

Resumo

Este trabalho busca ressaltar a dimensão da saúde como um dos vetores para o desenvolvimento da Amazônia Legal, tendo em vista a convergência de objetivos sociais e econômicos inerentes ao setor. Com base em um diagnóstico do sistema de saúde na Amazônia Legal, analisa-se o apoio recente do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) à saúde pública no território, com destaque para três experiências: o financiamento aos planos de investimento dos estados, o financiamento a parcerias público-privadas (PPP) e o *matchfunding* Salvando Vidas para enfrentamento à pandemia de Covid-19. Conclui-se que, em linha com os investimentos públicos no setor, o apoio do BNDES à saúde teve caráter difuso, carecendo de visão estratégica setorial. Para que o BNDES seja mais efetivo no apoio à saúde pública, deve-se considerar a dimensão do planejamento regional de saúde, de modo a fortalecer a governança do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Saúde. Amazônia Legal. BNDES. Desenvolvimento. Regionalização.

Abstract

This paper highlights the healthcare dimension as a vector for development in the Legal Amazon, considering the convergence of social and economic objectives inherent to the sector. The recent support from the Brazilian Development Bank (BNDES) for public health in the territory is analyzed based on a diagnosis of the Legal Amazon health system. Three experiences are discussed: financing for the states' investment plans, financing for public-private partnerships (PPP), and the matchfunding Salvando Vidas to combat the COVID-19 pandemic. In conclusion, in line with other public investments in the sector, BNDES's support was diffuse, lacking a strategic sectorial orientation. To increase BNDES's effectiveness in its support to public health, regional health planning should be considered, allowing to improve the Unified Health System's governance.

Keywords: Health. Legal Amazon. BNDES. Development. Regionalization.

Introdução

Com o objetivo de organizar as políticas de desenvolvimento do bioma Amazônia no Brasil, definiu-se o território político da Amazônia Legal por meio da Lei 1.806, de 6 de janeiro de 1953 (BRASIL, 1953). Atualmente, a Amazônia Legal abarca 58,9% do território brasileiro, distribuída em 772 municípios, correspondendo à totalidade dos estados da região Norte (Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins), o estado do Mato Grosso (região Centro-Oeste) e 181 dos 217 municípios do Maranhão, na região Nordeste, incluindo a capital São Luís (SUDAM, 2020).

Apesar de sua priorização datar da década de 1950, a Amazônia Legal é responsável por apenas 8,8% do produto interno bruto (PIB) brasileiro. Por outro lado, 23% do valor adicionado bruto da região é oriundo do setor industrial, mais do que o dobro da média nacional (10%), refletindo o dinamismo da Zona Franca de Manaus. A região é, nesse sentido, profundamente desigual ao longo do seu território – metade de seus municípios, por exemplo, não tem sequer uma agência bancária. Em termos agregados, o índice de desenvolvimento humano (IDH) médio é 0,73, significativamente inferior ao observado na média nacional (0,78) (SUDAM, 2020).

Para elevar a efetividade das políticas públicas no território, de forma a gerar inclusão e sustentabilidade, com redução das desigualdades e ampliação do acesso a bens e serviços básicos, é necessária uma revisão do modelo de desenvolvimento adotado. Nesse contexto, a saúde é um espaço de convergência entre objetivos sociais e econômicos de desenvolvimento. Sob a ótica social, ela condiciona o pleno exercício dos direitos humanos e reduz os entraves à capacidade de trabalho das pessoas. Sob a ótica econômica, arrasta uma

complexa cadeia de bens e serviços de alta tecnologia, gerando e difundindo progresso tecnológico. O reconhecimento da centralidade da saúde para o desenvolvimento e o caráter múltiplo de seu impacto permitem, a partir de uma visão sistêmica, potencializar o efeito das políticas públicas.

O objetivo deste artigo é evidenciar a dimensão da saúde como um dos vetores para o desenvolvimento da Amazônia Legal. O texto inicia com um diagnóstico, abordando a evolução das condições de saúde da população amazônica comparada à média nacional, o panorama atual da oferta de serviços assistenciais e a governança na região. Em seguida, é feita uma análise do apoio recente do BNDES à saúde pública na Amazônia.

Tendo como pano de fundo o diagnóstico da organização do sistema de saúde no território amazônico e do apoio recente do BNDES à saúde pública na região, são traçadas, ao fim do artigo, propostas de diretrizes e oportunidades para a atuação futura do Banco.

Diagnóstico da situação da saúde na Amazônia Legal

Evolução dos indicadores de saúde

Desde sua criação, no bojo da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o Sistema Único de Saúde (SUS) gerou avanços inquestionáveis na cobertura sanitária em todo o Brasil. A ampliação do acesso à atenção básica, com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, a ampla distribuição de medicamentos e o Programa Nacional de Imunizações (PNI), bem como a

estruturação de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, atuaram em conjunto com o avanço do saneamento básico, o crescimento econômico e a implementação de políticas de proteção social ao longo das últimas décadas. O resultado foi a diminuição da carga de doenças na população, bem como maior homogeneização dos indicadores entre as regiões do país (SOUZA *et al.*, 2018).

Na Amazônia Legal não foi diferente. A Tabela 1 apresenta a evolução da mortalidade infantil nos estados da região desde o ano 2000.¹ Observa-se queda significativa do índice entre 2000 e 2010, seguida de redução mais tímida na década seguinte. Embora haja grande heterogeneidade entre os estados, a desigualdade tem se reduzido, especialmente na última década. Por outro lado, verifica-se o retorno do aumento da mortalidade infantil em Roraima e no Amazonas entre 2010 e 2019, contrariando a tendência da região como um todo.

Além disso, a esperança de vida ao nascer indica melhoria nas condições de vida e saúde no Brasil e na Amazônia, embora os estados da região sigam com índices inferiores à média nacional.

Tabela 1 • Evolução da mortalidade infantil e da esperança de vida ao nascer nos estados da Amazônia Legal

Ano	Mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)										Brasil
	RO	AC	AM	RR	PA	AP	TO	MA	MT	Amazônia	
2000	23,1	31,3	27,6	18,6	24,9	22,1	22,6	18,8	22,7	23,4	21,3
2010	18,5	17,4	15,9	12,9	18,0	19,1	16,3	15,6	15,1	16,6	13,9
2019	11,5	15,9	16,0	18,1	15,1	18,8	11,7	14,4	12,7	14,7	12,4

(Continua)

¹ Os dados de mortalidade utilizados em toda a seção são do DataSUS. Até o fechamento do texto, os números de 2019 eram os últimos disponíveis. De qualquer forma, o dado anterior à pandemia de Covid-19 pode representar mais fielmente as tendências de longo prazo em saúde pública.

(Continuação)

Esperança de vida ao nascer (em anos)											
Ano	RO	AC	AM	RR	PA	AP	TO	MA	MT	Amazônia	Brasil
2000	67,8	66,4	67,3	65,3	68,4	68,0	67,6	65,3	69,5	n.d.	69,8
2010	70,1	71,7	70,4	69,5	70,9	72,1	71,6	68,8	72,6	n.d.	73,9
2020	72,1	75,1	72,8	72,7	72,8	74,9	74,4	71,7	75,2	n.d.	76,7

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do DataSUS (BRASIL, [200-]) e IBGE ([200-]).

Nota: N.d. – dados não disponíveis.

Com relação à carga de doenças, a Amazônia tem, atualmente, perfil similar ao brasileiro, com maior evidência da carga tripla² que o caracteriza. Ao contrário do senso comum, predominam doenças crônico-degenerativas, relacionadas ao envelhecimento da população e a hábitos de vida e alimentação de sociedades urbanizadas contemporâneas, em consonância com o perfil médio brasileiro e de outras partes do mundo. Essa tendência é observada tanto nas capitais como no interior.

Conforme se observa na Tabela 2, a participação das causas externas nos óbitos na região da Amazônia Legal era significativamente superior à do Brasil em 2010 e 2019. Conflitos no campo e florestas se somam à violência característica de grandes metrópoles e suas periferias, além da alta incidência de acidentes de transporte, fruto das más condições de vias urbanas e estradas e falhas no transporte público e na fiscalização. As grandes distâncias, por sua vez, também dificultam o atendimento tempestivo aos acidentados (ROCHA *et al.*, 2021).

² O cenário epidemiológico brasileiro é peculiar e complexo, caracterizado como de tripla carga de doenças por envolver, ao mesmo tempo, os desafios das doenças crônicas, próprias de países em transição para uma pirâmide etária mais envelhecida; morbidades próprias de países subdesenvolvidos, infecciosas e parasitárias; e uma elevada participação de causas externas nos óbitos, associadas à violência e a acidentes de trânsito, entre outros.

Tabela 2 • Óbitos por causa (em % do total de óbitos)

	2000		2010		2019	
	Amazônia	Brasil	Amazônia	Brasil	Amazônia	Brasil
Infecciosas e parasitárias	5,7%	4,7%	5,3%	4,3%	4,9%	4,2%
Neoplasias	8,8%	12,7%	12,0%	15,7%	14,0%	17,4%
Aparelho circulatório	19,3%	27,4%	24,9%	28,7%	24,8%	26,9%
Aparelho respiratório	6,0%	8,4%	7,6%	10,1%	9,7%	11,6%
Causas externas	13,9%	12,5%	18,0%	12,6%	15,3%	10,6%
Demais causas	20,2%	18,4%	22,0%	21,2%	23,5%	23,2%
Causas mal definidas	26,2%	15,9%	10,2%	7,4%	7,8%	6,1%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do DataSUS (BRASIL, [200-]).

Completando a tríade de doenças que caracterizam a saúde no Brasil, destaca-se a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, própria de países menos desenvolvidos. A média de óbitos na Amazônia segue superior à brasileira. A análise dos dados de internações de crianças menores de cinco anos devido a doenças infecciosas intestinais³ demonstra a prevalência dessas morbidades na região, apesar da evolução favorável. Em 2019, houve 8,9 internações por doenças infecciosas intestinais de crianças menores de cinco anos a cada cem mil habitantes na Amazônia, número três vezes superior à média brasileira (Tabela 3).

Dois principais fatores contribuem para essa marca: primeiro, a dimensão da área alagada na região, *habitat* natural de vetores de arboviroses, como dengue, zika e febre amarela, e veículo de

3 Cólera, febre tifoide, infecções por salmonela, infecções intestinais e alimentares bacterianas, por protozoários, virais ou não especificadas, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa.

contaminação para alguns agravos infecciosos, como gastroenterites microbianas (CONFALONIERI, 2005); segundo, o saneamento básico é precário, atingindo índices muito inferiores à média brasileira.⁴ Portanto, os fatores que desencadeiam doenças infecciosas e parasitárias seguem presentes, apesar do esforço no tratamento e cura.

Tabela 3 • Internações de menores de cinco anos de idade, por condições de saúde selecionadas (nº de casos por cem mil habitantes)

	2010		2019	
	Amazônia	Brasil	Amazônia	Brasil
Doenças infecciosas intestinais	20,9	7,7	8,9	3,0
Outras doenças infecciosas e parasitárias	4,6	3,9	4,0	3,2
Doenças do aparelho respiratório	24,5	17,1	15,2	10,9
Total	71,2	50,8	53,2	41,9

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do DataSUS (BRASIL, [200-]) e IBGE ([200-]).

Nota: Os números do ano 2000 não são apresentados, pois houve mudança metodológica em 2008. Optou-se por não utilizar os dados de 2020 devido ao impacto da pandemia de Covid-19 nos dados.

A Tabela 3, que apresenta causas de internação selecionadas para menores de cinco anos de idade, uma amostra da população mais vulnerável, também indica maior número de internações por doenças do aparelho respiratório na Amazônia Legal nos períodos analisados. Autores como R. Viana, Freitas e Giatti (2016) e Sant’Anna e Rocha (2020) relacionam infecções respiratórias ao material particulado eliminado no ambiente pelas queimadas.

⁴ De acordo com o IBGE (2021), 73,6% dos residentes domiciliados na região Norte do país não tinham acesso à rede de esgotamento sanitário em 2019, percentual mais elevado entre as regiões e muito superior à média brasileira, de 33,7%. A realidade não é distinta nos demais estados que compõem a Amazônia Legal – Maranhão (78%) e Mato Grosso (61,1%).

Outro destaque relevante na região é a saúde indígena, cujo modelo de atenção tem institucionalidade própria.⁵ Rocha e outros (2021) relatam que as principais causas de mortalidade entre os indígenas são as doenças transmitidas por bactérias, vírus, parasitas e outros patógenos, mantendo o padrão observado ao longo do tempo, na contramão dos avanços percebidos na Amazônia como um todo. A mortalidade infantil é duas vezes superior à média amazônica.

Por fim, destacam-se doenças cuja incidência é grande no território, como hanseníase e tuberculose. Segundo R. Viana, Freitas e Giatti (2016), elas são morbidades consideradas endêmicas em algumas regiões da Amazônia e diretamente relacionadas às condições de vida e às deficiências nutricionais da população atingida. Por serem doenças cujo rigor do tratamento é definitivo para seu controle, os dados podem sugerir dificuldades de acesso à assistência, como a distribuição de medicamentos e o acompanhamento periódico por profissionais de saúde.

É identificado também um aumento no número de casos de aids no território, apesar da estabilidade da média brasileira. Entre as causas desses aumentos, destacam-se o rápido crescimento urbano promovido em pequenas comunidades por frentes migratórias relacionadas a atividades extrativas e grandes obras industriais e de engenharia, com impactos sociais significativos, além de movimentos migratórios em regiões de fronteira.

Rocha e outros (2021) ressaltam o efeito desse fluxo socioeconômico sobre a saúde da mulher. De acordo com os autores, a

⁵ O modelo de atenção à saúde indígena é organizado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), do Ministério da Saúde, e baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Há um sistema de dados específico, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), que devem ser obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação.

taxa de óbitos por neoplasias de útero é superior à de mama nos estados da Amazônia Legal, ao contrário do padrão observado no restante do país. A maior incidência de câncer de colo de útero, condição não letal caso haja acompanhamento adequado na atenção básica, também indica a presença de deficiências na assistência à saúde.

Portanto, houve avanços consideráveis nas condições de saúde na Amazônia Legal nas últimas décadas, na esteira da evolução da organização do SUS. Todavia, é possível notar que persistem obstáculos para a garantia do pleno direito à saúde, com similaridades e particularidades em relação aos desafios nacionais para o sistema público de saúde e relação intrínseca com o modelo de desenvolvimento até então adotado no território.

A pandemia de Covid-19 na Amazônia Legal

Em média, a pandemia de Covid-19 impactou a Amazônia Legal de forma menos grave em comparação ao restante do Brasil. Entretanto, conforme se observa na Tabela 4, a taxa de óbitos por mil habitantes teve variação considerável nos diferentes estados da região. O desempenho menos trágico pode ser atribuído aos resultados de dois de seus estados mais populosos, Maranhão e Pará, onde as taxas de óbitos por mil habitantes foram inferiores a dois.

É digno de nota que o estado do Amazonas, onde ocorreu uma das tragédias mais documentadas do período pandêmico, com o colapso do sistema de saúde da capital Manaus (BRASIL, 2021c), apresentou apenas o quarto pior desempenho agregado da região, superado por Mato Grosso, Rondônia e Roraima.

Tabela 4 • Óbitos por Covid-19 – acumulados 2020-2021

Estado	Óbitos 2020-2021	População 2020	Óbitos por mil habitantes
Mato Grosso	14.006	3.526.220	4,0
Rondônia	6.734	1.796.460	3,7
Roraima	2.076	631.181	3,3
Amazonas	13.712	4.207.714	3,3
Tocantins	3.933	1.590.248	2,5
Amapá	2.014	861.773	2,3
Acre	1.850	894.470	2,1
Pará	17.059	8.690.745	2,0
Maranhão	10.349	7.114.598	1,5
Amazônia Legal	71.733	29.313.409	2,4
Brasil sem Amazônia Legal	545.162	182.442.283	3,0
Brasil	616.895	211.755.692	2,9

Fonte: Elaboração própria, com base em dados das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Considerando o número de óbitos ao longo do tempo, conforme o Gráfico 1, a Amazônia Legal apresentou um comportamento particular. Enquanto ao longo de 2020 a curva de óbitos no restante do país apresentou comportamento relativamente achatado, estabilizando-se por vários meses na faixa dos cinco óbitos por mil habitantes, na Amazônia Legal registrou-se um primeiro pico de mortalidade ainda em maio de 2020, superando a marca dos oito óbitos por mil habitantes. Esse pico se repetiu em janeiro de 2021, um prenúncio da segunda e mais impactante onda da pandemia, que se propagou pelo país entre março e julho de 2021.

Gráfico 1 • Óbitos por Covid-19, por mil habitantes, média móvel de sete dias – 2020-2021



Fonte: Elaboração própria, com base em dados das secretarias estaduais e municipais de saúde.

É possível conjecturar que a menor disponibilidade de infraestrutura de saúde tenha contribuído para que o comportamento da pandemia na Amazônia Legal, de certa forma, antecipasse o que viria a ocorrer no restante do país poucos meses depois. Isto é, por sua menor disponibilidade de recursos assistenciais, o sistema de saúde da região colapsou por duas vezes antes do observado no restante do país, reiterando a situação de maior vulnerabilidade estrutural.

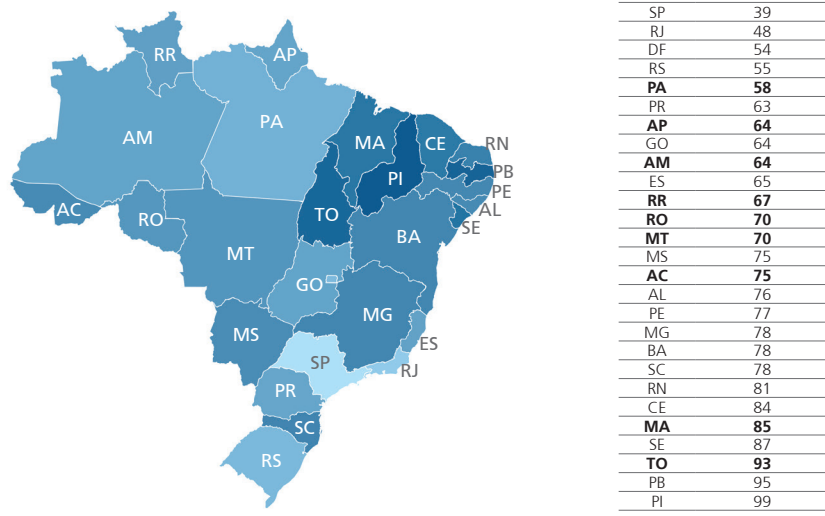
Infraestrutura e assistência à saúde

O sistema público de saúde é ainda mais relevante para a população da Amazônia Legal do que no restante do país. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), enquanto 25% da população brasileira tinha plano de saúde privado em dezembro de 2021, a cobertura dos planos privados na Amazônia era de 10%, alcançando 5% da população residente fora das capitais.

O modelo de atenção do SUS tem como pilar a Atenção Primária à Saúde, geralmente implementada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que preconiza a formação de equipes multidisciplinares, integradas por agentes comunitários da saúde, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e um médico de família, podendo contar com outros profissionais de saúde, de acordo com as necessidades das comunidades atendidas. Cada equipe é responsável pelo atendimento de 3 mil a 4,5 mil indivíduos, oferecendo acompanhamento regular que possibilita a detecção precoce de fatores de risco e morbidades, prevenção e promoção à saúde.

A Figura 1 mostra a cobertura da ESF nas unidades da federação em dezembro de 2020. Com exceção do Pará, todos os estados da Amazônia Legal têm cobertura superior à média nacional (63,6%). Dois estados se destacam nesse quesito: Tocantins, com cobertura superior a 90%, e Maranhão, cuja cobertura supera 85%.

Figura 1 • Equipes de saúde da família por unidade da federação – dezembro de 2020 (% de cobertura)



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2022b).

Nota: Até o fechamento desta seção, dezembro de 2020 era o último dado disponível.

Segundo Carvalho, Mendes e Amaral (2019), a cobertura da ESF nos municípios é inversamente proporcional à sua escala populacional, comportamento que sugere o caráter equitativo do programa, pois populações maiores tendem a estar relacionadas a indicadores de renda superiores. Conclusão similar é obtida no trabalho de Giovanella e outros (2021), que indica que a cobertura da ESF é maior entre populações mais vulneráveis: aquelas residentes em áreas rurais, com escolaridade e renda familiar mais baixas.

Apesar dos bons números da ESF na Amazônia, Rocha e outros (2021) destacam que a infraestrutura de atenção primária na região pode ser considerada mais precária em algumas localidades. Segundo os autores, sem considerar as unidades básicas de saúde (UBS) localizadas nas capitais, 81% das unidades não têm geladeira exclusiva para medicamentos na farmácia e 51% não estão conectadas à internet, enquanto no restante do país os mesmos índices são de 68% e 24%, respectivamente.

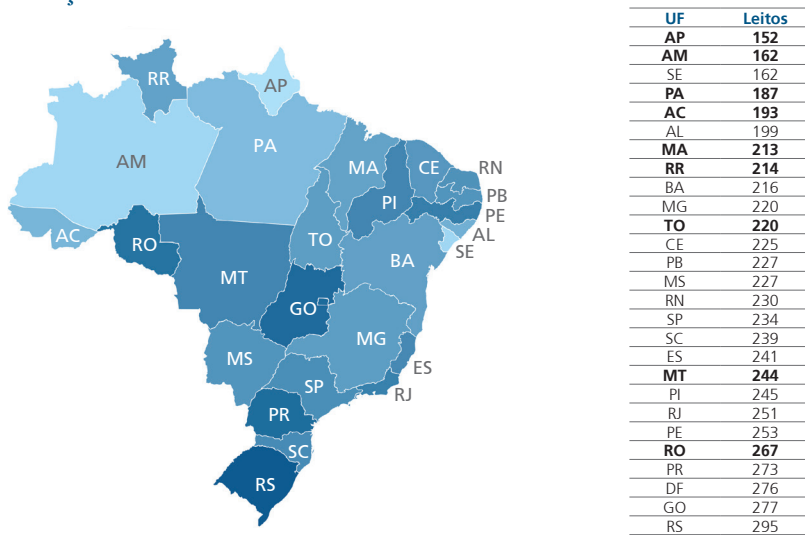
Ademais, a dimensão do território e a baixa densidade populacional da Amazônia Legal impõem desafios significativos para que a cobertura possa se efetivar em acesso a serviços. Existe, em média, 1,3 equipe de atenção básica por mil km² na região, enquanto no restante do país essa razão é próxima de 10,6 equipes. É nesse contexto que surgem as equipes de saúde da família ribeirinhas e fluviais, que têm contribuído para concretizar a cobertura da atenção primária no território, principalmente em localidades acessíveis somente por longas viagens de barco (ROCHA *et al.*, 2021).

Do ponto de vista da infraestrutura física, as disparidades entre os estados da Amazônia Legal seguem relevantes. Conforme se observa na Figura 2, considerando que o Brasil dispõe de 235 leitos hospitalares para cada cem mil habitantes, Rondônia e Mato Grosso se

destacam positivamente dentro da região. Por outro lado, a disponibilidade de leitos no Amapá e no Amazonas é significativamente inferior à média nacional.

A infraestrutura física de saúde, como leitos hospitalares e outros equipamentos de média e alta complexidade, deve ser distribuída no território de modo a cumprir duas forças antagônicas: garantir acessibilidade para a população, o que empurra para maior dispersão no território, e escala de utilização, o que puxa para maior concentração.

Figura 2 • Leitos hospitalares para cada cem mil habitantes, por unidade da federação – dezembro de 2019



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Ministério da Saúde/DataSUS (BRASIL, [200-]).

Nota: Optou-se por utilizar os dados de 2019 devido à pandemia de Covid-19 e à expansão emergencial da capacidade hospitalar que se seguiu.

Segundo estimativas de Rocha e outros (2021), a distância média linear de uma sede municipal para um estabelecimento de saúde com serviços de urgência e emergência na Amazônia é de 15 quilômetros,

enquanto no restante do país essa distância é inferior a dez quilômetros. Padrão semelhante é encontrado para outras infraestruturas de saúde, como exames de imagem. Na alta complexidade, o diferencial de distância linear é ainda maior: para hemodiálise, a distância estimada foi de 134 quilômetros na Amazônia Legal e 43 quilômetros no restante do país; para quimioterapia, as distâncias estimadas são de 188 e 75 quilômetros, respectivamente. A Tabela 5 compõe o cenário de carência de equipamentos na região, mesmo entre os mais utilizados e difundidos, como raio X e mamógrafo.

Tabela 5 • Disponibilidade de equipamentos selecionados na Amazônia Legal, por cem mil habitantes – dezembro de 2020

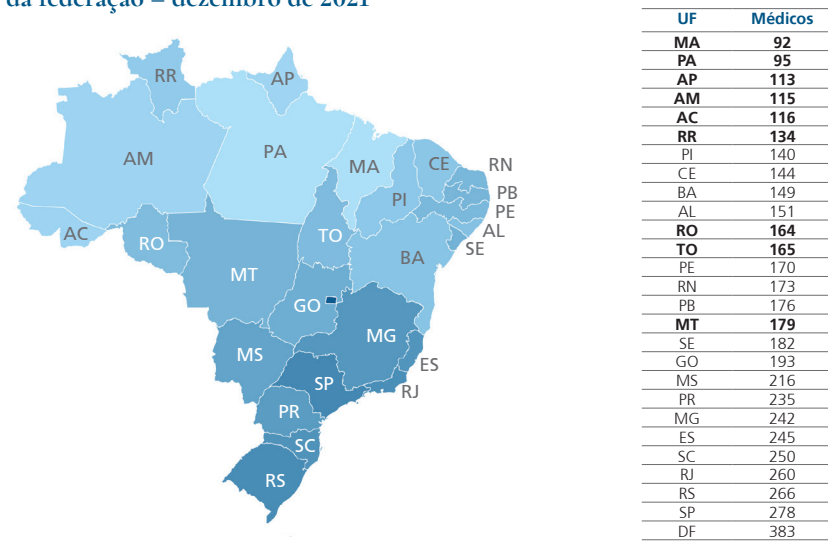
	Mamógrafo	Raio X	Tomógrafo computadorizado	Ressonância magnética	Ultrassom
RO	2,1	37	3,6	1,6	25
AC	1,5	19	1,5	0,6	12
AM	1,5	19	1,2	0,6	10
RR	0,8	22	1,0	0,7	15
PA	1,4	15	1,6	0,8	13
AP	1,1	21	1,2	0,5	14
TO	1,7	27	2,2	1,5	19
MA	1,3	17	1,8	0,5	11
MT	2,4	35	3,6	1,8	24
Brasil	2,3	35	2,5	1,4	20

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do DataSUS (BRASIL [200-]) e IBGE ([200-]).

Já no que diz respeito à disponibilidade de recursos humanos, a desigualdade assume outra escala, conforme ilustra a Figura 3. Como o Brasil dispõe de 215 médicos para cada cem mil habitantes, todos os estados da Amazônia Legal estão abaixo da média nacional nesse quesito, seis deles nas últimas posições. A escassez de profissionais de saúde, principalmente com formação em medicina, e a dificuldade

de fixar esses profissionais em regiões de menor densidade populacional são temas amplamente debatidos na literatura acadêmica (ROCHA *et al.*, 2021) e nas políticas públicas – representando a principal motivação para o Programa Mais Médicos. O programa chegou a ser responsável por 12% dos médicos trabalhando na região da Amazônia Legal em 2015, enquanto no restante do país nunca ultrapassou 5% da força de trabalho da categoria.

Figura 3 • Profissionais médicos para cada cem mil habitantes, por unidade da federação – dezembro de 2021



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Ministério da Saúde/DataSUS (BRASIL, [200-]).

Nas últimas décadas, houve um esforço, principalmente dos municípios, de atrair profissionais por meio de maiores remunerações, o que não tem apresentado resultados satisfatórios. Para além da remuneração e da flexibilidade do trabalho, a infraestrutura disponível é apontada em pesquisas de opinião como elemento mais relevante para atração e fixação de profissionais. É possível que haja,

portanto, uma correlação entre a disponibilidade de recursos físicos e a de profissionais (VAN STRALEN *et al.*, 2017).

Em síntese, do ponto de vista da disponibilidade de recursos humanos e físicos na região da Amazônia Legal, o quadro é diverso. Por um lado, há forte presença da atenção primária à saúde, embora a infraestrutura, em muitos casos, requeira melhorias. Por outro lado, são identificadas carências severas na disponibilidade de leitos hospitalares, equipamentos e profissionais de medicina. Enquanto alguns estados se destacam positivamente em infraestrutura física, a falta de médicos pode ser considerada generalizada.

Regionalização e governança do SUS

Contextualização normativa e processo de regionalização do SUS

Antes de passar à análise da regionalização do SUS na Amazônia Legal, cabe uma pequena contextualização normativa quanto à organização da assistência e à relação entre os entes responsáveis pela gestão, coordenação e financiamento da assistência à saúde no SUS, bem como sobre a situação do processo no Brasil.

A regionalização da saúde é uma das estratégias para a efetiva implantação do SUS – ela implica que o processo de negociações e pactuações entre entes públicos ocorra em recortes territoriais bem definidos, por meio de uma gestão compartilhada entre os entes federativos. A Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o SUS, já previam em seus textos

a integralidade e descentralização da assistência, sob os preceitos da regionalização e da hierarquização do SUS. No entanto, foi nos anos 2000 que a regionalização ganhou ênfase na política nacional de saúde, quando passou a ser priorizada enquanto estratégia, tendo em vista que nem todos os municípios brasileiros poderiam ser autossuficientes em relação aos serviços de saúde e que a organização do sistema em regiões poderia implicar ganhos de racionalidade e melhoria na oferta assistencial (BRASIL, 1988, 1990; PIMENTEL *et al.*, 2017; VIANA, A. *et al.*, 2017).

Desde então, um conjunto de normas foi instituído para determinar as regras e os mecanismos do processo de regionalização em todo o território nacional.⁶ As regiões de saúde foram definidas como um

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Ademais, estabeleceu-se que elas devem ser instituídas por cada estado, em articulação com os municípios, e devem conter, no mínimo, serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

⁶ Normas operacionais da assistência à saúde (Noas), que constam na Portaria 373, de 27 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002); no Pacto pela saúde, de 2006 (BRASIL, 2006); e no Decreto Federal 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a).

O acesso deve ser iniciado pelas portas de entrada do SUS (atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto) e se completa na rede regionalizada, de acordo com a necessidade de saúde específica. Assim, os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados são referenciados a partir da atenção primária, que deve organizar o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Tendo em vista que a gestão do SUS é exercida pelas três esferas de governo, a organização sistêmica das ações e serviços de saúde em rede regionalizada requer planejamento e permanente interação entre os entes federativos. O processo de planejamento da saúde deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, inclusive com participação da sociedade civil, compatibilizando as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos (BRASIL, 2011a).

Assim, foi estabelecido que a articulação interfederativa ocorra por meio das comissões intergestores, sendo: (i) Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para conduzir o processo no âmbito estadual, com representação das secretarias municipais e estaduais; (ii) Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em âmbito nacional, com representação também da esfera federal; e (iii) Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito da região de saúde.

Dando continuidade ao aprimoramento do processo de regionalização, a CIT definiu diretrizes gerais acerca do processo de planejamento regional integrado (PRI).⁷ O PRI é um instrumento de

7 Resoluções CIT 23, de 17 de agosto de 2017 (BRASIL, 2017) e CIT 37, de 22 de março de 2018 (BRASIL, 2018), posteriormente revogadas pela Resolução CIT 1, de 30 de março de 2021 (BRASIL, 2021d), que consolida as resoluções da CIT do SUS.

planejamento em saúde que deve ser instituído e coordenado pelos estados, em articulação com os municípios e com a participação do Ministério da Saúde. Ele deve instaurar espaços regionais ampliados, denominados macrorregiões de saúde, que devem ter a escala necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, considerando um mínimo populacional de setecentos mil habitantes (exceto para os estados da região Norte, cujo mínimo é de quinhentos mil habitantes).

O produto desse processo de planejamento, para cada macrorregião, deve conter, entre outros aspectos: a identificação da situação de saúde e da capacidade instalada no território; as responsabilidades dos entes federados no espaço regional; e a identificação dos vazios assistenciais e de eventual sobreposição de serviços, de forma a orientar a alocação dos recursos de investimento e custeio e de emendas parlamentares. O investimento em novos serviços assistenciais no âmbito do SUS, bem como seu custeio, deve ser pactuado entre os entes federados, constando no PRI.⁸

Por fim, cabe mencionar que, na quarta reunião da CIT, de 30 de abril de 2021, foi apresentada a “Estratégia tripartite para aprimorar a gestão e a governança no SUS” (BRASIL, 2021b), elaborada pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Entre as iniciativas dessa ação está o projeto denominado “Fortalecimento dos processos de governança, integração e organização da rede de atenção à saúde: regionalização” – em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e a Beneficência Portuguesa de São Paulo, a ser

8 Resolução CIT 10, de 8 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016).

realizado no âmbito do programa Proadi-SUS⁹ 2021-2023. O objetivo do projeto é fortalecer a gestão tripartite do SUS por meio de suporte técnico às secretarias estaduais e municipais de saúde para coordenação do processo de planejamento regional integrado. De acordo com o Ministério da Saúde,¹⁰ todos os estados da Amazônia Legal aderiram ao programa, planejando realizar ao menos as etapas iniciais do PRI.

Conforme mencionado, o processo de regionalização da saúde envolve tanto a definição de recortes espaciais quanto pactuações políticas. Apesar do direcionamento normativo para sua adoção na organização do SUS, os resultados das estratégias de regionalização foram diversos entre os estados e condicionados por uma multiplicidade de fatores de cunho histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural (LIMA *et al.*, 2012; VIANA, A. *et al.*, 2015).

De acordo com A. Viana e outros (2015), o desenvolvimento socioeconômico, a oferta e a complexidade dos serviços de saúde se destacam como condicionantes estruturais para o êxito do processo de regionalização, sendo o território brasileiro marcado por grande heterogeneidade. Lima e outros (2012) evidenciam o contexto de cada unidade da federação como condicionante, de forma que a regionalização pode ser favorecida ou dificultada por

⁹ O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) é a forma de os hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde como “hospitais de excelência” fazerem jus ao Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (Cebas), por meio do desenvolvimento de projetos de interesse do SUS, demandados pelo MS, conforme previsto na Lei Complementar 187, de 16 de dezembro de 2021 (BRASIL, 2021a).

¹⁰ Apresentação intitulada *Redes, regionalização e planejamento regional integrado – PRI*, realizada em 1º de junho de 2021 no webseminário estadual Regionalização da Saúde no Pará (WEBSEMINÁRIO..., 2021).

um contexto histórico-estrutural (história da conformação do estado e de suas regiões, dinâmicas socioeconômicas e características geopolíticas dos estados), político-institucional (trajetória da política de saúde e da regionalização, modo de funcionamento das instituições e papel desempenhado pelas organizações envolvidas) e conjuntural (prioridade da regionalização na agenda dos governos, situação político-econômica do estado e perfil dos dirigentes da saúde) (LIMA *et al.*, 2012, p. 2.883).

Quanto à institucionalidade, as possibilidades de êxito da regionalização seriam maiores em estados onde predominam regiões de saúde com histórico marcado por relações de cooperação entre os entes federados e com sistema de instâncias de deliberação e de pactuação bem estruturado, funcionando adequadamente (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

Mello e outros (2017) verificaram que, em todas as esferas de governo, o processo de regionalização do SUS é uma realidade, no entanto, está sujeito a um conjunto de desafios. Do ponto de vista federal, foram destacadas como dificuldades para maior indução do processo de regionalização nos entes subnacionais, além do subfinanciamento crônico do SUS, a “fragmentação das pastas do Ministério da Saúde envolvidas; imprecisão normativa; e iniciativas com baixa perspectiva sistêmica” (MELLO *et al.*, 2017, p. 1.293).

Ademais, identificou-se que existe a percepção de que as secretarias estaduais de saúde (SES) poderiam assumir um protagonismo na coordenação do processo de regionalização, ao passo que são também reconhecidas suas fragilidades estrutural e técnica para tal papel. Adicionalmente, as secretarias municipais de saúde (SMS) são vistas como estruturas burocráticas de perfil centralizador,

com atuação prejudicada pela rotatividade de secretários – gerando descontinuidade política – e pela fragilidade técnica da equipe (MELLO *et al.*, 2017, p. 1.304).

A regionalização do SUS na Amazônia Legal e seus desafios

No que diz respeito ao processo de regionalização na Amazônia Legal, a literatura indica que: (i) na maior parte dos estados, a regionalização foi marcada por condições histórico-estruturais desfavoráveis (LIMA *et al.*, 2012); (ii) o processo tem caminhado lentamente (GARNELO *et al.*, 2017); e (iii) ainda há importantes desafios a serem enfrentados (ROCHA *et al.*, 2022; TESTON *et al.*, 2019).

Em estudo sobre a regionalização no estado do Amazonas – mais especificamente sobre a região de saúde Entorno de Manaus –, Garnelo e outros (2017) identificaram alguns desafios desse processo. Eles apontam a ausência, nas atas das CIR, de discussões ou iniciativas voltadas para a atuação conjunta no território. Além disso, devido à carência de equipe técnica qualificada, a CIR acaba sendo um espaço colaborativo para dirimir dúvidas operacionais, distanciando-se de suas atribuições destinadas à pactuação regional e atuando de modo burocrático.

Os autores destacam que o tema relativo às especificidades do território amazônico, marcado por grandes espaços e obstáculos naturais, é recorrente nas entrevistas realizadas. Além disso, ponderam que o discurso dos gestores acaba focando nos desafios naturais da região, sem tratar, no entanto, das necessárias estratégias para abordá-los e contorná-los.

Em análise das percepções dos gestores municipais de saúde sobre a implantação da regionalização no Acre, Teston e outros (2019) destacam que esses atores reconhecem o potencial da CIR para o fortalecimento da política de regionalização, porém a consideram um espaço “cartorial”, sem atuação, na prática, como instância de planejamento, pactuação e cogestão solidária. Outras preocupações são a carência de capacidades técnica, financeira e de estrutura física no âmbito dos municípios, que lhes permitam cumprir metas e resultados, e o atendimento a estrangeiros nos municípios de fronteira, “superlotando as unidades de saúde sem o necessário acréscimo no volume de recursos repassados pelo MS” (TESTON *et al.*, 2019, p. 322).

Por fim, como pode ser visto na Tabela 6, todos os estados da Amazônia Legal instituíram formalmente suas regiões de saúde. Sete dos nove estados haviam finalizado seus planos estaduais de saúde para o triênio 2020-2023. Ademais, o início do processo do PRI foi estabelecido na maioria deles.

Tabela 6 • Regiões de saúde e macrorregiões da Amazônia Legal – fevereiro de 2022

UF	Macrorregiões	Regiões de saúde	Plano estadual de saúde 2020-2023	Processo do PRI instituído
AC	1	3	Sim	Não identificado
AM	3	9	Sim	Resolução CIB/AM nº 118/2018
AP	1	3	Sim	Resolução CIB/AP nº 064/2021
MA	3	15	Sim	Resolução CIB/MA nº 64/2018
MT	5	14	Não	Resolução CIB/MT nº 57/2018

(Continua)

(Continuação)

UF	Macrorregiões	Regiões de saúde	Plano estadual de saúde 2020-2023	Processo do PRI instituído
PA	4	13	Sim	Resolução CIB/PA nº 140/2018
RO	2	7	Sim	Não identificado
RR	1	2	Não	Resolução CIB/RR nº 14/2019
TO	2	8	Sim	Resolução CIB/TO nº 143/2018
Total	22	74	-	-

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de DataSUS (BRASIL, [200-]), Conass (2022), Acre (2020), Amapá (2020, 2021), Amazonas (2020, 2022), Maranhão (2018, 2020), Mato Grosso (2018), Pará (2018a, 2018b, 2019), Rondônia (2019), Tocantins (2018, 2019).

Portanto, é possível afirmar que houve avanço na definição dos recortes territoriais em saúde na Amazônia Legal. Em contrapartida, do ponto de vista da articulação interfederativa e da pactuação de responsabilidades para gestão e planejamento do SUS em cada região de saúde, ainda há muito a ser aprimorado.

Apesar do processo de implementação do PRI ter sido instituído formalmente em diversos estados e de sua importância ter sido reafirmada em vários planos estaduais de saúde, o PRI não foi concluído em nenhum deles. Há possibilidade de esse processo avançar, já que houve a adesão de todos os estados da região ao projeto “Fortalecimento dos processos de governança, integração e organização da rede de atenção à saúde: regionalização”, tal como mencionado anteriormente.

Atuação do BNDES em saúde na Amazônia Legal em três estudos de caso

De acordo com a Conta-Satélite de Saúde 2010-2017 (IBGE, 2019), as despesas com bens e serviços de saúde no Brasil atingiram R\$ 608,3 bilhões em 2017, ou 9,2% do PIB. Além disso, o setor representava 9,6% das remunerações do trabalho e 7,1% das ocupações no país, números representativos da potência do complexo econômico e industrial da saúde na economia.

A despesa do setor público com saúde foi de R\$ 253,7 bilhões, ou 3,9% do PIB de 2017. Embora o Brasil esteja alinhado com os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) em termos de volume global do gasto em saúde, o setor público brasileiro gasta menos que seus pares internacionais, um fato que ganha notoriedade quando se considera o direito constitucional universal à saúde no Brasil, sendo o SUS a única alternativa de acesso para 75% da população.

Com relação aos dispêndios de investimento, Gadelha e outros (2011) analisaram os gastos federais em saúde no período de 1997 a 2004 e concluíram que, em geral, as despesas de capital não ultrapassaram 5% das despesas totais no período. A destinação ampla do orçamento federal para custeio, segundo os autores, significa a manutenção dos fluxos financeiros do SUS para os locais onde há infraestrutura instalada e trabalhadores qualificados, reforçando desigualdades regionais.

Parte importante dos investimentos federais em saúde no período analisado foi originada a partir de emendas parlamentares, que têm caráter contingente e pouco estruturante para o sistema de saúde, por não se originarem de uma orientação estratégica e deliberada do Governo Federal. “Na prática, os investimentos federais em saúde caracterizam-se pela pulverização das ações e por uma visão fragmentada do território brasileiro” (GADELHA *et al.*, 2011, p. 3.012).

Os números presentes na última edição da Conta SHA (*System of Health Accounts*) para o Brasil (2015-2019) apontam que os gastos de capital representaram 3,3% dos gastos correntes em saúde em 2019 (BRASIL, 2022a). Por sua vez, com base na metodologia proposta por Holguin (2021) para a formação bruta de capital fixo (FBCF) do setor, pode-se inferir que o Brasil destinou, em média, 1,7% do total dos gastos em saúde para investimentos entre 2010 e 2017. É possível afirmar que o montante destinado ao gasto de capital em saúde, principalmente nos orçamentos dos entes federados, é baixo e pouco estruturado.

Nesse contexto, o BNDES dispõe de vários instrumentos para apoiar o setor da saúde no Brasil, adotando como orientação a lógica do complexo industrial e de serviços da saúde, que preconiza a visão integrada dos setores industriais e de serviços e as oportunidades de desenvolvimento advindas dessa interação, sob as óticas social, tecnológica e econômica. A atuação do BNDES abrange desde o apoio aos investimentos de entes públicos, instituições filantrópicas e privadas de assistência à saúde, até o financiamento das indústrias farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. Além do crédito, o Banco dispõe de instrumentos de apoio não reembolsável para iniciativas específicas, como o desenvolvimento de vacinas e medicamentos inovadores.

Nesta seção, será abordado o papel do BNDES no fomento à saúde pública, com foco na Amazônia Legal. Serão destacados três estudos de caso, com algumas das ações mais emblemáticas do Banco no segmento.

Apoio a entes públicos: o caso da modalidade planos de investimento

Tradicionalmente, o BNDES financia os entes públicos, principalmente estados, com base em um conjunto integrado de programas de investimento constantes dos planos plurianuais e leis orçamentárias anuais. Nessa modalidade, os projetos a serem contemplados pelo apoio financeiro não são estabelecidos no momento da abertura do crédito ao estado, mas sim apresentados para deliberação do BNDES antes do desembolso dos recursos.

Os planos de investimentos se concentraram em quatro programas e uma linha de financiamento: Programa Emergencial de Financiamento (PEF); PEF II; Programa de Apoio ao Investimento dos Estados e Distrito Federal (Proinveste); Programa Especial de Apoio aos Estados (Propae); e a linha BNDES Estados, posteriormente sucedida pela linha Desenvolvimento Territorial dos Estados e Distrito Federal.¹¹

De 2005 a 2020, o total financiado pelo BNDES aos estados e ao Distrito Federal para projetos relacionados aos planos de investimento

11 As linhas e os programas citados são constituídos na modalidade plano de investimentos, advindos de descontingenciamentos específicos do Conselho Monetário Nacional (CMN), que regula a tomada de crédito dos órgãos e entidades do setor público com as instituições financeiras, no escopo previsto da Resolução STN 2.827, atualmente sucedida pela Resolução 4.327/2019 do Banco Central do Brasil. Atualmente, a modalidade plano de investimentos é disponibilizada pela linha Desenvolvimento Territorial dos Estados e Distrito Federal e, para os municípios, pela linha Desenvolvimento Territorial Integrado dos Municípios.

foi de R\$ 47 bilhões, dos quais R\$ 2,6 bilhões, ou 6,75% do total, foram destinados para projetos na área da saúde. Somando-se os valores aportados como contrapartidas de terceiros ou dos próprios entes aos projetos, o montante total de investimentos em saúde pública realizados com o apoio do BNDES foi de R\$ 3,1 bilhões.

Por sua vez, os financiamentos em saúde para os estados da Amazônia Legal totalizaram R\$ 1,25 bilhão, ou 49% do total de recursos aprovados nesse segmento. Isto é, ainda que de forma passiva, o BNDES direcionou metade dos recursos voltados para projetos em saúde aos estados da Amazônia, os quais figuram entre os mais carentes de infraestrutura assistencial. Ressalta-se que somente Acre, Amapá, Maranhão, Pará e Rondônia destinaram recursos para a área da saúde, embora todos os estados que compõem a região tenham recebido financiamento para seus planos de investimento.

Como pode ser observado na Tabela 7, Maranhão e Pará foram os estados da Amazônia que mais destinaram recursos do BNDES para investimentos em saúde. Os financiamentos foram distribuídos em mais de cem municípios, nos cinco estados citados.

Tabela 7 • Financiamentos do BNDES para a Amazônia Legal no setor de saúde, na modalidade planos de investimento – 2005-2020 (R\$ mil)

	AC	AP	MA	PA	RO	Amazônia Legal
Hospitais	15.718	24.521	492.880	307.712	5.222	846.053
Atenção primária e secundária	47.664	23.224	109.337	25.542	-	205.767
Equipamentos	17.351	5.398	130.100	-	1.563	154.412
Outros	5.409	3.001	30.971	715	-	40.096
Total	86.142	56.144	763.288	333.969	6.785	1.246.328

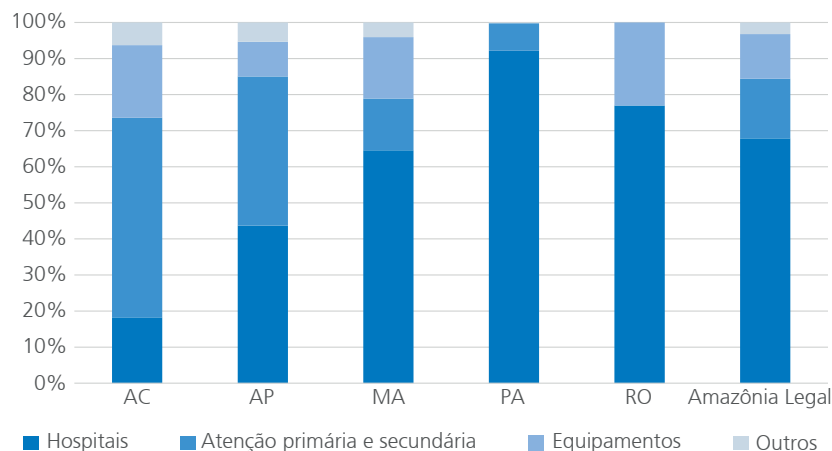
Fonte: Elaboração própria, com base em dados internos do BNDES.

A Tabela 7 distingue os investimentos financiados pelo BNDES de acordo com os objetivos dos projetos aprovados, conforme segue:

- hospitais – construção ou ampliação de unidades hospitalares de porte médio a grande, aqui consideradas aquelas com mais de cinquenta leitos;
- atenção primária e secundária – construção ou ampliação de estruturas típicas das redes de atenção básica e secundária, tais como centros de saúde, unidades básicas de saúde (UBS), unidades de pronto atendimento (UPA), centros de atenção secundária especializados (atenção à lactante, materno-infantil etc.), hospitais de pequeno porte (capacidade inferior a cinquenta leitos) e equivalentes;
- equipamentos – aquisição de equipamentos, mobiliários, utensílios, entre outros bens para melhoria das redes de atenção básica, secundária ou terciária, não associada diretamente a projetos de ampliação ou modernização; e
- outros – outros usos vinculados à gestão da saúde, tais como estudos e projetos, consultorias e obras de apoio à infraestrutura física das unidades de apoio às redes de saúde.

O Gráfico 2 mostra a distribuição dos investimentos, de acordo com a classificação proposta. Nota-se concentração dos recursos financiados aos estados amazônicos em projetos de construção ou aumento da capacidade hospitalar, fator também condicionado pelo volume de capital necessário nesses projetos. A centralização de recursos em melhorias na rede hospitalar de grande porte foi a estratégia dominante em Rondônia, com o apoio a duas unidades hospitalares, e no Pará, onde três hospitais receberam recursos, dois deles localizados em Belém.

Gráfico 2 • Classificação dos investimentos em saúde dos estados da Amazônia Legal (% do total financiado)



Fonte: Elaboração própria, com base em dados internos do BNDES.

No Maranhão, o montante financiado possibilitou não apenas a estruturação da rede de média e alta complexidade, com a construção, ampliação e reforma de hospitais de médio e grande porte e centros de hemodiálise em 27 municípios do estado, sendo quatro unidades hospitalares na capital São Luís, mas também a expansão e modernização da rede de atenção básica e de especialidades, com grande pulverização de recursos.

O retrato deficitário da estrutura hospitalar na Amazônia evidencia a relevância do aporte de recursos para ampliação da capacidade dos hospitais. Por outro lado, o foco dos investimentos na rede hospitalar pode indicar que as estratégias estaduais reproduzem um modelo assistencial, ainda vigente no Brasil, que prioriza a atenção episódica em ambiente hospitalar, e não na atenção primária, com foco na prevenção de condições agudas. Uma conclusão definitiva requereria um aprofundamento maior no planejamento em saúde dos entes apoiados.

Por sua vez, os estados do Acre e Amapá realizaram investimentos relevantes em atenção primária e secundária. O Acre priorizou a construção e modernização de unidades mistas de saúde, UBS e UPA em cidades de médio porte do estado, além de promover melhorias nas redes de urgência e emergência e materno-infantil. No Amapá, os investimentos foram concentrados na construção de UPA e centros de parto em Macapá, Oiapoque e Laranjal do Jari, estes dois últimos municípios de grande extensão, localizados em região de fronteira.

Em resumo, o BNDES destinou metade dos recursos para saúde pública aos estados da Amazônia Legal nessa modalidade de crédito. O apoio financeiro possibilitou a concretização de projetos diversos, desde o fortalecimento da atenção primária até a instalação e modernização de estabelecimentos e equipamentos de média e alta complexidade, em cinco dos nove estados da região. É uma atuação relevante, considerando o cenário fiscal restritivo que, no período analisado, implicou redução, ou mesmo inviabilização, da capacidade de investir dos entes públicos com recursos próprios, reforçando o papel do BNDES na indução de investimentos.

Nota-se que, no apoio a planos de investimento analisado neste estudo de caso, busca-se atrelar os financiamentos realizados às leis orçamentárias e aos planos plurianuais dos entes públicos e demais instrumentos de planejamento setoriais de médio e longo prazo. A atuação via crédito coordenada com o planejamento dos estados e municípios, a partir do conhecimento das necessidades da população atendida e a capacidade de custeio das infraestruturas de serviços de saúde apoiadas, é uma característica fundamental para que o apoio do BNDES tenha maior impacto. Por isso, é necessário conjugar a perspectiva multissetorial dos planos de investimento

com as visões estratégicas a partir de diferentes óticas setoriais. No contexto da saúde pública, avaliar a inserção dos projetos no PRI, sob os recortes das macrorregiões e regiões de saúde, é fundamental para que os recursos do BNDES alcancem o impacto esperado para a sociedade.

Apoio a parcerias público-privadas: o caso do Hospital Delphina Aziz

Para o setor público, a parceria público-privada (PPP) é uma das estruturas possíveis de contratualização com a iniciativa privada. No Brasil, as PPPs foram incorporadas no ordenamento jurídico a partir da Lei 11.079, de 30 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004). Após quase duas décadas, 12 projetos em saúde foram contratados no Brasil desde 2010, segundo consulta ao *site* Radar PPP (RADAR PPP, [2022]). A pioneira é a PPP do Hospital do Subúrbio, localizado em Salvador, um contrato com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia em que a concessionária é responsável tanto pelos serviços de administração e manutenção da infraestrutura (a chamada “bata cinza”) quanto pelos serviços assistenciais (“bata branca”) (ALMEIDA, 2017). É uma das exceções entre as PPPs em saúde estruturadas no Brasil, nas quais, em geral, é concedida somente a operação de serviços não assistenciais.¹²

Das 12 PPPs contratadas em saúde, três estão em operação na Amazônia Legal, no estado do Amazonas. O BNDES financiou quatro das 12 PPPs em saúde cuja contratação foi efetivada e uma das três

¹² Nos moldes do modelo britânico para o National Health Service (NHS), pioneiro no setor de saúde, no qual é concedida apenas a operação dos chamados serviços não clínicos (ALMEIDA, 2017).

PPPs em operação na Amazônia Legal.¹³ Entre 2014 e 2022, foi contratado R\$ 1,3 bilhão com o BNDES para esses projetos, sendo R\$ 528 milhões para financiamento a estados e municípios e R\$ 722 milhões aos parceiros privados. Até março de 2022, o Banco havia desembolsado R\$ 1 bilhão do total contratado.

Na Amazônia, o BNDES financiou a PPP do Hospital da Zona Norte.¹⁴ O projeto visava à concessão administrativa para a construção, manutenção e gestão de serviços não assistenciais de um hospital estadual de grande porte em Manaus por até 35 anos. O contrato foi assinado em 2013.

O projeto do Hospital da Zona Norte, posteriormente chamado de Hospital Delphina Rinaldi Abdel Aziz, previa a construção de um pronto-socorro no andar térreo, além de outros seis pavimentos onde seriam instalados 302 leitos, sendo cinquenta de UTI, 12 consultórios ambulatoriais e 11 salas cirúrgicas. O projeto era relevante não apenas para a capital, mas para toda a rede estadual, que convivia com déficit de leitos hospitalares. A operação de serviços “bata cinza” estaria a cargo da concessionária, e o regime escolhido pelo estado para os serviços assistenciais foi contratar uma organização social (OS) sem fins lucrativos.

O investimento previsto para a implantação do hospital era de R\$ 525 milhões. A composição de fontes de financiamento incluiu o Fundo Constitucional de Financiamento do Norte (FNO), por meio do Banco da Amazônia (Basa), e crédito do BNDES, além de

¹³ O BNDES dispõe de linhas e produtos que o permitem financiar os aportes público e privado em PPPs, nos diversos setores.

¹⁴ As informações sobre a PPP foram obtidas em Radar PPP ([2022]), Amazonas (2022) e Opy Health ([2022]).

recursos dos acionistas privados. O financiamento foi contratado pela concessionária com o BNDES, via Banco do Brasil, em 2015, com desembolso de R\$ 54 milhões para o projeto.

Inicialmente, somente o pronto-socorro entrou em funcionamento. Embora o hospital estivesse pronto e equipado, sua plena operação não era possível devido à restrição dos serviços assistenciais, sob responsabilidade do poder concedente. Dificuldades financeiras enfrentadas pelo governo do Amazonas e descontinuidades administrativas foram apontadas como obstáculos para o planejamento do processo de licitação da OS responsável por gerir os serviços assistenciais e, conseqüentemente, para a plena operação clínica do hospital. Adicionalmente, a situação financeira da principal acionista da sociedade de propósito específico (SPE) era desfavorável. Após pedido de recuperação judicial no início de 2016, a Abengoa vendeu sua participação no empreendimento para a OPY Healthcare Gestão de Ativos e Investimentos S.A.

Somente em 2020, com o agravamento da situação sanitária no Amazonas devido à pandemia de Covid-19, o Hospital Delphina Aziz passou a atuar com plena capacidade, sendo referência para o tratamento da doença no estado, chegando a ofertar 180 leitos de UTI exclusivos (BRASIL, [200-]). Em janeiro de 2022, o hospital tinha 438 leitos ativos, dos quais 276 eram dedicados ao tratamento de Covid-19, sendo considerado o hospital com a maior oferta de leitos para a pandemia no estado.

Como apontado na seção “Infraestrutura e assistência à saúde”, o estado do Amazonas segue como uma das unidades da federação mais carentes em infraestrutura hospitalar. Assim, embora a construção do hospital tenha contribuído para amenizar a carência de leitos em Manaus e região metropolitana, considerando o crescimento da

população atendida, não houve um esforço coordenado de investimentos capaz de sanar o déficit na atenção de média e alta complexidade do estado, especialmente em vazios assistenciais. Em paralelo, ressaltam-se as dificuldades enfrentadas para assegurar a operação do hospital em sua total capacidade. Nesse contexto, pode-se conjecturar sobre a fragilidade do planejamento e da coordenação da saúde, pois o processo de planejamento regionalizado e integrado, como preconizado pelo Ministério da Saúde, ainda não se completou nos estados da Amazônia Legal e enfrenta dificuldades em todo o Brasil, conforme análise anterior.

O modelo de contratação privada via PPP é incipiente no setor de saúde no Brasil e, neste trabalho, não se pretendeu analisar suas vantagens ou desvantagens. Neste estudo de caso, os investimentos em infraestrutura hospitalar foram realizados por meio de PPP, mas poderiam ter sido realizados diretamente pelos estados. Assim, sugere-se, como diretriz para a atuação futura do BNDES, que seja avaliada a inserção dos projetos de infraestrutura hospitalar à rede regionalizada e seu impacto na estratégia de investimentos do ente público, considerando o planejamento integrado da saúde.

Instrumentos alternativos: o caso do *matchfunding* Salvando Vidas

Em 2020, no contexto da pandemia de Covid-19, o BNDES estruturou a iniciativa *matchfunding* Salvando Vidas, com o apoio da Sitawi Finanças do Bem, Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB), Bionexo do Brasil e revisão independente da Ernst & Young (EY). O projeto consiste em captar doações de pessoas físicas, entidades públicas e privadas para

ações de combate à Covid-19, acrescentando, a cada real doado, mais um real do BNDES.¹⁵

Mais de 1.600 pessoas físicas e 57 empresas participaram da iniciativa em sua primeira etapa, somando R\$ 50 milhões em doações. Com o respectivo *match* do BNDES, os recursos levantados totalizaram R\$ 100 milhões. Em julho de 2021, foi aprovada pelo BNDES a suplementação de recursos em mais R\$ 100 milhões, com ênfase no apoio à vacinação. Até a conclusão deste trabalho, mais de R\$ 140 milhões haviam sido mobilizados pela iniciativa.¹⁶

Inicialmente, o Salvando Vidas concentrou os recursos nas doações de equipamentos de proteção individual (EPI) aos profissionais da linha de frente no combate à pandemia. Até dezembro de 2021, o Salvando Vidas forneceu EPI para 1.131 hospitais que atendem o SUS em mais de 976 municípios, em todos os estados do país. Na Amazônia Legal, registrou-se apoio a 108 municípios, para os quais foram doados R\$ 6,6 milhões em EPI a 146 hospitais públicos e filantrópicos que atendem o SUS.

Devido às necessidades que surgiam à medida que a pandemia avançava, foram estruturados os chamados “projetos especiais” no âmbito do Salvando Vidas. Até dezembro de 2021, foram doadas e implantadas 16 usinas de oxigênio, 247 cilindros de oxigênio e 908 equipamentos médico-hospitalares, como ventiladores pulmonares mecânicos e bombas de infusão, para todo o país.

15 Os recursos destinados a iniciativas não reembolsáveis do BNDES têm origem no lucro auferido pela instituição.

16 Todas as informações da iniciativa são públicas e estão disponíveis no endereço: <https://salvandovidasjuntos.com.br/>.

A Amazônia Legal, por sua menor disponibilidade de recursos críticos para o enfrentamento da pandemia, foi objeto de grande atenção dos projetos especiais. A região recebeu quatro usinas de oxigênio, sendo duas implantadas em Mato Grosso e duas em Roraima. As duas usinas de Roraima são as únicas do estado, que não dispunha dessa infraestrutura. Além disso, foram destinados aos estados amazônicos 217 cilindros de oxigênio (88% do total doado) e quinhentos equipamentos médico-hospitalares (55% do total).

Buscando deixar um legado para além do combate à pandemia, outro projeto especial foi a doação de equipamentos destinados a elevar o grau de resolutividade de unidades básicas de saúde. Uma das ações teve como foco a unidade básica de saúde fluvial do Tapajós, no estado do Pará, viabilizando atendimento primário para 22 mil pessoas em situação de vulnerabilidade.

Na mesma linha, no fim de 2021, foi iniciado o projeto especial de doação de refrigeradores para armazenamento de vacinas, com o objetivo de disponibilizar mais de quatrocentas câmaras refrigeradoras para a conservação de imunobiológicos. Os municípios que receberão os equipamentos foram selecionados por meio de uma parceria entre o Salvando Vidas e o Conasems, que definiram os seguintes critérios de seleção: população inferior a vinte mil habitantes, menor índice de cobertura vacinal e menor índice de desenvolvimento humano (IDH). O projeto está em andamento ao longo de 2022 (BNDES, 2021).

Ao todo, o Salvando Vidas destinou R\$ 11,4 milhões à Amazônia Legal entre 2020 e 2021, ou 11% do valor efetivamente doado no programa. Nota-se o foco das doações de cilindros e usinas de oxigênio e de equipamentos médico-hospitalares para a região, dadas as deficiências de infraestrutura escancaradas no colapso sanitário

causado pela pandemia em Manaus, capital do estado do Amazonas. Os números foram sistematizados na Tabela 8.

Este estudo de caso se diferencia dos demais por ter como objetivo a disponibilização de financiamento em um contexto de emergência de saúde pública. A ação é limitada no tempo e no escopo de utilização dos recursos, e não tem caráter estruturante. No entanto, representou aprendizado importante na busca de instrumentos alternativos de financiamento e de coordenação de esforços com atores de destaque na gestão e planejamento da saúde, como a CMB e o Conasems.

Tabela 8 • Itens doados por meio do Salvando Vidas – 2020-2021

Doações	Amazônia Legal		Total Brasil		Amazônia / Brasil	
	Qtde.	Valor (R\$)	Qtde.	Valor (R\$)	Qtde.	Valor (R\$)
EPI	5.576.284	6.593.456	70.990.050	85.872.270	8%	8%
Cilindros O2	217	645.660	247	734.160	88%	88%
Usinas O2	4	2.866.668	16	11.346.641	25%	25%
Equipamentos médico-hospitalares	500	1.313.570	908	5.023.106	55%	26%
Total	5.577.005	11.419.354	70.991.221	102.976.176	8%	11%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados internos compilados pela Sitawi – Finanças do Bem.

Considerações finais

As condições de saúde na Amazônia Legal melhoraram nos últimos vinte anos, conforme o desenvolvimento do SUS. O perfil de mortalidade na região se aproximou da média brasileira, com maior evidência da carga tripla de doenças que o caracteriza. Apesar disso,

os indicadores de saúde seguem menos favoráveis do que os do restante do país.

O território amazônico apresenta desafios específicos, que requerem respostas do sistema de saúde adequadas à sua realidade. O acesso pleno à assistência, dada a existência de áreas remotas ou totalmente isoladas, carece de soluções alternativas, institucionalizadas e efetivas. A falta de profissionais de saúde é dramática e generalizada no território, estando associada a deficiências e iniquidades na disponibilidade de infraestrutura.

A responsabilidade compartilhada no provimento de ações e serviços de saúde é um desafio para a capacidade de articulação e coordenação dos entes federados, tornando ainda mais complexa a tarefa de estruturar um planejamento em saúde, no âmbito nacional, capaz de reduzir vazios assistenciais e desigualdades regionais. Embora a regionalização tenha sido formalmente adotada como estratégia para organização do SUS no início dos anos 2000, o processo de planejamento regional é incipiente em todo o Brasil, inclusive na Amazônia Legal.

Ao mesmo tempo, o baixo orçamento destinado à saúde ocasiona restrições não apenas à capacidade de investir, mas também à as-sunção de novos gastos de custeio. Nesse cenário, os investimentos públicos em saúde são escassos, fragmentados e pouco estruturados.

O apoio recente do BNDES à saúde pública na Amazônia possibilitou a execução de projetos relevantes, em um contexto de restrição fiscal dos estados. Ao mesmo tempo, nota-se que a atuação teve caráter difuso, carecendo de visão setorial estratégica, em linha com os investimentos públicos no setor.

Para uma atuação mais efetiva do Banco no crédito à saúde pública, a experiência demonstra a importância da articulação com atores centrais no planejamento da saúde, como o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde estaduais e municipais, dada a limitação do escopo de atuação do BNDES e a complexidade do sistema de saúde e de sua governança.

Nessa linha, a dimensão do planejamento regional da saúde deve ser considerada, de modo a fortalecer as instâncias de planejamento e organização do SUS nos estados e municípios e a garantir que haja recursos estáveis de custeio, uma vez concluído o investimento. Destaca-se que o apoio à saúde pública deve ser estruturado de forma integrada, a fim de definir diretrizes estratégicas e avaliar impactos.

Todavia, existem limitações na atuação do BNDES. Primeiramente, estados e municípios têm restrições de endividamento e em muitos casos há restrições financeiras que os inviabilizam a tomar crédito para investimentos e, posteriormente, assumir o custeio associado às infraestruturas de serviços de saúde construídas. Soluções que envolvam instrumentos alternativos podem e devem ser pensadas, para além de contextos emergenciais.

Adicionalmente, é o Ministério da Saúde que destina o maior volume de recursos para ações de saúde pública, por isso, qualquer análise de efetividade da atuação do BNDES no setor deve ser cautelosa. Por sua vez, a concretização do planejamento em saúde sob a ótica da regionalização, preconizada pelo MS, evolui lentamente em todo o Brasil. Nesse contexto, o apoio financeiro alicerçado nos planejamentos regionais pode ficar limitado pelo ritmo de sua implantação.

Por fim, foi possível mapear oportunidades de apoio do BNDES à saúde no território a serem exploradas, tendo como ponto de partida a necessária ampliação do acesso a serviços, a melhoria da qualidade da assistência e o processo de digitalização do SUS:

- as diversas modalidades de telessaúde, que ganharam espaço durante a pandemia de Covid-19, podem amenizar a escassez de profissionais especializados;
- na modalidade de telediagnóstico, são utilizados equipamentos para monitoramento e diagnóstico remoto cuja viabilidade de apoio poderia ser avaliada, ampliando o alcance das ferramentas existentes;
- o processo de digitalização do SUS pode aumentar a eficiência dos serviços assistenciais nos diversos níveis de complexidade;
- soluções que contemplem as longas distâncias da região, como unidades de saúde fluviais e itinerantes, parecem ser um caminho importante a ser estimulado;
- a situação precária de algumas unidades básicas de saúde pode demandar soluções simples e de impacto relevante na qualidade do atendimento, como a destinação de refrigeradores para conservação de medicamentos e vacinas e de equipamentos de informática, a modernização de instalações elétricas, entre outros; e
- questões de saúde específicas do território podem ser alvo de ações limitadas, como o financiamento de pesquisas científicas e a capacitação de gestores de saúde.

Referências

ACRE. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano estadual de saúde 2020-2023*. Rio Branco: Secretaria de Estado de Saúde do Acre, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/PLANO-ESTADUAL-DE-SAUDE-PES-2020-2023-VF.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2022.

ALMEIDA, C. *Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, p. 1-16, 2017. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/drK3GQCxZMTsnwQWxRjJdNQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2021.

AMAPÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução nº 064/21 – CIB/AP*. Macapá: Secretaria de Estado da Saúde do Amapá, 2021. Disponível em: https://editor.amapa.gov.br/arquivos_portais/publicacoes/SESA_8d0307ba4b27f72167c19d30d87e2d5d.pdf. Acesso em: 26 jan. 2022.

AMAPÁ. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano estadual de saúde 2020-2023*. Macapá: Secretaria de Estado da Saúde do Amapá, 2020. Disponível em: [https://saude.portal.ap.gov.br/arquivos/PES%20-%20PLANO%20ESTADUAL%20DE%20SA%C3%9ADE%202020%20A%202023%20\(1\).pdf](https://saude.portal.ap.gov.br/arquivos/PES%20-%20PLANO%20ESTADUAL%20DE%20SA%C3%9ADE%202020%20A%202023%20(1).pdf). Acesso em: 2 dez. 2021.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. *Notícias*. Manaus, 2022. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/noticias.php>. Acesso em: 18 mar. 2022.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano estadual de saúde do Amazonas 2020-2023*. Manaus: Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, 2020. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/02/pes_2020-2023_ver_ini.pdf. Acesso em: 17 fev. 2022.

BNDES – BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. BNDES e Coca-Cola Brasil doam refrigeradores de vacinas para mais de 400 municípios com baixo IDH. *Agência BNDES de Notícias*, Rio de Janeiro, 6 dez. 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.bndes.gov.br/detalhe/noticia/BNDES-e-Coca-Cola-Brasil-doam-refrigeradores-de-vacinas-para-mais-de-400-municipios-com-baixo-IDH>. Acesso em 30 mai. 2022.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 4 out. 2021.

BRASIL. *Lei complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021*. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2021a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp187.htm#art47. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. *Lei nº 1.806, de 6 de janeiro de 1953*. Dispõe sobre o Plano de Valorização Econômica da Amazônia, cria a superintendência da sua execução e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 276, 7 jan. 1953. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1806-6-janeiro-1953-367342-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 16 mai. 2022.

BRASIL. *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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 4 out. 2021.

BRASIL. *Lei n. 11.079, de 30 de dezembro de 2004*. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, 2004.

BRASIL. *Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011*. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm. Acesso em: 4 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 10, de 8 de dezembro de 2016. Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 237, p. 95, 12 dez. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2016/resolucoes-cit-n-8-e-10.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. *Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017*. Estabelece diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, e governança das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%2023%2C%20DE%2017,Sa%C3%BAde%20no%20%C3%A2mbito%20do%20SUS. Acesso em: 11 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. *Resolução nº 37, de 22 de março de 2018*. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 11 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Estratégia tripartite para aprimorar a gestão e a governança no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos-cit/2021/abril/3-a-estrategia-gestaosus_lancamentocit_30-04-2021_v3.pdf/view. Acesso em: 14 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019*. Brasília, DF: Ipea, 2022a. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38910&Itemid=466. Acesso em: 17 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. Tabnet. *DataSUS*, Brasília, DF, [200-]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 30 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 4 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 4 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021*. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério de Saúde, 2021d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html. Acesso em: 30 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Painéis de indicadores: atenção primária à saúde. *Sisaps*, Brasília, DF, 2022b. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/>. Acesso em: 30 mai. 2022.

BRASIL. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (Instituída pelos Requerimentos nºs 1.371 e 1.372, de 2021): *Relatório Final*. Brasília, DF: Senado Federal, 2021c. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/comissoes/comissao?codcol=2441>. Acesso em: 30 mai. 2022.

CARVALHO, L. R.; MENDES, P. S.; AMARAL, P. V. M. Programa saúde da família: a evolução da distribuição espacial das equipes e dos médicos especialistas no Brasil entre 2007 e 2017. *APS em Revista*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 62-74, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/19/3>. Acesso em: 11 out. 2021.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Planos estaduais de saúde. *Conass*, Brasília, DF, fev. 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-de-saude/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

CONFALONIERI, U. E. C. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 221-236, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/CgyHLrvH6FxsjYlY3GdxH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mai. 2022.

GADELHA, C. A. G. *et al.* Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hTdfK5rwXnwzQFNDSpCSvdC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2022.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1225-1234, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/j77vcsPR76Hxb6zjPzD9bHS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 2543-2556, 2021. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Ttsz/>. Acesso em: 18 mar. 2022.

HOLGUIN, T. G. *Contas de Saúde no Brasil: análise crítica das metodologias utilizadas para mensurar o setor saúde na economia*. 2021. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://www.ie.ufrj.br/images/IE/PPGE/teses/2021/TESE_Tassia%20Holguin4.pdf. Acesso em: 1 mar. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conta Satélite de Saúde: Brasil 2010-2017. *Contas Nacionais*, Rio de Janeiro, n. 71, p. 1-12, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf. Acesso em: 17 mar. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNSB – Pesquisa nacional de saneamento básico. *IBGE*, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/meio-ambiente/9073-pesquisa-nacional-de-saneamento-basico.html?t=resultados>. Acesso em: 30 mai. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tábuas completas de mortalidade. *IBGE*, Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?=&t=resultados>. Acesso em: 30 mai. 2022.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2012.v17n11/2881-2892/pt/>. Acesso em: 5 out. 2021.

MARANHÃO. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 64/2018 – CIB/MA, de 25 de maio de 2018. Dispõe sobre o cronograma do Processo de Planejamento Regional Integrado e a Organização de Macrorregiões de Saúde do Estado do Maranhão. *Diário Oficial do Poder Executivo*: São Luís, p. 50, 28 jun. 2018. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/COCOM/Resolu%C3%A7%C3%A3o_CIBMA_n%C2%BA_64_de_25_de_maio_de_2018.pdf. Acesso em: 5 jan. 2022.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano estadual de saúde 2020-2023*. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, 2020. Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/Plano-Estadual-de-Saude-Versao-Modificado-em-08-de-julho-2021.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2021.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução CIB/MT nº 57, de 26 de julho de 2018*. Dispõe sobre as diretrizes e o cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e estabelece a conformação das 16 (dezesesseis) regiões de saúde no Estado de Mato Grosso em 06 (seis) macrorregiões. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/16123/legislacao>. Acesso em: 5 jan. 2022.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ML5vsyD9WccNyD93RmJtJRH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2021.

OPY HEALTH. A Opy Health é a concessionária que administra o Hospital Delphina Rinaldi Abdel Aziz em Manaus. *Opy Health*, São Paulo, [2022]. Disponível em: https://opyhealth.com.br/nossas_operacoes/hospital-delphina-aziz/. Acesso em: 10 ago. 2022.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yPgCpmw8dfRm3h93mFSzhxP/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2021.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução nº 139, de 09 de agosto de 2018*. Belém: Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, 2018a. Disponível em: <https://cosemspa.org.br/wp-content/uploads/files/documentos/240/res-139-de-09-de-agosto-de-2018-pri.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2022.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução nº 140, de 09 de agosto de 2018*. *Diário Oficial do Estado do Pará*: Belém, n. 33.682, p. 20, 20 ago. 2018b. Disponível em: http://www.ioepa.com.br/pages/2018/08/20/2018.08.20.DOE_20.pdf. Acesso em: 5 jan. 2022.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. *Plano estadual de saúde do Pará 2020-2023*. Belém: Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, 2019. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/download/plano-estadual-de-saude-2020-2023/>. Acesso em 2 dez. 2021.

PIMENTEL, V. *et al.* Sistema de saúde brasileiro: gestão, institucionalidade e financiamento. *BNDES Setorial*, Rio de Janeiro, n. 46, p. 7-77, 2017. Disponível em: https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/14134/2/BNDES-Setorial-46_Saude_P_BD.pdf. Acesso em: 1 out. 2021.

RADAR PPP. Resumo de contratos de PPPs. *Radar PPP*, São Paulo, [2022]. Disponível em: <https://radarppp.com/resumo-de-contratos-de-ppps/>. Acesso em: 18 mar. 2022.

ROCHA, R. et al. *A saúde na Amazônia Legal: análise qualitativa sobre desafios e boas práticas*. [S. l.]: Amazônia 2030, 2022. Disponível em: <https://amazonia2030.org.br/wp-content/uploads/2022/02/AMZ-28.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2022.

ROCHA, R. et al. *A saúde na Amazônia Legal: evolução recente e desafios em perspectiva comparada*. [S. l.]: Amazônia 2030, 2021. Disponível em: <https://amazonia2030.org.br/a-saude-na-amazonia-legal-evolucao-recente-e-desafios-em-perspectiva-comparada/>. Acesso em: 26 nov. 2021.

RONDÔNIA. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano estadual de saúde 2020-2023*. Porto Velho: Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/11/RO.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2022.

SANT'ANNA, A. A.; ROCHA, R. Impacto dos incêndios relacionados ao desmatamento na Amazônia brasileira sobre saúde. *Instituto de Estudos para Políticas de Saúde*, São Paulo, p. 1-7, 2020. Nota Técnica n. 11. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/NT11_Amazon_pt-vf.pdf. Acesso em: 26 out. 2021.

SOUZA, M. F. M. et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas unidades federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dmmccQkyjbrC9HLkBdTkjnG/?lang=pt>. Acesso em: 30 mai. 2022.

SUDAM – SUPERINTENDÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA AMAZÔNIA. *Síntese de Indicadores da Amazônia Legal*. Brasília, DF: Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia, 2020.

TESTON, L. M. et al. Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 314-328, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pFM8SMM7DswctjpkFqWBmZB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução – CIB/TO nº 143, de 19 de julho de 2018*. Dispõe sobre a conformação de 02 (duas) Macrorregiões de Saúde no Estado do Tocantins, sendo uma denominada Macrorregião Norte e a outra Macrorregião Centro Sul [...]. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2018. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/412126/>. Acesso em: 5 jan. 2022.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano estadual de saúde 2020-2023*. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PES-2020-2023-SES-TO.pdf>. Acesso em 23 set. 2021.

VAN STRALEN, A. C. S. *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 147-172, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/f6GHFLtPjsk8RJHShKGTfw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mai. 2022.

VIANA, A. L. d'Á. *et al.* Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. *Novos Caminhos*, [s. l.], n. 15, 2017. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/04/Novos_Caminhos_15.pdf. Acesso em: 4 out. 2021.

VIANA, A. L. d'Á. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5zVsFNHY6HfYBr9KfPDJzg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2021.

VIANA, R. L.; FREITAS, C. M.; GIATTI, L. L. Saúde ambiental e desenvolvimento na Amazônia Legal: indicadores socioeconômicos, ambientais e sanitários, desafios e perspectivas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 233-246, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NM7hp5qqctVyxjQTBx7ywBg/?lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2021.

WEBSEMINÁRIO Estadual “Regionalização da Saúde no Pará”. [S. l.: s. n.], 2021. 1 vídeo (1 hora, 56 min, 38 seg). Publicado pelo canal Cosems-PA Transmissões. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1JL4AC298dw>. Acesso em: 14 fev. 2022.