 1996).

Por mais que se queira esconder a realidade dos acontecimentos de situações disruptivas envolvendo mudanças climáticas, fica impossível manter o discurso de que tudo vai bem com a chegada das mídias e o alcance da *internet* e do compartilhamento de informações em tempo real.

De acordo com Petteri Taalas, ex-Secretário-Geral da Organização Meteorológica Mundial (2016 a 2023), a quantidade maior de vapor d’água na atmosfera aumentou a ocorrência de chuvas e inundações, tornando as tempestades tropicais mais intensas. Dos 77 eventos relatados, 62 tiveram grande influência humana, bem como o aumento da probabilidade de ondas de calor. As mudanças climáticas também foram responsáveis pelo aumento do nível do mar e da frequência de ciclones tropicais, incluindo as inundações e outros impactos vinculados (ONU, 2021).

Em 2021, a OMM (Organização Meteorológica Mundial) e o Escritório da ONU para a Redução do Risco de Desastres lançou um relatório afirmando que 45% das mortes nos últimos 50 anos foram decorrentes de desastres (no período de 1970 a 2019), sendo 11 mil desastres reportados como eventos climáticos. Dentre estes, registraram-se 2 milhões de mortos e 3,47 trilhões de dólares em prejuízos econômicos. Fica nítido o fato que a desigualdade social é determinante na escolha entre quem vive e quem morre em consequência dos desastres, quando 91% dos óbitos dentro dessas situações disruptivas ocorreram em países em desenvolvimento. Dentro dos 10 maiores perigos dos desastres, o fator mais grave é a seca:

Dos 10 principais desastres, as secas provaram ser o perigo mais mortal durante o período, causando 650.000 mortes, seguidas por tempestades que levaram a 577.232 mortes; inundações, que tiraram 58.700 vidas; e eventos extremos de temperatura, durante os quais 55.736 morreram. (OMM, 2021).

Os eventos climáticos estão mais frequentes. A representante do Escritório Conjunto OMM-OMS sobre Clima e Saúde, Joy Shumake-Guillemot, afirma que os países de baixa ou média renda são os mais afetados, com cerca de meio milhão de pessoas sofrendo com as alterações do clima por ano. No período de 2000 a 2019, foram estimadas as mortes por calor de cerca de 489 mil pessoas por ano, principalmente na Ásia (45%) e na Europa (36%). A previsão é de que 560 desastres de médio ou grande porte ocorram por ano, uma média de 1,5 por dia até 2030 (ONU, 2023).

Outro desafio criado na era das transformações climáticas é o surgimento de uma nova categoria de refugiados, os chamados refugiados ambientais. Segundo Costa (2011), refugiado é um termo que deriva do latim *refugium* - lugar seguro onde se busca abrigo e proteção. Com as modificações provocadas no ecossistema e a ausência de recursos financeiros para que se mitigue os danos causados pelas adversidades, esses grupos de pessoas são constituídos por sujeitos que procuram abrigo terrestre sem que haja expectativa de retorno:

O refugiado ambiental se constrói com características únicas e exclusivas de um novo sujeito, cujo universo se compõe por um processo de fragmentação da existência social, em que a despersonalização, a perda e a suscetibilidade cultural e o anonimato provocado por um afastamento forçado de seu lugar de pertencimento levam-no à crise (Costa, 2011, p. 26).

A autora afirma que se trata de um grupo que está em conflitos humanos e sociais, convivendo com a dor da busca por aceitação em outros países e culturas, sem outros recursos que não sejam a solidariedade e a caridade internacional (Costa, 2011).

No Brasil, durante muitos anos foi naturalizado o fato de que pessoas saíssem de suas terras por conta da seca extrema rumo às grandes cidades, os chamados flagelados da seca, em sua maioria vindos do nordeste do país. De 1991 a 2012, os desastres ambientais mais frequentes foram secas, inundações e tempestades, sendo vistas como processos naturais e históricos (Siqueira, Mendes, Filho, 2016). Já os deslizamentos de terras e inundações bruscas e graduais somaram 87,15% das mortes relacionadas a desastres (Alves, Correa, Silva, 2024).

Dutra (2017) cita o sentimento de “orgulho de ser brasileiro” correspondente ao fato de que em nosso território não existem vulcões ativos, placas tectônicas em movimento ou tsunamis. Mas isso não implica que não tenhamos a incidência de

desastres, materializados através de imensas desigualdades sociais de uma população que é distanciada do acesso à educação, saúde, e inúmeros serviços básicos, o que está alinhado aos fenômenos físicos que geram um número incalculável de mortos, “feridos, desalojados e desabrigados todos os anos no território nacional, com consequências cada vez maiores e mais graves” (Dutra, 2017, p. 40).

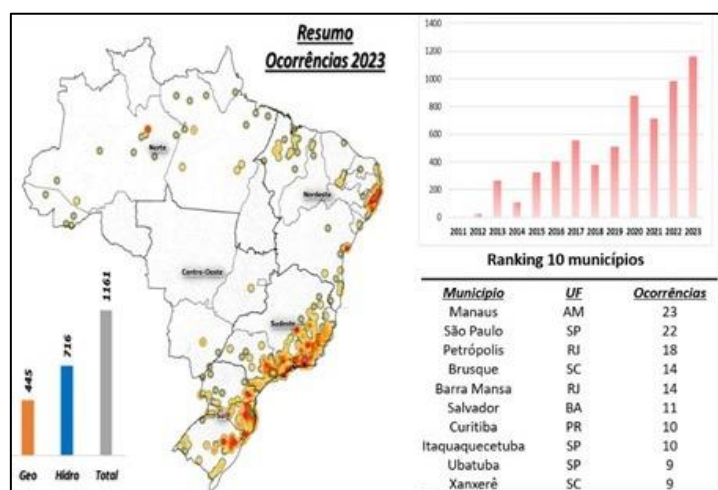
Sobre a incidência de desastres no país, a autora afirma que entre os anos de 1960 e 2008, foram mais de 15 milhões de pessoas afetadas, e 5.720 mortes registradas. Em 2008, esse número salta para 1,8 milhões de pessoas afetadas por desastres “naturais”. (Dutra, 2017)

Em 2023, com o agravamento da questão climática resultante dos fenômenos *El Nino* e *La Nina* no Brasil, o Centro Nacional de Desastres Naturais (CEMADEN) registrou recorde de ocorrência de desastres hidrológicos e geohidrológicos no país, emitindo a terceira maior quantidade de alertas desde a criação do Centro (em 2011). Assim, foram 3.425 alertas emitidos para os municípios cadastrados, sendo a maior parte na faixa leste do país:

Foram registrados 1.161 eventos de desastres, sendo 716 associados a eventos hidrológicos, como transbordamento de rios, e 445 de origem geológica, como deslizamentos de terra. O número supera os registros de 2022 e 2020. As ocorrências seguiram o padrão de locais para onde foram enviados os alertas, com concentração nas capitais e regiões metropolitanas. (Brasil, 2024)

Dos alertas emitidos, 1.612 foram geohidrológicos. Dados do relatório técnico de Panorama dos Desastres no Brasil (2024), respectivos aos danos humanos, mostram que no período de 01 de janeiro a 13 de maio foram registradas 13,1 milhões de pessoas afetadas, sendo 118,4 mil desabrigados, 872 mil desalojados e 231 mortos. No *ranking* nacional de emissão de alerta de desastres geo-hídricos, Manaus aparece em primeiro lugar (CEMADEN, 2024).

Conforme dados da plataforma Adapta Brasil, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), “48% dos municípios brasileiros (2.263) têm capacidade baixa ou muito baixa diante de eventos de secas”. O MCTI divulgou que desde o final de 2023 está em construção o Plano Clima, contando com grupos de trabalho representados por 18 ministérios, da Rede Clima e do Fórum Brasileiro de Mudança do Clima (Brasil, 2024). A seguir, temos o quadro com o resumo de ocorrências registradas em 2023:

Quadro 3 Resumo de Ocorrências 2023

Fonte: CEMADEN 2024

Ainda a respeito de desastres no Brasil, é latente a memória da Pandemia de COVID-19. Com elementos tecnológicos e sociais, a Pandemia foi provocada pelo vírus SARS-CoV-2 e teve seus impactos agravados mediante a quantidade de informações e desinformações disseminadas. Um dos fatores de maior preocupação, à época, era a ausência de saneamento por grande parte da população, ou seja, parte significativa da população brasileira não dispunha de acesso à água para a devida higienização. É necessário enfatizar que a pandemia ainda não foi classificada como desastre nas bases de dados oficiais, o que causa um enorme prejuízo para a pesquisa.

Conforme dados da ONU (2023), os anos de 2015 a 2022 foram os mais quentes já registrados, num ritmo de aquecimento de 1,45C° em comparação aos níveis pré-industriais. As consequências deste aumento do clima no planeta são drásticas para a vida humana.

Dentre os riscos relacionados às mudanças climáticas, estão a insegurança alimentar (calor e seca), e a poluição do ar, com cerca de sete milhões de mortes a cada ano de forma prematura. As doenças transmissíveis por água e alimentos também crescem, além do fator agravante de doenças não transmissíveis, como o câncer de pulmão e as crises respiratórias (ONU, 2023).

Dito isso, os impactos derivados na saúde são inúmeros. Dados publicados no relatório Unidos pela Ciência mostram que 90% das mortes decorrentes de desastres acontecem em países em desenvolvimento. Aos sobreviventes, feridos ou enfermos, restam ainda as consequências de contaminações, já que o desastre não some junto com o noticiário. Dentre as doenças registradas após enchentes estão as infecções parasitárias como a leptospirose. O registro de surtos de leptospirose é frequente após inundações, já

que a transmissão ocorre através de água e urina contaminadas por leptospira (Xavier, Barcelos e Freitas, 2014).

A pesquisa realizada pelos autores afirma que as internações por doenças infecciosas aumentam após enchentes, derivadas de doenças transmissíveis como diarreias, infecções respiratórias, malária, leptospirose, sarampo, dengue, hepatites virais, febre tifoide e meningite (Xavier, Barcellos e Freitas, 2014). Nela também se observaram outros problemas que fazem parte do rastro deixado por enchentes, como a incidência de fraturas e Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). De acordo com os autores, os AVCs ocorrem em razão de perdas familiares ou altos níveis de estresse.

Ainda conforme Xavier, Barcellos e Freitas (2014), o número de internações cai bruscamente somente após dois meses da ocorrência dos desastres. Por conta deste recorte temporal, o registro de algumas doenças é de difícil comparação, assim como alguns números não são registrados (as chamadas subnotificações). Essa dificuldade também é agravada devido ao período necessário para a incubação de algumas enfermidades, como a hepatite, a tuberculose e a própria leptospirose. Há ainda o risco de moléstias infecciosas decorrentes de contatos com animais e de intoxicações alimentares.

Os males causados pela exposição a situações de seca e estiagem também causam graves danos à saúde. Ressaltamos que as palavras seca e estiagem, apesar de aparecerem juntas em vários momentos, apresentam diferenças que precisam ser esclarecidas. Seca é um desastre extensivo, que ocorre de forma lenta, complexo de definir e de medir ou prever a duração; estiagem é um período com pouca incidência de chuvas, em que a perda de umidade do solo é superior à sua reposição (Grigoletto *et al*, 2016, p. 710).

Os efeitos podem ser imediatos e visíveis, como doenças infecciosas gastrointestinais. A longo prazo, até mesmo em um grande período de tempo (meses ou anos), podem ser observados danos como desnutrição e transtornos psicossociais nos indivíduos. Esse tempo de diagnóstico extenso dificulta a mensuração, o que por conseguinte, dificulta também as medidas de prevenção.

Desse modo, observa-se que são muitas as implicações decorrentes de ambas, sendo que os efeitos sobre a saúde humana podem afetar a rotina dos próprios serviços de saúde, bem como sua infraestrutura, justamente quando há maior necessidade de atendimentos.

Muitas vidas poderiam ser poupadas caso houvesse maior investimento em sistema de alerta precoce. Porém, somente metade dos 193 países integrantes da OMM possuem essa estrutura (ONU, 2022).

Como exemplo dos danos causados pela ausência de investimento na estrutura de prevenção de desastres, podemos citar o ocorrido no Brasil durante a pandemia. Conforme os autores Rodrigues; Carpes; Raffagnato (2020), o relatório do secretariado executivo da OMS lançado em 2005 já recomendava aos países que estivessem preparados para implicações decorrentes da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2). Sendo assim, era consenso que a pandemia iria acontecer, apenas não se tinha certeza do momento exato em que ocorreria.

Se as medidas preventivas fossem tomadas em tempo hábil, o panorama no país poderia ser muito diferente. O Boletim Epidemiológico Especial nº 162 registrou, no período de fevereiro de 2020 a abril de 2024, 38.795.966 casos confirmados de Covid-19, totalizando o quantitativo de 2.202.692 de internações e 712.038 óbitos em decorrência da doença (Brasil, 2024).

Apor certo as políticas de saúde pública enfrentam desafios na medida em que o número de desastres aumenta. Trata-se de um problema mundial, com vistas à prevenção e à mitigação dos danos causados às populações em situação de vulnerabilidade. Elas passam por constantes modificações necessárias frente às atuais mudanças de paradigmas. Assim, as legislações mundiais surgiram com inúmeros objetivos e prazos audaciosos devido ao caráter de urgência com que as situações disruptivas ocorrem, dada sua maior frequência.

Consequentemente, existem algumas normativas de suma importância no âmbito mundial conforme enunciaremos a seguir:

- Metas de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ONU): representam um plano de ação dentre os 193 Estados da ONU, com o objetivo de erradicar a pobreza extrema e a fome, oferecer qualidade de vida e educação a todos, proteger o planeta e promover sociedades pacíficas e inclusivas através de metas até 2030 (UNICEF, 2024).
- Quadro de Sendai para Redução de Risco de Desastres 2015–2030: marco de março de 2015, adotado na Terceira Conferência Mundial sobre a Redução do Risco de Desastres (Sendai, Miyagi, no Japão), com o objetivo de reduzir os riscos de desastres através de medidas que reduzam a exposição a perigos, aumentem a preparação para resposta e recuperação, aumentando a resiliência com relação a desastres (DC/RS, 2024).

- Acordo de Paris sobre Mudanças Climáticas: Acordo aprovado pelos 195 países integrantes da *United Nations Framework Convention on Climate Change* (UNFCCC) - Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre a Mudança do Clima, com o intuito de reduzir as emissões de gases de efeito estufa até 2030 (BRASIL, 2024).
- Regulamento Sanitário Internacional (RSI): Regulamento aprovado pela oitava Assembleia da Organização Mundial de Saúde em 2005, para vigorar a partir de 2007, para “prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais” (RSI, 2005)
- Assembleia Mundial da Saúde, que em 2016 estabeleceu um novo programa para Emergências de saúde, e se reuniu em maio de 2024 para discutir o Acordo de Prevenção, Preparação e Resposta para Pandemias.
- Estrutura de gestão de risco de desastres e Emergências de Saúde (GRDE de saúde): quadro conceitual desenvolvido para consolidar abordagens e práticas contemporâneas de saúde aos trabalhadores da redução de riscos de desastres. Sua estrutura “Define as estruturas, papéis e responsabilidades dos governos e outros atores para a GRDE de Saúde” (OMS, 2019)

Conforme o registro de eventos disruptivos tem aumentado, em uma velocidade e constância cada vez maior, podemos verificar como as legislações tem sido direcionadas não somente para quando os desastres ocorrerem, mas também para sua prevenção. E se em dado momento a humanidade confiava que esse seria um risco distante de acontecer, hoje os países trabalham para estar preparados quando os desastres acontecerem, preocupados em como serão direcionadas as ações de prevenção, de mitigação dos danos, bem como com a resiliência dos trabalhadores envolvidos e das populações mundiais. Desastres são a realidade humana e não há mais como negá-los. E o Brasil, em consonância com os acordos mundiais, com o intuito de fornecer respostas mais eficazes, tem adequado a legislação brasileira aos marcos legais internacionais.

1.3 Gestão de desastres: marcos legais (internacional e nacional)

De acordo com Valencio *et al* (2009), o conceito de risco surge entre os séculos XVI e XVII, o que a autora considera relativamente novo. Nesta época de navegações em áreas não cartografadas, o conceito estava vinculado a incertezas relacionadas ao futuro. Com o advento da sociedade industrial moderna, o risco passou a dizer respeito às mudanças inerentes a sociedade, e está dividido em dois tipos: o externo, ou que vem de fora e o risco fabricado.

Para Dutra (2017) estamos avançando na perspectiva da redução de riscos, “em termos de infraestrutura, educação, mobilização e também de respostas” (Dutra, 2017, p. 42). Isso tem sido traduzido em resultados positivos nos países que investem em prevenção. Ela exemplifica a importância utilizando os casos do Chile e do Haiti, ambos ocorridos em 2010. Durante um terremoto que atingiu 8,8 graus na escala Richter, o Chile registrou 20 óbitos, enquanto no Haiti foram mais de 200.000 mortes confirmadas. A diferença, conforme a autora, consiste no fato de que o Chile conta com um mecanismo de redução de desastres, trabalho do Comitê Nacional de Proteção Civil, além de alertas, organização comunitária e treinamentos em escolas. Cuba também é citada como exemplo por estar na rota dos ciclones tropicais do Caribe, mas é considerado um dos países mais preparados da região para lidar com os riscos (Dutra, 2017).

Através desses exemplos, Dutra afirma que a prevenção de desastres não se trata de uma mera questão de “desenvolvimento”, já que nenhum dos dois países citados são exemplos de sucesso de desenvolvimento dentro do modelo hegemônico:

As experiências de Cuba e do Chile demonstram também que atribuir a ocorrência de desastres à falta de desenvolvimento, sem um aprofundamento maior sobre este conceito, não oferece elementos suficientes para o alcance de uma explicação plausível sobre o assunto, tendo em vista que nem um nem outro país pode ser considerado exemplo de desenvolvimento dentro do modelo hegemônico da sociedade contemporânea (Dutra, 2017, p.44).

Dito isso, inferimos que riscos não podem ser entendidos de forma apartada, sem que se analise os contextos nos quais estão inseridos. A gestão de riscos compreende com maior abrangência os processos desencadeadores de desastres, e considera como agravante a ausência de políticas públicas. Uma das referências principais da gestão de riscos é o trabalho desenvolvido pela *La Red de Estudios Sociales em Prevención de Desastres em América Latina – La Red*. É a partir do entendimento de que o desastre não se trata evento isolado, e de que a ausência de políticas públicas também faz parte do

conjunto de fatores de risco, que a gestão de riscos abarca muito mais que as ameaças, abrangendo também a vulnerabilidade. (Dutra, 2017)

A regulamentação internacional de desastres tem evoluído ao longo do tempo para melhorar a prevenção e as respostas às situações disruptivas. Na década de 1970 a preocupação com desastres, bem como com suas consequências, começa a ganhar forma a partir da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano. Realizada de 05 a 16 de junho em Estocolmo, no ano de 1972, a conferência marcou a necessidade de cooperação internacional para que se enfrentasse a problemática dos eventos disruptivos. No documento produzido a partir do encontro, ressalta-se que o homem é ao mesmo tempo obra e construtor do meio ambiente, e que sua proteção é questão fundamental, sendo este um desejo e um dever de todos os povos e governos do mundo inteiro. E também que devemos conduzir o nosso desenvolvimento sempre avaliando nossa experiência, a disparidade na qualidade de vida nos países em desenvolvimento em relação aos países “desenvolvidos”, estabelecendo 19 princípios que versam sobre a responsabilidade no âmbito dos direitos de igualdade, direitos fundamentais e deveres de todos (ONU, 1972).

Na década de 1990, precisamente em 1992, foi sediada no Rio de Janeiro a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento (Eco-92 ou Rio-92), onde as delegações de 175 países se reuniram para definir medidas de enfrentamento decorrentes da emissão de gases de efeito estufa, com o intuito de propor um novo modelo de desenvolvimento econômico que estivesse alinhado ao uso sustentável de recursos naturais. A Rio-92 (ou Eco-92) foi um marco divisor para que a conscientização ambiental entrasse na agenda dos cinco continentes de forma definitiva (IPEA, 2009).

Em 1994, ocorreu a Conferência Mundial sobre Redução de Desastres Naturais, com a participação dos Estados membros da ONU, de Organizações Não Governamentais, da comunidade científica e de representantes da indústria mundial. Deste encontro surgiu o documento intitulado Estratégia de Yokohama para um Mundo mais Seguro, produzido em Yokohama (Japão), no período de 23 a 27 de maio de 1994, que consiste em um guia para desastres “naturais”, sobre prevenção, preparação e mitigação de danos (UNDRR, 1994).

Em 2002, ocorreu a sucedânea da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente Humano (1972) e Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e

Desenvolvimento (Rio-92 ou Eco-92), a Rio +10 foi sediada em Johannesburg, África do Sul, com a premissa de avaliar a evolução e a conferência das conferências anteriores, tendo como proposta a criação de um plano exequível. A Rio +10 destaca pela primeira vez os problemas decorrentes da globalização, causados pela desigualdade social. Aborda os recursos hídricos, fontes de energia e a redução de prejuízos à saúde causados por produtos químicos (Diniz, 2022).

Em 2005, na Conferência Mundial sobre Redução de Desastres em Kobe, Japão, foi adotado o Marco de Ação de Hyogo (MAH) (2005-2015), um instrumento adotado pelos Estados Membros das Nações Unidas para a implementação da redução de riscos de desastres. O MAH traz em seu bojo cinco prioridades de ação para a tomada de decisões, com objetivo de aumentar a resiliência das comunidades vulneráveis aos desastres, com a premissa do desenvolvimento sustentável, enumeradas a seguir: 1. Fazer com que a redução dos riscos de desastres seja uma prioridade; 2. Conhecer o risco e tomar medidas; 3. Desenvolver uma maior compreensão e conscientização; 4. Reduzir o risco e 5. Estar preparado e pronto para atuar (ONU, 2015).

Na mesma década, no ano de 2007, foram adotadas as Diretrizes para a Facilitação e o Regulamento Internos da Ajuda Internacional em caso de Desastre e do Auxílio Inicial à Recuperação (Diretrizes IDRL), aprovadas unanimemente durante a 30ª Conferência Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. Baseada em cinco anos de pesquisa, elas oferecem recomendações aos governos para operações de ajuda humanitária internacional, com base em documentos e políticas internacionais (IFRC, 2022).

Realizada em 2012, a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio +20) foi sediada na cidade do Rio de Janeiro e marcou os vinte anos de realização da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio-92). A conferência teve como tema principal a economia verde no contexto do desenvolvimento sustentável, modificando o paradigma financeiro tradicional, com o intuito de erradicar a pobreza, promover o trabalho decente, a energia limpa e o uso sustentável dos recursos do planeta (ACNUR, 2012).

No ano de 2015, em 18 de março, foi adotado o Quadro de Sendai para Redução do Risco de Desastres – 2015/2030, na Terceira Conferência Mundial sobre Redução de Desastres em Sendai, realizada no Município de Miyagi, Japão. O documento compreende quatro prioridades: a compreensão do risco de desastre, o fortalecimento da

governança, o investimento na redução do risco para a resiliência e a melhora da preparação para enfrentamento de desastres. Foi iniciado em março de 2012 através de negociações intergovernamentais, com o suporte do Escritório das Nações Unidas para Redução do Risco de Desastres, sendo o primeiro grande acordo pós-2015. Suas metas estabelecem o prazo de 2030 para que se alcancem os objetivos acordados (UNDRR, 2015).

Também em 2015, em novembro, foi realizada a Conferência das Partes (Paris), sobre as mudanças climáticas no planeta, resultando no Acordo de Paris, publicado em 12 de dezembro do mesmo ano. O acordo consiste em um tratado global, com vistas a conter o aquecimento e a emissão de gases de efeito estufa no planeta. Para isso, os governos concordaram em apresentar planos de ação, ampliando suas metas a cada cinco anos (UNFCCC, 2015).

Com o avanço das legislações mundiais sobre preparação e respostas a desastres, o Brasil – que é um dos membros fundadores da ONU - seguiu as orientações e adequou suas leis em conformidade aos documentos internacionais. Suas primeiras estruturas legais são contemporâneas à primeira e à segunda guerra mundial. Em 06 de setembro de 1946 foi criado o Conselho de Segurança Nacional. Em 1967, o Estado da Guanabara foi o primeiro estado brasileiro a organizar uma defesa civil estadual, em resposta aos danos causados pelas cheias e deslizamentos que atingiram diversas cidades localizadas na região da Serra do Mar. Em decorrência, em 1969 foi criado o Grupo Especial para Assuntos de Calamidades Públicas (GEACAP). Na transição de 1960 para 1970, surgiu o Ministério do Interior, para assistir às populações atingidas por calamidades. Em 1979 foi criada a Secretaria Especial de Defesa Civil, mas até o final da década de 1980 o país pouco avançou na discussão conceitual acerca do tema. Em 1988, cria-se o Sistema Nacional de Defesa Civil, um importante marco com relação às respostas aos desastres. (Souza *et al*, 2010).

No final da década de 1990 (conhecida como a Década Internacional para Redução dos Desastres Naturais), o Brasil elabora sua primeira Política Nacional de Defesa Civil (PNDEC). Esta política continha metas para cumprimento até o ano 2000, e estava baseada em quatro pilares: prevenção, preparação, resposta e reconstrução. É dentro de sua proposta que constam os Manuais de Defesa Civil (BRASIL, 2012).

Nos anos 2000, acompanhando as resoluções internacionais, o país mudou o foco de respostas para prevenção aos desastres, com vistas à redução de riscos. As gestões

municipais e estaduais passam a fazer parte das discussões. Anualmente, entre 2005 e 2009, através da Secretaria Nacional de Defesa Civil, foi realizado o Seminário Internacional de Defesa Civil, para fortalecer a participação social, bem como ações de prevenção. Nessa época verificou-se um aumento tanto dos registros de desastres quanto de atos legais, o que também ampliou os processos de gestão. Os atos legais cresceram acompanhando a ocorrência dos eventos disruptivos. No ano de 2015, tivemos alta de 168% no registro de desastres para 107% de atos legais relacionados, o que demonstra uma ampliação nos processos de gestão acompanhando os quantitativos de eventos disruptivos (BRASIL, 2022).

Com o fim da década de 2000, o país passou pelo agravamento dos desastres, como o ocorrido em 2008 em Santa Catarina, em 2010, com as alagações em Alagoas e Pernambuco, e em 2011, com os deslizamentos do Rio de Janeiro. Na década de 2010 acontecem movimentos de mobilização social, provocados pela grande comoção causada pelos desastres em território brasileiro. São realizadas a 1ª e a 2ª conferências nacionais, respectivamente em 2010 e em 2013. Da primeira conferência surge o primeiro ato em proteção e defesa civil brasileiro vindo do poder legislativo, que até então não havia participado das discussões acerca do tema. Desta feita, surgem as bases para a promulgação da Lei 12.608/2012, que institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC (BRASIL, 2022).

Destarte, a legislação sobre saúde e desastres no país continua em consonância com as legislações mundiais, envolvendo políticas e planos para a preparação, resposta e recuperação das áreas envolvidas. Hoje temos como principais normativas o Guia de Preparação e Respostas do Setor Saúde aos Desastres e o Guia de Prevenção e Preparação para Desastres Naturais, a Lei 14.750/2023 e o Projeto de Lei nº 5002, de 2023.

O Guia de Prevenção e Preparação para Desastres Naturais foi elaborado pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES/FIOCRUZ), entre os anos de 2015 e 2017, com o intuito de oferecer informações para a redução dos riscos de desastres em três etapas, que incluem a classificação de riscos, relatórios de segurança de barragens e mapas de distribuição. Seu objetivo principal é subsidiar o Sistema Único de Saúde (SUS) no desenvolvimento de planos de preparação e de resposta, e conta com a participação das secretarias municipais e estaduais que integram o SUS (FIOCRUZ, 2023).

A Lei 14.750/2023 amplia os instrumentos de prevenção de desastres, a partir da alteração das Leis nº 12.608, de 10 de abril de 2012, e nº 12.340, de 1º de dezembro de 2010. Dentre as alterações, a lei inclui: obrigações aos empreendedores como análise de risco prévio à implantação do empreendimento, incluindo realocação de hospitais e escola para locais seguros, monitoramento contínuo dos fatores de risco e integração com os órgãos do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil e com a sociedade (BRASIL, 2023).

O PL 5002/2023 - Política Nacional de Gestão Integral de Risco de Desastres (PNGIRD), institui o Sistema Nacional de Gestão Integral de Risco de Desastres (SINGIRD) e estabelece que as ações da política devem considerar cenários atuais e futuros decorrentes das mudanças climáticas, com o objetivo de reduzir, limitar ou evitar o risco de desastres. Foi aprovado pela Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) do Senado Federal em 7 de maio de 2024, e aguarda designação do relator (BRASIL, 2023). A seguir, traremos uma linha do tempo com os principais registros históricos concernentes ao tema:

Figura 1 Marcos Legais da Gestão de Desastres no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Ministério de Desenvolvimento Regional (MDR), 2022.

Juntamente às legislações, os planos de ação utilizados para o trabalho de prevenção e mitigação de desastres passam constantemente por atualizações. Neles estão inclusos os mecanismos responsáveis pela comunicação dos riscos, fator crucial para o aumento de mecanismos de resiliência, tendo com o objetivo principal aumentar a eficácia dos resultados pretendidos (BRASIL, 2022).

CAPÍTULO 2 - GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA E SUA CONEXÃO COM A GESTÃO DE DESASTRES

A questão ambiental tem relação direta com a saúde pública. Nesse sentido, é notável que os impactos da precarização da política de saúde pública - que têm se intensificado cada vez mais - representam também agravos para a crise climática. Esta dinâmica, devido as suas proporções multiplicadas à medida em que o capitalismo aumenta sua predação ao meio ambiente, tem tomado uma velocidade sem precedentes.

Do ponto de vista histórico, após o nascimento da medicina social na Europa (Alemanha, França e Inglaterra) ocorrida durante os séculos XVIII, XIX e início do século XX, os direitos sociais que foram sendo conquistados pela classe trabalhadora passaram a ser intermediados pelo Estado, sobretudo a partir do período de 1930 (Bravo, 2006).

No Brasil, na década de 1920, a reforma Carlos Chagas e a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (1923) são tidas como embrião do esquema previdenciário brasileiro, ampliando assim as estratégias de poder da União, dividindo o financiamento entre as empresas empregadoras e os empregados, em uma forma paritária de administração (Bravo, 2006).

De acordo com a autora, a intervenção efetiva por parte do Estado só aconteceu a partir de 1930, mediante iniciativas do setor de saúde, que buscavam intervir nas expressões da questão social decorrentes da economia capitalista baseada na exportação de café daquela época, somadas à implementação do trabalho assalariado. Foi nesse movimento que ocorreu a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação” (Bravo, p. 4, 2006).

Naquele período a política de saúde encontrava-se subjugada pela política previdenciária, e foi apenas na década de 1960, com a chegada da ditadura, que se começou a pensar a saúde pública de modo mais independente. Na ditadura civil-militar, o Estado passa a intervir através do que Bravo (2006) chama de *repressão-assistência*, por meio da implementação de um modelo de privatização da previdência (1966). Por conta disto, a saúde assume um caráter de prática médica a serviço dos interesses internacionais, em razão das indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares, modelada a partir da expansão capitalista no Brasil (Bravo, 2006).

Também durante o período ditatorial, a política social assumiu o papel de mediadora da questão social, com o intuito de canalizar as pressões populares. No âmbito da saúde,

as contradições advindas impulsionaram um processo de democratização política, surgindo assim um amplo debate sobre a saúde não ser de interesse meramente técnico e passar a abranger vários sujeitos sociais importantes, como a sociedade civil, os profissionais de saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos. Então, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília, ultrapassando a análise setorial e englobando a sociedade como um todo:

Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (Bravo, 2006, p. 9).

Em 1988, com a promulgação da Constituição da República, surge juridicamente a possibilidade de solução para a crise da saúde, com a extensão universal dos direitos sociais no país frente às desigualdades existentes. Porém, a partir da década de 1990, com o avanço das políticas de ajuste neoliberal - por meio das contrarreformas - o Estado passa a assumir um papel de promotor e regulador, num modelo gerencial de obediência às leis do mercado (Bravo, 2006).

As contrarreformas neoliberais significam um processo de recuo dos direitos sociais, onde o Estado age a favor do mercado:

É, acima de tudo, um processo contrarrevolucionário que atua em favor do mercado, no qual o Estado traz uma série de medidas com claro interesse no desfinanciamento e na privatização das políticas ligadas à proteção social (Pinheiro; Bellini, 2021, p. 87).

Hoje, os ataques neoliberais às políticas de saúde no Brasil fazem com que o país assista a um longo processo de desmonte e precarização cada vez maior. Apesar de ter seu início no ideário da década de 1990, esse mecanismo de caráter destrutivo foi acelerado nos últimos anos, mais especificamente a partir de 2016, com seus principais efeitos sentidos pela classe trabalhadora, deixando a população à mercê de serviços precarizados e dependentes do setor privado de saúde (Oliveira, 2021).

2.1 Os desafios da gestão de saúde no cenário contemporâneo frente à ofensiva neoliberal (desfinanciamento e precarização da saúde pública)

Conforme estabelecido pela Constituição de 1988, no sistema de saúde pública não deve haver discriminação quanto às pessoas atendidas, sendo a saúde um direito universal e um dever do Estado (Lei nº 8.080/90). Para isto, cabe ao poder público a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e serviços destinados à saúde. Desta feita, em 1990 constitui-se o Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a integrar em rede os serviços públicos, com atendimento integral e a participação da sociedade. Ficou estabelecido que o setor privado deve ser complementar, com contratos priorizando entidades filantrópicas e obedecendo o direito público, proibindo a comercialização de sangue e seus derivados, e garantindo ao Estado a intervenção caso as entidades não cumpram os deveres contratuais, seguindo assim o Projeto de Reforma Sanitária (Bravo, 2006).

Porém, para Santos e Funcia (2020), a partir da década de 1990, nenhum governo priorizou a saúde pública no país, e por pouco o SUS não se transformou em um sistema de saúde para pobres. Para eles, bastaria que o tripé - direito posto, sistema único e o financiamento - fosse cumprido para que a saúde pública se destacasse, inclusive internacionalmente. Mas, ainda que seja garantida pela Constituição, a saúde nunca esteve como fator prioritário na alocação de recursos orçamentários e financeiros (Santos; Funcia, 2020, p. 2,).

Nos tempos atuais, a resposta neoliberal à Reforma Sanitária tem sido a desconstrução da proposta constitucional. Com a saúde vinculada ao mercado, a sociedade civil passa a ser responsabilizada pela crise na área da saúde, surgindo assim um forte movimento de refilantropização, no qual, para reduzir os custos, são utilizados agentes comunitários e cuidadores para que exerçam atividades profissionais.

Para Oliveira (2021), o desmonte das políticas públicas (especialmente políticas de saúde) tem empurrado milhares de pessoas para serviços precarizados, bem como para o setor privado, transformando os que deveriam ser sujeitos de direitos em clientes, ocasionando disputas pelos recursos públicos.

Na visão de Santos e Funcia (2020) a responsabilidade social é um entrave ao mecanismo de predação do capitalismo, sendo uma possibilidade também de reivindicar a garantia dos direitos básicos aos cidadãos:

A responsabilidade social é um freio estatal ao instinto predatório do capital visando à diminuição das desigualdades sociais, mediante a garantia aos cidadãos de seus direitos fundamentais, como a saúde, intrinsecamente ligada à vida; à educação, ao desenvolvimento da ciência, pesquisa e tecnologia (Santos; Funcia, 2020 p. 2)

A respeito disso, Pinheiro e Bellini (2021) afirmam que o neoliberalismo impõe seu modo de agir de forma a abranger tanto os governantes quanto a classe trabalhadora, conforme a mesma racionalidade do capitalismo contemporâneo. Inseridos nessa lógica, os homens passam a ser guiados a comportamentos individualistas, como se fossem “empresas de si mesmo”, se afastando do senso de coletividade, numa “mercantilização das relações sociais de forma ampliada” (Pinheiro; Bellini, 2021, p. 84).

Em concordância, Bravo (2006) afirma que existem descumprimentos dos dispositivos legais como o desrespeito ao princípio da equidade e o afastamento do princípio da integralidade, separando o SUS entre o hospitalar e o básico, “havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde” (Bravo, 2006, p. 14).

Ainda de acordo com Bravo (2006), existem dois projetos em constante tensão: o de reforma sanitária – construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o vinculado ao mercado, ou privatista (Bravo, 2006).

Dito isso, ressaltamos que o desfinanciamento do SUS é algo que surge desde os primeiros anos do seu nascimento. Para compreendermos a gravidade do que se apresenta nos dias atuais, façamos uma breve retrospectiva do funcionamento do SUS. Ressaltamos que o SUS foi criado nos preceitos de Estado de Bem-Estar Social, e em relação a outros sistemas de saúde no mundo, surgiu de maneira tardia:

O Sistema Único de Saúde (SUS), sempre importante lembrar, foi criado com base na concepção de Estado de Bem-Estar Social e aconteceu no Brasil de forma tardia em relação aos Estados europeus que adotaram o modelo universal para promover justiça social e recuperar os países da miséria e destruição pós-segunda guerra mundial (Andrade; Costa; Rizzotto, 2023, p. 2).

Assim sendo, quando a previdência, a saúde e a assistência passam a integrar a Seguridade Social, passam também a ter orçamento próprio e contribuições sociais específicas, além dos recursos do orçamento fiscal. O SUS logrou êxito ao longo do tempo, através da transição de um modelo previdenciário para um sistema integrado e integral, com a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência – INAMPS, e a criação das comissões intergestores tripartite e bipartite (Santos; Funcia, 2020).

Ficou estabelecido no texto constitucional que a saúde é direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário, conforme previsto nos artigos 195 e 196 da Constituição Federal de 1988. Santos e Funcia (2020) destacam que, a medida em que a

saúde é reconhecida como direito, dá-se início à participação de um sistema jurídico-administrativo próprio, definindo-se assim uma matriz orçamentária, e o SUS passa a ser organizado nacionalmente:

Para a efetivação do direito à saúde, o SUS passou a ser organizado nacionalmente, mediante a integração de ações e serviços de saúde de âmbito federal, estadual e municipal, em rede nacional, estadual, regional e municipal, tendo, ao longo desses anos, 47 políticas públicas, definidas pelo Ministério da Saúde, em execução pelas três esferas de governo, nem sempre de modo satisfatório pela falta de financiamento adequado (Santos; Funcia, 2020, p. 03)

Sendo assim, o descumprimento da matriz financiadora e uma de série de outros fatores, a exemplo da Desvinculação de Recursos da União (DRU) - gerou uma frequente tensão entre o Ministério da Saúde e as áreas econômicas do governo federal desde os anos de 1990.

Santos e Funcia (2020) traçam uma linha do tempo sobre o desfinanciamento da política de saúde no Brasil: de 1990 a 2012, sinalizando que ações de outras áreas tiraram diretamente da saúde 11% de financiamento, como serviços de assistência, previdência, educação e infraestrutura; em 1993 o Ministério da Previdência e Assistência Social não efetuou os repasses obrigatórios por 110 dias, gerando ações judiciais e uma dívida de 2 bilhões de reais pelo empréstimo do Fundo do Amparo ao Trabalhador (FAT) ao Ministério da Saúde, uma dívida gerada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); de 1994 a 2023 ocorre a chamada desvinculação “provisória” de receitas da União (que completou 29 anos em 2023); em 1994 também ocorreu a conversão da URV para o Real, trazendo perdas que, se corrigidas até 2001, implicariam em 41 bilhões de reais; no ano de 1995 tentou-se uma reforma na Seguridade Social, que tinha 40 bilhões de Reais ligados a interesses da Previdência Privada e de companhias de seguro saúde, que pela ausência de recursos deu início à discussão da criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) para a Saúde, criada entre 1996 e 1997, que em vez de somar, subtraiu fontes próprias de financiamento da saúde; em 1998 ocorrem novos cortes, desta vez segregando contribuições sociais, tornando-as exclusivas à Previdência Social, atingindo a saúde e a assistência social.

No decorrer das décadas de 1990 e 2000, o modelo de seguridade social, no qual o SUS está inserido, sofreu com ambições de cunho neoliberal, inclusive de desfazer seu caráter público, no intuito de privatizá-lo e transformá-lo em seguro individualizado (Andrade; Costa, Rizzotto, 2023, p. 2).

Na década de 2000, ocorreu a extinção da CPMF, tendo arrecadado R\$ 223 bilhões entre 1998 a 2006, sendo que apenas R\$ 33,5 bilhões desse montante foram destinados à saúde, mesmo que a sua criação tivesse exclusivamente esse intuito. Em 2015, a Emenda Constitucional no. 86 (EC 26/2015) previu 15% das receitas correntes líquidas da União como gasto mínimo em saúde por cinco anos e de modo escalonado. Somente a partir de 2020 o piso retomaria o nível de aplicação. Esta EC também retirou da receita de *royalties* do Pré-Sal, anulando o efeito de novos recursos para o atendimento de saúde da população. (Santos; Funcia, 2020).

Em 2016 a Câmara Federal votou em dois turnos a PEC 241, promulgada como EC no. 95/2016, a qual estabeleceu uma queda no valor *per capita* e fixou um teto para as despesas primárias da União no período de 2017 a 2036, reduzindo ainda mais a capacidade de financiamento do SUS. Não à toa os autores a denominam como “a última martelada do prego na cruz” (Santos; Funcia, 2020, p. 05).

A partir de 2018, as quedas no financiamento do SUS tem ocorrido em termos reais *per capita* e em Receita Corrente Líquida, aprofundando o subfinanciamento e caracterizando assim o desfinanciamento. A redução de recursos atingiu 17,6 bilhões de reais (dados anteriores a pandemia do novo coronavírus/Covid-19) (Santos; Funcia, 2020).

Em 2019 o governo Bolsonaro, então recém-empossado, teve como uma de suas primeiras ações o envio da Proposta de Emenda à Constituição nº 6, de 2019, ao Congresso Nacional, visando estabelecer uma “nova previdência”, sob o argumento de que as demandas sociais da democracia não cabiam no orçamento, numa proposta de Regime de Capitalização Individual baseada no padrão chileno:

Pretendia-se desconstitucionalizar totalmente o Sistema Seguridade Social: caminho para solucionar o desfinanciamento do SUS, lutar contra a desigualdade e reconstruir a democracia de Seguridade Social, sinalizando para a adoção de um Regime de Capitalização Privada, em ruptura com o modelo de solidariedade intergeracional, conceito histórico de financiamento previdenciário, desde as primeiras CAPs, em 1923 (Andrade; Costa, Rizzotto, 2023, p. 07).

Apesar da proposta ter sido derrotada, a Emenda Constitucional nº 103 de 2019 trouxe em seu bojo diversos dispositivos que barravam o acesso à proteção previdenciária, pormenorizando a situação trabalhista e diminuindo os benefícios dos trabalhadores (Andrade; Costa; Rizzotto, 2023).

Em 2023, o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde – IEPS publicou a Nota Técnica nº 29, que analisou os dados da Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2023,

comparando-os à LOA dos últimos nove anos. Na respectiva análise estão contidos os dados sobre o que mudou na saúde no período de 2013 a 2023. Confirma-se então que, atualmente, o orçamento destinado à saúde continua estagnado, embora tenha ocorrido um aumento de 2,5% em relação a 2013 (Nobre; Faria, 2023).

A análise revela que esse aumento se deu em decorrência de gastos com a pandemia de COVID-19 e, quando desconsiderados estes gastos, houve uma redução considerável dos investimentos no período analisado, com um recuo de 6 pontos percentuais. Os menores repasses ocorreram no governo de Jair Bolsonaro, do Partido Liberal (Nobre; Faria, 2023).

No ano de 2020, o ano de início da pandemia, entrou em vigência um novo formato de emendas parlamentares, as *emendas do relator*, popularmente conhecidas como *orçamento secreto*, sendo a principal fonte de participação dos parlamentares relacionadas ao Ministério da saúde. Em 2014, a cada cinco reais de despesas com saúde, dois foram provenientes de emendas parlamentares. Em 2020 e 2021, as emendas responderam por metade desse quantitativo. Isso demonstra que o investimento além de diminuir ao longo dos anos, tem sua responsabilidade transferida para o cunho político pelos parlamentares, o que enfraquece ainda mais a estruturação da rede de saúde (Nobre; Faria, 2023). O cenário atual demonstra o tamanho das perdas na última década:

Embora esses sejam, em 2023, 35,3%, ou R\$ 1,5 bilhão, maiores que os do ano anterior, sua dotação atual é 64,2% menor do que a de 2013, e 37,4% mais baixa que a média dos últimos nove anos. Em valores absolutos, o cenário é ainda mais preocupante, visto que o montante atual – R\$ 6 bilhões – representa menos da metade do total orçado há dez anos, de R\$ 16,8 bilhões, o que revela falta de priorização na ampliação das estruturas físicas no SUS (Nobre; Faria, 2023, p. 04)

O aumento registrado foi por parte de subsídios, ou seja, apoio financeiro concedido pelo governo. Houve registro de 88% de aumento nos subsídios vinculados, de R\$ 37,6 bilhões, em 2013, para R\$ 70,7 bilhões em 2023. A nota técnica enfatiza que:

(...) desses subsídios, 37,7%, serão destinados a despesas médicas privadas, e efetivados por meio de deduções no imposto de renda. A segunda maior será destinada a empresas de industrialização e importação de medicamentos. A terceira posição se trata de desonerações de assistência médica para trabalhadores. Juntos, esses três subsídios correspondem a 68,9% da desoneração fiscal em saúde (Nobre; Faria, 2023, p. 07).

Em contrapartida, entre 2023 e 2022, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) teve queda de orçamento de 5,5% (R\$ 432 milhões); A Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) também apresentaram queda de 4% no orçamento (respectivamente R\$ 11 milhões e R\$ 31 milhões); O dado que chama a atenção é relacionado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com uma perda de 17,5% em relação ao ano anterior e com relação a 2013, a perda é de 61% (R\$ 4,7 bilhões) (Nobre; Faria, 2023).

É necessário enfatizar que as instituições supracitadas desempenharam papel fundamental no período pandêmico, e mesmo tendo havido algum investimento no setor público, ele se torna irrisório quando comparamos ao investimento realizado no setor privado. Pinheiro e Bellini (2021) afirmam que em abril de 2020 (então gestão Bolsonaro), a liberação de verbas por parte do governo federal ao sistema financeiro foi de aproximadamente R\$ 1,216 trilhão de reais, sob o pretexto de “reverter os impactos negativos da pandemia na economia” (Pinheiro; Bellini, 2021, p. 86).

Este desfinanciamento da saúde pública traz graves consequências à saúde das pessoas, principalmente as que estão em situação de vulnerabilidade social. Com relação aos desastres, podemos utilizar como exemplo recente a pandemia de COVID-19, a maior crise sanitária da história do Brasil (BRASIL, 2023). A falta de investimento em saúde, como vetor do desmantelamento dos serviços, explicitou os limites no atendimento do público usuário dos serviços do SUS:

A situação da pandemia da covid-19 pressionou hospitais, ambulatorios e unidades básicas de saúde de modo a explicitar seus limites no atendimento aos usuários da saúde pública. Mas, na contramão da ampliação dos serviços de saúde pública, o governo ainda opera estratégias de focalização e privatização do SUS (Pinheiro; Bellini, p. 86, 2021).

Apesar de toda a tragédia em âmbito mundial e principalmente nacional, o Ministério da Saúde não caracterizou a pandemia como desastre. Em 2023, o país alcançou o número de 700 mil mortes causadas pela doença (isso sem que possamos quantificar as subnotificações).

2.2 O SUS como modelo de gestão da saúde pública brasileira e sua conexão com as estratégias de gestão de desastres previstas nos marcos legais (internacional e nacional)

Mesmo com inúmeras críticas, SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo. É composto e gerido pelo Ministério da Saúde, estados e municípios,

tendo cada ente sua corresponsabilidade. O Ministério da Saúde é o gestor nacional do SUS. É dele a função de formular, normatizar, fiscalizar e avaliar políticas e ações, através de articulação com o Conselho Federal de Saúde. Sua estrutura é formada por Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS), Instituto Nacional de Câncer (INCA), e oito hospitais federais (BRASIL, 2024). Notemos que quatro dessas instituições (FIOCRUZ, ANVISA, ANS e FUNASA) passam por graves desafios atualmente com relação a financiamento, conforme visto no tópico anterior.

Sobre a responsabilidade das esferas estadual e municipal, cabe à Secretaria Estadual de Saúde participar da formulação das ações de saúde, prestar suporte aos municípios em consonância com o conselho de saúde estadual e participar da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), implementando e aprovando o plano estadual de saúde. Já a Secretaria Municipal de Saúde desempenha o papel de planejar, organizar, controlar, avaliar e executar as ações e serviços, articulada com o conselho municipal e com a esfera estadual, para “aprovar e implantar o plano de saúde” (BRASIL, 2024, p. 02).

Em termos organizacionais, seus princípios se dividem entre *Regionalização e Hierarquização* e *Descentralização e Comando Único*. A respeito do princípio da Regionalização e Hierarquização, seus serviços devem atingir determinada área geográfica, organizados em níveis crescentes, e seus planejamentos devem ter como base critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população. O princípio da Descentralização e Comando Único diz respeito a redistribuir o poder e a responsabilidade entre os níveis federal, estadual e municipal (três níveis de governo). A descentralização visa maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. Em relação ao SUS, a descentralização deve atingir a esfera municipal, para que os municípios tenham condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras. Cada esfera do governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades (concepção constitucional do mando único), para que se respeitem os princípios gerais, bem como a participação popular. E é justamente para garantir a participação popular que os Conselhos e as Conferências de Saúde devem ser criados (BRASIL, 2024).

Dessa forma, o SUS é composto por entes, cuja gestão será descrita a seguir:

- União (gestão federal): realizada através do Ministério da Saúde. O principal financiador da rede pública de saúde é o governo federal. Deve

aplicar metade de todos os recursos do país em saúde pública, sendo a outra metade responsabilidade de estados e municípios. Sua função é o controle do SUS por meio de instrumentos, através de planejamento, elaboração de norma e avaliação (BRASIL, 2024);

- Estados e Distrito Federal: com secretarias específicas para a gestão de saúde, devem aplicar recursos próprios e os repassados pela União, inclusive nos municípios (BRASIL, 2024);
- Municípios: os recursos advindos da União e do Estado devem ser aplicados pelo gestor municipal, dentro de seu território, em ações e serviços de saúde. O município coordena e planeja o SUS (respeitando as normas federais), formulando suas próprias políticas de saúde. Para garantir o atendimento da população, pode inclusive estabelecer parcerias com outros municípios, como em procedimentos de alta complexidade. O município é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde (BRASIL, 2024);

Como já foi mencionado a relação entre Políticas Públicas de Saúde e Desastres é intrínseca. Sendo assim, a Gestão de Riscos de Desastres é estratégica para a saúde e está diretamente ligada às políticas de saúde pública e também presente nas três esferas do governo (federal, estadual e municipal), como o próprio SUS.

Para Jatobá e Carvalho (2024), essa relação deve ser analisada de forma conjunta, possibilitando assim a existência de mecanismos e diretrizes internacionais e nacionais, com o intuito de observá-los, compreendê-los e segui-los. A exemplo dessa necessidade de ação conjunta, entre os seis indicadores do Índice Global de Segurança Sanitária (GHSI) publicado em 2019 pela Universidade *Johns Hopkins* - em colaboração com o *Nuclear Threat Initiative*, estão a acessibilidade do setor saúde para assistir à população e o comprometimento do país com às normas de saúde internacionais, inclusive em termos financeiros. Esses fatores fazem parte do chamado estado de preparação ou prontidão, que versa sobre a habilidade de resposta e recuperação (Jatobá; Carvalho, 2024).

Dentro das iniciativas na saúde pública/desastres, a OMS lançou em 2015 propostas para enfrentar os desafios impostos pela mudança climática, para que se possa desenvolver determinadas habilidades nos sistema de saúde, sendo que elas devem

contribuir para entender, monitorar, antecipar, comunicar e se preparar para mudanças nos riscos à saúde relacionados ao clima; prevenir, responder, gerenciar e lidar com a incerteza, adversidade e estresse; adaptar operações e funções de saúde para lidar com a mudança de risco; recuperar-se de crises e contratempos de maneira efetiva e com reduzida dependência de suporte externo; e aprender com a experiência e melhorar a capacidade do sistema para o futuro (Jatobá; Carvalho, 2024).

Especificamente na área da saúde pública, os sistemas devem se adaptar para que eventos disruptivos - que demandam muito estresse - não comprometam as funções indispensáveis da rede:

Se a resiliência reside na capacidade de se adaptar ao inesperado, no caso da saúde pública essa habilidade deve ser desenvolvida continuamente, e não apenas diante de grandes crises. É a partir da experiência cotidiana que os sistemas devem desenvolver habilidades de prevenção, adaptação, absorção e aprimoramento. (Jatobá; Carvalho, p. 25, 2024)

No que tange à gestão de riscos, Cerutti e Oliveira (2011) afirmam que estando os desastres ligados às atividades humanas, e por conseguinte às desigualdades decorrentes do conceito de “crescimento”, não por acaso causador de diferentes vulnerabilidades, os riscos também se distribuem de forma desigual, acompanhando o processo do famigerado desenvolvimento econômico. Em decorrência do aumento do número de desastres nos países que são classificados como *países em desenvolvimento*, alimentou-se a ideia de que o desenvolvimento sustentável somente poderia ser alcançado caso fosse criada uma escala de redução de risco:

O nexo entre desenvolvimento econômico, degradação ambiental, construção do risco e concretização de desastres nos países em desenvolvimento impulsionaram a ideia de que o desenvolvimento sustentável somente poderia ser alcançado se a redução e a previsão do risco fossem componentes do desenvolvimento setorial e territorial em nível internacional, nacional e local. (Cerutti; Oliveira, 2011 p. 418)

Por conta disso, a criação da Gestão de riscos (1996) procura garantir que os processos de desenvolvimento não sejam os causadores de novos riscos. Dessa feita, os estabelecimentos de saúde devem construir planos que utilizem os recursos disponíveis para atender às emergências. Para isso, faz-se necessário que sejam analisados fatores de gravidade, uma tarefa complexa e que abrange inúmeras variáveis, o que inclui analisar questões subjetivas relacionadas às vidas das pessoas e que ultrapassam fórmulas matemáticas. Dentro de tais análises devem constar a “disponibilidade de recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros” (Cerutti; Oliveira, 2011, p. 419,).

Seguindo diretrizes mundiais, o SUS e a Defesa Civil dispõem de ferramentas para monitorar os estabelecimentos de saúde e os desastres no país. Destacamos a importância do monitoramento dessas ferramentas para a construção de alternativas em consonância com a Gestão de Riscos de Desastres, a fim de que sejam criadas alternativas eficazes para estados e municípios aplicarem seus recursos, e para que se possam realizar não apenas as ações reativas, como também as corretivas e prospectivas.

No Brasil, dentre ferramentas e ações, destacamos a importância do Vigidesastres, um programa do Governo Federal em conjunto com a esfera estadual, de normatização, capacitação, planejamento, execução, avaliação, e fomento a estudos e pesquisas. Esse trabalho tem o objetivo de desenvolver ações contínuas para a redução do risco de exposição da população e dos profissionais de saúde, reduzindo também, doenças e demais agravos decorrentes. O Vigidesastres está sob responsabilidade da Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental, do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2024).

Outro importante programa é o Vigiar SUS, que foi lançado pelo ministério da Saúde em 2020 (ano em que a OMS caracterizou a COVID-19 como pandemia), sendo esse um mecanismo de vigilância, alerta, e respostas a ações, visando a melhoria da saúde e do bem-estar da população, para que se possa ampliar constantemente a capacidade de vigilância e alerta, através da detecção oportuna, da articulação com Estados, Municípios e Distrito Federal, e da prevenção e controle de surtos e epidemias, dotando o país de estratégias de segurança nacional. (BRASIL, 2024).

Para que possamos acompanhar os dados da gestão de saúde temos o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que surgiu em 1976, através da publicação no IBGE dos primeiros resultados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS). Hodiernamente, o CNES é um instrumento utilizado para que sejam tomadas decisões por todos os atores do SUS, podendo ser consultado pela população em geral. Nele estão presentes os cadastros de todos os serviços de saúde, sejam eles Públicos, Conveniados e Privados, proporcionando aos gestores o conhecimento real de sua rede assistencial, o que o torna uma ferramenta de apoio para a tomada de decisões e de planejamento. Seus objetivos incluem integrar os Sistemas de Informação do Ministério da Saúde, possibilitar o controle do custeio de repasses, e ao mesmo tempo dar visibilidade à sociedade (BRASIL, 2024).

Outra plataforma importante é o PlanejaSUS, de ação contínua com vistas a integrar de forma articulada e solidária o planejamento das três esferas de gestão do SUS. Através dela podem ser consultados vários documentos de grande relevância, como legislações, modelos de instrumentos, sistemas de planejamento, manuais e orientações, planos de saúde e planejamentos anuais, dentre outros (BRASIL, 2024).

Ressaltamos também o Atlas Digital de Desastres no Brasil, que permite a visualização de gráficos, tabelas e mapas, revelando os detalhes das ocorrências em cada município, com o objetivo funcionar como instrumento de apoio na tomada de decisões relacionadas às políticas públicas. Foi desenvolvido pela equipe técnica do Centro de Estudos e Pesquisas em Engenharia e Defesa Civil - CEPED/UFSC, utilizando dados do Sistema Integrado de Informações sobre Desastres (S2iD). Através dele, pode-se exportar tabelas e mapas personalizados, por estado, desastre, categoria de impacto e ano (BRASIL, 2024).

É imprescindível que atentemos para a realidade presente quando compreendemos a urgência da eficácia da gestão de riscos. Sendo assim, faz-se necessário reconhecer os avanços relacionados ao processo de estruturação das políticas públicas de saúde e de desastres, que precisam estar alinhadas para agir em conjunto na obtenção de uma práxis efetiva. Destacamos a importância do entendimento de como as mudanças climáticas estão inseridas na gestão de risco, além do desenvolvimento geral da ideia de inserção de todos no processo de prevenção de desastres, por meio de mecanismos educacionais da população, do investimento das pesquisas nas universidades, da responsabilização dos gestores, no envolvimento das esferas municipais, estaduais e federal, do comprometimento das autoridades no cumprimento dos acordos estabelecidos, do monitoramento das atividades do setor privado e da adequação ao conjunto internacional de normativas.

É necessário enfatizar que o SUS é um pilar fundamental na gestão de desastres no Brasil, integrando-se aos marcos legais nacionais e internacionais. Sua atuação vai além do atendimento médico, abrangendo prevenção, vigilância e recuperação em saúde, alcançando localidades longínquas, o que é fator decisivo quando falamos das colossais dimensões do Amazonas. No entanto, para enfrentar os desafios futuros, é necessário fortalecer a integração entre políticas públicas, investir em capacitação e garantir recursos adequados. O SUS, como modelo de gestão em saúde pública, demonstra que a saúde é um componente essencial para a resiliência e a sustentabilidade das comunidades frente

aos desastres. A política de saúde está definida conforme legislações e orientações oficiais no país, até que adentremos o âmbito municipal. Destarte, a Lei nº 8.080/1990, Lei Orgânica de Saúde (LOS), regulamenta as ações do SUS em todo o território nacional, estabelecendo as diretrizes de gerenciamento e descentralização, enquanto a União define as políticas nacionais de saúde, repassando os recursos financeiros, e oferecendo o suporte técnico e logístico aos estados e municípios (BRASIL, 2024).

Apesar de todas as críticas, não podemos negar que o SUS alinha-se aos objetivos globais, o que contribui para a redução de mortes e doenças causadas por desastres. Porém, sua efetividade na gestão de desastres depende da integração com outros setores, como Defesa Civil, áreas ligadas ao meio ambiente e à assistência social. Assim como ocorre em outras políticas públicas, a falta de recursos financeiros e humanos pode limitar sua capacidade de resposta a grandes eventos disruptivos. O uso de tecnologias, como sistemas de alerta precoce e telemedicina, pode fortalecer a atuação do SUS. Além disso, é necessário que haja investimento não apenas em equipamentos físicos, como também é essencial investir na formação de profissionais de saúde para atuarem em situações de emergência, e que os processos de gestão (nacional, estadual e municipal) estejam atualizados e disponíveis para que possam ser acompanhados de forma democrática pela população.

2.3 As particularidades da gestão da saúde nos municípios pesquisados e os principais indicadores de saúde e desastres ocorridos nos municípios

Conforme visto anteriormente, a municipalização dos serviços e das ações de saúde preconizada na LOS, através do Capítulo II - dos Princípios e Diretrizes, orienta a descentralização dos serviços para os municípios, pela regionalização e hierarquização da rede de saúde. Desse modo, cabe aos municípios a tarefa de organizar a oferta de serviços de atenção básica, como unidades de saúde da família, postos de saúde e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1990).

Dito isso, destacamos que a porta de entrada do SUS é a atenção básica que, além de ser responsabilidade direta dos municípios, inclui a Estratégia Saúde da Família (ESF), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Serviços de Saúde Indígena que são dirigidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), atuando por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, os DSEI (BRASIL, 2024).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma forma de expansão, qualificação e consolidação para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliando a resolutividade e propiciando melhorias na relação custo-efetividade. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais essenciais para o fortalecimento do SUS, e compõem a ESF. São técnicos que realizam a aproximação dos serviços de saúde com a população, por meio de promoção de saúde e da prevenção de doenças, estando na linha de frente do combate e do controle de doenças endêmicas, como a zika, a dengue, a febre amarela, a chikungunya, dentre outras (BRASIL, 2024).

A Secretaria de Saúde Indígena, SESAI, coordena e executa a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, bem como a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Nesse aspecto, vale registrar que 52% dos seus 22 mil profissionais de saúde são indígenas, promovendo a atenção primária à saúde e ações de saneamento, respeitando as especificidades socioculturais dos povos (BRASIL, 2023).

Isso posto, conforme dados do Ministério da Saúde (2022), é geralmente na atenção primária que são realizados os encaminhamentos para os serviços de média e alta complexidade. A média complexidade envolve áreas como pediatria, ginecologia, ortopedia, cardiologia, oncologia, dentre outras. É nela que se encaixam os atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), com atendimento de 150 a 450 pessoas por dia. Para os atendimentos de alta complexidade existem os hospitais de grande porte com atenção especializada, com leitos de UTI e centros cirúrgicos. Esses podem ser hospitais universitários, Santas Casas, e unidades de ensino e pesquisa. Neles são realizados procedimentos que demandam maiores custos e tecnologia de ponta (BRASIL, 2022).

Ainda sobre atenção básica, de acordo com o texto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012), são competências do Distrito Federal e das Secretarias Municipais de Saúde: pactuar estratégias, diretrizes e normas para a atenção básica no estado com a Comissão Intergestores Bipartite, por meio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COMSEMS); destinar e monitorar recursos para o financiamento tripartite da atenção básica, juntamente com o Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde; inserir a Estratégia de Saúde da Família (ESF) de forma prioritária em sua rede de serviços; organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, bem como prestar apoio para a implementação desses serviços; desenvolver ações de formação e de qualificação dos profissionais de saúde; selecionar, contratar e remunerar os profissionais; garantir estrutura física (incluindo materiais, equipamentos e insumos para o

funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e programar suas ações de acordo com a necessidades de cada território; gerenciar e divulgar dados alimentados nos sistemas nacionais de informação; organizar o fluxo de usuários conforme as necessidades apresentadas e manter atualizado o cadastro nacional de profissionais (BRASIL, 2012).

Considerando que a principal forma de locomoção na região amazônica é realizada através de hidrovias, enfatizamos a importância das UBS fluviais, que, de acordo com a PNAB (2012), deve possuir identificação pactuadas nacionalmente. Estas também devem seguir a estrutura das UBS fixas, com estrutura física mínima, equipada com consultórios médicos e de enfermagem, diferenciadas apenas em algumas particularidades necessárias a uma embarcação. Essas necessidades requerem cabines com leitos para toda a equipe, e caso haja uma equipe composta com profissionais de saúde bucal, também é necessário que haja um consultório com equipamento completo para os procedimentos. É também recomendado que o serviço de UBS fluviais possua representantes nas pautas locais (conselhos/colegiados formados por gestores e usuários). O serviço deve suprir a necessidade de no máximo 18 mil habitantes. Para as UBS que atendem Saúde da Família, o máximo de atendimentos recomendados é o de 12 mil habitantes (BRASIL, 2012).

Conforme Schneider *et al* (2007), a gestão municipal dessas políticas enfrenta dificuldades na região amazônica. Esse foi justamente o motivo da criação do Pacto pela Saúde (Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006), contemplando três grandes áreas: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. O Pacto de Gestão do SUS tem como foco radicalizar os princípios de regionalização e hierarquização, definindo com maior clareza as responsabilidades das esferas do governo, a fim de evitar o discurso de isenção de responsabilidade por parte dos que seriam responsáveis, isto é, dos gestores, o que prejudica os cidadãos que não sabem a quem recorrer. O pacto é um esforço para que se descentralize as decisões sobre saúde das mãos dos gestores, reconhecendo a importância estrutural do controle social na gestão do SUS (Schneider *et al*, 2007).

Sendo assim, as prioridades do Pacto de Gestão de Saúde são “Definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação” e “Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização;

Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde” (BRASIL, 2006, p. 3.).

Dentre os desafios para a gestão de saúde nos municípios do Amazonas existem várias questões idiossincráticas, que perpassam a sua vastidão territorial de 1.559.255,88 km², concomitante à baixa densidade demográfica de 2,53/km² na região. Dados do CENSO 2022, mostram que 17,2% das pessoas vivem em áreas rurais, situadas em comunidades ribeirinhas e indígenas totalizando a quantia de 676.639 habitantes. Grande parcela da população, 3.941.613 pessoas estão situadas na capital, que abriga 2.063.689 habitantes. O Amazonas também possui a maior população indígena do país, com um número de 305.243 indivíduos, divididos entre as 64 etnias presentes em 43 dos 62 municípios que compõem o estado (IBGE, 2022).

Conforme a publicação intitulada Análise de Saúde no Amazonas (2019), existe uma dificuldade de acesso aos polos de saúde no estado, pois “a logística de acesso à tais regiões amazônicas é extremamente complexa, principalmente por sofrer influência direta de óbices naturais tais como a sazonalidade dos rios” (AMAZONAS, 2019 p. 127).

A respeito disso, Garnelo (2019), afirma que este se trata de um cenário heterogêneo, com indicadores desiguais, dentro de um modelo econômico de exploração:

...o que chamamos de Amazônia é, de fato, um cenário socioambiental heterogêneo e multifacetado onde coexistem centros urbanos modernos populosos, pequenas cidades relativamente isoladas, além de populações tradicionais de diversos tipos dispersas em áreas rurais remotas, em territórios praticamente inexpugnáveis. Os indicadores sociais, econômicos e sanitários são também muito díspares, associando crescimento demográfico e econômico acelerado, com massiva concentração de renda e condições de vida amplamente desfavoráveis para a maioria da população. O modelo econômico predominante se caracteriza pela exploração predatória dos recursos naturais, não raro efetuada de modo ilegal (Garnelo, 2019, p. 01).

Ainda conforme a autora, as distâncias, em vez de servirem como base para a criação de estratégias que superem as dificuldades, costumam ser apontadas como obstáculos para o funcionamento das políticas públicas, com o agravante de que os serviços de saúde de média e alta complexidade estão concentrados na capital. Mesmo com a iniciativa do governo federal em financiar mecanismos adaptados para o atendimento na região, existem os entraves que impedem que os serviços sejam executados de forma satisfatória, como a insuficiência de repasses, a necessidade de adaptação ao fluxo assistencial e à organização de rotinas (Garnelo, 2019).

Garnelo (2019) também tece uma crítica ao fato de que a criação de políticas como a do funcionamento de ambulâncias (embarcação utilizada no transporte e atendimento pelo SAMU), apesar de possuírem o intuito de adaptação às necessidades da população amazônica, ainda são políticas que minimizam as particularidades desse território, sejam elas sociopolíticas, econômicas, geográficas e sanitárias, repetindo o padrão genérico da criação de políticas no âmbito federal de gestão. Para a autora, é preciso que haja o redimensionamento ou adaptação às necessidades locais:

Não se imagina aqui que uma política de abrangência nacional possa se deter sobre minúcias de cada realidade. Entretanto, os modos como se exerce o poder de normatizar não deixa, ao plano local dos sistemas estaduais e municipais de saúde, espaço para redimensionar ou adaptar tais determinações às características e necessidades locais (Garnelo, 2019, p. 02).

A autora enfatiza ainda que a diminuição de recursos em âmbito federal penaliza especialmente os municípios de pequena ou baixa arrecadação, aos quais vem sendo atribuídas responsabilidades maiores com relação à saúde. Destarte, a centralização do poder na capital aliada às longas distâncias entre os municípios faz com que o modelo de interação entre eles seja o binário, não em rede (Garnelo, 2019).

Em decorrência, é para as populações rurais amazônicas que resta o maior prejuízo, pois a baixa densidade demográfica explicita a insuficiência das ações dos sistemas municipais de saúde, o que agrava as desigualdades existentes, já que as políticas de austeridade fiscal dificultam a identificação dos espaços de desigualdade. Soma-se ainda o aumento da participação do setor privado na saúde, concentrando os serviços de média e alta complexidade nas maiores cidades da região. Sendo assim, são inúmeros os desafios a serem superados, dentre eles a baixa renda, a precariedade das condições de trabalho, os riscos elevados, a violência, a exposição a agentes infecciosos de forma constante, a ausência de condições dignas de habitação e saneamento e o acesso limitado a cuidados de saúde (Garnelo, 2019).

Dadas as diferenças populacionais, a baixa densidade demográfica, os desafios logísticos, o uso e a ocupação dos territórios, a realidade da saúde pública entre os municípios acompanha também as particularidades inerentes às localidades.

As informações obtidas através do Panorama Cidades (IBGE, 2022) e do CNES (2024) sobre os oito municípios participantes da pesquisa retratam bem algumas dessas diferenças. As informações sociodemográficas são reveladoras das diferenças. O quadro a seguir traz informações sobre os oito municípios da pesquisa, localizados no estado do

Amazonas. São informações sobre território, densidade, população urbana e rural, residentes em favelas e em situação de risco:

Quadro 4 Informações sociodemográficas dos municípios pesquisados

QUADRO SOCIOTERRITORIAL (CENSO IBGE - DADOS DE 2022 A 2024)							
MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO ESTIMADA (2024)	DENSIDADE DEMOGRÁFICA km ² (2022)	TERRITORIAL (2023)	RURAL (2022)	URBANA (2022)	FAVELAS (2022)	RISCO (2010)
Barreirinha	33.436	5,4	5.751,765 km ²	14.073	16.978	2.701	294 pessoas
Careiro da Várzea	19.809	7,47	2.627,474 km ²	16.677	2.960	NÃO HÁ	1.856 pessoas
Coari	73.820	1,22	57.970,784 km ²	17.720	52.896	25.047	SEM DADOS
Lábrea	48.927	0,67	68.262,680 km ²	17.761	27.687	7.344	3.839 pessoas
Manaus	2.279.686	181,01	11.401,002 km ²	20.012	2.043.677	1.151.828	55.851 pessoas
Manicoré	57.758	1,12	48.315,038 km ²	23.220	30.694	NÃO HÁ	231 pessoas
Parintins	101.956	16,18	5.956,048 km ²	16.697	79.675	19.079	5.152 pessoas
São Gabriel da Cachoeira	56.406	0,47	109.192,593 km ²	25.195	26.600	NÃO HÁ	530 pessoas
ESTADO							
Amazonas	2.281.209	2,53	1.559.256,365 km ²	676.639	3.264.974	1.368.093	105.000 pessoas (aproximadamente)

Fonte: elaboração própria com base no CENSO/IBGE (2025).

Observando o quadro acima, podemos verificar que as diferenças sociodemográficas entre os municípios da pesquisa são imensas. A começar pela concentração demográfica na capital: Manaus aglomera 2.063.689 pessoas de 2.432.522 habitantes dos locais pesquisados. Um dado que chama a atenção neste quantitativo é que 1.151.828 moradores dessas áreas estão situados em favelas (comunidades urbanas). De acordo com o CENSO (2022), dentre as unidades de federação com maior população residente em favelas, o Amazonas se sobressai com (34,7%) do total do país (IBGE, 2022).

Fazendo um parêntese sobre áreas de risco - com base no IBGE (2022) - todos os municípios apresentam informações do quantitativo de pessoas residentes nesses locais, com exceção de Coari. Esse dado em específico foi obtido através da Defensoria Pública do Estado do Amazonas e, conforme publicizado pelo órgão em 2021, em Coari, haviam 16 bairros inseridos em áreas de risco de enchentes, onde moravam 4.802 pessoas (AMAZONAS, 2021).

A relevância em destacar esse parêntese consiste no fato de que, conforme Silva e Carvalho (2021), os principais desastres associados a eventos climáticos são deslizamentos e enchentes. No final do mês de abril de 2025, o Serviço Geológico do Brasil (SGB) lançou o segundo alerta sobre cheias na Bacia do Amazonas. A previsão é

de alta probabilidade dos rios Solimões, Negro e Amazonas alcançarem cota de inundação severa (BRASIL, 2025).

Sobre a previsão do SGB, faz-se necessário salientar que Manaus concentra um grande número de áreas de risco, conforme destacado no mapa interativo disponibilizado pela Defesa Civil do Amazonas, revelando um aglomerado dessas áreas, que correspondem praticamente ao mapa do município:

Figura 2 Áreas de risco - Manaus/AM. Defesa Civil do Amazonas, 2025.



Fonte: Defesa Civil, 2025

Ressalta-se que a Defesa Civil (2025) mapeia áreas de risco, e as define como locais com probabilidade de “desastres naturais, como inundações, deslizamentos de terra, enxurradas, entre outros” (Defesa Civil, 2025). Esse mapeamento avalia a probabilidade de ocorrências, estando dividido em mapeamento de risco, topográfico e vulnerabilidade.

Sobre os dados correspondentes aos equipamentos de saúde, em pesquisa realizada na plataforma do CNES (2025), observamos algumas disparidades latentes entre as cidades da pesquisa, como a desigualdade abissal na oferta de atendimentos especializados. Dentre estas, podemos destacar a ausência de atendimentos de média ou alta complexidade em quase todos os municípios (concentradas em sua maioria na capital). A exemplo, dos serviços de alta complexidade, 16 estão registrados em Manaus e somente um está registrado em Lábrea. Até a conclusão desta pesquisa, os outros seis municípios não informavam registro desta especialidade. Também chama a atenção a inexistência do cadastro de atendimentos fluviais, bem como de atendimentos especializados voltados para indígenas em algumas localidades.

Ao todo foram examinadas 687 estabelecimentos cadastrados pelos municípios participantes, tendo como principais informações: o nível de gestão (municipal ou estadual); a localização (urbana, rural, área indígena, aldeia); o nível de atenção ofertada

(atenção básica, média complexidade ou alta complexidade); os principais serviços oferecidos (ambulatorial, serviço de apoio diagnóstico terapêutico-SADT, regulação, vigilância em saúde, internação e urgência) e o atendimento especializado em população indígena.

A seguir no quadro 3 constam os dados de 2025 onde verifica-se o quantitativo de estabelecimentos de acordo com cada município, destacando os tipos de atendimento ofertado (UBS, USB, USF, ou polo base), laboratórios, atendimento de média/alta complexidade, atendimento fluvial, nível de gestão, zoneamento (área indígena, urbana ou rural), e serviços especializados em atendimento a populações indígenas:

Quadro 3 Estabelecimentos de saúde nos municípios pesquisados

QUANTITATIVO CNES										
MUNICÍPIOS	RAZÃO SOCIAL	UBS/USB/USF/POLO BASE	LABORATÓRIO	FLUVIAL	GESTÃO	ZONA INDÍGENA/ALDEIA	ZONA URBANA	ZONA RURAL	INDÍGENA	NÍVEL DE COMPLEXIDADE
BARREIRINHA	19	13	1	1	100% MUNICIPAL	0	12	7	0	02 MÉDIA/16 BÁSICA
CAREIRO DA VÁRZEA	22	19	0	1	100% MUNICIPAL	0	6	16	1	03 MÉDIA/18 BÁSICA
COARI	31	16	1	0	100% MUNICIPAL	0	31	0	1	09 MÉDIA/16 BÁSICA
LÁBREA	61	20	3	1	100% MUNICIPAL	4	22	35	46	01 ALTA/ 12 MÉDIA/ 51
MANAUS	436	238	6	9	MISTA	0	398	57	68	16 ALTA/224 MÉDIA/308
MANICORÉ	25	13	0	1	100% MUNICIPAL	0	15	9	1	14 BÁSICA/13 MÉDIA
PARINTINS	73	22	1	15	100% MUNICIPAL	7	52	14	17	57 BÁSICA/51 MÉDIA
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	15	5	1		100% MUNICIPAL	0	15	0	11	07 BÁSICA/ 08 MÉDIA

Fonte: elaboração própria com base em Autor (2025).

Nota-se que Barreirinha, Careiro da Várzea, Coari, Manicoré, Parintins e São Gabriel da Cachoeira possuem gestão 100% municipal. Dos oito municípios participantes do estudo, apenas Manaus possui gestão mista. Verifica-se a seguir alguns dados que se sobressaem a respeito dessas localidades:

Coari – Sendo o terceiro no quantitativo de habitantes, e o segundo no ranking do Produto Interno Bruto (PIB), ficando apenas atrás da capital, Coari não informou registro de serviços de alta complexidade. Ainda de acordo com os dados disponíveis no CNES (2024), não há unidades de atendimento na zona rural do município.

Lábrea – Com menos de 50 mil habitantes, a cidade se destaca por ser o único município além da capital a registrar equipamento de atendimento de alta complexidade (até o final de 2024). Salientamos que é o segundo em atendimento para indígenas, com

46 de seus 61 equipamentos declaradamente adequados para essa especialidade (atrás somente de Manaus), e o segundo a registrar atendimento em área indígena (atrás somente de Parintins). Lábrea é o segundo município em quantidade de laboratórios.

Manaus – Com gestão mista de saúde (municipal, estadual e federal), a capital concentra a maior parte da população e dos equipamentos de saúde, dentre eles os Hospitais Universitários, os equipamentos próprios de órgãos como a Polícia, Bombeiros, etc. Dos 17 equipamentos de alta complexidade, Manaus reúne 16. Registra a maior parte de locais com atendimento especializado a indígenas e o maior número de laboratórios.

Não foram encontrados registros no CNES de razões sociais em áreas indígenas e/ou aldeias nos municípios de Barreirinha, Careiro da Várzea, Coari, Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira. Lembramos que São Gabriel da Cachoeira concentra a maior população indígena do país.

Compreendemos que a complexidade da região amazônica é comparável a outras regiões extremas do planeta, como desertos e montanhas, fazendo com que sejam necessárias medidas que promovam a saúde da população, como, por exemplo, a iniciativa Mais Médicos, do Governo Federal. E mesmo que só existam atendimentos de nível básico em algumas cidades, ainda é difícil manter os profissionais de saúde, principalmente nos municípios de difícil acesso, que costumam abrigar populações específicas como os povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos e rurais, o que acaba por comprometer a consolidação do SUS nesses espaços. (Schweickardt; Dolzane. 2020).

Ademais, a inexistência de atendimentos e equipamentos especializados nos municípios dificulta a continuidade dos tratamentos. Este é claramente um dos muitos desafios a serem enfrentados de forma mais consistente, e urgente, por parte dos gestores. Compreendemos também que a ineficiência da gestão não exclui a insuficiência orçamentária. Pouco adiantam iniciativas sem que haja investimento financeiro em políticas públicas de saúde, pois a eficiência administrativa não suprirá o seu subfinanciamento (Santos; Funcia, 2020 p. 03).

CAPÍTULO 3 – A GESTÃO DE RISCOS DE DESASTRES NA POLÍTICA DE SAÚDE NO AMAZONAS

Conforme visto anteriormente, o Amazonas é um território vasto e dinâmico. Diante desse contexto faz-se necessário que a política de saúde atue para que se diminuam as desigualdades de cada região, tendo em vista que, historicamente, os municípios do estado possuem baixos índices de desenvolvimento, tanto em nível de gestão, quanto em participação em saúde. E dentre suas características também está a vulnerabilidade em relação às mudanças climáticas (AMAZONAS, 2016).

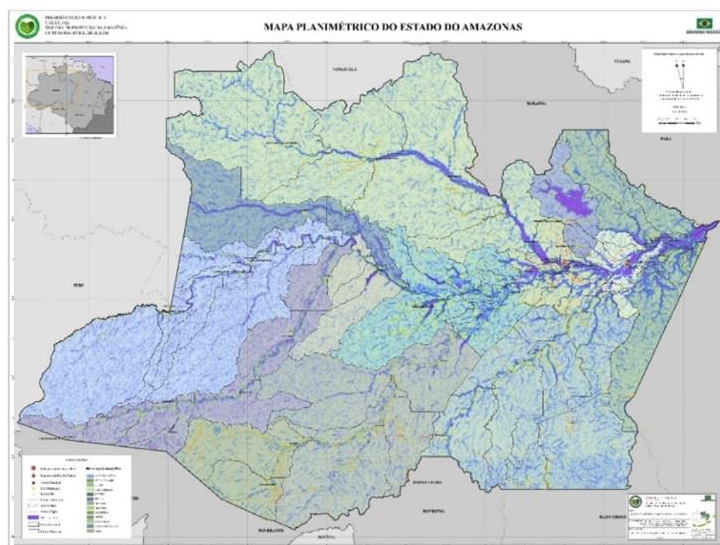
Enfrentar essa realidade tem se tornado um desafio para os seus habitantes, em decorrência da “relação da floresta com o clima e dos seus impactos na segurança hídrica, alimentar, energética e socioambiental” (Marengo; Jr., p. 0, 2018). Ou seja, os impactos na floresta influenciam a vida em todos os aspectos.

Por certo, tanto a política de saúde pública quanto a gestão de desastres devem se adaptar à gravidade dos problemas, sendo essencial abordar como a gestão de saúde tem trabalhado nos últimos dois quadriênios para lidar com este novo cenário, que já é uma realidade para os povos da região amazônica.

3.1 O fator amazônico e as implicações para a gestão de riscos de desastres no âmbito da saúde pública do Amazonas

O chamado fator amazônico refere-se à imensidão da amazônia e à baixa densidade demográfica, bem como a sua diversidade cultural. Todo esse conjunto se torna uma grande adversidade para a implementação de políticas de saúde (MARTINS *et al*, 2025). O estado do Amazonas não é apenas a maior unidade federativa do Brasil; é a nona maior subdivisão mundial, sendo maior que as áreas da França, Espanha, Suécia e Grécia somadas (FIEAM, 2017). Seis dos dez maiores municípios em extensão territorial do país estão no Amazonas, sendo o terceiro lugar São Gabriel da Cachoeira, com 109.181 Km² (Bentes, 2024).

Sobretudo, frisamos que o estado abriga a maior bacia hidrográfica do mundo, com uma região bastante vascularizada por rios, tendo como principal alternativa de locomoção o modal fluvial (DEFESA CIVIL, 2024). Podemos vislumbrar essa grandeza através do Mapa Planimétrico a seguir:

Quadro 4 Mapa Planimétrico do Estado do Amazonas

Fonte: CENSIPAM (2009)

Acerca da importância dos rios para o estado, o Plano Estadual de Proteção e Defesa Civil (PEPDEC, 2024), afirma que, historicamente, as margens dos rios são ocupadas em decorrência da facilidade no cultivo da terra, sendo esse um dos motivos que levam as populações a habitarem áreas de risco, para fins de moradia, de geração de renda, e pela venda de imóveis nas regiões.

Destarte, ao tratarmos sobre a implementação de políticas de saúde no Amazonas, consideramos que os impactos ocasionados pelas mudanças climáticas acompanham outros aspectos de vulnerabilidades sociais, como: altos níveis de pobreza, escolaridade baixa, empregos informais e sistema de saúde deficitário. Ademais, quando a dinâmica das águas é modificada pela crise ambiental, ocorre o isolamento de comunidades inteiras, dificultando ou impossibilitando a garantia do acesso aos direitos fundamentais da população, como o direito à saúde básica (Hácon *et al*, 2022).

Dentre os problemas em cadeia decorrentes de desastres, podemos citar a relação entre queimadas e o regime de chuvas na região amazônica, onde as partículas derivadas da combustão de biomassa dificultam os movimentos de massa de ar, reduzindo a ocorrência de chuvas e aumentando a incidência de raios no solo, o que se reflete no aumento do número de registros de surtos de doenças em decorrência da poluição atmosférica de forma mais incisiva nas comunidades indígenas e ribeirinhas (Correia *et al*, 2021).

Vale ressaltar que a região amazônica está dentre as piores em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país, e este cenário complexo, envolvendo a saúde

e outras vulnerabilidades, precisa ser enfrentado urgentemente pelos gestores. O Amazonas ocupa o 18º lugar no ranking do IDH no Brasil (IBGE, 2022), com índice médio de 0,7. E dos oito municípios analisados pela pesquisa, seis estão entre 0,531 (Lábrea) e 0,586 (Coari). Ou seja, a maioria está classificada com baixo IDH. Os únicos próximos de 0,7 (médio) são os municípios de São Gabriel da Cachoeira (0,609) e Parintins (0,658) (IBGE, 2022).

No que tange à saúde, a média do IDH é avaliada pela expectativa de vida no nascimento. Para nos aproximarmos ainda mais da realidade dos municípios, e para fins de comparação das informações, optamos por utilizar também dados fornecidos pela Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN) através do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), de periodicidade anual. Sendo assim, ao adensarmos os critérios da pesquisa, compreendemos que a situação é ainda mais grave.

O FIRJAN é um indicador que tem como base dados do Ministério da Saúde, e considera os seguintes quesitos: a) internação sensível à atenção; b) óbitos infantis por causas evitáveis; c) óbitos por causas mal definidas e d) número de consultas pré-natal. Esse índice estabelece quatro níveis de desenvolvimento de acordo com situação da saúde de cada localidade, que variam entre crítico (inferiores a 0,4), baixo (entre 0,4 e 0,6), moderado (entre 0,6 e 0,8) e alto (superiores a 0,8), tendo 2023 como ano-base. Através das informações disponibilizadas pela plataforma (FIRJAN, 2025), observamos que cinco municípios da pesquisa estão em nível crítico e três se encontram em nível considerado baixo, conforme os critérios supracitados.

Para observarmos a variação de acordo com as análises de fontes distintas, trouxemos o quadro a seguir:

Quadro 5 Indicadores IDH e FIRJAN (2023)

MUNICÍPIO	IBGE	FIRJAN
BARREIRINHA	0,574	0,3254
CAREIRO DA VÁRZEA	0,568	0,4821
COARI	0,586	0,3075
LÁBREA	0,531	0,3495
MANAUS	0,737	0,5547
MANICORÉ	0,582	0,525
PARINTINS	0,658	0,3667
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	0,609	0,1875

Fonte: Elaboração própria com base no IBGE (2022) e FIRJAN (2023).

Nota-se uma importante diferença entre as avaliações, com destaque para o município de São Gabriel da Cachoeira, demonstrando uma queda abrupta de 0,609 (IBGE, 2022) para 0,1875 (FIRJAN, 2023). Ou seja, enquanto a avaliação do IBGE classifica a saúde no município como “desenvolvimento médio”, em uma avaliação mais detalhada, o FIRJAN classifica a situação de saúde do mesmo município como “desenvolvimento crítico”.

Com relação à fonte de dados para a verificação de registros de desastres nas localidades incluídas na pesquisa, utilizamos a plataforma do Sistema Integrado de Informações de Desastres (S2iD, da Defesa Civil), selecionando o período de 2018 a 2024 (BRASIL, 2025). Os subsídios coletados foram divididos em Grupos de Desastre, Tipos de Desastre e Danos Humanos, organizados na tabela a seguir:

Quadro 6 Informações sobre desastres no Amazonas de 2018 a 2024

	GRUPOS DE DESASTRE	TIPOS DE DESASTRE	DANOS HUMANOS
AMAZONAS	Climatológico: 39,1% Hidrológico: 48,07% Meteorológico: 4,07% Outros: 8,76%	Alagamentos 3,05% Chuvas intensas 3,67% Doenças infecciosas: 0,81% Enxurradas: 0,41% Erosão: 5,3% Estiagem e seca: 33,6% Incêndio florestal: 5,5% Inundações: 37,47% Movimento de massa: 3,46% Vendavais e ciclones: 4,07% Outros: 4,07%	- Óbitos: 71 - Desabrigados/ desalojados: 303,74 mil - Feridos e enfermos: 338,15 mil - Diretamente afetados: 2,32 milhões

Fonte: elaboração própria com base no S2iD (2018/2024)

Os dados acima apresentados demonstram que a maior parte dos desastres ocorridos no estado do Amazonas estão classificados dentro da categoria de desastres graduais, ou seja, os que evoluem mais lentamente e se agravam de forma progressiva (Defesa Civil, 2024):

Quadro 7 Informações sobre desastres nos municípios pesquisados (2018 a 2024)

MUNICÍPIOS	GRUPOS DE DESASTRE	TIPOS DE DESASTRE	DANOS HUMANOS
BARREIRINHA	Climatológico 40% Hidrológico 40% Outros 20%	Doenças infecciosas: 20% Estiagem e seca: 40% Inundações: 40%	Óbitos: 05 Desabrigados/ desalojados: 120 Feridos e enfermos: 13,79 mil Diretamente afetados: 22,25 mil

CAREIRO DA VÁRZEA	Climatológico: 46,15% Hidrológico: 46,15% Outros: 7,69%	Chuvas intensas: 15,38% Erosão: 7,69% Estiagem e seca: 30,77% Incêndio florestal: 15,38% Inundações: 30,77%	Óbitos: 2 Desabrigados/ desalojados: 25,40 mil Feridos e enfermos: 2.283 Diretamente afetados: 107,69 mil
COARI	Climatológico: 42,86% Hidrológico: 42,86% Meteorológico: 14,29%	Estiagem e seca: 42,86% Inundações: 42,86% Vendavais e ciclone: 14,29%	Óbitos: 0 Desabrigados/ desalojados: 2.020 Feridos e enfermos: 2.059 Diretamente afetados: 103,21 mil
LÁBREA	Climatológico: 42,86% Hidrológico: 57,14%	Alagamentos: 14,29% Estiagem e seca: 28,57% Incêndio florestal: 14,29% Inundações: 42,86%	Óbitos: 0 Desabrigados/ desalojados: 1.021 Feridos e enfermos: 2.038 mil Diretamente afetados: 21,33 mil
MANAUS	Climatológico: 18,75% Hidrológico: 68,75% Outros: 12,5%	Alagamentos: 12,5% Chuvas intensas: 25% Estiagem e seca: 12,5% Incêndio florestal: 6,25% Inundações: 25% Movimento de massa: 6,25% Outros: 12,5%	Óbitos: 10 Desabrigados/ desalojados: 23,23 mil Feridos e enfermos: 883 Diretamente afetados: 60,32 mil
MANICORÉ	Climatológico: 42,86% Hidrológico: 42,86% Outros: 14,29%	Erosão: 14,29% Estiagem e seca: 28,57% Incêndio florestal: 14,29% Inundações: 42,86%	Óbitos: 0 Desabrigados/ desalojados: 2.290 Feridos e enfermos: 892 Diretamente afetados: 29,11 mil
PARINTINS	Climatológico: 12,5% Hidrológico: 56,25% Outros: 12,5%	Chuvas intensas: 12,5% Doenças infecciosas: 6,25% Erosão: 43,75% Estiagem e seca: 12,5% Inundações: 18,75% Movimento de massa: 6,25%	Óbitos: 05 Desabrigados/ desalojados 2.705 Feridos e enfermos 28,83 mil Diretamente afetados 34,21 mil
SÃO GABRIEL DA CAHOEIRA	Climatológico: 60% Hidrológico: 20% Outros: 20%	Doenças infecciosas: 20 % Estiagem e seca: 60% Movimento de massa: 20%	Óbitos: 03 Desabrigados/ desalojados: 1.611 Feridos e enfermos: 8.563 Diretamente afetados: 82,89 mil

Fonte: elaboração própria com base no S2iD (2024)

Assim como o quadro relativo aos dados estaduais, os municípios da pesquisa apresentam dados classificados dentro da categoria de desastres graduais (BRASIL, Defesa Civil, 2024).

Destarte, ao analisarmos o investimento federal em saúde para o Amazonas, em relação aos outros estados do país, observamos uma grande diferença. Em 2023, dos 26 estados e Distrito Federal, o Amazonas estava posicionado em 19º lugar, com investimentos de R\$ 1,84 Bi, enquanto o primeiro lugar, ocupado por São Paulo, recebeu

R\$18,38 Bi. A seguir, continuaremos com as análises dos documentos oficiais relativos à saúde e aos desastres no estado e nos municípios desta pesquisa.

3.2 Mapeamento das ações, políticas e estratégias voltadas para a gestão de desastres no âmbito da saúde pública do Amazonas

Para mapearmos as ações referentes a desastres e a políticas de saúde na região, analisaremos os documentos oficiais relacionados com a gestão estadual e municipal, como os Planos Plurianuais e Planos de Saúde, no período relativo aos dois últimos quadriênios. Abordaremos sobre a finalidade destes documentos, bem como sobre programas, ações e atividades no âmbito da saúde pública vinculadas à prevenção, mitigação e resposta a situações disruptivas. A seguir traremos a descrição dos documentos a serem utilizados neste trabalho.

O Código de Saúde (Lei Complementar Nº 70/2009 de 03/12/2009), define as normas para promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito estadual, em consonância com a Constituição da República e do Estado do Amazonas, dispondo sobre “a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de interesse da saúde no Estado e nos Municípios” (AMAZONAS, 2009).

Também que são atribuições comuns ao estado e municípios a criação do Plano de Saúde, estando subordinado ao Plano Plurianual (PPA). O PPA é um instrumento onde estão declaradas as políticas públicas respectivas a um quadriênio, bem como os meios a serem utilizados para a obtenção das metas estabelecidas, este deve estar em consonância com o artigo 165 da Constituição Federal e artigo 157 da Constituição Estadual, para organizar e viabilizar a ação pública (AMAZONAS, 2024).

Além disso, cabe ao estado implementar e coordenar o Sistema Estadual de Informações em Saúde e divulgar os dados estatísticos importantes para o planejamento, acompanhamento e avaliação de saúde no estado, e “divulgar amplamente à população as informações relativas às ações de saúde, através dos meios de comunicação” (AMAZONAS, 2009).

A Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, assegura o direito constitucional de acesso a dados concernentes às informações públicas para a população, instituindo a transparência como regra e o sigilo como exceção. Destacamos a importância do acesso aos dados públicos como instrumento democrático de controle de gastos, com o intuito

de divulgar o destino dos valores investidos pela população. No entanto, em muitos momentos da pesquisa, não foi observada a disponibilidade deste material, o que consideramos um ponto negativo a ser frisado.

Os Planos de Contingência devem ser elaborados por cada município, sendo este submetido a avaliação e prestação de contas anuais, devendo ser amplamente divulgado e atualizado anualmente (BRASIL, 2023).

Sendo assim, daremos início ao processo de análise documental a começar pelos Planos Plurianuais do estado do Amazonas e dos municípios da pesquisa. Frisamos que os PPA's dos municípios de Manicoré (2018/2021 2022/2025) e de São Gabriel da Cachoeira (2018/2021), não foram encontrados através de nenhuma plataforma acessada, apesar de haver registros destes documentos no Portal da Transparência. Porém, constam apenas arquivos com pouquíssimas laudas referentes às Leis nº 903/2017 de 30 de outubro de 2017 e nº 989/2021 de 20 de dezembro de 2021, relativas aos Planos Plurianuais de 2018/2021 e 2022/2025, de Manicoré. Em relação a São Gabriel da Cachoeira, na pasta intitulada PPA de 2018/2021 consta apenas um arquivo de duas laudas, com a Lei nº 083/2017, de 20 de agosto de 2017 – do referido PPA. Nenhum dos documentos mencionados atende aos requisitos para análise desta pesquisa.

O quadro a seguir traz destacados em verde os PPAs encontrados e analisados. Em amarelo, destacamos os documentos não encontrados.

Quadro 8 PPAs analisados

ESTADO	PLANO PLURIANUAL 2016 – 2019	PLANO PLURIANUAL 2020 – 2023
AMAZONAS		
MUNICÍPIOS	PLANO PLURIANUAL 2018 – 2021	PLANO PLURIANUAL 2022 – 2025
BARREIRINHA		
CAREIRO DA VÁRZEA		
COARI		
LÁBREA		
MANAUS		
MANICORÉ		
PARINTINS		
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA		

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

Para fins de facilitar a compreensão da leitura e análise desses documentos, os quadros analíticos trarão as ações de política de saúde ligadas a desastres, de forma direta (destacadas em verde) ou indireta (destacadas em azul). Também estacamos nos quadros

as ações de outras políticas que sejam consideradas direta ou indiretamente ligadas ao tema, como segurança pública, meio ambiente, infraestrutura, etc.

- PPA Amazonas (2016/2019)

O Plano Plurianual do Amazonas - relativo ao quadriênio 2016/2019 – traz em seu escopo algumas ações diretamente ligadas a desastres, vinculadas à Secretaria de Estado de Segurança Pública – SSP. Suas diretrizes abrangem o todo o estado, fazendo parte de uma ação conjunta entre vários órgãos: SSP, Polícia Civil, Polícia Militar do Amazonas (PMAM), Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas (CBMAM), Subcomando de Ações de Defesa Civil (SUBCOMADEC), Fundo de Reserva para as Ações de Inteligência (FRAI), Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN) e Fundo Estadual de Segurança Pública (FESP-AM) (AMAZONAS, 2016).

O documento aborda o tema desastres através de eixos estratégicos relacionados, com destaque para a infraestrutura, saúde e meio ambiente: programas de saneamento básico, obras de drenagem urbana, melhorias de estradas e acessos fluviais, destinação de lixo e resíduos sólidos, esgotamento sanitário, ações emergenciais de moradia, programa social de igarapés na capital e no interior, controle de cheias e vazantes, fortalecimento de atendimento do Corpo de Bombeiros e Defesa Civil, das ações de Vigilância em Saúde, e de saúde itinerante, além de abordar as mudanças climáticas, o que entra em consonância com os princípios de resiliência das cidades (AMAZONAS, 2016).

Dito isso, trataremos a seguir um quadro demonstrativo construído após observarmos de forma criteriosa todos os anexos do PPA do Amazonas, relativos ao quadriênio 2016/2019. Utilizamos como base principal para análise subsídios fundamentais direcionados à pesquisa, como objetivos e ações de programas.

Quadro 9 PPA/AM 2016/2019

EIXO - ÓRGÃO RESPONSÁVEL	OBJETIVO	PROGRAMA	AÇÃO	ESTADO/ REGIÃO	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
SAÚDE - Secretaria de Estado de Saúde – SUSAM	Garantir o acesso da população aos serviços de saúde, assegurando o atendimento à saúde básica, média, e de alta complexidade,	ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO	Atendimento ao Portador de Doenças Tropicais e Infecciosas.	Estado	Prevenção
			Implementação das Ações em Telessaúde.	Estado	Prevenção, resposta e mitigação
			Operacionalização da Rede Ambulatorial e	Região metropolitana	Prevenção, resposta e mitigação

	de forma mais permanente e extensiva em todo o Estado.		Hospitalar de Atenção Especializada.		
			Operacionalização da Rede de Urgência e Emergência.	Região metropolitana	Resposta e mitigação
			Operacionalização da Saúde Itinerante no Amazonas	Estado	Prevenção
			Operacionalização do Serviço de Remoção Assistencial do Estado	Estado	Resposta e mitigação
			Construção e Ampliação da Estrutura Física da Saúde no Interior.	Regiões	Prevenção, resposta e mitigação
			Operacionalização das Ações de Vigilância Epidemiológica.	Estado	Prevenção
JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA - SSP, PC, PMAM, CBMAM, SUBCOMADEC, FRAI, DETRAN e FESP-AM	Garantir o acesso da população aos serviços de saúde, assegurando o atendimento à saúde básica, média, e de alta complexidade, de forma mais permanente e extensiva em todo o Estado.	ATUAÇÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA	Prevenção e Preparação para Desastres	Estado	Prevenção
			Reabilitação e Reconstrução Pós-Desastre.	Estado	Mitigação
			Socorro e Assistência às Vítimas de Desastre.	Estado	Resposta e mitigação
			Estruturação, Aparelhamento e Equipamento do CBMAM e Defesa Civil do Estado.	Estado	Prevenção e resposta
			Potencialização do Atendimento às Ocorrências do CBMAM e Defesa Civil.	Estado	Resposta
MEIO AMBIENTE - Secretaria de Estado do Meio Ambiente – SEMA	Garantir a implementação de políticas na área ambiental que possibilitem a conservação e manutenção dos recursos naturais, contribuindo para a qualidade de vida da população e o desenvolvimento sustentável.	MEIO AMBIENTE	Fiscalização e Monitoramento das Atividades Efetivas ou Potencialmente Poluidoras.	Estado	Prevenção
			Licenciamento Ambiental das Atividades Efetivas ou Potencialmente Poluidoras/Degradadoras/Utilizadoras de Recursos Naturais.	Estado	Prevenção
			Serviços Ambientais e Adaptação às	Estado	Prevenção

			Mudanças do Clima		
--	--	--	----------------------	--	--

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PPA Amazonas (2020/2023)

O Plano Plurianual do Amazonas relativo ao quadriênio 2020/2023 está organizado em três tipos de programas, com o intuito de materializar os compromissos do governo, em alinhamento aos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Seus eixos apresentam propostas de estruturas de políticas de forma transversal, objetivando diálogos em comum, a exemplo do eixo intitulado Saúde Integral, onde as ações de saúde vêm acompanhadas das ações de educação, segurança e diversidade cultural (AMAZONAS, 2020).

Notamos que os objetivos diretamente relacionados a desastres seguem a linha do PPA anterior (prevenção, resposta e mitigação), estando vinculados à Secretaria de Segurança Pública, que nesta edição traz a premissa de direitos assegurados em articulação com a educação e a diversidade cultural. Foram mantidas ações de infraestrutura de igarapés, recuperação de estradas, destino de resíduos sólidos, disponibilização de casas para pessoas em risco social, ações de vigilância em saúde, etc.

Com relação ao meio ambiente, nos chamou a atenção que o PPA 2020/2023 incluiu o termo mitigação vinculado à ação de serviços ambientais e mudanças climáticas, o que demonstra uma adequação a nomenclatura oficial.

Na pasta relacionada à Infraestrutura, destacamos as ações de Contenção, Melhoria e Recuperação de Encostas, Orlas e Taludes, Desenvolvimento Urbano Integrado da Região Metropolitana, Disponibilização de Casas Populares para a População sob Risco Social, Implantação, Ampliação, Modernização e Recuperação do Sistema de Drenagem e Manejo das Águas Pluviais Urbanas, Elaboração e Implementação da Política Estadual de Saneamento Básico e Infraestrutura Urbana, Social, Ambiental e Habitacional de Projetos Especiais.

A seguir, traremos um quadro demonstrativo construído após observarmos minuciosamente este PPA estadual. Utilizamos como base os subsídios fundamentais direcionados à pesquisa, como objetivos, ações e programas.

Quadro 10 PPA/AM 2020-2023

EIXO	OBJETIVO	PROGRAMA	AÇÃO	ESTADO/ REGIÃO	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
-					

ÓRGÃO RESPONSÁVEL					
SAÚDE INTEGRAL - Secretaria de Estado de Saúde (SES)	Pessoas com seus direitos fundamentais assegurados com segurança, saúde, educação transformadora e cultura diversa e criativa.	Estrutura SUS	Operacionalização das Ações de Vigilância Epidemiológica.	Região Metropolitana	Prevenção
			Operacionalização das Ações de Vigilância Sanitária.	Região Metropolitana	Prevenção
			Operacionalização das Ações Estratégicas da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas.	Região Metropolitana	
		Saúde em Rede	Apoio ao Fortalecimento e Estruturação dos Municípios	Alto Juruá; Alto Rio Negro; Alto Solimões; Baixo Amazonas; Madeira; Médio Amazonas; Purus; Rio Negro; Solimões; Região do Triângulo (Jutaí, Juruá, Solimões); Região Metropolitana.	Prevenção, resposta e mitigação.
			Atendimento ao Portador de Doenças Tropicais e Infecciosas.	Região Metropolitana	Prevenção
			Cofinanciamento Estadual para Atenção Básica.	Estado	Prevenção
			Implementação das Ações em Telessaúde.	Estado	Prevenção
			Operacionalização da Rede Ambulatorial e Hospitalar de Atenção Especializada.	Estado	Prevenção, resposta e mitigação
			Operacionalização da Rede de Urgência e Emergência.	Região Metropolitana	Resposta

AMAZONAS PELA PAZ - Secretaria de Estado de Segurança Pública	Pessoas com seus direitos fundamentais assegurados com segurança, saúde, educação transformadora e cultura diversa e criativa.	Amazonas Seguro	Prevenção e Preparação para Desastres.	Estado	Prevenção
			Recuperação Pós-desastre.	Estado	Mitigação
			Reposta aos Desastres	Estado	Resposta

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

Planos Plurianuais dos Municípios

- PPA Barreirinha (2018/2021)

O município de Barreirinha está localizado a 372 km em linha reta e 420km por via fluvial de Manaus, ou 10 horas de viagem descendo e 12 horas subindo o Rio Amazonas, fronteira com o município de Parintins. Conforme dados do Plano Municipal de Saúde (2018/2021), durante a cheia, a cidade tem de 40% a 70% do território submerso, o que varia de acordo com a intensidade da enchente. A maior parte de sua população está situada em área rural, o que inclui a área indígena do município. (BARREIRINHA, 2018).

Em estudo divulgado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM (2016) consta a informação que o município chega a ter 90% de seu território submerso, o que altera por completo a dinâmica da cidade. Dentre os agravos na questão ambiental são citados o acúmulo de lixo, água contaminada, animais peçonhentos, perdas econômicas e o surgimento de doenças (FAPEAM, 2016).

O PPA (2018/2021) de Barreirinha traz em seu bojo a missão de assegurar a qualidade dos serviços públicos, fomentando o desenvolvimento sustentável da cidade e dos cidadãos nela residentes, através de ações criativas para a melhoria da vida, do trabalho e dos empreendimentos. Sua perspectiva de meta declarada é a de sustentabilidade social e econômica. Em relação à prevenção, resposta e mitigação de desastres, nada foi mencionado de forma direta. Ademais, as ações que de forma indireta se relacionam com situações disruptivas estão no contexto da saúde pública e da infraestrutura, principalmente no que tange à prevenção a desastres.

De forma indireta, mas de suma importância para o tema, foram abordadas ações de Cultura, Turismo e Meio Ambiente, como a de preservação de mananciais, além do planejamento de um Plano Municipal de Resíduos sólidos e Saneamento Básico. (BARREIRINHA, 2018). A seguir traremos um quadro demonstrativo construído após análise do PPA municipal, relativo ao quadriênio 2018/2021. Utilizamos como base os

subsídios fundamentais direcionados à pesquisa, como programa, objetivos, ações e metas.

Quadro 11 PPA Barreirinha 2018/2021

PROGRAMA TEMÁTICO	OBJETIVO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	META	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE	Garantir a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde e das famílias e indivíduos nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade.	Secretaria Municipal de Saúde	Garantir o acesso qualificado aos serviços da atenção básica ampliando em até 80% a cobertura da população atendida.	Prevenção
			Reformar e aparelhar as unidades da Rede Municipal de Saúde.	Prevenção
			Operacionalização de 02 atendimentos itinerantes anual de saúde, disponibilizando atendimento especializado de média complexidade às comunidades.	Prevenção, resposta e mitigação.
			Ampliar em 40% a rede da saúde.	Prevenção, resposta e mitigação.
			Manter os postos de saúde equipados e com medicamentos.	Prevenção

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PPA Barreirinha (2022/2025)

O Plano Plurianual do município de Barreirinha (2022/2025) não menciona termos relacionados a desastres, apesar do histórico em situações disruptivas extremas, com graves consequências para a população. Ademais, o planejamento não se aprofunda no desenvolvimento dos objetivos e metas quadrienais, apresentando estas definições de forma bastante sucinta. O detalhamento previsto para a saúde no município está em espaço bastante reduzido para a explanação de metas e objetivos a serem alcançados.

De forma indireta o tema desastres foi tratado na pasta Eventos Culturais, por meio de ações como a criação e manutenção da Reserva do Andirá, a criação do Comitê de Educação Ambiental, a realização de campanhas de conscientização sobre o descarte do lixo doméstico e orgânico e a realização de campanhas de conscientização e combate às

queimadas. Já a pasta intitulada Desenvolvimento e Expansão Urbana menciona a construção, ampliação e/ou reforma de Estação de Tratamento de Esgoto, a construção de poços artesianos e reservatórios de água, a construção ou reforma de pontes, pontilhões e muros de contenções, a construção de pontes e passarelas, a construção ou ampliação da rede de distribuição de água e a limpeza e drenagem de igarapés.

A seguir, apresentaremos um quadro construído a partir de informações do PPA de Barreirinha relativo ao período de 2022 a 2025, com dados relativos a desastres de forma indireta.

Quadro 12 PPA Barreirinha 2022/2025

PROGRAMA TEMÁTICO	OBJETIVO	META	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
AÇÕES MÉDICAS BÁSICAS	Consolidar a atenção básica em saúde como espaço fundamental de organização do SUS, tendo como foco o atendimento integral dos usuários e a promoção da articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde.	Construção, ampliação e/ou reforma dos postos de saúde.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PPA Careiro da Várzea (2018/2021)

O município de Careiro da Várzea faz parte da região metropolitana de Manaus, e está localizado a 25 km da capital. Situado às margens do Rio Solimões, seu relevo é constituído por várzea e terra firme, mas a maioria de seu território é de várzea, com tendência a precipitações, clima equatorial e umidade. Possui em seu território 10 Distritos: Autaz Mirim, Cumã, Curari, Terra Nova, Parauá, Murumurutuba, Paraná do Careiro, Gurupá, Cambixe e Sede. Predominam as residências construídas em madeira, e os meios de transporte são em maioria fluviais (CAREIRO DA VÁRZEA, 2018).

O Plano Plurianual do município de Careiro da Várzea (2018/2021), não menciona diretamente termos relacionados a desastres. Ou seja, mais uma vez nos deparamos com uma análise de documentos nos quais são consideradas informações que estão apenas relacionadas de forma indireta a situações disruptivas. Neste documento, a exposição das ações e metas são bastante problemáticas. Temos como exemplo a repetição de uma frase padrão para tratar dos objetivos, o que nos causa estranheza, tendo em vista que cada eixo

deveria diferir bastante entre si. Também não estão identificadas as secretarias responsáveis pela execução dos serviços.

Outro dado relevante é que em alguns programas constam apenas o nome, mantendo a mesma frase padrão como descrição do objetivo. As colunas onde deveriam constar dados sobre projeto, atividade e ação estão em branco. A descrição para o programa é a mesma utilizada para o projeto, atividade e ação. Isso também demonstra a ausência de qualquer preocupação com relação a discriminar de que maneira essas atividades serão realizadas.

Ademais, alguns valores citados no plano são irrisórios. Há também muitas abreviações de termos, a exemplo de “imp.” na descrição dos projetos e ações, onde não fica claro este termo diz respeito a implantação ou implementação, ou seja, não informa se o projeto ou ação irá iniciar ou ter continuação de alguma atividade anteriormente iniciada. Consideramos que informações fragmentadas são um empecilho importante de ser mencionado, pois estamos tratando de políticas públicas fundamentais.

- PPA Careiro da Várzea (2018/2021)

O Plano Plurianual do município de Careiro da Várzea relativo (2022/2025) está disponibilizado no site oficial da prefeitura, de forma separada em 31 arquivos, compreendendo os seguintes elementos: eixos estratégicos, objetivos de governo e objetivos estratégicos. A apresentação deste documento difere em alguns aspectos da apresentação do PPA anterior, trazendo detalhamento das seções, gráficos e planilhas descritivas, possibilitando assim uma análise mais efetiva do material.

Todavia, o documento repete o padrão do quadriênio anterior, onde os dados continuam se demonstrando incipientes que sejam alcançadas informações necessárias na obtenção do objetivo deste trabalho, como por exemplo, dados sobre projetos e atividades, ação ou metas em determinados eixos.

Porém, cabe ressaltar que neste PPA o tema desastre é diretamente mencionado, tanto nos objetivos – com termos relevantes como cheias, inundações, deslizamentos, incêndios e outras calamidades, quanto na justificativa, onde são priorizados os direitos fundamentais da população. Consideramos este um grande avanço, tendo em vista que alguns documentos analisados sequer citam informações relacionadas a desastres. Houve a preocupação de elaborar objetivos com frases específicas para cada programa. Também não deixaram colunas em branco com relação aos gastos a serem aplicados e

descreveram os termos completos em vez de abreviações, como ocorrido no documento anterior. Sobre as ações indiretamente ligadas a desastres, destacamos as do setor Patrimônio Ambiental e Turístico de Saneamento Básico e de Coleta de Resíduos Sólidos

Sendo assim, traremos a seguir um quadro demonstrativo construído após observarmos de forma criteriosa todos os anexos do PPA do município, relativos ao quadriênio 2022/2025. Utilizamos como base principal para análise o Anexo II – Programas do Governo – o único que traz em seu bojo subsídios fundamentais direcionados à pesquisa, como objetivos e justificativas de programas.

Quadro 13 PPA Careiro da Várzea 2022/2025

PROGRAMA	OBJETIVO	JUSTIFICATIVA	AÇÕES	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Ação de Segurança Pública e Defesa Civil	Desenvolver e manter atividades preventivas dos efeitos de cheias, inundações, incêndios, deslizamentos e outras calamidades. Assim como, incrementar nível de segurança intrínseca e reduzir a vulnerabilidade dos cenários dos desastres e das comunidades em risco; facilitar uma rápida e eficiente mobilização dos recursos necessários ao restabelecimento da situação de normalidade, em circunstâncias de desastres. Objetivando também a salvaguarda dos bens públicos municipais.	Garantir e preservar os direitos fundamentais da população, que podem ser afetadas por desastres. Proteger o patrimônio público municipal.	Encargos com ações de resposta a desastres naturais	Resposta.
			Manutenção da Sec. Municipal de Proteção e de Defesa Civil	Prevenção, resposta e mitigação.
			Manutenção e funcionamento do Fundo Municipal de Defesa Civil	Prevenção, resposta e mitigação.
			Conselho Municipal de Defesa civil	Prevenção, resposta e mitigação.
Atenção à saúde da população	Organizar as funções públicas para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Promovendo a melhoria das	Garantir serviços públicos de saúde para a população do município.	Construção e/ou ampliação e aquisição de equip. P/ unidades de saúde	Prevenção.
			Reforma e conservação de unidades de saúde	Prevenção.

	condições de saúde da população em geral.		Manutenção do programa de média e alta complexidade – MAC	Prevenção, resposta e mitigação.
			Encargos com programa de Atenção Básica	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PPA Coari (2018/2021)

A cidade de Coari está localizada à beira do Rio Solimões, e possui descendência dos povos originários, com influência também portuguesa e de outros migrantes. O acesso ao município é realizado apenas por via fluvial (28 horas) ou aérea (90 minutos). Não existe malha rodoviária para acesso ao município ou às comunidades vizinhas (COARI, 2022).

Conforme dados obtidos através de publicação do Portal No Ar (2025), durante o Período da Borracha (final do século XIX e início do século XX) o município experimentou uma fase de grande prosperidade, e em 1980 foram descobertas reservas de petróleo e gás natural em suas terras, fazendo da cidade um importante centro de produção de energia para o país. Sendo assim, Coari é atualmente conhecida como a “Terra do Gás”.

Ao analisarmos o Plano plurianual do município de Coari relativo ao quadriênio 2018/2021 verificamos lacunas, abreviações sem o devido esclarecimento e falta de detalhamento em pontos importantes.

Destacamos que apesar do histórico de cheias severas no município, não foi encontrada menção direta a desastres durante a análise, ou a quaisquer outros termos que estejam vinculados a situações disruptivas. As ações relacionadas de forma indireta a desastres contidas neste PPA fazem parte da política de habitação.

Destarte, trataremos um quadro demonstrativo construído após observarmos minuciosamente este PPA, utilizando como base subsídios fundamentais à pesquisa direcionados, como programas, objetivos e ações.

Quadro 14 PPA Coari 2018/2021

PROGRAMA	OBJETIVO	PROJETO/ ATIVIDADE - AÇÃO	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
----------	----------	---------------------------------	--------------------------------------

Gestão do SUS	Gerir o Sistema Único de Saúde	Encargos com a atenção básica à saúde	Prevenção.
		Encargos dos programas de média e alta complexidade da saúde.	Prevenção, resposta e mitigação.
		Encargos das ações de vigilância Sanitária	Prevenção.
Investimentos em Saúde	Investimentos em Saúde	Investimento na infraestrutura da unidade básica fluvial de saúde.	Prevenção.
Programa Municipal de Mob. Acessib. Urbana e Rural Mob. Acess [sic]	Programa Municipal de Mobilidade e Acessibilidade Urbana e Rural - Mobilidade e Acessível para Todos	Encargos com programas e proteção de defesa civil	Prevenção, mitigação e resposta.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PPA Coari (2022/2025)

O Plano Plurianual do município de Coari (2022/2025) traz um novo formato de disponibilização de informações, bastante diferente do PPA anterior. Nesta versão, os objetivos não acompanham os programas, projetos e atividades nas tabelas. Estão isolados de forma genérica, descritos como mega objetivos, que se desdobram (conforme o PPA) em desafios para nortear o documento. São os resultados pretendidos através da realização das ações, e estão agrupados por despesas, vinculados aos eixos, e situados somente nas páginas introdutórias, divididos em duas partes: mega objetivos I (Desenvolvimento Econômico e Sustentável para o Município) e mega objetivos II (Cidadania e Inclusão Social). Tratam sobre a melhoria de qualidade, universalização e humanização do atendimento, sobre assegurar o acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde, sobre a redução de déficit habitacional, melhorias de saneamento básico, da oferta de moradias, e da universalização do abastecimento de água e esgotamento sanitário. Nada foi mencionado diretamente neste documento sobre desastres (COARI, 2022).

Outra característica relevante para a pesquisa deste PPA é que a Secretaria de Segurança, geralmente acompanhada pela Defesa Civil, surge nesta versão como Secretaria de Segurança e Defesa Social. A Defesa Civil somente é mencionada na lista de subfunções na antepenúltima página do documento.

Para a construção do quadro demonstrativo a seguir, utilizamos como base os dados principais direcionados à pesquisa, como órgãos responsáveis, áreas de abrangência e ações.

Quadro 15 PPA Coari 2022/2025

ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÁREA	AÇÃO	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/R ESPOSTA
Secretaria Municipal de Saúde	Atenção Básica Variável	Construção de laboratórios de endemias	Prevenção.
	Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar	Construção do Hospital Tropical	Prevenção e resposta.
		Construção de UBS tipo i - Grande Vitória/Liberdade -	Prevenção.
Fundos Municipais do Município de Coari	Combate Corona Vírus COVID-19	encargos c/ o progr. vigil. epidemiológica - combate corona [sic]	Mitigação e resposta.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PPA Lábrea (2018/2021)

Lábrea é um município às margens do Rio Purus, situado no Parque Nacional Mapinguari, com acesso rodoviário, fluvial e aéreo. Possui o maior rebanho bovino do estado, sendo o segundo maior município em lavouras temporárias (Lábrea, 2022). Acerca de situações disruptivas, Lábrea sofre com riscos de alagamentos, erosão e deslizamentos. Entre 2023 e 2024, o município foi atingido por uma seca severa, o que causou diversos problemas de acesso, abastecimento hídrico e insegurança alimentar. Em 2025, a Defesa Civil emitiu alerta de inundação para a localidade (Santana, 2025).

Diante disso, inferimos que este documento não traz informações diretamente relacionadas a desastres, nem a termos que signifiquem situações disruptivas. Este documento se utiliza da descrição de mega objetivos no início no texto, informando os intuítos das ações descritas posteriormente, de forma genérica. Nos mega objetivos II estão relacionados os objetivos de cidadania e inclusão social, os quais se encaixam no que buscamos compreender através desta análise.

Dentre estes, destacamos a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, de habitação e das condições de saneamento do município, o que dialoga de forma indireta com políticas relacionadas a desastres. Neste PPA estão devidamente informados os nomes dos programas, o objetivo, a atividade a ser executada e o projeto. Porém, os dados

que contemplariam as datas de início e término destes programas, neste anexo em específico, estão zerados.

A seguir, traremos um quadro demonstrativo construído após análise criteriosa acerca deste o PPA. Utilizamos como base informações relacionadas a desastres, organizados em programas, objetivos e ações e atividades.

Quadro 16 Lábrea 2018/2021

PROGRAMA	OBJETIVO	ATIVIDADE	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/R ESPOSTA
Atenção a saúde da população.	Promover o acesso universal da população aos serviços ambulatoriais, emergenciais e hospitalares nos postos de saúde e hospitais localizados no Município.	Manutenção do Programa de Vigilância em Saúde.	Prevenção.
		Manutenção dos Programas de Atenção Básica de Saúde – SUS	Prevenção.
		Manutenção dos Programas de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	Prevenção.
		Construção e/ou Ampliação e Aquisição de Equipamentos para Unidades de Saúde	Prevenção.
		Reforma e Conservação de Unidades de Saúde	Prevenção.
Morar Melhor – LÁBREA	Universalizar os serviços de saneamento básico, reduzir o déficit habitacional e melhorar a infraestrutura urbana para a população do Município.	Limpeza de Igarapés	Prevenção.
		Manutenção e Ampliação do Sistema de Abastecimento D'Água e Esgoto na Zona Rural	Prevenção.
		Manutenção e Ampliação do Sistema de Abastecimento D'Água e Esgoto na Zona Urbana do Município	Prevenção.
		Construção de Unidades Habitacionais na Zona Urbana do Município	Prevenção.
		Implantação de Infraestrutura e Serviços de Saneamento Básico na Zona Rural do Município	Prevenção.
		Implantação de Infraestrutura e Serviços de Saneamento Básico na Zona Urbana do Município	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PPA Lábrea (2022/2025)

O PPA do município de Lábrea (2022/2025) é o único dos documentos analisados que relaciona a questão ambiental sob a ótica das mudanças de clima no planeta. Em decorrência desta preocupação, o PPA aponta para uma política ambiental que explore o meio ambiente de forma sustentável. Nele também são mencionadas as importâncias da implantação de um Plano de Gestão de Resíduos Sólidos e de uma Estação de Tratamento de Esgoto (LÁBREA, 2022).

Os mega objetivos aqui se apresentam como os mesmos do PPA anterior, mencionando melhorias nas áreas de saúde e na habitação. Não foram encontradas informações a respeito de desastres neste PPA e as ações relacionadas de forma indireta são semelhantes ao documento anterior.

O quadro analítico foi construído com base nas informações obtidas através deste documento, com as ações da política de saúde relacionadas direta ou indiretamente a situações disruptivas.

Quadro 17 Lábrea 2022/2025

PROGRAMA	OBJETIVO	ATIVIDADE	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Atenção à saúde da população.	Promover o acesso universal da população aos serviços ambulatoriais, emergenciais e hospitalares nos postos de saúde e hospitais localizados no Município.	Manutenção a Assistência Farmacêutica e Insumos estratégicos na Atenção Básica em Saúde	Prevenção.
		Manutenção do Programa de Vigilância em Saúde.	Prevenção.
		Manutenção dos Programas de Atenção Básica de Saúde – SUS.	Prevenção.
		Construção e/ou Ampliação e Aquisição de Equipamentos para Unidades de Saúde	Prevenção.
		Reforma e Conservação de Unidades de Saúde.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PPA Manaus (2018/2021)

Manaus, a capital do estado do Amazonas, lidera o ranking de alertas de desastres de origem geohidrológica, totalizando 50 alertas emitidos em 2024 (CEMADEN, 2025). De acordo com reportagem da revista Cenarium (2025), no período de 2020 a 2025, 22 famílias na cidade tiveram suas casas destruídas. Manaus registrou pelo menos 13 vítimas fatais de deslizamentos de terras, dentre as quais sete crianças de até 11 anos.

Neste documento o termo desastre é mencionado no eixo estratégico - Desenvolvimento Social, cujo objetivo é promover o desenvolvimento social e reduzir o nível de vulnerabilidade e risco da população, com ações de prevenção e preparação para emergências através de ações de redução de impactos de desastres (MANAUS, 2018).

A seguir traremos um quadro demonstrativo construído após análise deste PPA estadual. Utilizamos como base os subsídios fundamentais, como eixos estratégicos, objetivos, órgãos responsáveis, ações e programas.

Quadro 18 PPA Manaus 2018/2021

EIXO ESTRATÉGICO	OBJETIVO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL/ ÓRGÃOS PARTICIPANTES	PROGRAMA/AÇÃO	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Desenvolvimento Social	Assistir o Município com ações de redução dos impactos dos desastres, tanto no aspecto preventivo quanto na preparação para emergências.	Casa Militar SEPDEC	Gestão do Núcleo de Proteção e Defesa Civil – NUPDEC	Prevenção, resposta e mitigação.
			Gestão do projeto “Defesa Civil nas Escolas”.	Prevenção.
			Prevenção a desastres	Prevenção.
			Resposta a desastres	Resposta.
Atenção à Saúde - Atenção Básica	Promover o acesso e qualidade nos serviços básicos.	Secretaria Municipal de Saúde FMS	Construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde	Prevenção.
			Gestão da Atenção Básica	Prevenção.
			Gestão das Unidades Móveis de Saúde Básica	Prevenção.
			Reforma das Unidades Básicas de Saúde	Prevenção.
Atenção à Saúde - Atenção Especializada	Reorganizar a atenção especializada, otimizando a oferta de serviços e de apoio às pessoas em situação de riscos associados à atenção especializada.	Secretaria Municipal de Saúde FMS FSS	Construção e ampliação de Unidades de Saúde de Média e Alta Complexidade.	Prevenção.
			Gestão da Assistência de Média e Alta Complexidade.	Prevenção.
			Gestão das Unidades Móveis de Saúde Especializadas.	Prevenção.
			Reforma de Unidades de Saúde de Média e Alta Complexidade.	Prevenção.
Atenção à Saúde - SAMU 192	Realizar atendimento de forma precoce às vítimas em situação de urgência ou emergência de saúde.	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FMS	Construção e ampliação das bases do SAMU.	Prevenção.
			Gestão do SAMU.	Prevenção.
			Reforma das bases do SAMU.	Prevenção.
Atenção à Saúde - Vigilância Ambiental e Epidemiológica	Reorganizar as vigilâncias ambiental e epidemiológica para resposta oportuna e efetiva das ações de saúde para	Secretaria Municipal de Saúde FMS	Gestão da vigilância epidemiológica e ambiental.	Prevenção.

	controlar e prevenir doenças e promoção da saúde com a finalidade de reduzir morbimortalidade das doenças transmissíveis e não-transmissíveis.		Reforma e ampliação nas estruturas da vigilância epidemiológica e ambiental.	Prevenção.
Atenção à saúde - Vigilância Sanitária	Fortalecer o desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária nos seus diversos níveis de complexidade, a fim de promover e proteger a saúde pública.	Secretaria Municipal de Saúde FMS	Gestão da Vigilância Sanitária.	Prevenção.
			Reforme e ampliação da Vigilância Sanitária.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PPA Manaus (2022/2025)

O Plano Plurianual do município de Manaus (2022/2025), aborda a pandemia de Covid-19 como um desafio a ser enfrentado através de vacinação, da política fiscal, do aumento no preço das commodities e do protagonismo da atividade privada para a superação deste quadro. A palavra desastre é mencionada novamente sem a companhia do termo “natural”, mas não há menção direta a planejamento para cheias, inundações, incêndios ou deslizamento de terras. A agenda 2030 é citada, bem como seus respectivos ODS (MANAUS, 2022).

A seguir, teremos o quadro analítico construído com base neste documento, descrevendo as ações da Política de Saúde do Município ligadas a situações disruptivas de forma direta ou indireta, dispostas em eixos estratégicos, objetivos, programas e ações.

Quadro 19 PPA Manaus 2022/2025

EIXO ESTRATÉGICO	OBJETIVO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL/ ÓRGÃOS PARTICIPANTES	PROGRAMA/ AÇÃO	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Desenvolvimento Social	Assistir o Município com ações de redução dos impactos dos desastres, tanto no aspecto preventivo quanto na preparação para emergências.	Casa Militar SEPDEC	Gestão do Núcleo de Proteção e Defesa Civil – NUPDEC	Prevenção, resposta e mitigação.
			Gestão do Projeto Defesa Civil nas Escolas	Prevenção, resposta e mitigação.
			Prevenção a Desastres	Prevenção.

			Resposta a Desastres	Resposta.
Atenção à Saúde - Atenção Básica	Consolidar a Atenção Primária à Saúde (APS) como acesso preferencial da população às ações e serviços de saúde em todos os ciclos de vida.	Secretaria Municipal de Saúde FMS	Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde	Prevenção.
			Gestão da Atenção Básica	Prevenção.
Atenção à Saúde - Atenção especializada	Reorganizar a atenção especializada, otimizando a oferta de serviços e de apoio às pessoas em situação de riscos associadas à atenção especializada.	Secretaria Municipal de Saúde FMS	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde	Prevenção.
			Gestão da Assistência de Média e Alta Complexidade	Prevenção.
Atenção à Saúde - Samu 192	Realizar o atendimento de forma precoce às vítimas em situação de urgência ou emergência de saúde.	Secretaria Municipal de Saúde FMS	Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial Gestão do Samu	Prevenção.
Atenção à Saúde - Vigilância Epidemiológica e Ambiental	Reorganizar as vigilâncias ambiental e epidemiológica para resposta oportuna e efetiva das ações de saúde para controlar e prevenir doenças e promoção da saúde com a finalidade de reduzir a morbimortalidade das doenças transmissíveis e não transmissíveis.	Secretaria Municipal de Saúde FMS	Gestão da Vigilância Epidemiológica e Ambiental	Prevenção.
Atenção à Saúde - Vigilância sanitária	Fortalecer o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária nos seus diversos níveis de complexidade, a fim de promover e proteger a saúde pública.	Secretaria Municipal de Saúde FMS	Gestão da Vigilância Sanitária	Prevenção.
Atenção à Saúde - Enfrentamento à pandemia e incidentes	Assegurar à população do município de Manaus as condições mínimas para salvaguardar vidas.	Secretaria Municipal de Saúde SEMASC, SEMULSP, FMS, CMM	Fortalecimento das Ações Emergenciais de Enfrentamento de Pandemias e Incidentes.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PPA Manicoré (2018/2021 e 2022/2025)

Manicoré está distante de Manaus a 457 Km em linha reta. Acerca de situações disruptivas, o Portal da Câmara Municipal de Manicoré traz registros de danos causados pelas cheias do Rio Madeira à população manicoreense. Nele são abordados vários desafios, como dificuldades de acesso, escoamento da produção, perda de plantio e outras intempéries encontradas pelos cidadãos (CAETANO, 2019).

Destacamos que não foram encontrados os documentos concernentes aos Planos Plurianuais do município de Manicoré relativos aos quadriênios 2018/2021 e 2022/2025 em nenhum meio oficial ou extra oficial de acesso. Sendo assim, a produção de quadros analíticos voltados a estes documentos não foi oportunizada devido à ausência destes PPA's.

- PPA Parintins (2018/2021)

Parintins é um município localizado próximo à divisa do estado do Pará, conhecido mundialmente por sediar o Festival Folclórico de Parintins (Patrimônio da Cultura Nacional). Acerca de situações disruptivas, as cheias ocorridas no Rio Amazonas causam impactos cada vez mais recorrentes nas áreas urbanas da cidade, que possuem maior índice de vulnerabilidade social, levando riscos de contaminação à população local. As cheias severas que costumavam ocorrer a cada vinte anos, ocorreram sete vezes no período de 2012 a 2021 (Chagas; Araújo; Calheiros, 2021).

Este PPA traz como um de seus objetivos ações para períodos de enchentes e vazantes dos rios, bem como ações educativas quanto às queimadas para limpeza de terrenos baldios. Destacamos aqui a relevância do objetivo intitulado Garantir a Prevenção de Sinistros e a Segurança no Município de Parintins, dentro do programa de Defesa Civil (PARINTINS, 2018).

Abaixo traremos o quadro analítico com as informações de Política de Saúde, com base em análise criteriosa das informações deste PPA, como objetivos, órgãos responsáveis e ações diretamente ou indiretamente vinculadas a desastres.

Quadro 20 PPA Parintins 2018/2021

MACRODIRETRIZ - ÁREA TEMÁTICA	OBJETIVO	PROGRAMA - ÓRGÃO RESPONSÁVEL	AÇÃO	PREVENÇÃO, MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Diversificação e Fortalecimento Econômico - Infraestrutura	Ampliar e requalificar a infraestrutura da cidade, visando melhorar a	Infraestrutura - Secretaria Municipal de Obras e Serviços Públicos	Construir ponte de madeira em áreas alagadas da cidade.	Resposta.
			Construir e recuperar o muro de contenção na orla principal da cidade.	Prevenção.

	qualidade de vida da População.	- SEMOSP	Redes de drenagem nas áreas mais baixas da cidade.	Prevenção.
Qualidade de Vida - Saúde	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a Política de Atenção Básica especializada, ambulatorial e hospitalar.	Melhoria nos serviços de saúde. - Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA	Garantir o custeio de recursos humanos, de insumos para a assistência na atenção básica, e programas estratégicos nas atenções especializadas.	Prevenção.
			Reforma das UBS's.	Prevenção.
			Garantir recursos financeiros para aquisição de insumos para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana e zona rural.	Prevenção.
			Garantir recursos financeiros para aquisição de insumos para o funcionamento da rede ambulatorial e de serviços especializados.	Prevenção.
			Aquisição de ambulâncias para as comunidades polos, equipadas com serviço de radiofonia (Camburi, Mocambo, Vila Amazonia, Zé Açu).	Prevenção.
			Aquisição de ambulâncias para os hospitais Jofre Cohen e Padre Colombo.	Prevenção.
			Aquisição de ambulanchas para as comunidades indígenas e ribeirinhas	Prevenção.
			Aquisição e reposição de equipamentos e materiais permanentes, incluindo de comunicação, nas UBS's da zona urbana e zona rural.	Prevenção.
			Construção e reforma de unidades básicas de saúde na zona urbana e rural (Valéria, Açaí, São Tomé).	Prevenção.
			Ampliação das unidades básicas de saúde da zona urbana e rural.	Prevenção.
			Implantação de equipes de estratégia Saúde da Família ribeirinha e fluvial (zona urbana e rural)	Prevenção.
			Implantar Unidade Fluvial de Saúde (Barco Hospitalar)	Prevenção.

			Implantar internet em todas as unidades básicas de saúde.	Prevenção.
			Garantir recursos financeiros para as ações necessárias no período de enchente e vazante, de forma a diminuir os impactos na saúde da população afetada.	Prevenção.
			Articular parcerias com o Estado e Ministério da Saúde, (serviços de média e alta complexidade).	Prevenção.
QUALIDADE DE VIDA - SAÚDE	Implantar implementar a organização das redes de atenção à saúde no município, articulada com os municípios da região do Baixo Amazonas, Médio Amazonas e Manaus.	Atenção básica e especializada - Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA	Manutenção mecânica periódica do SAMU.	Prevenção.
			Implantar serviço de remoção e a Central de Resgate de Urgência/Emergência com aquisição de ambulâncias e implantação do SAMU.	Prevenção.
QUALIDADE DE VIDA - SAÚDE	Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.	Atenção Básica e Atenção Especializada - Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA	Garantir a atenção específica e diferenciada em saúde aos povos indígenas, ciganos e quilombolas e comunidades tradicionais, aprimorando ações de atenção básica e saneamento, preservando e respeitando suas práticas de saúde.	Prevenção.
			Implantar no Hospital Dr. Jofre Cohen um centro de UTI.	Prevenção.
	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável. (Vigilância em Saúde, Atenção Básica e Atenção Especializada)	Saúde preventiva - Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA	Reestruturar, fortalecer a área de Vigilância em Saúde	Prevenção.
			Garantir o orçamento para realização das ações de imunização e campanhas nacionais na zona urbana, zona rural e áreas indígenas	Prevenção.
			Garantir orçamento para realização das ações de Vigilância ambiental com prioridade para o programa de qualidade da água	Prevenção.
			Garantir recursos para conectividade de internet de boa capacidade, de forma a evitar bloqueio de recursos financeiros.	Prevenção.

			Reestruturar o Laboratório de Controle da Qualidade da Água Para Consumo Humano	Prevenção.
			Implementar o Programa do Vigisolo e Vigiar.	Prevenção.
			Fortalecer a integração da Vigilância com a Atenção Básica.	Prevenção.
			Constituir equipe do Vigiação, Vigisolo e Vigiar legalmente habilitada, fortalecer ações educativas quanto às queimadas, ao lixo e limpeza de terrenos baldios.	Prevenção.
			Implementar em todas as unidades de saúde a execução de Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos dos serviços de saúde.	Prevenção.
			Realização de ações para o período da enchente e vazante dos rios.	Prevenção.
	Promover a atenção à saúde dos povos indígenas, observando as práticas de saúde e os saberes tradicionais, promovendo ações complementares e especializadas	Atenção especializada - Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA	Apoiar o fortalecimento do Distrito Sanitário Especial Indígena de Parintins	Prevenção
			Implantar serviço de coleta e exames laboratoriais nas comunidades polos e UBS indígenas.	Prevenção.
			Integrar a equipe da ESF com equipe de Saúde Indígena.	Prevenção
	Aprimorar o marco regulatório e as ações de Vigilância Sanitária.	Vigilância em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA	Promover o serviço de estrutura física e operacional de Vigilância Serviço implantado Sanitária, conforme a necessidade local em função do risco sanitário.	Prevenção.
			Constituir equipe de Vigilância Sanitária legalmente habilitada.	Prevenção.
Modernização da Gestão - Gestão Municipal	Garantir a prevenção de sinistros e a segurança no município de Parintins.	Defesa Civil - Gabinete Civil	Definir local fixo para a instalação da Defesa Civil.	Prevenção.
			Aquisição e reposição de equipamentos e material permanente.	Prevenção.
			Elaborar o Plano Municipal de Defesa Civil.	Prevenção.
			Aquisição de voadeira.	Prevenção.
			Aquisição de motocicletas.	Prevenção.

			Manutenção e funcionamento do Gabinete Civil.	Prevenção.
--	--	--	---	------------

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PPA Parintins (2022/2025)

O Plano Plurianual do município de Parintins (2022/2025), faz menção a desastres através termos relacionados, tais como sinistros, queimadas, enchentes e vazantes. Foram encontrados poucos dados a respeito da pandemia de COVID 19, presentes nas ações de Vigilância em Saúde no final do documento. Este PPA demonstra, assim como o anterior, medidas para o fortalecimento de alguns muros das orlas da cidade.

Abaixo, veremos um quadro com as ações relacionadas diretamente ou indiretamente a desastres, construído a partir de análise deste PPA, sobre eixos temáticos, objetivos e ações.

Quadro 21 PPA Parintins 2022/2025

MACRODIRETRIZ - ÁREA TEMÁTICA	OBJETIVO	PROGRAMA - ÓRGÃO RESPONSÁVEL	AÇÃO	PREVENÇÃO/ RESPOSTA / RESPOSTA
Modernização da Gestão - Gestão Municipal	Garantir a segurança de Parintins e prevenir sinistros	Parintins Segura - DEFESA CIVIL E GUARDA MUNICIPAL	Criar e implantar Plano de Contingência e Prevenção de Riscos e Desastres.	Prevenção.
			Criar e implantar Plano de Contingência e Prevenção de Riscos em área seca e alagada	Prevenção.
Desenvolvimento Econômico - Obras e Urbanismo	Dar suporte adequado a Unidade Administrativa com materiais.	Manutenção e desenvolvimento urbano - Secretaria de Infraestrutura, Obras e Serviços Públicos.	Construir e reformar pontes de madeira em áreas alagadas da cidade	Resposta.
Democratização e modernização da Gestão Pública - Produção e abastecimento	Promover a gestão das Políticas de Desenvolvimento Econômico do setor primário	Fortalecimento Institucional da SEMPA - Secretaria de pecuária, agricultura e abastecimento- SEMPA	Garantir recursos financeiros para as ações necessárias de recuperação dos impactos no período de enchente e vazante aos produtores e agricultores afetados da área de várzea.	Resposta.
Promoção humana e qualidade de vida - Saúde	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com	Gestão e investimentos em saúde -	Garantir recursos financeiros para aquisição de insumos para o funcionamento das	Prevenção.

	ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a Política de Atenção Básica e Especializada, ambulatorial e hospitalar. (Atenção Básica e Atenção Especializada).	Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA	UBS da zona rural e zona urbana.	
			Garantir recursos financeiros para aquisição de insumos para o funcionamento da rede ambulatorial de serviços especializados. (Laboratório, Policlínica, Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Atenção Psicossocial).	Prevenção.
			Garantir recursos financeiros para o Hospital Regional Jofre Cohen.	Prevenção.
			Aquisição de veículos utilitários para atender a Atenção Básica.	Prevenção.
			Aquisição de veículos utilitários para Unidades de Saúde da zona rural.	Prevenção.
			Construção de uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA e de uma UBS na Comunidade do Açaí sede da Vila Amazônia.	Prevenção.
			Aquisição de ambulâncias - Comunidade do Açaí, região do Aduacá, Uaicurapá e Mamuru.	Prevenção.
			Implantação de uma Unidade Básica de Saúde na Comunidade da Valéria.	Prevenção.
			Aquisição de ambulância para Hospital Jofre Cohen e Hospital Padre Colombo.	Prevenção.
			Aquisição de ambulanchas para atender as comunidades indígenas e ribeirinhas.	Prevenção.
			Construção de um Laboratório Central.	Prevenção.
			Aquisição de equipamento de comunicação para as UBS da zona rural.	Prevenção.

			Construção e reforma de UBS na zona urbana e na zona rural (Valéria, Açaí, São Tomé).	Prevenção.
			Implementar a Política Nacional do Sangue e seus Derivados com vistas a ampliação na Regional de Saúde.	Prevenção.
			Ampliar a cobertura da Atenção Básica na zona urbana (novas equipes de ESF ribeirinha e fluvial)	Prevenção.
			Implantar Equipe de Saúde da Família Ribeirinha ampliada na zona rural.	Prevenção.
			Implantar Unidade Fluvial de Saúde.	Prevenção.
			Implantar internet em todas as UBSs.	Prevenção.
			Garantir recursos financeiros para as ações necessárias nos períodos de enchente e vazante.	Prevenção.
			Garantir a contratação de médicos especialistas considerando as especialidades com maior demanda.	Prevenção.
			Garantir atendimento contínuo de clínicos e especialistas nas comunidades polo e equipes multiprofissionais	Prevenção.
			Implantar Unidades de Pronto Atendimento 24h na zona urbana.	Prevenção.
			Fortalecer a oferta de atendimento de médicos especialistas no município, com atendimentos na zona rural.	Prevenção.
			Fortalecer a rede de Urgência com a implementação do funcionamento do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Resgate terrestre e	Prevenção.

			fluvial, ampliação de quantidade de ambulâncias e ambulanchas, reposição de acordo com a demanda).	
			Implantar a segunda UBSF, para atender as comunidades das áreas mais distantes (sala para atendimento cirúrgico).	Prevenção.
			Instalar gerador de energia elétrica nas UBS da zona rural (armazenamento adequado dos imunobiológicos).	Prevenção.
			Fortalecer a atuação de equipes multiprofissionais na Atenção Primária (equipe multiprofissional por UBS).	Prevenção.
	Implantar- implementar a organização das Redes de Atenção	Atenção Básica e Especializada - secretaria Municipal de Saúde - SEMSA	Implementar o serviço de remoção de urgência e emergência, com implantação do SAMU (zona rural).	Prevenção.
	Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida.		Garantir a atenção específica e diferenciada em saúde aos povos indígenas, ciganos e quilombolas e comunidades tradicionais (Atenção Básica e saneamentos) preservando e respeitando suas práticas de saúde.	Prevenção.
			Garantir orçamento para a realização das ações de imunização e campanhas nacionais na zona urbana, zona rural e áreas indígenas.	Prevenção.
			Garantir orçamento para realização das ações de Vigilância Ambiental (Programa de Qualidade da Água).	Prevenção.
			Garantir recursos para conectividade de internet de boa qualidade para manter os sistemas de informações	Prevenção.

			alimentados em tempo oportuno.	
			Realização de projetos de educação popular em saúde (mobilização e prevenção de doenças e agravos).	Prevenção.
			Implementar o Programa do Vigisolo e Vigiar.	Prevenção.
			Fortalecer a integração da Vigilância com a Atenção Básica.	Prevenção.
			Constituir Equipe do Vigiágua, Vigisolo e Vigiar para a execução de ações de Vigilância Ambiental.	Prevenção.
			Fortalecer ações educativas quanto às queimadas, ao lixo e à limpeza de terrenos baldios.	Prevenção.
			Realização de ações para o período da enchente e vazante dos rios.	Prevenção.
	Promover a atenção à saúde dos povos indígenas.	Atenção Especializada - Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA	Apoiar o fortalecimento do Distrito Sanitário Especial Indígena de Parintins, visando o avanço na construção do Subsistema de Saúde Indígena no âmbito do SUS.	Prevenção.
			Integrar a equipe da ESF com a Equipe de Saúde Indígena, com agenda de atividades integradas e de apoio.	Prevenção.
	Ampliar o acesso da população à medicamentos, e promover o uso.	Assistência farmacêutica - Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA	Implantar a Central de Medicamentos	Prevenção.
			Aquisição de medicamentos que atendam as comunidades ribeirinhas e indígenas.	Prevenção.
	Aprimorar o Marco Regulatório e as ações de Vigilância.	VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMSA	Planejar, implementar e executar as ações da Vigilância Sanitária.	Prevenção.
			Realizar duas campanhas vacinais anuais na zona urbana, zona rural e área indígena com	Prevenção.

			mobilização através dos ACS.	
			Implementar a Vigilância Epidemiológica, com garantia de orçamento para fortalecer as ações de enfrentamento de vírus respiratórios: Influenza, COVID 19 com prevenção e vigilância das doenças transmissíveis.	Prevenção.
	Fortalecer as instâncias do Controle Social	Controle Social - Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA	Implantar os Conselhos Locais de Saúde.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PPA São Gabriel da Cachoeira (2018/2021)

São Gabriel da Cachoeira está distante 860 quilômetros de Manaus. É o município com a maior porcentagem de população indígena do país – 90% da população pertence a um dos 23 grupos étnicos do município (sendo os grupos mais numerosos Yanomami, Tukano e Baniwa) espalhados em aproximadamente 500 comunidades (IBGE, 2022). Em 2024, o Ministério Público de Contas do Amazonas, através da Coordenadoria de Meio Ambiente, por meio da recomendação Nº 149/2024, orientou a prefeitura do município para dar início ao plano de prevenção de estiagem, a fim de mitigar os danos causados pela seca severa no segundo semestre de 2024 (AMAZONAS, 2024).

Os registros de secas intensas e enchentes se alternam na região, movidos pelas mudanças climáticas. A subida das águas atinge principalmente quem habita as regiões mais baixas, e mesmo com os níveis considerados esperados para o período, as marombas (pontes de madeira improvisadas em períodos de cheia) já estão sendo construídas em algumas ruas que começam a ser tomadas pelo rio.

O Plano Plurianual do município de São Gabriel da Cachoeira não foi encontrado em fontes oficiais, como no site da Prefeitura, no site da Câmara Legislativa do município, da Câmara Municipal de São Gabriel da Cachoeira, em publicações do Diário Oficial do Municípios do Amazonas, no Portal de Acesso à Informação e Transparência dos Municípios do Estado do Amazonas, ou em qualquer outra fonte, oficial ou extraoficial.

No Portal de Acesso à Informação e Transparência dos Municípios do Estado do Amazonas, na pasta respectiva ao documento, estão somente anexadas duas laudas, com dados sobre a Lei nº 083/2017, de 20 de agosto de 2017, que dispõe sobre o PPA relativo

ao quadriênio, mas que não abordam diretrizes, objetivos, metas ou orçamentos de forma detalhada.

Consideramos que a ausência de dados também é um dado a ser mencionado, portando, não haverá como realizar a análise do PPA de São Gabriel da Cachoeira (2018/2021) sem a posse deste material.

- PPA São Gabriel da Cachoeira (2022-2025)

Este PPA traz dados sobre desastres de forma vaga. São poucas as informações acerca de ações de combate a problemas relacionados a situações disruptivas. Não há detalhamento sobre as atividades, nem menção a termos como enchentes, secas ou queimadas.

Apesar de abranger o período pandêmico, nos deparamos com o programa Corona Vírus 2019, onde não foram encontrados dados sobre objetivos, projetos ou atividades. Estes dados estariam contidos no Plano Plurianual de Saúde, que não consta no escopo deste PPA, nem na respectiva aba do Portal de Acesso à Informação e Transparência dos Municípios do Estado do Amazonas, ou em nenhum outro portal oficial do município. O mesmo ocorre com o programa Atenção à saúde da população, onde objetivos, projetos ou atividades relacionadas estariam em um anexo inexistente neste documento, ou em alguma outra fonte oficial não localizada.

Este PPA também apresenta várias nomenclaturas e termos abreviados. Sendo assim, como realizado anteriormente, continuaremos inserindo as palavras conforme se apresentam no documento oficial. As ações descritas neste PPA que estão relacionadas indiretamente a situações disruptivas fazem parte das áreas de Infraestrutura e de Meio Ambiente.

A seguir, traremos um quadro construído através de análise criteriosa com base nos dados deste PPA, trazendo as ações relacionadas a desastres, de forma direta ou indireta, organizados em eixos estratégicos, projetos, atividades e objetivos.

Quadro 22 PPA SÃO Gabriel da Cachoeira 2022/2025

PROGRAMA - OBJETIVO	PROJETO - ATIVIDADE	OBJETIVO DO PROJETO/ATIVIDADE	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Programa de Apoio Administrativo - Melhorar a efetividade financeira do Município	MANUT. E FUNC. DA GUARDA MUN./DEFESA CIVIL/DEP. [sic]	Projeto Salta Z Cursos e mini Oficinas Suporte Emergencial a sinistros	Prevenção e resposta.

e desenvolver uma cultura institucional de alto desempenho.			
ATENÇÃO A SAÚDE DA POPULAÇÃO - Consolidar a atenção básica em saúde como espaço fundamental de organização do SUS (atendimento integral dos usuários e a promoção da articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde)	MANUT. E FUNC. DOS PROG. DE ATENÇÃO [sic]	-	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

3.2.1 Planos de Saúde - Estaduais e Municipais

Para realização da pesquisa dos Planos Estaduais de Saúde (PES) foram analisados os documentos relativos aos quadriênios 2016 a 2019 e 2020 a 2023. Ressaltamos que não houve nenhuma dificuldade em acessar o material, que está disponível publicamente através do site da Secretaria Estadual de Saúde – SES/AM. Destarte, os PESs necessários à pesquisa foram devidamente encontrados e analisados.

Para a análise destes documentos foram considerados os objetivos que se aproximam ao tema desastres (ações de prevenção, resposta e mitigação de danos), dando continuidade à premissa do destaque em azul claro das ações indiretas, e em verde claro as ações diretas, para prevenção, resposta e mitigação de situações disruptivas.

- PES (2016/2019)

Ao analisarmos o Plano Estadual de Saúde (2016/2019), inferimos que o termo desastre é citado pouquíssimas vezes, sendo abordado de forma indireta através de ações que lidam com o cotidiano relativo às mudanças de cenário climático na região, como as desenvolvidas pela Fundação de Vigilância Sanitária (FVS/AM), atuando na monitoração de municípios prioritários com riscos de enchentes, através de alertas e capacitação de preparação e resposta às situações disruptivas, como enchentes e secas.

Fica evidente que, à época, o cenário de gestão estadual de políticas públicas ainda não havia despertado para os impactos da crise climática mundial, e que a sazonalidade das águas ou secas ainda era vista de forma natural, como um calendário que se repetiria todos os anos, com um ou outro evento destoando dos demais. O PES 2016/2019 informa também que estava sendo desenvolvido um projeto-piloto de vulnerabilidades às

enchentes dos estabelecimentos de saúde, realizado em três municípios, incluindo Lábrea, que faz parte desta pesquisa.

Ademais, registrou-se uma preocupação sobre ocorrência com contaminações advindas do uso de pesticidas, sendo sinalizada a existência do grupo de trabalho intitulado GT-agrotóxicos, composto por setores da Vigilância em Saúde (DVA, DVE, NES, SASS, LACEN, DEVISA) e outras instituições (UFAM, UEA, IDAM, IPAAM, SEPROR, SUSAM, SEMSA, CREA-AM). Este GT é responsável pelas ações de promoção e recuperação em saúde do Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos, para que se reduza a morbimortalidade por estas causas (AMAZONAS, 2016).

Outras ações no âmbito de desastres também devem ser ressaltadas, como o VIGIÁGUA, VIGIDESASTRES, VIGIPEQ (projetos pilotos de agrotóxicos), e o apoio técnico e orientação às Secretarias Municipais de Saúde, enfatizando a “coordenação e execução de programas sustentáveis de prevenção e controle da malária, dengue e tuberculose a nível municipal” (AMAZONAS, p. 148, 2016)

Destarte, é enfatizado que existem dificuldades no acesso às medidas de prevenção, assistência e diagnóstico de doenças endêmicas, de medidas de controle, bem como a insuficiência de RH para novas demandas e execução de programas, o grande número de demissões e afastamentos e a insuficiência de recursos, o que acaba gerando resultados negativos aos trabalhos direcionados a gestão de ações relacionadas aos eventos disruptivos.

Sobre a gestão dos municípios, também é mencionado o baixo comprometimento de gestores, o atraso no pagamento dos servidores, questões políticas que interferem em processos, e gestão inadequada de recursos, o que não corrobora para que medidas de prevenção, resposta ou mitigação sejam devidamente executadas. Dentre as dificuldades apresentadas estão a ausência de uma política de fixação de profissionais no interior do estado, duplicando os custos de capacitação da FVS, o que resulta na deficiência de algumas operações nos municípios. Ainda se registra a falta de computadores, internet e alimentação nos sistemas de informações (AMAZONAS, 2016).

Seguiremos trazendo um quadro construído através de análise minuciosa dos dados do PES relativo ao quadriênio 2016/2019, com informações divididas em eixos, objetivos metas e órgãos responsáveis.

Quadro 23 PES 2016/2019

EIXO/ CONFERÊNCIA DE SAÚDE/PES	OBJETIVO	METAS QUADRIENAIS/ ÓRGÃOS RESPONSÁVEIS	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
GESTÃO DO SUS	01. Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a despreciação e a democratização das relações de trabalho.	Realização de 3.500 atividades pelas Fundações de Saúde. (Setor de Planejamento da FCECON e FHEMOAM)	Prevenção.
		Qualificar 7.050 profissionais e trabalhadores do SUS pela SEAD e outras formas. (DGRH e Setor de Planejamento da FUAM)	Prevenção.
		Convocar 10.314 concursados dos certames de 2005 e 2014. (DGRH)	Prevenção.
		Disponibilizar 13 profissionais de saúde especializados para Policlínica Virtual (teleconsultoria para os profissionais da AB e das unidades hospitalares dos municípios). (DGRH)	Prevenção
		Disponibilizar 8 profissionais para atuar no programa de Telessaúde. (DGRH)	Prevenção.
	Aprimorar a relação interfederativa fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde, e ainda aperfeiçoar a atuação da Secretaria de Estado de Saúde como gestora estadual do SUS com ênfase nas ações de Planejamento, Monitoramento, Avaliação, Regulação, Auditoria, Informação e Informática.	Prestar cooperação técnica aos 62 municípios do Amazonas no desenvolvimento dos instrumentos de planejamento da saúde e no processo de pactuação, monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde. (DEPLAN)	Prevenção
ATENÇÃO BÁSICA	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, definindo-a como eixo estruturante e reordenador da atenção à saúde no Estado do Amazonas.	Cofinanciamento estadual da atenção básica para os 62 municípios.	Prevenção
		Criar o Geoportal Estadual para subsidiar a implantação de salas de situação nos 62 municípios.	Prevenção
		Operacionalizar a Rede Básica Estadual, na capital, realizando 2.280.000 atendimentos nos CAIC's e CAIMI's. (SEA Capital).	Prevenção
ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE	Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde	Operacionalizar a Rede de Urgência e Emergência,	Prevenção

MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.	realizando 47.368.000 atendimentos.	
		Realizar 2.400 remoções de urgência com serviço aeromédico de UTI do interior para capital.	Prevenção
	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção especializada, ambulatorial, hospitalar e domiciliar, integrando os Programas de Telessaúde, Programa Saúde Itinerante e Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e as Ações das Fundações de Saúde vinculadas a SUSAM.	Operacionalizar a Rede Ambulatorial e Hospitalar de Atenção Especializada, mantendo 57 unidades (6 policlínicas, hospital Geraldo da Rocha na capital e 50 unidades hospitalares no interior). (SEA Capital e SEA Interior)	Prevenção
		Realizar tratamento fora do domicílio - TFD interestadual para 11.015 pacientes. (GTFD Coordenação Estadual de Regulação)	Prevenção
		Realizar 69.000 atendimentos de saúde itinerante (SEA Interior)	Prevenção
		Transferir recursos da Média Complexidade para 62 municípios (SEA Interior)	Prevenção
		-Implantar 18 salas de videoconferências para Integrar a SEA, as Fundações de Saúde e os Polos Regionais de Saúde e SMS através de conexão de fibra ótica e satelital. (Detin/ Coordenação de Telessaúde)	Prevenção.
		Implantar em parceria com os municípios a Policlínica Virtual para prover teleconsultoria especializada para os profissionais da AB a de saúde e das unidades hospitalares dos municípios do estado do Amazonas.	Prevenção
		Realizar 4.375.000.000 exames laboratoriais na FMT HVD. (Setor de Planejamento da FMT-HVD)	Prevenção
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Ampliar o acesso da população a medicamentos e produtos pra saúde, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.	Realizar transferência de Recursos Financeiros aos 62 Municípios para Farmácia Básica (SEA Interior)	Prevenção

	Buscar a melhoria da qualidade de vida da população do Estado do Amazonas, por meio da promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e laboratorial, bem como o controle de doenças e outros agravos, incluindo educação, capacitação, pesquisa e ações interinstitucionais.	Aplicar 886.552 doses de vacinas pentavalente. (Setor de Planejamento da FVS/AM)	Prevenção
		Realizar 108.000 análises laboratoriais através do LACEN. (Setor de Planejamento da FVS/AM)	Prevenção
		Monitorar 348.328 ações de vigilância sanitária municipal. (Setor de Planejamento da FVS/AM)	Prevenção
	Implementar o programa de investimentos na saúde, viabilizando melhor infraestrutura para melhorar as condições de atendimento ao usuário do SUS, considerando a conformação das redes de atenção, os planos regionais e necessidades da população.	Construir /ampliar 07 unidades de saúde na Capital e no Interior. (SEA Capital e Interior)	Prevenção
		Reformar/adequar 09 unidades de saúde na Capital e no Interior. (SEA Capital e Interior)	Prevenção
		Aquisição de Equipamento e Material Permanente para 122 unidades de saúde na Capital e no Interior. (SEA Capital e Interior)	Prevenção

Fonte elaboração própria com base no PES 2016/2019 (Gordiano, 2025)

- PES (2020/2023)

O Plano Estadual de Saúde (2020/2023), sinaliza os ODS de acordo com a ação a ser executada no documento. Inferimos que embora o quantitativo de leitos tenha sido ampliado, ainda está abaixo da média no Brasil (2,36 leitos para cada grupo de 1.000), enquanto o mínimo recomendado pela OMS recomenda 2,5 a 3,0 leitos para 1.000 habitantes (AMAZONAS, 2019). Outro dado relevante sobre desigualdade é relativo ao número de médicos. O parâmetro recomendado pelo MS é o de 2,5 médicos a cada 1.000 habitantes. No Amazonas, o número está abaixo de 0,5 médicos por grupo de 1.000 habitantes, mesmo na capital (AMAZONAS, 2020).

Isso é refletido na cobertura de atenção básica, que apresenta percentual de 36,66% (1.108.800 pessoas cobertas), ou seja, mais de 60% da população não tem acesso ou apresenta dificuldades esses serviços, o que sobrecarrega as unidades de emergência, setor onde 70% dos atendimentos realizados poderiam ser evitados caso houvesse eficiência de atendimentos primários (AMAZONAS, 2020).

Destacamos ainda que dentre os 62 municípios de compõem o estado, apenas 12 dispõem do serviço SAMU implantado. Unimos a esse dado o fato de que em 2019 o

Amazonas registrou a maior epidemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave, seguida pela Pandemia de COVID-19 (AMAZONAS, 2020).

A respeito de vacinação, até a conclusão deste PPA, a Vigilância em Saúde não possuía sede própria, impactando de forma negativa o Programa Nacional de Imunização, onde as câmaras frias dividiam espaço com o setor técnico administrativo, mesmo que as vacinas recebidas há três anos estivessem armazenadas em conformidade com os padrões de volume. Ademais, as medidas vinculadas à prevenção, resposta e mitigação de desastres continuam sem estar em um eixo específico, ou com diretrizes próprias, aparecendo apenas uma vez no documento, ainda com o termo *desastres naturais* relacionado a enchentes e secas (AMAZONAS, 2020).

A seguir, daremos sequência à pesquisa trazendo um quadro analítico contendo os dados concernentes à política de saúde relacionada de forma direta ou indireta a situações disruptivas no estado, dividido em diretrizes, objetivos, metas e órgãos responsáveis.

Quadro 24 PES 2020/2023

DIRETRIZ	OBJETIVO	METAS QUADRIENAIIS/ÓRGÃOS RESPONSÁVEIS	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde	Contribuir para redução das taxas de morbimortalidade das principais causas de óbitos, doenças e agravos, mediante ações integradas da Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e ações intersetoriais e interinstitucionais.	Manter elevada e homogênea as coberturas de vacinas selecionadas em 75%.	Prevenção
		Ampliar para 35% a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano.	Prevenção.
	Fortalecer os serviços de Média Complexidade nas Regiões de Saúde e Estruturar os serviços de Alta Complexidade nas Macrorregiões, visando a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado (PRI).	Aumentar para 85% o percentual de internações de média e alta complexidade, de residentes no próprio município.	Prevenção.
		Que as 6 regiões de saúde realizem no mínimo 60% da carteira de procedimentos de Média Complexidade.	Prevenção.
	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, fortalecendo a Atenção Básica (AB).	Aumentar para 80 % a cobertura populacional das equipes de atenção básica.	Prevenção.
		Aumentar para 81% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Prevenção.

	Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas com ênfase na organização das Linhas de Cuidado e Redes Temáticas priorizadas: Linha de Cuidado Saúde da Mulher e da Criança (a), Rede de Urgência e Emergência (b), Rede de Atenção Psicossocial (c), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (d) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (e).	Reduzir para 214,00 p/100.000 a taxa de 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, 2% em relação ao ano anterior.	Prevenção.
	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde da atenção especializada.	Alcançar 100% do parâmetro de necessidade de consultas especializadas	Prevenção.
	Ampliar o acesso da população à Assistência Farmacêutica.	Promover a implantação de 20 farmácias do componente especializado na capital e nos municípios do interior, promovendo assim a interiorização da saúde.	Prevenção.
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.	Dotar de infraestrutura a rede de serviços de saúde, com a identificação e a priorização de investimentos necessários para conformação das redes de atenção a saúde, considerando os planos regionais, macrorregionais e as necessidades dos usuários e serviços públicos de saúde.	Aumentar para 5% o percentual da despesa com investimentos na despesa total com saúde.	Prevenção.
Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado.	Promover a Institucionalização das Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com ênfase na Desprecarização do Trabalho e na Formação e Desenvolvimento do Servidor	Implementar em 60% as ações de Educação Permanente previstas no Plano de Educação Permanente em Saúde.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

3.2.2 Planos Municipais de Saúde

Em seguida, analisaremos os Planos Municipais de Saúde dos municípios, nos quais houve certa dificuldade para a obtenção dos PMS respectivos aos municípios de Coari (quadriênios 2018/2021 e 2022/2025), Manicoré (2018/2021) e São Gabriel da Cachoeira (2018/2021), que somente foram disponibilizados após solicitação à Secretaria de Saúde do Amazonas (SES), via plataforma Gov.br, por meio da LAI (Lei de Acesso à Informação), mediante diversas tentativas de contato com os canais de atendimento das respectivas prefeituras. É de grande relevância destacarmos a dificuldade de acesso a estes documentos. Em algumas ocasiões foi necessário o contato direto com pessoas responsáveis pelas pastas. Apesar dos muitos esforços, todos os PMS's foram conseguidos para que fossem realizadas as devidas análises.

Dito isso, daremos prosseguimento ao trabalho analisando em ordem alfabética os documentos obtidos, destacando as principais informações sobre as características de cada localidade, bem como os dados relacionados a desastres, de forma direta ou indireta. Novamente as ações diretamente ligadas a desastres serão apresentadas em verde claro, e as indiretamente vinculadas a desastres em azul claro.

- PMS Barreirinha (2018/2021)

O PMS de Barreirinha (2018/2021) informa que a rede de esgoto é insuficiente e ineficiente para a demanda do município, e que a coleta dos resíduos sanitários ainda é realizada por fossas sépticas e privadas higiênicas (fossas negras), o que acaba por comprometer o lençol freático. À época, a captação de água era realizada através de 03 poços artesianos, sem a aplicação de cloração por contato em 100% da rede, em decorrência da ausência de Reservatórios ou Bombas Dosadoras de Cloro. A coleta de lixo e de resíduos hospitalares não era realizada de forma separada, e os detritos lançados a céu aberto e sem controle ambiental. Sobre a taxa de mortalidade na região, a baixa cobertura de detecção e alimentação no sistema de informação do município é justificada pelas dificuldades geográficas, bem como pela insuficiência de profissionais qualificados para a declaração de óbitos, o que está relacionado com a subnotificação (BARREIRINHA, 2018).

Sobre os equipamentos de saúde, este PMS discrimina a existência de 01 Unidade Mista Hospitalar (Coriolano Cidade Lindoso), 03 ambulanchas responsáveis por atender a orla terrestre e uma ambulancha para a realização do atendimento de transporte fluvial.

Os casos mais complexos eram encaminhados ao município de Parintins (BARREIRINHA, 2018).

Os serviços disponíveis abrangiam as estratégias mínimas de atenção básica. O programa Saúde da Família estava implantado, com as rotinas sistematizadas e observadas, bem como o programa de Agentes Comunitários de Saúde. As Ações de Vigilância em Saúde dispunham de serviço estruturado e em funcionamento, e os polos de saúde compreendiam seis áreas indígenas: Umirituba, Simão, Ponta Alegre, Araticum, Molongotuba e Vila Nova I (BARREIRINHA, 2018).

Este documento informa onze programas de saúde implantados: Programa Estratégia Saúde da Família – ESF (03 equipes, sendo três equipes na sede e uma na área rural); Programa Estratégia Saúde da Família Ribeirinha – ESFR (três equipes na zona rural); Programa de Saúde Bucal – PSB (sete equipes); Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (equipe 03, com um enfermeiro e 27 Agentes Comunitários de saúde atendendo a zona rural – região do Rio Andirá e equipe 04, com um enfermeiro e 29 Agentes Comunitários de Saúde cobrindo a região do Paraná do Ramos); Núcleo de Assistência à Saúde da Família – NASF (uma equipe para desenvolvimento de ações em conjunto com o ESF); Programa de Saúde na Escola – PSE; Teles saúde Brasil Redes (reativado em 2017); Programa Mais Médicos (seis médicos cubanos atendendo na sede do município e em áreas rurais); Programa Requalifica UBS (03 novas UBS e a reforma de um posto); Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ AB e Programa Saúde do Idoso (BARREIRINHA, 2018).

A Vigilância em Saúde do município contava com duas unidades notificantes, mantendo-se alerta pela presença do *Aedes albopictus*, transmissor de Chikungunya e Zika Vírus (BARREIRINHA, 2018).

As especialidades que não correspondem à cirurgia geral (realizadas no município de Barreirinha) eram encaminhadas para Parintins e Manaus, e os pacientes transportados por meio fluvial, em lanchas e barcos. Em caso de urgência e emergência, o paciente era removido através de ambulanchas para a sede do município ou Parintins. Ressaltamos que este PMS apenas menciona de forma indireta o tema desastres, ao descrever rapidamente os danos que a enchente causou com relação a armazenagem e gestão de medicamentos (BARREIRINHA, 2018).

Dando prosseguimento à pesquisa, traremos um quadro construído através de análise cuidadosa dos dados obtidos através deste documento, organizados em diretrizes, objetivos e metas.

Quadro 25 PMS Barreirinha 2018/2021

DIRETRIZ	OBJETIVO	METAS QUADRIENAIS	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Garantia do acesso da população aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção básica.	Ampliar e qualificar o acesso da população às ações e serviços de saúde básicos no município.	Ampliar a cobertura das equipes de ESF para zona rural.	Prevenção.
		Aderir 07 equipes de ESF nos Distritos de Cametá, Pedras, Freguesia, Matupiri, Barreira do Andirá, Pirai, Ponta Alegre.	Prevenção.
Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com ênfase no Serviço de Pronto Atendimento da unidade hospitalar e implantação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), articulada às outras redes de atenção.	Qualificar e estruturar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.	Organizar e estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel e fixo de urgência, e o serviço hospitalar de atenção às urgências.	Mitigação e resposta.
		Manter funcionamento do setor de urgência e emergência 24 horas na UMB Coriolano Cidade Lindoso.	Mitigação e resposta.
		Organizar e a estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel e fixo de urgência e o serviço hospitalar de atenção às urgências.	Mitigação e resposta.
		Garantir ambulância fluvial para a remoção de pacientes intermunicipal e fora do domicílio (Parintins).	Mitigação e resposta.
Aprimoramento da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, (DCNT).	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (aparelho circulatório, respiratórias crônicas, câncer e diabetes).	Qualificar a identificação, o diagnóstico e tratamento dessas patologias na Atenção Primária.	Prevenção.
Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	Fortalecer as ações e serviços de promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.	Manter educação permanente na vigilância epidemiológica, (vigilância e investigação de óbitos) para redução dos óbitos por causa mal definidas.	Prevenção.
		Manter o Sistema de Informação do PNI atualizado.	Prevenção.
		Ofertar multivacinação como rotina nas UBS da zona urbana.	Prevenção.

		Realizar Campanhas de vacinação na zona rural.	Prevenção.
		Ampliar cobertura vacinal para área indígena.	Prevenção.
		Implementar o VIGIAGUA, VIGIPEC.	Prevenção.
		Fortalecer a capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PMS Barreirinha (2022/2025)

É de imensa importância salientarmos que este PMS é um dos mais completos dentre os analisados nesta pesquisa. Ele traz um eixo exclusivo intitulado Covid-19, constando o funcionamento do Centro de Referência para Síndromes Respiratórias Agudas/Covid-19. O documento declara a existência de 21 (vinte e uma) ambulâncias e lanchas da Secretaria de Saúde Municipal, além de 09 (nove) veículos terrestres, sendo 04 ambulâncias.

Outro dado relevante a ser mencionado é a existência de povos indígenas da tribo Sateré-Mawé do Rio Andirá – 60 aldeias com 2.226 famílias (7.717 indígenas), sendo atendidos pelo DSEI de Parintins, contando com uma ambulância e cinco prédios em alvenaria para o funcionamento das UBS Indígenas, além de medicamentos e insumos quando solicitado. (BARREIRINHA, 2022).

Dentre os principais desafios mencionados neste PMS estão a gestão da Unidade de Saúde Hospitalar (mista entre estado e município), a inexistência de rede informatizada de monitoramento para a assistência farmacêutica, os baixos os valores repassados à Secretaria de Saúde do município, e o descarte de medicamentos realizado em valas sépticas. Não foram encontradas menções diretas acerca de desastres (BARREIRINHA, 2022).

O quadro analítico a seguir traz informações obtidas através deste documento vinculadas à área de saúde e situações disruptivas, divididas em eixos, diretrizes, objetivos, metas, planos e ações.

Quadro 26 PMS Barreirinha 2022/2025

EIXO	DIRETRIZ	OBJETIVO	META/PLANO/AÇÃO	PREVENÇÃO/MITIGAÇÃO/RESPOSTA
Eixo I: Atenção Básica	Garantia de acesso da População em tempo adequado no atendimento das necessidades de saúde,	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase	Aumentar o percentual de cobertura populacional das	Prevenção.

	mediante o aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica.	na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica.	equipes de atenção básica.	
Eixo III: atenção de Média e Alta complexidade ambulatorial e hospitalar	DIRETRIZ 3 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com ênfase no Serviço de Pronto Atendimento da unidade hospitalar e implantação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), articulada às outras redes de atenção.	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção especializada, ambulatorial, hospitalar e laboratorial.	Garantir adaptações físicas na Unidade Hospitalar para atendimento de usuários indígenas.	Prevenção.
			Reestruturar Ambulância Fluvial e Ambulância Terrestre	Prevenção.
Eixo V: Vigilância em Saúde	DIRETRIZ 5 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	Buscar a melhoria da qualidade de vida da população, por meio da promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental.	Manter elevada e homogênea as coberturas de vacinas selecionadas.	Prevenção.
			Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano.	Prevenção.
			Garantir todas as campanhas de Vacinação na área urbana e rural.	Prevenção.
			Realizar visita in loco nas áreas do público vulnerável: Privados de Liberdade, Indígena, Negros e Quilombolas;	Prevenção.
			Concluir fase de implantação da Vigilância de Pessoas Expostas a Agrotóxicos;	Prevenção.
Eixo VI: investimento na rede de serviços de saúde	DIRETRIZ 6 – Investimento na Rede de Serviços de Saúde	Implementar o programa de investimentos na saúde, para melhorar as condições de atendimento ao usuário do SUS.	Equipar as Ambulâncias de Remoção com materiais de urgência e emergência.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PMS Careiro da Várzea (2018/2021)

Este PMS aborda o tema desastres de forma indireta ao detalhar a situação de enchente e vazante dos rios, situações de risco por conta do escoamento das águas e processos desestabilizadores dos terrenos. Destacamos que o município está localizado em solo de várzea, e em 2012 registrou a maior enchente dos rios Solimões/Amazonas,

onde 100% da sua população foi atingida de forma direta, trazendo vários danos para as comunidades. As enchentes são as maiores causadoras de problemas de saúde para a população, com elevados índices de morbimortalidade, através dos efeitos de doenças infecciosas causadas pela contaminação das águas e ausência saneamento. Durante as ocorrências de situações disruptivas, as lanchas SOS removiam a vítima até o Porto da Ceasa em Manaus, onde o SAMU encaminhava para os serviços de Prontos Atendimentos. Frisamos que um dos objetivos descritos neste documento é a instalação de um gerador de luz no barco da saúde, para melhor atender os ribeirinhos (CAREIRO DA VÁRZEA, 2018).

Este PMS destaca que apesar do município possuir Plano Municipal de Saneamento e Plano Municipal de Resíduos, são baixas as porcentagens de sistema de esgoto (0,21%). A maior parte da população utilizava o céu aberto (38,73%) e fossas (61,05%). O período de enchente também desfavorece a estocagem correta de medicamentos, e o documento trata como desafio a ausência de um termo higrômetro, para medir a humidade e temperatura da sala onde as medicações ficam alojadas. Sobre a pandemia, este PMS traz em suas diretrizes o enfrentamento ao Coronavírus, mas de forma muito genérica. (CAREIRO DA VÁRZEA, 2018).

Seguiremos com um quadro analítico construído criteriosamente com base nos dados deste PMS, com informações relacionadas direta ou indiretamente a desastres, divididas em diretrizes, objetivos, metas, planos e ações.

Quadro 27 PMS Careiro da Várzea 2018/2021

DIRETRIZ	OBJETIVO	META/PLANO/AÇÃO	PREVENÇÃO/MITIGAÇÃO/RESPOSTA
Garantia do acesso da população aos serviços de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção básica.	Ampliar e qualificar o acesso da população às ações e serviços de saúde básicos no município.	Aumentar o percentual de cobertura populacional das equipes de atenção básica.	Prevenção.
		Construção e reforma das estruturas das Unidades Básica de Saúde e policlínica.	Prevenção.
Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com ênfase no Serviço de Pronto Atendimento da unidade hospitalar e implantação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), articulada às outras redes de atenção.	Qualificar e estruturar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.	Qualificar e estruturar o serviço de pronto atendimento na unidade hospitalar. (Policlínica)	Prevenção.
		Aumentar o número de serviços de terceirização de transporte fluvial de Urgência e Emergência “SOS”.	Prevenção.
		Adquirir materiais e equipamentos de suporte de vida do transporte fluvial de Urgência e Emergência para o atendimento dos pacientes e acompanhantes.	Prevenção.

		Instalar um gerador de luz no barco da saúde.	Prevenção.
Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	Fortalecer as ações e serviços de promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Prevenção, resposta.
		Alcançar, nacionalmente, em pelo menos 75% dos municípios, as coberturas vacinais adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	Prevenção.
		Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano.	Prevenção.
		Implantação do Vigiágua.	Prevenção.
		Aquisição de materiais adequados para o transporte/armazenamento de vacinas e insumos do PNI.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PMS Careiro da Várzea (2022/2025)

O Plano Municipal de Saúde do Município de Careiro da Várzea (2022/2025), basicamente traz as mesmas informações acerca de desastres do documento anterior, como as informações acerca das subidas e descidas dos rios, o perigo para a saúde devido à contaminação da água, o transporte de vítimas de situações disruptivas via lanchas para o Porto da Ceasa (Manaus) e as situações de risco em decorrência do escoamento das águas. Neste PMS a dificuldade com a estocagem de medicamentos continua, e o termo higrômetro ainda não foi adquirido para medir a humidade e a temperatura da sala onde as medicações estão armazenadas. O sistema de esgoto informa os mesmos números, bem como a necessidade de instalação de um gerador de luz no “Barco Cidade”, para melhor atender os ribeirinhos. Também notamos a repetição da diretriz que tem como meta a redução dos casos de Coronavírus. Devido a repetição dos dados, consideramos não formular um quadro analíticos acerca deste PMS.

Quadro 28 PMS Careiro da Várzea 2022/2025

DIRETRIZ	OBJETIVO	META/PLANO/AÇÃO	PREVENÇÃO/MITIGAÇÃO/RESPOSTA
Garantia do acesso da população aos serviços de saúde, em tempo adequado, mediante o aprimoramento da política de atenção básica.	Ampliar e qualificar o acesso da população às ações e serviços de saúde básicos no município.	Aumentar o percentual de cobertura populacional das equipes de atenção básica.	Prevenção.
		Construção e reforma das estruturas das Unidades Básica de Saúde e policlínica.	Prevenção.

Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com ênfase no Serviço de Pronto Atendimento da unidade hospitalar e implantação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), articulada às outras redes de atenção.	Qualificar e estruturar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.	Qualificar e estruturar o serviço de pronto atendimento na unidade hospitalar. (Policlínica)	Prevenção.
		Aumentar o número de serviços de terceirização de transporte fluvial de Urgência e Emergência “SOS”.	Prevenção.
		Adquirir materiais e equipamentos de suporte de vida do transporte fluvial de Urgência e Emergência.	Prevenção.
		Instalar um gerador de luz no barco da saúde.	Prevenção.
Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	Fortalecer as ações e serviços de promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Prevenção.
		Alcançar, nacionalmente, em pelo menos 75% dos municípios, as coberturas vacinais adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	Prevenção.
		Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano.	Prevenção.
		Implantação do Vigiágua.	Prevenção.
		Aquisição de materiais adequados para o transporte/armazenamento de vacinas e insumos do PNI.	Prevenção.

Fonte: Elaboração própria. Gordiano (2025)

- PMS Coari (2018/2021)

No Plano Municipal de Saúde de Coari (2018/2021) não consta nenhuma referência direta a desastres, nem a situações sazonais como enchentes, inundações, secas ou incêndios. Prosseguiremos com um quadro analítico contendo as informações relativas à política de saúde vinculadas de forma direta ou indireta a situações disruptivas, construído criteriosamente com base nas respectivas informações deste PMS.

Quadro 29 PMS Coari 2018/2021

EIXOS ESTRUTURAIS	DIRETRIZ	OBJETIVOS	METAS MUNICIPAIS	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Atenção Básica	Garantia do acesso da população aos serviços de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção básica.	Ampliar e qualificar o acesso da população às ações e serviços de saúde básica no município.	Estruturar os serviços da atenção primária para torna-la porta de entrada do sistema e demais serviços de saúde.	Prevenção.
			Adequar a estrutura física das UBS para funcionamento de equipes de ESF e multidisciplinares.	Prevenção.

Vigilância em Saúde	Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	Fortalecer as ações e serviços de promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.	Manter a cobertura vacinal conforme o MS.	Prevenção.
			Prover meio para que análises em amostras de água para consumo humano.	Prevenção.
Atenção ambulatorial e hospitalar da Média Complexidade	Proporcionar atendimento humanizado e de excelência em saúde promovendo a qualidade de vida a população.	Ser reconhecido regionalmente como hospital público de excelência em gestão, assistência e humanização da atenção à saúde.	Implantação de quatro leitos de emergência, para atender os pacientes de alta complexidade.	Prevenção.
Atenção ambulatorial e hospitalar da Média Complexidade (policlínica)	Melhorar a infraestrutura da unidade para ampliar a oferta de exames e especialidades médicas.	Facilitar ao cesso dos serviços de saúde pública, promovendo atendimentos especializados à população coariense.	Gerenciamento da fila de especialidades e exames na policlínica conforme a demanda do sistema de regulação municipal.	Prevenção.
Atenção ambulatorial e hospitalar da Média Complexidade (instituto de medicina tropical de COARI)	Prestar atendimento de excelência especializado multidisciplinar na área de ensino e pesquisa, diagnóstico, tratamento, prevenção das doenças infecto contagiosas.	Estruturar um centro de excelência na assistência médica e multidisciplinar, pesquisa em ciências biomédicas e no treinamento e capacitação de recursos humanos em áreas afins.	-	Prevenção.
Atenção ambulatorial e hospitalar de Média Complexidade (S.O.S)	Estruturar SAMUC Coari garantindo qualidade nos serviços de atendimento pré-hospitalar a população coariense, tais como: emergências clínicas; emergências traumáticas; procedimentos de urgências e emergências.	Prestar atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência a população coariense vítima de agravo à saúde em qualquer lugar, podendo assim manter as vítimas em melhores condições possíveis até que seja entregue ao serviço hospitalar.	Atender o máximo de chamada possível, minimizando assim danos aos pacientes.	Prevenção e resposta.
			Capacitação/treinamento contínuos com a equipe de socorristas.	Prevenção.
Investimentos na Rede de Serviços em Saúde	Realizar investimentos voltados para a saúde em todos os eixos.	Sanar e atender todas as solicitações de acordo com nosso repasse orçamentário.	Aquisições de ambulância para atender a população ribeirinha.	Prevenção.
			Construir UBSs na zona rural e urbana.	Prevenção.
			Realizar ampliação das UBSs	Prevenção.
			Ampliar a rede de diagnóstico nas	Prevenção.

			localidades estratégicas.	
			Revitalização completa da UBS fluvial Prefeito Roberval Rodrigues.	Prevenção e resposta.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PMS Coari (2022/2025)

O Plano Municipal de Saúde do município de Coari (2022/2025) reserva boa parte do texto para informações sobre a pandemia de Covid-19, registrando 11.297 casos confirmados e 165 mortes registradas no período de março de 2020 a março de 2022. Este PMS afirma que mesmo com o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, a Covid-19 não deixou de ser uma ameaça, devendo-se, portanto, manter o alerta pelas instituições de saúde (COARI, 2022).

A seguir, traremos o quadro analítico contendo os dados relevantes à política de saúde e desastres, tendo como base as informações contidas neste PMS, organizado em eixos estruturais, diretrizes, objetivos e metas.

Quadro 30 PMS Coari 2022/2025

EIXOS ESTRUTURAIS	DIRETRIZ	OBJETIVOS	METAS MUNICIPAIS	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Atenção Básica- Indicadores de saúde	Acesso universal aos serviços de saúde na atenção primária.	Ampliar a quantidade de equipes de ESF.	Aumentar o percentual de cobertura populacional das equipes de atenção básica.	Prevenção.
Vigilância em Saúde- Indicadores de saúde	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população e do trabalhador.	Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde e saúde do trabalhador.	Realizar testagem para diagnóstico COVID-19, seguindo protocolos do MS, de acordo com a avaliação médica.	Prevenção.
		Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária.	Manter em 35% o percentual das análises realizadas em amostras de água para consumo humano.	Prevenção.
Atenção Básica	Acesso universal aos serviços de saúde na atenção primária.	Ofertar os serviços de atenção básica a população.	Assegurar e ofertar mais exames de rotinas.	Prevenção.
Vigilância em Saúde – metas municipais	Realizar investimentos voltados para a saúde em todos os eixos.	Sanar e atender todas as solicitações de acordo com nosso repasse orçamentário.	Realizar a implantação do Vigidesastres.	Prevenção.
			Fazer busca ativa da população que ainda não completou o	Prevenção.

			esquema vacinal. Imunizar todo público alvo da campanha..	
			Elaboração do Plano Municipal da Vigilância das Populações Expostas a Agrotóxico.	Prevenção.
			Manter 01 comitê municipal de enfrentamento de endemias e situações de emergências em saúde pública.	Prevenção.
Média Complexidade – SOS – Metas Municipais	Estruturar o S.O.S COARI garantindo qualidade nos serviços de atendimento pré- hospitalar a população coariense (emergências clínicas; traumáticas; procedimentos de urgências e emergências)	Prestar atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência a população coariense vítima de agravo à saúde em qualquer lugar.	Realizar atendimentos de urgência e emergência sempre que a equipe for acionada.	Prevenção.
Atenção Básica - Investimentos em Saúde	Assegurar investimentos em estruturação da rede de saúde para atendimento de necessidades de saúde dos usuários.	Qualificar e humanizar o atendimento, mediante estruturação, ambiência adequada e organização do serviço.	Implantar em cada calha uma equipe de saúde ribeirinha ampliada, com embarcação de pequeno porte, e sistema de comunicação integrado em cada comunidade.	Prevenção.
			Estruturar a rede de assistência para os agentes comunitários de saúde da zona rural e, conseguir por emenda parlamentar recursos para aquisição de botes com rabeta para cada ACS visitar os ribeirinhos.	Prevenção.
			Viabilizar a aquisição de 7 ambulanchas para as 7 calhas de rio, alcançando 206 comunidades, e 22 mil usuários.	Prevenção.
			Aumentar a cobertura de atenção básica no município.	Prevenção.
Vigilância em Saúde (DEVISA) - investimentos em Saúde	Assegurar investimentos em estruturação da rede de saúde para atendimento de necessidades de saúde dos usuários.	Qualificar e humanizar o atendimento, mediante estruturação, ambiência adequada e organização do serviço.	Viabilizar a aquisição de 04 câmaras refrigeradoras para o armazenamento adequado dos imunobiológicos conforme a normas técnicas do MS para o	Prevenção.

			PNI do município de Coari.	
SOS - Investimentos em Saúde	Assegurar investimentos em estruturação da rede.	Qualificar e humanizar o atendimento.	Viabilizar a locação de um veículo adaptado para adentrar as entradas e ramais.	Prevenção.
Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) - Investimentos em Saúde	Assegurar investimentos em estruturação da rede de saúde para atendimento de necessidades de saúde dos usuários.	Qualificar e humanizar o atendimento.	Viabilizar a construção e habilitação junto ao Ministério da Saúde de unidade de pronto atendimento 24h.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PMS Lábrea (2018/2021)

O Plano Municipal de Saúde do município de Lábrea (2018/2021), informa que a cidade ainda não dispõe do Serviço Municipal de Urgência (SAMU) ou ambulâncias devidamente equipadas para atender a determinadas ocorrências. As vítimas graves eram transportadas para Manaus (AM) ou Porto Velho (RO), sendo necessária a implantação de um sistema regulatório que viesse a atender essas demandas.

Não foi encontrada neste PMS qualquer menção a desastres, como cheias, inundações, enchentes, deslizamentos ou incêndios. Daremos sequência à pesquisa com o quadro analítico contendo as principais informações acerca da saúde pública relacionada a desastres, organizado em eixos, diretrizes, objetivos e metas.

Quadro 31 PMS Lábrea 2018/2021

EIXOS/ PROGRAMAS	DIRETRIZES	OBJETIVOS	METAS/AÇÕES	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Atenção básica	Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, mediante aprimoramento da política da atenção primária e da atenção especializada.	Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.	Garantir a visita domiciliar para a população de acordo com a PNAB	Prevenção.
			Aumentar a cobertura populacional estimada pelas ESF.	Prevenção.
			Fortalecimento do Sistema SISREG e o Telessaúde no município.	Prevenção.
Programa Nacional de Imunização – PNI	Fortalecimento das ações do Programa Nacional de Imunização no Município de Lábrea.	-	Ampliar a cobertura da estratégia no PNI do Município.	Prevenção.
			Aquisição de um motor, para o PNI do Município.	Prevenção.
			Melhorar a logística aérea da entrega das vacinas no Município.	Prevenção.
Vigilância Sanitária	-	-	Dotar a VISA de materiais específicos para fiscalização;	Prevenção.

			Instalar linha telefônica exclusiva da VISA, com fornecimento de acesso à internet, que funcione.	Prevenção.
			Ampliar a equipe da VISA.	Prevenção.
			Participar e colaborar nos processos de educação em saúde, destinados às ESF.	Prevenção.
Gestão em Saúde	Aperfeiçoar a capacidade de gestão dos profissionais de Saúde do SUS, para a melhoria de execução das políticas de saúde, contribuindo para adequação formação, alocação, valorização e democratização das relações do trabalho.	Investir em qualificação e fixação dos profissionais para o SUS.	Propiciar e garantir ambientes de trabalhos saudáveis e promotores do bem-estar.	Prevenção.
			Oferecer estrutura mínima para a realização das atividades dos profissionais de saúde.	Prevenção.
			Criar estratégias para conscientização da população com vistas à efetiva participação nas decisões em saúde.	Prevenção.
Investimento em Saúde	Implementação da Política de Investimentos em Saúde.	Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.	Construção e/ou Ampliação e Aquisição de Equipamentos para unidades de Saúde.	Prevenção.
			Reforma e Conservação de Unidades de Saúde.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PMS Lábrea (2022/2025)

A versão 2022/2025 do Plano Municipal de Saúde do município de Lábrea informa 7.046 notificações de Covid-19. Até a vigência deste documento, Lábrea ainda não disponibilizava de Serviço Municipal de Urgência (SAMU). Os desafios continuam semelhantes aos relatados no PMS anterior, não sendo observada nenhuma ação vinculada diretamente a desastres, ou termos que estejam ligados a enchentes, cheias, secas, incêndios ou deslizamentos.

Abaixo traremos o quadro analítico construído com base nos dados deste PMS, de forma atenciosa e organizado em eixos, diretrizes, objetivos e metas para a saúde pública relacionada a situações disruptivas.

Quadro 32 PMS Lábrea 2022/2025

EIXOS/ PROGRAMAS	DIRETRIZES	OBJETIVOS	METAS/AÇÕES	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Atenção Básica	Garantir o acesso da população a serviços ofertados,	Utilização de mecanismos que propiciem a	Enfatizar o vínculo da atenção básica e a comunidade.	Prevenção.

	com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde.	ampliação do acesso as CASAS (Centro de Atenção à Saúde e Acolhimento).	Garantir o acesso dos medicamentos básicos no âmbito da atenção básico, e promovendo o cuidado integral às pessoas.	Prevenção.
Programa Nacional de Imunização – PNI	Fortalecimento das ações do Programa Nacional de Imunização no Município de Lábrea.	-	Fortalecer parceria entre Atenção Básica e Programa Nacional de Imunização do Município.	Prevenção.
			Ampliar a cobertura da estratégia no Programa Nacional de Imunização do Município.	Prevenção.
			Aquisição de (01) um motor, para o Programa Nacional de Imunização do Município.	Prevenção.
			Melhorar a qualidade de internet na sala da coordenação para melhor acesso e acompanhamento das metas do PNI do Município e colocar pontos de internet nas CASAS para alimentação do sistema.	Prevenção.
			Realizar campanhas de Imunização de vacina de rotina no Município.	Prevenção.
Vigilância Sanitária	-	-	Dotar a VISA de materiais específicos para fiscalização.	Prevenção.
			Ampliar a equipe da VISA.	Prevenção.
			Realizar coleta de amostra para análise de produtos sujeitos ao controle sanitário.	Prevenção.
Gestão em Saúde	Aperfeiçoar a capacidade de gestão dos profissionais de Saúde do SUS, para a melhoria de execução das políticas de saúde, e para a adequação formação, alocação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.	Investir em qualificação e fixação dos profissionais para o SUS.	Qualificar os profissionais que operam os sistemas de informação em saúde para coleta, registro e divulgação fidedignos.	Prevenção.
			Criar estratégias para conscientização da população com vistas à efetiva participação nas decisões em saúde.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PMS Manaus (2018/2021)

O Plano Municipal de Saúde da cidade de Manaus, relativo ao quadriênio 2018/2021, aborda o tema desastre por meio de ações de vigilância, promoção e proteção

da saúde, vigentes na execução do programa Vigidesastres. Ademais, não constam na estrutura deste material menções diretas sobre situações disruptivas.

O quadro analítico a seguir foi construído de forma criteriosa, com base nas informações disponibilizadas por este PMS, a respeito de saúde pública relacionada a desastres, organizadas em diretrizes, objetivos e metas.

Quadro 33 PMS Manaus 2018/2021

DIRETRIZ	OBJETIVO	META	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO, RESPOSTA
Ampliar e qualificar o acesso às ações e serviços de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, equidade, humanização e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorar as condições de vida das pessoas.	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, aprimorando as políticas de atenção e vigilância em saúde.	Ampliar de 43,10%, em 2016, para 70% a cobertura de atenção primária até 2021.	Prevenção.
		Construir 01 UBS porte II no Distrito de Saúde Leste até 2021.	Prevenção.
		Construir 03 UBSs porte III no Distrito de Saúde Leste (Rua das Dálías), Distrito de Saúde Oeste No Distrito de Saúde Oeste e no Distrito de Saúde Sul até 2021.	Prevenção.
		Construir 01 UBS) porte IV no Distrito de Saúde Leste 03 no Distrito de Saúde Norte, até 2021.	Prevenção.
		Implantar/ Realocar nova estrutura para o funcionamento da UBS Dom Milton até 2021.	Prevenção.
		Reformar 07 UBSs.	Prevenção.
		Reformar 02 UBSR.	Prevenção.
		Reformar 07 policlínicas.	Prevenção.
		Reestruturar o Laboratório de Vigilância da Rede Municipal de Saúde até 2018.	Prevenção.
Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida, considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia e situações de vulnerabilidade na atenção básica.	Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede de Saúde da Mulher e da Criança, Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.	Manter em 100% a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no município de Manaus até 2021.	Prevenção.
		Reformar 08 bases descentralizadas do SAMU 192 - Santa Etelvina (Santa Etelvina, Colônia Antônio Aleixo, Puraquequara, Centro Sul, Compensa, São José, Sul, Cidade de Deus) até 2021.	Prevenção.
		Renovar 80% da frota de USB e Avançado do	Prevenção.

		Serviço de SAMU 192 até 2021.	
		Capacitar 100% dos servidores de níveis fundamental e médio em Suporte Básico de Vida (SBV), Atendimento Pré-Hospitalar em Trauma (APHT) e Suporte Avançado de Vida (SAV) até 2021.	Prevenção.
		Capacitar 100% dos servidores de nível superior em Suporte SBV, APHT e SAV até 2021.	Prevenção.
		Realizar, anualmente, 50 capacitações para o público externo em Incidente com Múltiplas Vítimas - IMV até 2021.	Prevenção.
	Promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida, considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia e situações de vulnerabilidade na atenção básica.	Ampliar de 12 para 38 o número de comunidades indígenas não aldeadas atendidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) até 2021.	Prevenção.
Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de Vigilância, promoção e proteção da saúde.	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância em saúde.	Alcançar, anualmente, a cobertura vacinal preconizada em 100% das vacinas de crianças menores de 01 ano e de 01 ano até 2021.	Prevenção.
	Fortalecer e executar as ações de vigilância em saúde ambiental.	Executar, integralmente, 100% das ações dos Programas de Vigilância de Água, Solo, Ar e VigiDesastres até 2021.	Prevenção.
Implementar novo modelo de gestão e instrumentos da relação interfederativa, fortalecendo a gestão compartilhada com as outras esferas de gestão e a atuação da secretaria municipal de saúde como gestora municipal do SUS.	Desenvolver ações de monitoramento, controle, avaliação, regulação e informação em saúde.	Implantar o Centro de Inteligência de Dados em Saúde até 2021.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PMS Manaus (2022/2025)

O Plano Municipal de Saúde da cidade de Manaus (2022/2025) aborda o tema desastre por meio das ações de vigilância, promoção e proteção da saúde, vigentes na execução do programa Vigidesastres. Ademais, não constam na estrutura deste material menções sobre cheias, inundações, incêndios, deslizamento de terras ou termos similares que abordem tratativas a respeito de situações disruptivas.

Abaixo, traremos o quadro analítico contendo informações obtidas através deste PMS, com dados acerca da saúde pública relacionada a situações disruptivas, organizados em diretrizes, objetivos e metas.

Quadro 34 PMS Manaus 2022/2025

DIRETRIZ	OBJETIVO	META	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na Atenção à Saúde.	Consolidar a Atenção Primária à Saúde (APS) como acesso preferencial da população às ações e serviços de saúde em todos os ciclos de vida.	Construir 1 UBS porte III até 2025.	Prevenção.
		Construir 15 UBSs porte IV até 2025.	Prevenção.
		Reformar 1 Clínica da Família até 2025.	Prevenção.
		Reformar 4 UBSR até 2025.	Prevenção.
		Reformar 10 UBSs até 2025.	Prevenção.
		Reformar e ampliar 3 UBSs até 2025.	Prevenção.
		Ampliar de 4.802, em 2019, para 14.040, até 2025, a quantidade anual de atendimentos individuais a indígenas na Rede Pública Municipal de Saúde.	Prevenção.
		Ampliar de 41, em 2020, para 51, até 2025, o número de Unidades da APS funcionando em horário estendido.	Prevenção.
		Alcançar, até 2025, o percentual de 100% de visitas domiciliares realizadas pelos ACS.	Prevenção.
	Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde, bem como ampliar e qualificar o acesso ao apoio diagnóstico e à assistência farmacêutica, articulando as Redes de Urgência e Emergência, Saúde da Mulher e da Criança, Atenção Psicossocial e Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, incluindo a Atenção às Pessoas com Deficiência.	Reformar a Unidade de Apoio à ESF e Base de Endemias do Ramal da Cooperativa do Pau Rosa até 2025.	Prevenção.
		Construir 1 base de apoio às Unidades Rurais até 2025.	Prevenção.
		Construir 1 central do Samu 192 e SOS até 2025.	Prevenção.
		Manter em 100% a cobertura do Samu 192 no município de Manaus até 2025.	Prevenção.
		Capacitar 100% dos servidores de níveis fundamental e médio do Samu 192 até 2025.	Prevenção.
		Capacitar 100% dos servidores de nível superior do Samu 192 até 2025.	Prevenção.

		Ampliar de 30, em 2020, para 39, até 2025, a frota de veículos do transporte sanitário terrestre (SOS Vida).	Prevenção.
		Renovar 100% da frota de Unidades de Suporte Básico e Avançado do Samu 192 até 2025.	Prevenção.
	Fortalecer e executar as ações de vigilância em saúde ambiental.	Executar, anualmente, as 10 ações de saúde ambiental dos Programas de Vigilância da Água, Solo, Ar e Vigidesastres até 2025.	Prevenção.
	Qualificar o controle da gestão de estoque e patrimonial da SEMSA.	Alcançar 80% de estoque mínimo dos medicamentos padronizados da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) com cobertura de 120 dias até 2025.	Prevenção.
	Ampliar os canais oficiais de informação e qualificar a comunicação com os usuários do SUS no âmbito municipal.	Disponibilizar 1 aplicativo com informações sobre a APS no âmbito do município de Manaus até 2025.	Prevenção.
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.	Prover ferramentas para apoiar a gestão e qualificar o desenvolvimento de ações da SEMSA.	Elaborar projeto de implantação do Centro Integrado de Tecnologia e Informação em Saúde (Citis) até 2025.	Prevenção.
		Ampliar de 1, em 2020, para 4, até 2025, o número de complexos distritais (Norte, Sul, Leste, Oeste/Rural) com suporte técnico estabelecido.	Prevenção.
		Implantar conectividade à internet em 9 Unidades de Saúde vinculadas ao Distrito de Saúde Rural até 2025.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PMS Manicoré (2018/2021)

O Plano Municipal de Saúde do município de Manicoré (2018/2021), informa que a maior parte do abastecimento de água é proveniente de rede geral, estando a encargo da Vigilância Sanitária. Outrossim, parte da população tem os domicílios abastecidos por rio, lago ou igarapé, sendo importantes as orientações contidas no documento acerca do tratamento como fervura, filtragem e uso de hipoclorito (MANICORÉ, 2018).

Este PMS informa que as condições de habitação seguem o perfil da maioria do estado (95,2% de madeira), com fossas rudimentares sendo o principal tipo de instalação sanitária, e que a maior parte do lixo proveniente das residências é destinado através de

coleta. Porém, parte da população ainda realiza a queima de um grande percentual desses resíduos, o que pode contribuir para o aumento da incidência de doenças respiratórias (MANICORÉ, 2018). Destacamos os termos relacionados a situações disruptivas como enchente e seca, abordando campanhas de combate às endemias.

A seguir traremos o quadro analítico contendo os dados relacionados à saúde pública e desastres informados neste PMS, dispostos entre eixos, diretrizes, objetivos, metas e ações.

Quadro 35 PMS Manicoré 2018/2021

EIXO	DIRETRIZES	OBJETIVOS	METAS/AÇÕES	PREVENÇÃO, MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Atenção Básica em Saúde	Garantir o acesso da população a serviços de qualidade e ampliação do acesso equitativo aos serviços de saúde, mediante aprimoramento da atenção primária, definindo-a como eixo estruturante e ordenador da atenção à saúde no município de Manicoré.	Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS	Ampliar para 75% a cobertura das equipes da estratégia saúde da família.	Prevenção.
			Implementar o programa ESF.	Prevenção.
			Aderir duas (02) equipes de saúde fluvial para compor a UBS fluvial.	Prevenção.
		Implementar o programa de melhoria de acesso e da PMAQ-AB	Aquisição de Equipamentos para UBSs.	Prevenção.
		Implementar o PACS	Transformar as 02 equipes do EACS em equipes de ESFR	Prevenção.
		Fortalecer as ações conjuntas da atenção primária com a Vigilância em Saúde	Elaborar 01 plano anual de contingência da enchente com oferta de materiais e insumos para a equipe da ESF e Endemias.	Prevenção.
		Fortalecer as ações conjuntas da atenção primária com a Vigilância em Saúde	Promover a humanização do atendimento ao usuário SUS em 100% das UBSs.	Prevenção.
			Aquisição [sic] transporte para setor de Vigilância em Saúde para atuação das 12 ações de saúde.	Prevenção.
		Fortalecer as ações de especificidade regionais	Manter atendimento permanente na área rural com equipe multiprofissional.	Prevenção.
			Implantar a saúde do ribeirinho a partir das ESFR	Prevenção.
			Fortalecer através dos municípios vizinhos serviços especializados.	Prevenção.

Rede de Atenção Especializada	Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado, ao atendimento de necessidades de saúde, mediante aprimoramento da atenção especializada.	Promover atenção ambulatorial e hospitalar	Organizar e a estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel e fixo de urgência, bem como serviço hospitalar de atenção as urgências.	Prevenção.
			Contratar serviços médicos e especializados para cobertura de plantões.	Prevenção.
		Promover atenção as urgências e emergências	Manter o funcionamento do setor de urgência e emergência 24 horas.	Prevenção.
			Contratar serviços médicos para atendimento de urgência e emergência	Prevenção.
			Organizar e a estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel e fixo de urgência e o de atenção às urgências.	Prevenção.
			Aquisição [sic] Ambulâncias, Equipamentos e Insumos para o bom funcionamento da Unidade Hospitalar.	Prevenção.
Vigilância em Saúde	Consolidar a Vigilância em Saúde como um dos pilares do modelo de atenção à saúde visando à redução dos riscos e agravos a saúde da população do município de Manicoré.	Implementação do programa nacional de imunização	Manter o Sistema de Informação do PNI atualizado.	Prevenção.
			Ofertar multivacinação como rotina nas UBSS da zona urbana.	Prevenção.
			Realizar campanhas de vacinação na zona rural de acordo com o preconizado pelo MS.	Prevenção.
			Ampliar a equipe de vacinadores do PNI	Prevenção.
			Aquisição [sic] equipamentos e material para o bom funcionamento das salas de vacinas.	Prevenção.
		Fortalecimento da Vigilância Sanitária	Firmar parcerias com a Secretaria de Abastecimento, Meio Ambiente e IDAM.	Prevenção.
			Implementações de ações básicas e de Media Complexidade de acordo com a PPI da Vigilância Sanitária	Prevenção.
		Implantação da Vigilância Ambiental	Fortalecimento do Vigiágua.	Prevenção.
			Promover educação em saúde ambiental em parceria com a SEMED.	Prevenção.
			Promover ações de controle do lixo e resíduos sólidos.	Prevenção.
			Realizar controle da qualidade da água.	Prevenção.

Gestão de Saúde	Aperfeiçoar a capacidade de gestão do SUS para a execução das políticas de saúde.	Fortalecimento do planejamento e da gestão em saúde	Manter o planejamento estratégico na atenção básica.	Prevenção.
			Firmar parceria com outras instituições governamentais e não governamentais para promover o planejamento integrado.	Prevenção.
		Implementação da Gestão do Trabalhador, Educação em Saúde e Mobilização Social	Produzir matérias pedagógicas sobre temas de saúde para divulgação durante as viagens da saúde itinerante e na unidade básica de saúde fluvial.	Prevenção.
			Realizar campanhas de combate à dengue, chicungunia, malária, controle das endemias, no período da enchente e da seca, campanha de vacinação do idoso e multivacinação; outubro rosa, novembro azul e dezembro vermelho.	Prevenção.
			Fortalecer a gestão do SUS por meio de eventos de mobilização social com realização de treinamento, capacitação e formação dos gestores e profissionais de saúde.	Prevenção.
		Implementação da Informação em Saúde	Adquirir 100% dos insumos e equipamentos de informática para o núcleo de informação.	Prevenção.
			Assegurar em 100% o acesso e conectividade a internet na SEMSA e nas UBS da zona urbana.	Prevenção.
			Manter atualizados todos os sistemas de informação.	Prevenção.
			Realizar a gestão da informação em saúde.	Prevenção.
		Fortalecer o Controle Social	Promover mobilização social nas comunidades rurais através de reuniões nas viagens da saúde itinerante.	Prevenção.
			Fortalecer da participação do conselho distrital indígena.	Prevenção.
Investimento	Implementar a política de investimentos em saúde em toda a rede do SUS para investimentos em construção,	CONSTRUÇÃO, REFORMA E AMPLIAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE	Construir de 02 UBSS na zona urbana.	Prevenção.
			Reformar as UBSS na zona urbana.	Prevenção.
			Construção da UBS na comunidade de Santo Antonio do Matupi.	Prevenção.

	ampliação, reforma e aparelhamento em unidades de saúde		Ampliar serviços especializados na Unidade Fluvial.	Prevenção.
			Manutenção do laboratório de análise e controle da água.	Prevenção.
			Aquisição de materiais e equipamentos para as novas UBS da zona urbana e rural.	Prevenção.
			Construção de 04 UBSs na área rural.	Prevenção.
	Materiais permanentes para unidades de saúde e transporte.		Aquisição de 02 Ambulanchas para vigilância em Saúde e Atenção Básica.	Prevenção.
			Aquisição de veículos para AB para apoio a UBS.	Prevenção.
			Aquisição de 04 motocicletas para a Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Endemias.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PMS Manicoré (2022/2025)

O Plano Municipal de Saúde do município de Manicoré (2022/2025) aborda a pandemia de Covid-19 em Carta da Secretaria Municipal de Saúde disposta laudas iniciais do documento, informando que o município tem trabalhado incansavelmente para salvar o maior número de vidas, com cautela e transparência, por meio da escuta dos/as munícipes e realizando as conferências de saúde em zona urbana e rural. O abastecimento de água continua conforme descrito no PMS anterior, bem como o problema da queima de resíduos domiciliares. Com relação ao esgotamento sanitário, algumas famílias ainda utilizam rio ou lago a céu aberto, elevando o risco de contaminação de rios e solo.

O quadro analítico a seguir traz os dados relevantes concernentes à política de saúde e situações disruptivas, organizados em eixos, diretrizes, objetivos, metas e ações.

Quadro 36 PMS Manicoré 2022/2025

EIXOS	DIRETRIZES	OBJETIVOS	METAS/AÇÕES	PREVENÇÃO/ MITIGAÇÃO/ RESPOSTA
Educação permanente e participação social – gestão do SUS	Fortalecer os processos de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso	Aperfeiçoar a atuação da Secretaria de Saúde com ênfase nas ações de Planejamento, Monitoramento, Avaliação, Regulação, Auditoria, Informação	Qualificar os profissionais de saúde para desenvolver as ações das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e da Farmácia Verde.	Prevenção.

	aos serviços de saúde, bem como a participação comunitária no Sistema Único de Saúde (SUS).	e Informática; Fortalecer instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com transparência e participação cidadã; Promover a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a despreciação e a democratização das relações de trabalho.	O Conselho Municipal de Saúde deve participar no planejamento e na priorização da construção das novas Unidades Básicas de Saúde.	Prevenção.
			Fortalecer o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde incluindo ações de educação permanente e condições de trabalho, considerando as especificidades da atuação em áreas rurais.	Prevenção.
Vigilância em saúde	Assegurar a oferta de ações e de serviços de vigilância, garantindo a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de Vigilância em Saúde.	Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto, idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade, na atenção básica e nas redes de atenção à saúde.	Sensibilizar, capacitar e integrar os profissionais da rede de atenção básica em saúde para participarem de ações de vigilância em saúde.	Prevenção.
			Assegurar que os instrumentos de gestão das três esferas de governo assegurem previsão orçamentária e financiamento para as ações e serviços de Vigilância em Saúde.	Prevenção.
Atenção de Média e Alta complexidade ambulatorial e hospitalar	Promover à população o acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção especializada, ambulatorial, hospitalar e laboratorial.	Implantar processos/protocolos/fluxos de trabalho facilitando a eficácia da comunicação entre a média e alta complexidade com os demais níveis de gestão do cuidado.	Prevenção.
			Melhorar os encaminhamentos às especialidades e implantar o apoio matricial dos médicos especialistas para os médicos da Atenção Básica à Saúde	Prevenção.
			Retomar os atendimentos de tele saúde e consultoria para diminuir demandas para os médicos da atenção básica.	Prevenção.
			Implantar um SAMU	Prevenção.
Atenção básica	Garantir a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a	Garantir recursos materiais suficientes e adequados de forma periódica para o funcionamento das unidades.	Prevenção.
			Garantir a composição adequada de profissionais da	Prevenção.

	superiores em complexidade.	política de atenção básica, definindo-a como eixo estruturante e reordenado da atenção à saúde.	Estratégia da Saúde da Família (ESF/ESB).	
			Implementar e realizar fóruns semestrais de discussão da atenção básica que envolvam “gestores de escolas, líderes de comunidades, líderes religiosos, presidentes de bairros e buscar formas de chamar a sociedade.	Prevenção.
			Elaborar estratégias e planos de ações para dar suporte à saúde para atendimento nos locais de difícil acesso, vicinais e zona rural.	Prevenção.
Políticas estratégicas na Atenção Básica	Implementar a Política Municipal de Investimentos em Saúde para promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.	Implementar o programa de investimentos na saúde, viabilizando melhor infraestrutura das unidades para melhorar as condições de atendimento ao usuário do SUS.	Aquisição de equipamentos e mobiliários para as UBS Existentes.	Prevenção.
			Aquisição de equipamentos e mobiliários para as UBS que serão construídas.	Prevenção.
			Aquisição de equipamentos e mobiliários para o Hospital Regional de Manicoré.	Prevenção.
			Aquisição de canoas de Alumínio para ACS da Zona Rural.	Prevenção.
			Aquisição de motores 150 HP para os polos/ distritos da zona	Prevenção.
			Aquisição de Ambulância Terrestre furgão para o Hospital Regional Dr. Hamilton Cidade.	
			Aquisição de Ambulância Terrestre 4x4 Matupi.	Prevenção.
			Aquisição de equipamentos de informática para o Hospital Regional Dr. Hamilton Cidade.	Prevenção.
			Reforma de todas as UBSs da zona urbana da sede e Matupi.	Prevenção.
			Aquisição de novos equipamentos de informática para as UBSs da zona urbana.	Prevenção.
			Construção de 7 novas UBSs padrão Ministério da Saúde na Zona Rural.	Prevenção.
			Aquisição de Veículo 4x4 (Diesel) para Vigilância em Saúde (PNI, Gerência de	Prevenção.

			Endemias e Vigilância Sanitária).	
			Aquisição de 01 (Com Acessibilidade - 1 Cadeirante) VAN para Matupi.	Prevenção.
			Aquisição de 01 Lanchas para Transporte com Motor Popa para AB.	Prevenção.
			Ampliação do Vigiágua	Prevenção.
			Concluir a obra do Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do distrito de Santo Antônio do Matupi, garantir a contratação de profissionais e aquisições de equipamentos.	Prevenção.
			Construção de uma nova UBS na comunidade de Maravilha, adquirir equipamentos e contratar profissionais.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PMS Parintins (2018/2021)

O Plano Municipal de Saúde do município de Parintins, relativo ao quadriênio 2018/2021, afirma que menos de 20% dos domicílios apresentava esgotamento sanitário adequado, apenas 10,2% de residências estavam situadas em vias públicas urbanizadas e a água para o abastecimento era captada através de poços artesianos. Predominavam nas comunidades rurais as fossas negras (casinhas de madeira fora da casa principal, com piso de madeira e um buraco no chão) sendo esse tipo rudimentar o mais utilizado. O Manejo de Resíduos Sólidos atendia somente ao perímetro urbano, funcionando exclusivamente com recursos da Prefeitura. Acerca de desastres, este documento trabalha em viés preventivo, através dos programas de Riscos Biológicos e Riscos Não Biológicos, Vigilância Ambiental, no combate às queimadas e trabalhos em períodos de enchentes e vazantes.

Dando seguimento à pesquisa, traremos o quadro analítico construído a partir de informações relacionadas à saúde pública e desastres, dispostas em eixos, diretrizes, objetivos, metas e ações.

EIXOS	DIRETRIZES	OBJETIVOS	METAS/AÇÕES	PREVENÇÃO, RESPOSTA OU MITIGAÇÃO
ASSISTÊNCIA - Direito à Saúde Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade	Aprimorar o acesso à atenção integral à saúde, ampliar e aprimorar o acesso a atenção a saúde.	Promover o acolhimento e continuidade do cuidado, através das diretrizes da política de humanização do SUS	Garantir recursos para a Implantação e Implementação do acolhimento nas Unidades de Saúde, a partir das diretrizes da PNH.	Prevenção.
	Ampliar e qualificar o acesso da população aos serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada, ambulatorial de urgência emergência e hospitalar.	Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde na atenção básica na zona urbana e zona rural.	Garantir o bom funcionamento das UBSs da zona urbana e zona rural	Prevenção.
			Ampliar a cobertura populacional da ESF, com implantação de novas equipes na zona urbana e zona rural.	Prevenção.
			Implantar UBSF, com ESFF.	Prevenção.
			Implantar ESFF Ampliada (08 equipes).	Prevenção.
			Acompanhar o desempenho das UBS na comunidade, através de encontros periódicos com representantes da comunidade e UBS.	Prevenção.
			Garantir acesso à internet em todas as UBSs da Zona Urbana e Zona Rural.	Prevenção.
			Suprir a necessidade de transporte para as atividades da SEMSA para as Unidades de Saúde.	Prevenção.
			Suprir a necessidade de transporte terrestre para as ESF da zona rural.	Prevenção.
			Suprir a necessidade de equipamentos de informática para todas as UBSs da Zona Urbana e Rural.	Prevenção.
			Dotar as UBSs com infraestrutura de comunicação.	Prevenção.
			Construção de UBSs (urbana)	Prevenção.
			Construção de UBSs na Zona Rural (04. Valéria, Açaí, São Tomé e área de Uaicurapá e Mamuru.	Prevenção.
			Conclusão de 03 UBS na zona rural.	Prevenção.
			Reformadas UBSs da zona urbana e zona rural.	Prevenção.
			Garantir recursos financeiros para as ações necessárias no	Prevenção.

			período de enchente e vazante.	
		Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção especializada ambulatorial	Garantir a contratação de médicos especialistas.	Prevenção.
			Garantir o agendamento para atendimento diário dos pacientes encaminhados da zona rural, unidade Básica e serviços especializados do município e estado.	Prevenção.
		Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção especializada de urgência emergência e hospitalar.	Garantir recursos financeiros para custeio e manutenção do Hospital Jofre Cohen.	Prevenção.
			Aquisição de Ambulâncias para as comunidades polos, equipadas com serviço de radiofonia. (Caburi, Mocambo, Vila Amazônia, Zé Açú).	Prevenção.
			Aquisição de Ambulâncias para: Hospital Jofre Cohen e Hospital Padre Colombo.	Prevenção.
			Aquisição de ambulanchas para atender as comunidades indígenas e ribeirinhas.	Prevenção.
		Implementar a Política Nacional do Sangue e seus derivados visando dotar Parintins como município de Referência na regional de saúde.	Implantar o Hemonúcleo Regional em Parintins, com recurso estadual e federal (emendas parlamentares).	Prevenção.
	Implantar- implementar a organização das Redes de Atenção à Saúde no município, articulada com os municípios da região do Baixo Amazonas, Médio Amazonas e Manaus, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.		Capacitação específica para enfermagem e motoristas para atuarem frente às urgências pré hospitalares e nas UBS.	Prevenção.
		Organizar e implementar a Rede de Atenção às Urgências no âmbito municipal (Daizes, Luene, Nara)	Dotar a Atenção Básica com suporte mínimo para atendimento às Urgências.	Prevenção.
			Implantar o SAMU na Zona Urbana e Rural com serviço de Ambulâncias e ou Ambulanchas.	Prevenção.
			Implantar a Central de Resgate de Urgência/Emergência com aquisição de Ambulâncias para atender em tempo oportuno os usuários da saúde.	Prevenção.
		Apoiar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas	Implantar Agenda de atividades de acompanhamento das	Prevenção.

		desenvolvidas pelo DSEI de Parintins, nas aldeias pertencentes ao Pólo de Parintins, observando as práticas de saúde e os saberes tradicionais, e articulação de parcerias e pactuações com os demais gestores do SUS dos municípios do Baixo Amazonas.	ações de Saúde Indígena do Polo Base de Parintins. Atenção Básica e Vigilância em Saúde.	
		Programa Saúde na Escola, como estratégia de Prevenção e Promoção da Saúde em parceria com a área de Educação.	Situação Vacinal-Imunizar educandos com as vacinas preconizadas pelo PNI.	Prevenção.
Vigilância	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.	Fortalecimento da Vigilância em Saúde.	Reestruturar a Vigilância em Saúde a fim de retomar as ações de prevenção.	Prevenção.
			Realizar campanhas vacinais (2 Campanhas Anuais) na zona urbana, zona rural e área indígena	Prevenção.
			Intensificar ações vacinais (bloqueio e extra muro) conforme demanda epidemiológica.	Prevenção.
			Acompanhar as ESF na oferta regular de imunização	Prevenção.
		Intensificar ações de Promoção da Saúde e fortalecer as ações da Vigilância Ambiental.	Realizar análises de amostras de água para consumo humano.	Prevenção.
			Implantar Brigadas em parceria com as Escolas Municipais, Estaduais, Exército, Polícia militar, Bombeiros e Marinha.	Prevenção.
		Reduzir os problemas de saúde da população relacionados com os riscos ambientais.	Implantar os Programas VIGISOLO e VIGIAR.	Prevenção.
			Realizar notificações quanto às queimadas, poluição sonora e degradação.	Prevenção.
Gestão	Incentivar a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias	Manter e aprimorar a Gestão do SUS.	Instituir parcerias com as Universidades e Escolas técnicas, para a execução de projetos de extensão junto aos bairros e comunidades rurais em espaços de educação formal e informal, voltados prioritariamente jovens, adultos e idosos.	Prevenção.

	estratégias para o SUS.			
--	-------------------------	--	--	--

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PMS Parintins (2022/2025)

O Plano Municipal de Saúde do município de Parintins 2022/2025 traz dados claros e bem organizados através de tabelas, de gráficos e de um texto acessível, o que colabora na pesquisa de informações. O PSM aborda de forma detalhada, dentre outros assuntos, o cenário da pandemia, reservando uma considerável parte do documento para descrever as ações de combate à Covid-19. Dentre todos os PSM's analisados, este se destaca por ser o mais completo em relação ao enfrentamento da pandemia, deixando claro que a diminuição da gravidade dos casos foi decorrente de investimentos no trabalho de vacinação da população. (PARINTINS, 2021).

A respeito de urgência e emergência, a central 192 dispõe de três unidades móveis terrestres e dez ambulâncias que, conforme o documento, seguem o padrão de atendimento. A dificuldade encontrada neste serviço é a de comunicação com áreas rurais, dificuldade esta que está relacionada à instabilidade do serviço de telefonia na região.

No que se refere à Saúde Indígena, o Hospital Jofre Cohen elaborou juntamente com o DSEI Parintins um plano para habilitar-se a receber o Incentivo de Assistência aos Povos Indígenas-IAPI, e aguardam a liberação via MS, bem como o resultado do processo de habilitação dos serviços do CAPS-II e CEO. Destacamos também o trabalho da Vigilância Sanitária, que realiza ações integradas com vários órgãos, dentre os quais a Defesa Civil e o Corpo de Bombeiros.

O quadro analítico a seguir traz as informações relevantes relacionadas à política de saúde do município vinculadas às situações disruptivas, obtidas através deste PMS. Os dados estão organizados entre diretrizes, objetivos, metas e ações.

Quadro 38 PMS Parintins 2022/2025

DIRETRIZES	OBJETIVOS	METAS/AÇÕES	PREVENÇÃO, RESPOSTA OU MITIGAÇÃO
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	Fortalecer e qualificar a APS, como porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde,	Ampliar a cobertura da ESF urbana e rural.	Prevenção.
		Ampliar a contratação de profissionais da equipe multiprofissional da Atenção Básica para viabilizar uma equipe multiprofissional por UBS.	Prevenção.

específicas de toda a população rural e urbana.	Ampliar e implementar os canais oficiais de informação e qualificar a comunicação com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no município.	Criar 2 aplicativos com informações sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada e Redes de Atenção a Saúde (RAS) e Vigilância em Saúde.	Prevenção.
Média e alta complexidade – garantir, ampliar e aprimorar o acesso da população aos serviços especializados e de Atenção às Urgências e emergências, com garantia de acesso a Pronto Atendimento, Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e adesão as redes de atenção.	Implantar e implementar as ações do serviço de atendimento móvel de Urgências.	Manter em 100% a cobertura do SAMU 192 na zona urbana e comunidades polos até 2025.	Prevenção.
		Renovar 100% da frota terrestre e fluvial de unidades de suporte básico e avançado do SAMU 192 até 2025.	Prevenção.
		Aquisição de Ambulâncias e ambulanchas para ampliação da frota.	Prevenção.
		Implantar a base descentralizada de Ambulâncias.	Prevenção.
	Garantir acesso e ampliação dos serviços de apoio ao diagnóstico.	Implementar os serviços laboratoriais ampliando a capacidade de realização de exames laboratoriais para o município.	Prevenção.
	Ampliação dos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.	Monitorar a implantação e funcionamento de Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar em parceria com a FVS.	Prevenção.
	Promover a atenção especializada à saúde dos povos indígenas	Realizar as adesões ao IAEPI dos hospitais, CAPS e CEO em consonância com a legislação vigente.	Prevenção.
		Apoiar o fortalecimento do DSEI de Parintins, visando o avanço na construção do subsistema de Saúde indígena no âmbito do SUS em Parintins.	Prevenção.
		Ofertar serviços especializados (ambulatorial) para a população indígena do Polo São Francisco-Uaicurapá.	Prevenção.
	Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	Fortalecer e ampliar as ações de Vigilância em Saúde.	Garantir financiamento específico para as ações de Vigilância em Saúde.
Reestruturar a Vigilância em Saúde.			Prevenção.
Manter as de salas de Vacina com alimentação mensal das doses aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do PNI.			Prevenção.
Manter a emissão de comunicados de risco e clipping de rumores acerca de doenças e agravos, assim como desastres de interesse da saúde pública.			Prevenção.

	Intensificar ações de Promoção da Saúde e fortalecer as ações da Vigilância Ambiental.	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano (ZONA URBANA E RURAL).	Prevenção.
		Implantar Brigadas em parceria com as Escolas Municipais, Estaduais, Exército, Polícia militar, Bombeiros e Marinha.	Prevenção.
	Reduzir os problemas de saúde da população relacionados com os riscos ambientais.	Implantar os Programas VIGISOLO, VIGIAR E VIGIDESASTRE.	Prevenção.
	Intensificar ações de Promoção da Saúde e fortalecer as ações da Vigilância Sanitária	Fortalecer a ações de Vigilância Sanitária (VISA).	Prevenção.
		Implantar canal de comunicação de VISA com a comunidade e Rede SUS.	Prevenção.
		Elaborar e submeter para aprovação o Código Sanitário e Ambiental Municipal.	Prevenção.
Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.	Qualificar e ampliar a Assistência farmacêutica na rede municipal.	Alcançar 100% de estoque mínimo dos medicamentos padronizados da REMUME.	Prevenção.
		Farmácias equipadas e estruturadas de acordo com boas práticas de armazenamento de medicamentos.	Prevenção.
Fortalecimento da participação da comunidade e do controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a transparência e melhorando a comunicação entre a sociedade e gestão, mantendo seu caráter deliberativo	Fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde de Parintins.	Garantir recursos financeiros para reuniões itinerantes, para custeio de passagens e diárias, para capacitações, seminário e eventos (corpo técnico, conselheiros e usuários) para participação em cursos e eventos regionais e nacionais.	Prevenção.
Fortalecimento da Gestão em Saúde	Implementar e ampliar os serviços em tecnologia da informação e comunicação.	Implementar a informatização das UBSs com uso do PEC.	Prevenção.
		Desenvolver ferramentas de geoespacialização (mapas) de agravos em saúde no município de Parintins até 2025.	Prevenção.
		Implantar Painéis de Monitoramento (dashboard) para acompanhamento da atenção primária e atenção especializada.	Prevenção.
Investimento na Rede de Serviços de Saúde para Construção, reforma e ampliação de unidades. Aquisição de equipamentos hospitalares, de informática, de mídias, móveis e materiais permanentes.	Dotar os serviços de saúde com equipamentos e materiais permanentes necessários para manter e ampliar o acesso de serviços.	Aquisição e reposição de equipamentos, materiais permanentes nas UBS's da zona urbana e zona rural.	Prevenção.
		Instalar gerador de energia elétrica nas UBS da zona rural, para garantir o armazenamento adequado dos imunobiológicos.	Prevenção.

	Reformar, Ampliar/adequar e Construir a rede de serviços de saúde.	Construção e habilitação a Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas na zona urbana;	Prevenção.
		Construir 1 central do SAMU 192 - 2025.	Prevenção.
		Construção de UBSs Zona Urbana e Rural (Açaí, Tracajá, São Tomé, Valéria)	Prevenção.
		Reforma das UBSs da Zona Urbana e Rural.	Prevenção.
		Construção do hospital da Agrovila do Mocambo, pela Secretaria Estadual de Saúde.	Prevenção.
	Ampliar a frota de transportes (terrestre e fluvial) para melhorar a logística da equipe de saúde e acesso da população.	Aquisição de veículos utilitário para atender a AB, Ações e Programas Estratégicos e serviços da Rede Municipal de Saúde.	Prevenção.
		Aquisição de veículos utilitário, para as Unidades de Saúde da Zona Rural.	Prevenção.
		Aquisição de Ambulâncias para as Comunidades polos, equipadas com serviço de radiofonia. (Região do Zé-Açu, Mocambo, Caburi e Açaí).	Prevenção.
		Aquisição de Ambulanchas para comunidades polos e comunidades longínquas: (comunidade Divino Espírito Santo-Aduacá.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PMS São Gabriel da Cachoeira (2018/2021)

O Plano Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira relativo ao quadriênio 2018/2021 foi obtido por meio do canal Gov.br. Trata-se de um documento suscinto, com característica de ter sido retirado de um documento maior. Contendo apenas seis laudas, este PMS atende em parte nosso objeto de pesquisa. Não traz dados sobre saúde indígena, situação ambiental, vacinal, sanitária ou de situações disruptivas, como queimadas, enchentes e secas. Também não há menção sobre a pandemia de Covid-19 neste documento em específico.

O quadro analítico a seguir foi elaborado a partir deste PMS com informações relativas à saúde pública e desastres, dispostos através de diretrizes, objetivos e metas.

Quadro 39 PMS São Gabriel da Cachoeira 2018/2021

DIRETRIZ	OBJETIVO	META	PREVENÇÃO, RESPOSTA OU MITIGAÇÃO
----------	----------	------	----------------------------------

Consolidar a Vigilância em Saúde como um dos pilares da atenção à saúde visando à redução dos riscos e agravos à saúde da população.	Buscar a melhoria da qualidade de vida da população do Estado do Amazonas, por meio da promoção e proteção à saúde.	Promover ações de educação permanente no âmbito da VS.	Prevenção.
		Realizar o monitoramento da qualidade da água para consumo humano conforme a Diretriz Nacional do VIGIAGUA.	Prevenção.
Ampliar a oferta de serviços e ações de modo de atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias do município, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida dos usuários	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, definindo-a como eixo estruturante e reordenador da atenção à saúde.	Manter as equipes ESF	Prevenção.
		Reorganizar o processo de trabalho das equipes dos Postos de Saúde, com participação do controle social).	Prevenção.
		Implantar novos serviços a partir das necessidades identificadas por meio do processo de territorialização, vinculados à captação de recursos tripartite.	Prevenção.
		Realizar Aquisição de Material de Informática e implantação de rede de internet.	Prevenção.
		Capacitar as equipes dos Postos de Saúde para classificação de risco e atender as pequenas urgências.	Prevenção.
Promover Aquisição de medicamentos e insumos, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.	Ampliar o acesso da população a medicamentos e produtos para saúde, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.	Atender as unidades de saúde com fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde para a rede assistencial do município.	Prevenção.
		Garantir a informatização com acesso à internet todas as UBS e CAPS.	Prevenção.
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde: Implementar a Política Municipal de Investimentos em Saúde.	Implementar o programa de investimentos na saúde, viabilizando melhor infraestrutura das unidades para melhorar as condições de atendimento ao usuário do SUS.	Reformar as unidades básicas de saúde.	Prevenção.
		Construção da UBS Pari Cachoeira.	Prevenção.
		Aquisição de ambulância.	Prevenção.
		Reforma do Hospital de Iauaretê.	Prevenção.
Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.	Fortalecer a participação popular.	Realizar, no mínimo, uma capacitação por ano, aos Conselheiros de Saúde.	Prevenção.
		Divulgar por meio de boletim semestralmente as deliberações do Conselho Municipal de Saúde e informações sobre a saúde pública do município.	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

- PMS São Gabriel da Cachoeira (2022/2025)

Ao contrário do documento analisado anteriormente, o PMS de São Gabriel da Cachoeira (2022/2025) traz toda a estrutura organizacional de um documento oficial.

De acordo com este registro, o município conta com 11% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, estando a zona urbana organizada em onze bairros. Um ponto positivo a ser observado é a utilização de divisão territorial discriminando a área de garimpo como uma das regiões mapeadas para controle da saúde da população.

O documento conta ainda com dados sobre síndrome gripal (Coronavírus), e uma ala para informações sobre Covid-19, com gráficos e informações sobre a doença e seus efeitos, com notificações até o ano de 2021. Este PSM aborda a saúde indígena, contando com os DSEI's Alto Rio Negro e Yanomami, que prestam atendimento em área rural (indígena), cobrindo 21 polos bases na área de São Gabriel da Cachoeira.

O quadro analítico a seguir foi construído com base neste PSM, e traz os dados concernentes à saúde pública vinculada de forma direta ou indireta às situações disruptivas, e estão organizados em eixos, diretrizes, objetivos e metas.

Quadro 40 PMS São Gabriel da Cachoeira 2022/2025

EIXO	DIRETRIZ	OBJETIVO	META	PREVENÇÃO, RESPOSTA OU MITIGAÇÃO
Atenção Básica (atenção básica, saúde da família, saúde bucal, ACS, Previne Brasil e outros)	Aperfeiçoar o acesso e a qualidade da atenção básica, permitindo acessar integralmente aos programas do Ministério da Saúde (MS)	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, definindo-a como eixo estruturante e reordenador da atenção à saúde.	Aumentar o percentual de cobertura populacional das equipes de atenção básica.	Prevenção.
			Informatizar todas as UBSs da rede municipal e implantar prontuário eletrônico do cidadão (PEC)	Prevenção.
			Melhoria dos serviços de saúde das comunidades rurais, populações tradicionais e vulneráveis.	Prevenção.
			Realizar campanhas de vacinação	Prevenção.
Vigilância em Saúde (Ações Integradas das Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental).	Consolidar a Vigilância em Saúde como um dos pilares da atenção à saúde visando à redução dos riscos e agravos à saúde da população.	Buscar a melhoria da qualidade de vida da população do Estado do Amazonas, por meio da promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e	Realizar e/ou intensificar campanhas educativas nas escolas municipais e estaduais	Prevenção.
			Promover a articulação intersetorial com órgãos estaduais e	Prevenção.

		laboratorial, bem como o controle de doenças e outros agravos, incluindo educação, capacitação, pesquisa e ações interinstitucionais.	municipais responsáveis por ações de saneamento ambiental ordenamento do solo, urbanização e proteção ambiental.	
			Manter elevada e homogênea as coberturas de vacinas.	Prevenção.
			Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano.	Prevenção.
			Aquisição de equipamentos e reforma das estruturas das salas de vacinação das unidades. Capacitação dos profissionais e ampliação da rede de transporte e logística dos imunobiológicos.	Prevenção.
Investimento na Rede de Serviços de Saúde (construção, ampliação de unidades, reformas, aquisição de equipamento e material permanente)	Fortalecer a gestão municipal do SUS, com investimentos ordenados visando melhorias na qualidade do ambiente de trabalho e no atendimento aos usuários.	Implementar o programa de investimentos na saúde, viabilizando melhor infraestrutura das unidades para melhorar as condições de atendimento ao usuário do SUS.	Número de Unidades de Saúde reformadas/ampliadas.	Prevenção.
			Número de Unidades Básicas de Saúde Concluídas e Cadastradas no CNES.	Prevenção.
			Informatizar todas Unidades de Saúde com rede de internet e intranet.	Prevenção.
Gestão do SUS (Educação Permanente, Controle Social, Ouvidoria/Canais de Interação com o Usuário, Planejamento, Monitoramento, Avaliação, Regulação, Auditoria, Informação e Informática).	Fortalecer o Controle Social, implantar novas tecnologias de controle do SUS.	Aperfeiçoar a atuação da Secretaria de Saúde com ênfase nas ações de Planejamento, Monitoramento, Avaliação, Regulação, Auditoria, Informação e Informática; Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã; Promover a formação, a educação e qualificação permanente, e a valorização dos trabalhadores.	Realizar capacitação aos Conselheiros de Saúde para o exercício de seu papel.	Prevenção.
			Aquisição de tablets e ou celulares para os ACS para implantação do e-SUS território	Prevenção.

Fonte: Pesquisa documental. Gordiano (2025)

Destarte, o termo *desastre natural* na região amazônica ganha um status ainda maior. Mediante o exposto, inferimos que a dificuldade na obtenção dos documentos oficiais - que deveriam estar disponíveis de forma simplificada para consultas - foi um fator de grande dificuldade para o andamento desta pesquisa. Outro fator a ser mencionado é que os planejamentos não dialogam entre si e não obedecem a um padrão organizacional que auxilie na fluidez da pesquisa.

Destacamos aqui alguns pontos relevantes observados neste trabalho: o estado, que já não estava preparado para lidar com as mudanças de estação antes da crise climática, continua a mostrar despreparo, e são pouquíssimos os documentos analisados a abordar o assunto; os equipamentos de saúde, em sua maioria, não registram preparo para lidar com diversidades étnico-culturais ou questões territoriais como áreas devastadas e garimpos; a quantidade de subnotificações é deduzível ao compreendermos que a própria pandemia não foi devidamente registrada como desastre nas respectivas plataformas, o que se repete com relação a outros agravos de saúde, como intoxicações por fumaça, doenças decorrentes de via hídrica ou câncer de pele; a população não é tratada como sujeito de transformação social e a maioria não está informada sobre a gravidade do problema; as habitações da região são precárias e não suportam o peso das alterações climáticas, assim como a ausência de saneamento básico é alarmante.

Para que possamos começar a mudar este cenário, sugerimos que inicialmente haja respeito à divulgação da realidade para a população. Os órgãos e secretarias afins devem se adequar à realidade, estando atualizados integralmente sobre este tema, a começar pela utilização de uma nomenclatura que retire a responsabilidade da natureza. É necessário que os documentos oficiais tenham uma estrutura padrão, pois são Planejamentos Plurianuais e de Saúde, que servem como orientação principal para a tomada de medidas cruciais.

Ademais, existe um grave problema de comunicação no Amazonas. Dados de 2024 disponibilizados pelo Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (NIC.br), de Brasília, apontam que somente 12,7% da população possui acesso à internet de qualidade no estado (CETIC, 2024). Este problema interfere não apenas na divulgação eficaz das campanhas voltadas à saúde das pessoas, mas no funcionamento correto dos equipamentos de saúde, já que demandam compartilhar informações em tempo hábil entre si e a comunidade. Os dados necessitam ser atualizados constantemente, bem como as equipes devem estar preparadas para o uso de tecnologias. As redes de internet

requerem um funcionamento satisfatório, assim como o fornecimento de energia (incluindo os geradores dos barcos de atendimento às populações ribeirinhas).

As equipes de saúde demandam valorização salarial e formação correta, assim como a educação deve incluir o tema desastres nas escolas, para que sejam formados sujeitos de direitos e de fato; as populações que habitam áreas de risco precisam receber treinamento adequado, com a divulgação de rotas de fugas ou realocadas para áreas seguras; as habitações devem assegurar a vida das pessoas e os órgãos e secretarias trabalhar de forma conjunta na prevenção, resposta e mitigação de situações disruptivas; urge também a necessidade do trabalho conjunto entre prefeituras e universidades, para que atuem em uníssono com vistas ao desenvolvimento de novas tecnologias na área de desastres.

Sabemos que o saneamento básico é uma garantia à vida humana, assim como o descarte correto de resíduos, a regularização fundiária, a divulgação de campanhas sobre os riscos de exposição à fumaça, de conscientização e tratamento de câncer de pele, bem como calendários adequados para períodos de exposição extrema ao sol. Sendo assim, é fundamental que haja a descentralização real dos serviços de média e alta complexidade, maior investimento na saúde do Amazonas e diálogo entre as esferas federal, estadual e municipal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o exposto, fica evidente que a intrínseca relação entre saúde e ambiente reflete as consequências de um modelo de desenvolvimento historicamente pautado na exploração predatória dos recursos do planeta. A lógica capitalista de acumulação ininterrupta causou a degradação ambiental, agravando a escassez de recursos e ampliando os riscos à saúde humana. A crise ecológica atual é também uma crise de saúde pública, potencializada pelas mudanças climáticas, culminando no agravamento e aumento de ocorrências de situações disruptivas no mundo inteiro. Nesse contexto, os desastres devem ser compreendidos como resultados de processos estruturais, onde as populações mais vulneráveis são as maiores vítimas dessas ocorrências.

Embora existam avanços normativos em âmbito nacional e internacional, a implementação de políticas públicas ainda esbarra em desafios políticos, econômicos e sociais. No que tange a Política de Saúde Pública no Brasil, a contradição entre os princípios universais do SUS, a realidade de desfinanciamento e a precarização dos serviços são nítidos, especialmente no estado do Amazonas. A análise realizada neste trabalho demonstra que a política de saúde na região reproduz desigualdades históricas, com serviços concentrados na capital e desassistência crônica em áreas rurais e de difícil acesso. A crise climática agrava a situação de inundações e secas extremas (maiores registros de desastres na região), e quando deveríamos investir em alternativas adaptadas a esta realidade, verificamos que muitos municípios sequer podem contar com o SAMU, ambulâncias ou equipes preparadas para situações disruptivas. A fragilidade das redes municipais e estaduais de saúde revelam um abismo entre a Gestão de Riscos e a prática cotidiana do SUS. O fator amazônico não pode mais ser utilizado como justificativa para a ineficácia da Gestão de Riscos na Política de Saúde. Devemos olhar com criticidade o paradigma de desenvolvimento vigente, e nos comprometermos com a equidade e a integração entre saúde coletiva e justiça ambiental. Sem uma governança participativa e investimentos consistentes em políticas de prevenção, e sem a atualização de dados e disponibilização de informações de maneira democrática, será inviável enfrentar os desastres e seus desdobramentos, ou proteger a vida em sua integralidade.

Reiteramos que é imprescindível que os documentos adotem um padrão mínimo de estrutura e de qualidade, pois são as principais orientações para a tomada de decisões

vitais. É urgente que estes planejamentos sigam modelos atualizados, estejam disponíveis e com acesso facilitado a quem interessar, como preconizado pela Lei de Informação.

Afirmamos que é possível transformar o direito universal à saúde em realidade para todos, inclusive nas situações mais disruptivas. E para que possamos reverter esse cenário, devemos enfrentar a realidade compreendendo que estamos em uma emergência climática real.

Finalizando, este é um trabalho sobre ausências: de pessoas que morreram em decorrência de desastres e suas mortes sequer foram contabilizadas; de milhares de mortos pela pandemia que não foram registrados como mortos em desastres; de dados sobre mortes lentas e não detectáveis, como os asfixiados pela fumaça.; do poder público para assegurar direitos básicos como a saúde da população; e a ausência das autoridades para garantir um milésimo de dignidade para o povo do Amazonas. Nós que continuamos, apesar dos pesares, não somos invisíveis. A verdade é que eles nos veem. Só não se importam.

REFERÊNCIAS

ACNUR. Agência da ONU para refugiados. RIO +20: **Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável**. 2012. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/eventos/Rio_20_Futuro_que_queremos_guia.pdf Acesso em 16 fev. 2026.

ALVES, S.N.; CORREA, A.C.G.; SILVA. **Vulnerabilidade socioambiental e os riscos na área urbana do município de Iranduba-Amazonas**. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.22481/rg.v8.e2024.e14300.pt>. Acesso em: 11 ago. 2024.

AMAZONAS. Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas. **Lei Complementar Nº 70/2009 de 03/12/2009**. Código de Saúde do Estado do Amazonas. 2009. Disponível em https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2009/861/861_texto_integral.pdf. Acesso em 30 jun. 2025.

_____. Governo do Estado do Amazonas. **Plano Plurianual 2016-2019 – 3ª Revisão**, 2019. Disponível em: <http://www.seplancti.am.gov.br/planejamento/>. Acesso em 07 jul. 2025

_____. Governo do Estado do Amazonas. **Plano Plurianual 2020-2023**. Disponível em <https://www.sedecti.am.gov.br/ppa2023/>. Acesso em: 03 jul. 2025

_____. **Plano Estadual de Proteção e Defesa Civil**. 2024. Defesa Civil. Disponível em <https://www.defesacivil.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/05/PEPDEC-2024-DCAM.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2025.

_____. Secretaria estadual de Saúde - SES. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Manaus:AM, p. 1-258.

_____. Secretaria estadual de Saúde - SES. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Manaus:AM, p. 1-269.

_____. Ministério Público de Contas MPCAM. **Recomendação 149/2024 - MP-RMAM.** Coordenadoria de Meio Ambiente. 2024. Disponível em <https://mpc.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/05/RECOMENDACAO-N.-149-2024-MP-RMAM.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2025.

_____. **Lei Complementar Nº 70/2009 de 03/12/2009.** Código de Saúde do Estado do Amazonas. 2009. Disponível em: https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2009/861/861_texto_integral.pdf Acesso em 30 jun. 2025.

_____. **Planejamento Regional Integrado.** Secretaria de Estado de Saúde. Governo do Estado do Amazonas. 2019. Disponível em <https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/04/ANALISE-DA-SITUACAO-DE-SAUDE-DO-AMAZONAS.pdf> Acesso em: 10 fev. 2025

ANDRADE, E. G.; COSTA, Ana M.; RIZZOTTO, M. L. F. **Seguridade social:** caminho para solucionar o desfinanciamento do SUS, lutar contra a desigualdade e reconstruir a democracia. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 47, n. 137. 2023. Disponível em scielo.br/j/sdeb/a/4k3z6zwWVQdryx4kfYXQCVk/?format=pdf&lang=pt: Acesso em: 28 jan. 2024.

ANVISA. **Regulamento Sanitário Internacional – RSI.** 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1#:~:text=O%20prop%C3%B3sito%20e%20a%20abrang%C3%Aancia,o%20tr%C3%A1fego%20e%20o%20com%C3%A9rcio> Acesso em: em 14 ago. 2024.

BARREIRINHA. Prefeitura Municipal de Barreirinha – AM. **Plano Plurianual PPA 2018-2021.** Barreirinha:AM, p.1-25, 2017.

_____. Prefeitura Municipal de Barreirinha – AM. **Plano Plurianual PPA 2022-2021.** Barreirinha:AM, p.1-106. 2021.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde PMS 2018–2021.** Barreirinha: Prefeitura Municipal, 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde PMS 2022–2023.** Barreirinha: Prefeitura Municipal, 2021.

BERNARDES, Julio. **Cientistas revelam como queimadas afetam a formação de nuvens de chuva na Amazônia.** Jornal da USP, 2021. Disponível em <https://jornal.usp.br/ciencias/cientistas-revelam-como-queimadas-afetam-formacao-de-nuvens-de-chuva-na-amazonia/#:~:text=%E2%80%9CA%20fuma%C3%A7a%20de%20queimadas%20cont%C3%A9m,de%20congelamento%20subsequente%E2%80%9D%2C%20aponta..> Acesso em 23 jun. 2025.

BENTES, Norma. **A população do Amazonas nos dados do Censo 2022.** Portal Cultura Amazônica. Disponível em <https://www.culturaamazonica.com.br/2024/03/20/a-populacao-do-amazonas-nos-dados-do-censo-2022/> Acesso em 21 fev. 2026.

BNC. **Enchente em Coari faz prefeitura decretar situação de emergência.** 2025. Disponível em <https://bncamazonas.com.br/municipios/enchente-em-coari-faz-prefeitura-decretar-situacao-de-emergencia/#:~:text=A%20Prefeitura%20de%20Coari%20decretou,assinado%20pelo%20prefeito%20Adail%20Pinheiro..> Acesso em 10 ago. 2025.

BRASIL. **Cemaden registra recorde de alertas e mais de 1,6 mil ocorrências de desastre em 2024.** Agência Gov/via MCTI 10/01/2025. Disponível em <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202501/cemaden-registra-recorde-de-alertas-e-mais-de-1-6-mil-ocorrencias-de-desastre-no-brasil-em-2024#:~:text=Ranking%20de%20munic%C3%ADpios&text=A%20lista%20%C3%A9%20seguida%20por,de%20chuva%20e%20suas%20consequ%C3%Aancias..> Acesso em 13 ago. 025.

_____. **CAE aprova política para gestão de risco de desastres no país.** Brasília, 2023. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/05/07/cae-aprova-politica-para-gestao-de-risco->

de-desastres-no-pais#:~:text=Planos,em%20todo%20o%20territ%C3%B3rio%20nacional. Acesso em: 25 jun. 2025.

_____. **Agentes de Saúde**. Secretaria de Comunicação Social. Brasília, 2024. Disponível em <https://www.gov.br/secom/pt-br/aceso-a-informacao/comunicabr/lista-de-acoes-e-programas/agentes-de-saude#:~:text=Os%20Agentes%20Comunit%C3%A1rios%20de%20Sa%C3%BAde,sa%C3%BAde%20e%20preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20doen%C3%A7as>. Acesso em: 20 mai. 2025.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=174908#:~:text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%C3%A9BLICA&text=195%20da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal%2C%20devida,Art. Acesso em 09 nov. 2024.

_____. **Decreto nº 12.652, de 7 de outubro de 2025**. Estabelece os princípios, as diretrizes e os objetivos do Plano Nacional de Proteção e Defesa Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2025. Disponível em

_____. **Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012**. Conversão da Medida Provisória nº 547, de 2011). Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil – PNPDEC. Casa Civil, 2012. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112608.htm Acesso em: 14 jun. 2024.

_____. **LEI Nº 14.750, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2023**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114750.htm Acesso em: 16 ago. 2024.

_____. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [L8080](#). Acesso em: 14 jun. 2024.

_____. **LEI ORGÂNICA DE SAÚDE**. Lei nº 8.080, DE 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Acesso em 09 fev. 2025. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

_____. **Atenção primária e atenção especializada**: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasília, 2022. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas>. Acesso em: 19 fev. 2025.

_____. Ministério da Saúde. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL 162: COVID-19** | Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2024/boletim-epidemiologico-no-162-coe.pdf/view> Acesso em: 19 ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **DigiSUS Gestor**. Disponível em <https://digiSUSgmp.saude.gov.br/>. Acesso em 08 ago. 2025.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia saúde da família**. Brasília, 2025. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia#:~:text=A%20Estrat%C3%A9gia%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia,uma%20importante%20rela%C3%A7%C3%A3o%20custo%20Defetividade.&text=IV.%20agentes%20comunit%C3%A1rios%20de%20sa%C3%BAde,ou%20t%C3%A9cnico%20em%20Sa%C3%BAde%20Bucal>. Acesso em 09 fev. 2025.

_____. **Gestão dos entes que compõem o SUS**. Brasília, 2024. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus/gestao-dos-entes-do-sus> Acesso em: 12 jun. 2024.

_____. **Guia de Preparação e Respostas do Setor Saúde aos Desastres**. Brasília, 2018. Disponível em <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/1afac046-1fde-462f-b7e9-f5cd1115ac1e/content> Acesso em: 14 jun. 2025.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília – DF. 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 09 fev. 2025.

_____. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Pacto pela saúde. Acesso em 09 fev. 2025 Disponível em https://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2019/09/11/17_19_31_912_Portaria_n%C2%BA_399_Pacto_pela_Sa%C3%BAde_Minist%C3%A9rio_da_Sa%C3%BAde.pdf

_____. **Programa Vigiar SUS é lançado pelo Ministério da Saúde**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/10/programa-vigiar-sus-e-lancado-pelo-ministerio-da-saude> Acesso em: 19 ago. 2024.

_____. **Saúde Indígena**. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai> Acesso em: 09 fev. 2025.

_____. **Acordo de Paris**. Disponível em: <https://antigo.mma.gov.br/clima/convencao-das-nacoes-unidas/acordo-de-paris.html> Acesso em: 14 ago. 2024.

_____. **Panorama dos desastres no Brasil 2013 a 2024**. Defesa Civil. Disponível em: https://cnm.org.br/storage/biblioteca/2024/Estudos_tecnicos/202405_ET_Panorama_Desastres_Brasil_2013_a_2023.pdf Acesso em: 12 ago. 2024.

_____. **PL nº 5002 de 2023**. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/160518#:~:text=Projeto%20de%20Lei%20n%C2%B0%205002%2C%20de%202023&text=Insti%20tut%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,SIGIRD%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias>. Acesso em: 16 ago. 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* (Orgs). **Saúde e serviço social**. 2.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006. Disponível em: https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo Acesso em 03 nov. 2024.

CAETANO, Gabriel. **Nelson Monteiro pede providências sobre enchente do rio Madeira**. Câmara Municipal de Manicoré, 19/02/2019. Disponível em <https://www.manicore.am.leg.br/institucional/noticias/nelson-monteiro-pede-providencias-sobre-enchente-do-rio-madeira>. Acesso em 14 ago. 2025.

CAREIRO DA VÁRZEA. Prefeitura Municipal de Careiro da Várzea – AM. **Plano Plurianual PPA 2018-2021**. Careiro da Várzea:AM, p.1-164, 2017.

_____. **Plano Plurianual PPA 2022-2025**. Prefeitura Municipal de Careiro da Várzea – AM. Careiro da Várzea:AM, p.1-26. 2021.

_____. **Plano Municipal de Saúde PMS 2018–2021**. Careiro da Várzea: Prefeitura Municipal, 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde PMS 2022–2025**. Careiro da Várzea: Prefeitura Municipal, 2021.

CASARA, Rubens. **Contra a Miséria Neoliberal: racionalidade, normatividade e imaginário**. São Paulo: Autonomia Literária, 2021.

CENSIPAM. Centro Gestor e Operacional do Sistema de Proteção da Amazônia. **MAPA PLANIMÉTRICO DO ESTADO DO AMAZONAS**. Sistema de Proteção da Amazônia. Pará. Disponível em <https://panorama.sipam.gov.br/geonetwork/srv/api/records/5c52f38a-c532-41f6-9cae-5dafcd59d517>. Acesso em 29 jun. 2025.

CERUTTI, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Aplicação da gestão de risco de desastres no sistema único de saúde (SUS). **Cadernos Saúde Coletiva**. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2011. Disponível em

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aplicacao_gestao_risco_desastres_sus.pdf Acesso em: 31 jan. 2025

CETIC.BR. **Conectividade significativa: propostas para medição e o retrato da população no Brasil**. São Paulo: CGI.br/NIC.br, 2024. Disponível em: <https://cetic.br/pt/publicacao/conectividade-significativa-propostas-para-medicao-e-o-retrato-da-populacao-no-brasil/>. Acesso em: 21 fev. 2026.

CHAGAS, A. K. T.; ARAÚJO, V. S.; CALHEIROS, C. S.; Os impactos ambientais das áreas inundáveis em Parintins-AM no período da cheia de 2021. **Congresso Técnico Científico da Engenharia e da Agronomia – CONTECC**. 2022. Disponível em <https://www.confex.org.br/midias/uploads-imce/Contecc%202022/Fase%20Oral/OS%20IMPACTOS%20AMBIENTAIS%20DAS%20C3%81REAS%20INUND%20C3%81VEIS%20EM%20PARINTINS-AM%20NO%20PER%20C3%8DODO%20DA%20CHEIA%20DE%202021.pdf>. Acesso em 16 ago. 2025.

COARI. **Plano Plurianual PPA 2018-2021**. Coari:AM, p.1-228, 2017.

_____. **Plano Plurianual PPA 2022-2025**. Coari:AM, p.1-261, 2017.

_____. **Plano Municipal de Saúde PMS 2018–2021**. Coari: Prefeitura Municipal, 2017.

_____. **Plano Municipal de Saúde PMS 2022–2023**. Coari, 2021.

CORREIA, A.L., SENA, E.T., DIAS, SILVA, M.A.F. et al. **Pré-condicionamento, aerossóis e radiação controlam a temperatura da glaciação nas nuvens amazônicas**. *Commun Earth Environ* 2, 168 (2021). Disponível em <https://doi.org/10.1038/s43247-021-00250-3>. Acesso em 23 jun. 2025.

COSTA, C. S. da. **Refugiados no contexto das mudanças ambientais**. Universidade Federal de São Carlos, Juiz de Fora – SP. 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/6671/3618.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 13 ago. 2024.

D24 AM. **Careiro da Várzea vai receber R\$ 648 mil para população atingida pela cheia no AM**. 2021. Disponível em <https://d24am.com/amazonas/careiro-da-varzea-vai-receber-r-648-mil-para-populacao-atingida-pela-chezza-no-am/>. Acesso em 09 ago 2025.

DAWSON, A. **A sexta extinção e o capitalismo global**. Outras Palavras. Disponível em <https://outraspalavras.net/sem-categoria/a-sexta-extincao-e-o-capitalismo-global/> Acesso em: 15 jun. 2024.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO AMAZONAS. **Defensores públicos de Coari atuam junto a comitê de enfrentamento de enchente no município**. Disponível em <https://defensoria.am.def.br/2021/04/05/defensores-publicos-de-coari-atuam-junto-a-comite-de-enfrentamento-de-enchente-no-municipio/#:~:text=H%C3%A1%20bairros%20em%20C3%A1reas%20de%20risco,de%20emerg%C3%AAncia%20com%20pessoas%20perdendo%20sua%20moradia>. Acesso em: 14 mai. 2025.

DINIZ, E. M. **Os resultados da RIO +10**. *Revista do Departamento de Geografia*, 15. USP, 2002. Disponível em: https://revistas.usp.br/rdg/pt_BR/article/view/47294/51030. Acesso em: 16 fev. 2026.

DOLZANE, R. S.; SCHWEICKARDT, J. C. **Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas**. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tes/a/hhHHV9zz8WKyQPVK3LtYfvF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 mai. 2025.

DUTRA, A. S. **Gestão de desastres e Serviço Social: reflexões críticas sobre a atuação de assistentes sociais junto aos órgãos municipais de proteção e defesa civil**. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2017.

EIRD. **Estratégia Internacional para a Redução de Desastres. Marco de Ação de Hyogo 2005-2015: Aumento da resiliência das nações e das comunidades frente aos desastres**. 2015 Disponível em:

<https://defesacivil.uff.br/wp-content/uploads/sites/325/2020/10/Marco-de-Aao-de-Hyogo-2005-2015.pdf>
Acesso em: 16 ago. 2024.

FIEAM. **Zona Franca de Manaus Um projeto de país**: FIEAM, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/jalna%20gordiano/Downloads/Apresentacao%20FIEAM%20-%20Saleh%20Hamdeh.pdf>
Acesso em 21 fev. 2025.

FIRJAN. Federação das Indústrias do estado do Rio de Janeiro. **IFDM. Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal**. Sistema FIRJAN, 2025. Disponível em <https://www.firjan.com.br/ifdm/consulta-ao-indice/ifdm-indice-firjan-de-desenvolvimento-municipal-resultado.htm?UF=AM&cidade=130380&indice=4&ano=2023>. Acesso em 29 mai. 2025.

FAPEAM. FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DO AMAZONAS. **Pesquisa investiga impactos socioambientais e econômicos em Barreirinha ocasionados pelas enchentes e vazantes**. 2016. Disponível em <https://www.fapeam.am.gov.br/pesquisa-investiga-impactos-socioambientais-e-economicos-em-barreirinha-ocasionados-pelas-enchentes-e-vazantes/> - FAPEAM. Acesso em 23 jul. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Atuação das equipes de saúde no serviço de embarcações do SAMU-192: Regiões Fluviais, Ribeirinhas e Marítimas**. Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/Relat%C3%B3rio%20Final%20de%20Pesquisa.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2025.

GARNELO, L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. **Cadernos de Saúde Pública**. FIOCRUZ - RJ. 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/vb3KBsxsHwPFM3kd3JfwDpN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev.

GIATTI, L. L. (Org.). **Fundamentos de saúde ambiental**. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. Ed. Atlas. São Paulo, 2006.

GRIGOLETTO *et al.* **Gestão das ações do setor saúde em situações de seca e estiagem**. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fccPFYqLbmwTvzWszWbCkHj/?lang=pt>
Acesso em 28 jul. 2024.

HACON, S. et al. (Org.). **Saúde na Amazônia: desafios ambientais, sociais e econômicos**. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz), 2022. E-book. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/54708> Acesso em: 03 mai. 2025.

HICKMAN *et al.* **Ansiedade climática em crianças e jovens e suas crenças sobre as respostas governamentais às mudanças climáticas: uma pesquisa global**. The Lancet. Disponível em: **Ansiedade climática em crianças e jovens e suas crenças sobre as respostas governamentais às mudanças climáticas: uma pesquisa global - The Lancet PlanetaryHealth**. Acesso em: 08 ago. 2024.

IBGE. **Censo 2022: Brasil tinha 16,4 milhões de pessoas morando em Favelas e Comunidades Urbanas**. Agência de notícias. 2024. Disponível em [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41797-censo-2022-brasil-tinha-16-4-milhoes-de-pessoas-morando-em-favelas-e-comunidades-urbanas#:~:text=Entre%20as%2012.348%20Favelas%20e,Manaus%20\(AM\)%2C%20com%2055.821](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41797-censo-2022-brasil-tinha-16-4-milhoes-de-pessoas-morando-em-favelas-e-comunidades-urbanas#:~:text=Entre%20as%2012.348%20Favelas%20e,Manaus%20(AM)%2C%20com%2055.821)
Acesso em: 02 maio. 2025.

IFDM. **Sistema FIRJAN, 2025**. Disponível em <https://www.firjan.com.br/ifdm/consulta-ao-indice/ifdm-indice-firjan-de-desenvolvimento-municipal-resultado.htm?UF=AM&cidade=130380&indice=4&ano=2023> Acesso em 29 mai. 2025.

_____. **NOTA METODOLÓGICA**. Sistema FIRJAN, 2025. Disponível em <https://www.firjan.com.br/data/files/B7/43/4A/72/CE2615101BF66415F8A809C2/Anexo%20Metodol%C3%B3gico%20IFDM.pdf> Acesso em: 29 mai. 2025.

IBGE. **Panorama Censo 2022**. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 24 jan. 2025.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Rio-92: mundo desperta para o meio ambiente**. 2009. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2303:catid=28&Itemid=23. Acesso em 16 fev. 2026.

IRFC. Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. **Diretrizes para a Facilitação e o Regulamento Internos da Ajuda Internacional em caso de Desastre e do Auxílio Inicial à Recuperação**. 2007. Disponível em: https://disasterlaw.ifrc.org/sites/default/files/media/disaster_law/2022-11/IDRL%20Guidelines-Portuguese%20HGIFRC%20WEB.pdf Acesso em: 16 ago. 2024.

ISA. **Enchente do Rio Içana amplia sequência de extremos climáticos no noroeste amazônico**: Subida durante a enchente está sendo registrada em vários pontos da região do Rio Negro, desde a cidade de São Gabriel da Cachoeira até as cabeceiras dos rios. 27 de junho de 2025. Disponível em <https://www.socioambiental.org/noticias-socioambientais/enchente-do-rio-icana-amplia-sequencia-de-extremos-climaticos-no-noroeste#:~:text=H%C3%A1%20uma%20semana%2C%20no%20dia,11%20de%20junho%20de%202021>. Acesso em 22 ago. 2025.

JATOBÁ, A.; CARVALHO, P. V. R. **A resiliência na saúde pública**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). FAPERJ, 2024. Acesso em 31 jan. 2025. Disponível em <https://resilisuus.fiocruz.br/wp-content/uploads/2024/06/Resiliencia-na-Saude-Publica.pdf> Acesso em: 03 mai. 2025.

MANAUS. **Lei Nº 2841, de 30 de dezembro de 2021**. Plano Plurianual 2022-2025. Diário Oficial do Município de Manaus, ANO XIX, nº 5253, p. 1-96.

_____. **Lei Nº 2.294, de 03 de janeiro de 2018**. Plano Plurianual 2018-2021. Diário Oficial do Município de Manaus, ANO XIX, nº 4276, p. 1-82.

_____. **Plano Municipal de Saúde PMS 2018-2021**. Manaus: AM, p. 1-17.

_____. **Plano Municipal de Saúde PMS 2022-2025**. Manaus: AM, p. 1-41.

MARENGO, J.A.; SOUZA Jr., C.M. **Mudanças Climáticas: impactos e cenários para a Amazônia**. São Paulo. 2018. Disponível em https://prioridadeabsoluta.org.br/wp-content/uploads/2019/05/relatorio_mudancas_climaticas-amazonia.pdf. Acesso em: 30 jun. 2025.

MARTINS, G. K. P.; LIRA, G. B. S.; SILVA, L. H. S.; SANTI, Cecília A. N.; MARTINS, Daysa S. O fator amazônico como agente influenciador no financiamento à saúde na Amazônia Legal. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v.18, n.2, p. 01-21, 2025. Disponível em file:///C:/Users/jalna%20gordiano/Desktop/Mestrado%202025/Cap%C3%ADtulo%20III/Bibliografia%20cap%20III/MARTINS%20ET%20AL%20O_fator_amazonico_como_agente_influenciador_no_fin.pdf. Acesso em 30 jun. 2025.

MATOS, T. Mais de 20 famílias sofreram soterramento em Manaus; sete crianças morreram. **Revista Cenarium** 20/01/2025. Disponível em <https://revistacenarium.com.br/mais-de-20-familias-sofreram-soterramento-em-manaus-sete-criancas-morreram/>. Acesso em 13 ago. 2025.

MATTEDI, M. **Dilemas e perspectivas da abordagem sociológica dos desastres naturais**. Tempo Social, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/111685>. Acesso em: 08 ago. 2024.

MCCR30. Desarrollando Ciudades Resilientes 2030. **Mi ciudad se está preparando?**. 2025. Disponível em <https://mcr2030.undrr.org/es>. Acesso em 30 jun. 2025.

MINAYO, M. C de S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOBRE, V.; FARIA, M. (2023). **O orçamento da saúde para 2023: o que mudou nos últimos dez anos?** Nota Técnica n. 29. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-29/>. Acesso em: 09 nov. 2024.

OLIVEIRA, J. F. de. AVANÇO NEOLIBERAL E OS DESAFIOS À POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL. **X Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Maranhão, 2021 Disponível em <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/index.php> Acesso em: 22 fev. 2025.

OLIVEIRA, S. P. de O.; OLIVEIRA, G. B. de. Capitalismo e meio ambiente: uma equação possível?. **Revista Observatorio de las Ciencias Sociales en Iberoamérica** (Vol 3, Número 18, enero 2022, pp.141-156).

ONU. **Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano**. Estocolmo, 1972. Disponível em <https://docs.un.org/en/A/CONF.48/14/Rev.1> Acesso em: 15 jun. 2024.

_____. Declaração da Conferência de ONU no Ambiente Humano. Estocolmo, 1972. Disponível em: <https://cetesb.sp.gov.br/wp-content/uploads/sites/33/2016/09/Declaracao-de-Estocolmo-5-16-de-junho-de-1972-Declaracao-da-Conferencia-da-ONU-no-Ambiente-Humano.pdf> Acesso em: 27 ago. 2024.

_____. **ONU confirma que 2023 bate recorde de temperatura global**. Disponível em: [https://brasil.un.org/pt-br/257750-onu-confirma-que-2023-bate-recorde-de-temperatura-global#:~:text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Meteorol%C3%B3gica%20Mundial%20\(OMM,menos%200%2C12%C2%B0C](https://brasil.un.org/pt-br/257750-onu-confirma-que-2023-bate-recorde-de-temperatura-global#:~:text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Meteorol%C3%B3gica%20Mundial%20(OMM,menos%200%2C12%C2%B0C). Acesso em: 26 ago. 2024.

_____. **Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 – 2030**. Disponível em https://drimms.sadc.int/sites/default/files/document/2020-03/2015_SENDAI_framework_DRR_2015-2030.pdf Acesso em: 16 ago. 2024.

_____. **Só 50% dos países do mundo são protegidos por alertas para catástrofes naturais**. ONU News, 2022. Disponível em <https://news.un.org/pt/story/2022/10/1803717>. Acesso em: 15 jun. 2024.

PEREIRA, E. M.; SILVA, E. A. Ambiente e saúde. In: GONDIM, Grácia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova; MIYASHIRO, Gladys Miyashiro (Org.). **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39896> Acesso em: 08 ago. 2024.

PINHEIRO, H. A. BELLINI, M. I. B. **Serviço social e saúde pública em tempos sombrios: (in)certezas no presente e perspectivas para o futuro**. Maria Isabel Barros Bellini e Hamida Assunção Pinheiro (orgs.). Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2021 Disponível em <https://drive.google.com/file/d/11NLnNdSgJ78kDFANR0ZHffYHQJwhltOX/view> Acesso em 10 nov. 2024.

PIVETTA, M. **Desmatamento e agropecuária determinam o tamanho da pegada de carbono do Brasil**. Revista Pesquisa FAPESP. Edição 353, ANO 2025. Disponível em <https://revistapesquisa.fapesp.br/desmatamento-e-agropecuaria-determinam-o-tamanho-da-pegada-de-carbono-do-brasil/> Acesso em 21 fev. 2026.

PNDU. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **O que é o IDH**. Disponível em <https://www.undp.org/pt/brazil/o-que-e-o-idh> Acesso em 29 mai. 2025.
providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em: 10 nov. 2024.

QUARANTELLI, E. L. **Uma agenda de pesquisa do século 21 em ciências sociais para os desastres:** questões teóricas, metodológicas e empíricas, e suas implementações no campo profissional. O Social em Questão - Ano XVIII - no 33 – 2015.

RODRIGUES, K. F., CARPES, M. M.; RAFFAGNATO, C. G. (2020). Preparação e resposta a desastres do Brasil na pandemia da COVID-19. *Revista De Administração Pública*. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/81876/78078> Acesso em: 29 jul. 2024.

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÕES SOBRE DESASTRES. **ATLAS DIGITAL**. DEFESA CIVIL. Disponível em <https://atlasdigital.mdr.gov.br/paginas/graficos.xhtml#>. Acesso em 29 mai. 2025.

SAMPAIO, F.; SEQUEIRA, C. **Ansiedade climática:** gatilho ou ameaça para transtornos mentais? The Lancet, 2022. Disponível em: Ansiedade climática: gatilho ou ameaça para transtornos mentais? - A Saúde Planetária Lancet (thelancet.com) Acesso em: 08 ago. 2024.

SANTANA, F. **Em Lábrea, falta de saneamento e clima extremo deixam população vulnerável a alagamentos e deslizamentos.** Portal Infoamazônia. 2025. Disponível em <https://infoamazonia.org/2025/07/04/em-labrea-falta-de-saneamento-e-clima-extremo-deixam-populacao-vulneravel-a-alagamentos-e-deslizamentos/>. Acesso em: 12 ago. 2025.

SANTOS, L.; FUNCIA, F. R. **Histórico do financiamento do SUS:** Evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. Domingueira Nº 20 - Maio 2020. IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Acesso em 09 nov. 2024. Disponível em <https://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-20-maio-2020#a0> Acesso em 09 fev. 2025.

SCHNEIDER, A.; MIRANDA, A. M.; KUJAWA, H.; ANDRADE, J.; BOTH, V.; BRUTSCHER, V. **PACTO PELA SAÚDE:** possibilidade ou realidade? Centro de Educação e Assessoramento Popular. Passo Fundo, RS. 2007. Disponível em https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_pela_saude_posibilidade_realidade.pdf Acesso em: 10 fev. 2025.

SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 08 ago. 2024.

SGB. **Estudo identifica mais três mil pessoas em áreas de risco no município de Tefé (AM).** Disponível em <https://www.sgb.gov.br/w/estudo-identifica-mais-tres-mil-pessoas-em-areas-de-risco-no-municipio-de-tefe-am-#:~:text=A1%C3%A9m%20de%20Tef%C3%A9%2C%20o%20SGB,em%20condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20alta%20vulnerabilidade>. Acesso em: 26 março. 2025.

_____. **Serviço Geológico do Brasil aponta que os rios Negro, Solimões e Amazonas têm grande probabilidade de alcançar a cota de inundação severa em 2025.** Disponível em <https://www.sgb.gov.br/w/servico-geologico-do-brasil-aponta-que-os-rios-negro-solimo-es-e-amazonas-tem-grande-probabilidade-de-alcancar-a-cota-de-inundacao-severa-em-2025> Acesso em: 14 mai. 2025.

SILVA, A. F.; CARVALHO, C. S.. Cartografia geotécnica como instrumento de gestão de riscos e planejamento territorial. **Diálogos Socioambientais**, [S. l.], v. 4, n. 12, p. 17–19, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufabc.edu.br/index.php/dialogossocioambientais/article/view/586>. Acesso em 20 dez. 2024.

SILVA, M. das G. **Capitalismo contemporâneo e “questão ambiental”:** o Desenvolvimento Sustentável e a ação do serviço social. UFPE, 2008. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9370/1/arquivo376_1.pdf Acesso em: 29 jul. 2024.

SIQUEIRA *et al.* **Riscos de Desastres Relacionados a água:** Aplicabilidade de bases conceituais das Ciências Humanas e Sociais para a análise de casos concretos. – São Carlos: RiMa Editora, 2015. Disponível em: <http://www.nesa.uff.br/wp-content/uploads/2015/10/RiscosDesastres.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2024.

SIQUEIRA; MENDES e FILHO. Desastres ambientais e conflitos socio-espaciais no Brasil. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES**, Dezembro, 2016.

SISPDEC. Sistema de Proteção e Defesa Civil. Disponível em http://sispdec.defesacivil.am.gov.br/mapas/publico/areas_risco_cprm. Acesso em 02 mai.2025.

SOUZA, P. P.; JUNGLES, A. E.; CARTAGENA, S.; DALMAU, M. B. L.; **Ponderações sobre a defesa Civil no Brasil e seus desdobramentos futuros com base na análise da legislação existente.** Caderno Espacial. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. 2010. Disponível em <https://www.ceped.ufsc.br/wp-content/uploads/2010/01/Caderno-Edi%C3%A7%C3%A3o-38-Pondera%C3%A7%C3%B5es-sobre-a-Defesa-Civil-no-Brasil....pdf> Acesso em: 16 jun. 2024.

UNDRR. Escritório das Nações Unidas para Redução de Riscos de Desastres. **Estratégia de Yokohama e Plano de Ação para um Mundo mais Seguro.** Disponível em: https://drimms.sadc.int/sites/default/files/document/2020-03/8241_doc6841contenido1_0.pdf Acesso em: 16 ago. 2024.

UNFCCC. United Nations Framework Convention on Climate Change. **Adoção do Acordo de Paris. Proposta do Presidente.** Disponível em: https://unfccc.int/sites/default/files/english_paris_agreement.pdf Acesso em: 13 ago. 2024.

UNICEF. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs> Acesso em: 14 ago. 2024.

VALENCIO *et al.* **SOCIOLOGIA DOS DESASTRES:** Construção, interfaces e perspectivas no Brasil. São Carlos: RiMa Editora, 2009.

WHO. **“The World Together”:** the Intergovernmental Negotiating Body to draft and negotiate a WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response. WHO, 2024. Disponível em <https://inb.who.int/pt/home>. Acesso em: 14 ago. 2024.

XAVIER; BARCELLOS; FREITAS. Eventos climáticos extremos e consequências sobre a saúde: o desastre de 2008 em Santa Catarina segundo diferentes fontes de informação. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo v. XVII, n. 4 n p. 273-294 n out.-dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/L4FkTfZDXXQnZNbqqtRJwgP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 28 jul. 2024