

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Serviço de Gestão Acadêmica



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

DESIGUALDADES REGIONAIS E SISTEMA DE SAÚDE NO AMAZONAS: O CASO DE MANAUS

MARIA ARTEMISA BARBOSA

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof^a. Maria Eliana Labra

Manaus, julho de 2004

***Subprograma de Mestrado Interinstitucional da CAPES
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane
Universidade Federal do Amazonas***

Esta Dissertação, intitulada

**DESIGUALDADES REGIONAIS E SISTEMA DE SAÚDE NO
AMAZONAS: O CASO DE MANAUS**

apresentada por

MARIA ARTEMISA BARBOSA

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a MARIA ELIANA LABRA - Orientadora

Prof.^a Dr.^a IONE RODRIGUES BRUM.

Prof. Dr. LUCIANO TOLEDO

Dissertação defendida e aprovada em .

EXAME DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Desigualdades Regionais e Sistema de Saúde no Amazonas: o caso de Manaus

por

Maria Artemisa Barbosa

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Maria Eliana Labra (ENSP/FIOCRUZ)

Orientadora

Professor Doutor Luciano Toledo (ENSP/FIOCRUZ)

Titular

Professora Doutora Ione Rodrigues Brum (UFAM)

Titular

Professora Doutora Maria Luísa Garnelo Pereira (ENSP/FIOCRUZ)

Suplente

Professora Doutora Maria Augusta Bessa Rebelo (UFAM)

Suplente

Dissertação defendida e aprovada em:

FICHA CATALOGRÁFICA

À minha família pela compreensão demonstrada durante
a trajetória do Curso de Mestrado

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Dra. Maria Eliana Labra, pela dedicação e confiança demonstrada em várias ocasiões, a quem dedico a máxima consideração e respeito como educadora e ser humano.

Ao reitor e demais dirigentes da Universidade Federal do Amazonas, por oportunizar o meu desenvolvimento profissional, na condição de servidora do quadro permanente da Instituição.

Ao ex-Secretário Municipal de Saúde, Dr. Francisco Helder Cavalcante Sousa, pelo apoio incondicional à aquisição de novos conhecimentos por técnicos que integram aquela instituição, permitindo e acreditando na realização desta pesquisa.

Aos meus professores do Curso de Mestrado, pelos conhecimentos transmitidos.

Aos meus colegas de sala de aula, pelo convívio e compartilhamento de preocupações.

A todos os que deram suas parcelas de contribuição para o enriquecimento deste trabalho.

LISTA DE QUADROS, TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Quadros

Quadro 1. Municípios habilitados por estados, segundo a NOB/96 e NOAS/2002

Tabelas

- Tabela 1. Participação das regiões no PIB e na estrutura produtiva nacional, 2000
Tabela 2. Percentual de população ocupada nas regiões e Brasil, segundo setores produtivos
Tabela 3. Área, população e densidade demográfica dos estados da Região Norte
Tabela 4. Evolução da taxa geométrica anual, Brasil e Região Norte, 1940-2000
Tabela 5. Evolução da taxa geométrica anual na população urbana, Brasil e Região Norte, 1940-2000
Tabela 6. População até 15 anos, mais de 60 anos e esperança de vida, Brasil e Região Norte, 1991 - 2000
Tabela 7. Indicadores sociais e sanitários, Brasil e Região Norte, 2000
Tabela 8. Incidência de agravos endêmicos e outros na Região Norte, 2001
Tabela 9. Concentração de renda e pobreza nas regiões e Brasil 2001
Tabela 10. IDH-M e pobreza como insuficiência de renda, estados da Região Norte (população urbana), 2001
Tabela 11. População por situação de domicílio e faixas etárias, Manaus – 1991 e 2000
Tabela 12. Perfil social de Manaus, 1991-2000
Tabela 13. Taxas de mortalidade, Manaus, 1991-2003
Tabela 14. Percentual de óbitos por grupos de causas, Manaus, 2000
Tabela 15. Evolução dos estabelecimentos de saúde em Manaus, 1998-2002
Tabela 16. Estabelecimentos, segundo propriedade, Manaus 2000-2002
Tabela 17. Produção ambulatorial do SUS, Manaus, 2000 – 2002
Tabela 18. Procedimento de atenção básica, Manaus, 1998 -2002
Tabela 19. Leitos vinculados ao SUS, por regime, Manaus, 1998 – 2002
Tabela 20. Leitos por especialidade, Manaus, 1998-2002
Tabela 21. Internações hospitalares do SUS por especialidade, Manaus, 1998 – 2002

Gráficos

- Gráfico 1. Distribuição de Casos de Malária, Manaus 1999 – 2004
Gráfico 2. Distribuição de Casos de Dengue, Manaus 1998 – 2004
Gráfico 3. Coeficiente de Detecção da Hanseníase em Manaus, 1987 – 2002
Gráfico 4. Coeficiente de Prevalência de Hanseníase em Manaus, 1987 – 2002
Gráfico 5. Distribuição de Casos de Tuberculose, Manaus 1998 – 2003
Gráfico 6. Casos de Hepatites Virais Notificados, Manaus, 2003
Gráfico 7. Distribuição de Casos de AIDS, Manaus 1998 – 2003
Gráfico 8. Evolução Comparativa entre Estatutários e Temporários na SMS, Manaus, 1998 – 2002
Gráfico 9. Participação absoluta e relativa de recursos financeiros por esfera de governo, estado do Amazonas, 2002

Figuras

- Figura 1. Mapa da Amazônia Legal
Figura 2. Regiões do Brasil e estados da Região Norte
Figura 3. Mapa do estado do Amazonas
Figura 4. Manaus, distritos de saúde, população e número de bairros, 2003.

RESUMO

Este trabalho constitui-se num esforço de sistematização ao juntar, de forma coerente, aspectos relativos à Amazônia Legal, à região Norte e o estado do Amazonas, visando colocar em evidência as riquezas regionais frente às precárias condições de vida e de saúde da população amazonense.

Esse fenômeno torna-se particularmente importante no estado do Amazonas, em cujo vasto território de mais de 1,5 milhões de km² residem 2,8 milhões de habitantes, dos quais 50% se concentram em Manaus. Por sua vez, a capital, além de ser pólo de atração de mão-de-obra, detém praticamente toda a rede de serviços públicos e privados de saúde e educação, à par que representa uma cobertura extremamente baixa da rede de saneamento básico e grande deficiência de equipamentos sociais em geral, apesar de possuir bons índices econômicos, resultantes da participação decisiva da Zona Franca de Manaus.

Essas situações, contraditórias e complexas, provocam desigualdades estruturais que influenciam em maior ou menor grau a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Amazonas ao constituírem problemas e dificuldades que representam enormes desafios para a gestão estadual e municipal.

A partir das variáveis e indicadores selecionados para as dimensões adotadas, quais sejam: demográfica, social, epidemiológica, assistencial e financeira, observou-se que, apesar dos cinco anos passados da habilitação do município de Manaus, ainda persistem os problemas de oferta e cobertura dos serviços de saúde, falta de integração entre estes serviços, incipiente subordinação à gestão municipal por parte dos prestadores, além das dificuldades em relação à administração de recursos humanos e a permanência de dependência financeira das transferências oriundas com recursos do SUS.

ABSTRACT

This assignment has been made up in an effort to do quite relevant systematization, by joining in a coherent manner relative aspects to the Legal Amazon, the Northern region and the state of Amazon aiming to put in evidence the regional wealth before the poor health and living conditions of the Amazonian population.

This phenomenon becomes specially important in the state of Amazon, whose vast territory has more than 1,5 million km² and 2,8 million inhabitants of which 50% is concentrated in Manaus. The capital itself, besides being a pole of man-power attraction, holds practically all the network of public and private services of health and education which represents an extremely low coverage on Basic Sanitation and great deficiency in the overall social machinery, in spite of the good economic indexes from the decisive participation in the Free Zone of Manaus.

These situations, contradictory and complex as they are, cause unbalanced structures which influence in a major or minor degree, the implementation of the Sistema Unico de Saúde (SUS) in the state of Amazon by generating problems and set-backs that mean huge challenges to the state and municipal management.

Starting from the variable and indicators chosen from the adopted dimensions such as: demographic, social, epidemiologic, assistential and financial, we have observed that, although five years of services to the municipality of Manaus have gone by the problems of offer and coverage of health services still persist as well as the lack of integration among these services, incipient subordination of servants to the municipal management, besides the set-backs related to the administration of human resources and the permanence of financial dependence of transfers with resources from the SUS.

Sumário

Introdução	11
Capítulo I	21
Amazônia: principais questões na atualidade	21
1. Características gerais	21
a) A questão econômica	23
b) A questão ambiental	25
c) A questão indígena	27
d) A questão urbana	29
2. A Região Norte no contexto nacional	30
a) Dimensão econômica	31
b) Dimensão demográfica	34
c) Situação social e sanitária	36
d) Dimensão da Pobreza	41
Capítulo II	44
O Estado do Amazonas e a capital Manaus	44
1. O estado do Amazonas	44
a) Caracterização geral	44
b) A distância e o fenômeno da “cheia” e da “vazante”	46
c) A questão da terra e da renda	47
d) Desenvolvimento econômico - a Zona Franca de Manaus	48
2. O município de Manaus	50
a) Geografia e população	50
b) Migração e invasões	53
c) Economia, mercado de trabalho e emprego	56
d) Condições sociais	57
e) Situação de saúde	59
Capítulo III	71
O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Descentralização	71
1. Pacto Federativo e descentralização: repercussões no estado do Amazonas	71
2. O Sistema de Saúde de Manaus: acompanhando o SUS após 1990	80
a) A rede municipal por tipo e propriedade dos estabelecimentos	81
b) Assistência Ambulatorial	86
c) Atenção Básica	89
d) Assistência Hospitalar	92
e) Administração de Recursos Humanos	94
f) Financiamento	97
3. Síntese dos principais problemas observados	100
a) Dimensão demográfica	100
b) Dimensão social	101
c) Dimensão epidemiológica	102
d) Dimensão assistencial	103
e) Dimensão financeira	104
Considerações Finais	105
Referências Bibliográficas	108

Lista de Quadros

Lista de Tabelas

Lista de Gráficos

Lista de Figuras

Introdução

Conhecer e compreender as grandes desigualdades de toda ordem que marcam o passado e o presente do Brasil, tão bem refletidas nas disparidades entre suas cinco regiões, notadamente entre as regiões Norte e Nordeste e as demais é obrigação de todo brasileiro, particularmente dos amazonenses, entre os quais nos incluímos ao confessar nossos exíguos conhecimentos anteriores à elaboração desta dissertação sobre tão vasto e apaixonante assunto. A possibilidade dessa aproximação deveu-se à situação privilegiada proporcionada pela nossa participação na primeira turma do Mestrado Interinstitucional para a Amazônia Ocidental, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública e o Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, da Fundação Osvaldo Cruz, em parceria com a Universidade Federal do Amazonas, com o aval da CAPES.

Vale mencionar que um outro motivo para nos sentirmos particularmente interessados por empreender este trabalho deve-se à nossa experiência de 15 anos na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas e na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, onde temos desempenhado cargos de relevância. A este respeito devemos ressaltar que se observa, em geral, uma deficiência muito grande de informações, seja do ponto de vista histórico seja no aspecto mais conjuntural. Este nosso trabalho, portanto, constituiu um primeiro esforço de sistematização nesse sentido, embora já se possa constatar o empenho das autoridades setoriais no Amazonas por criar centros de documentação e bancos informatizados de dados, tanto por serem indispensáveis para uma gestão eficiente e confiável quanto para atender os requisitos da União visando uma implementação bem sucedida do SUS em todo o país.

O tema das desigualdades que imperam no país tem adquirido relevância no cenário atual do setor saúde, como bem atesta o número crescente de estudos a esse respeito. Além de a superação das desigualdades ser um objetivo da própria Constituição Federal de 1988, passou a constituir um ponto de primeira importância nos discursos ou agendas governamentais. Assim mesmo, a questão hoje faz parte das preocupações das agências internacionais de assistência e crédito. De fato, a Carta de 1988 tem entre seus objetivos reduzir as desigualdades sociais e regionais e promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas (Art. 3º, inc. III e IV). Esses ditames têm como fundamento o conceito de cidadania, segundo o qual todos os indivíduos são iguais, tendo, portanto, os mesmos direitos. Esse princípio constitucional também está

presente na Lei Orgânica do SUS (Lei 8080/90, art.7º, inc. IV), que veda preconceitos ou privilégios e nas normas operacionais relativas à descentralização dos serviços. No entanto, esse direito por si só não assegura o uso equânime dos recursos de saúde. A situação envolve uma associação entre os princípios de igualdade e equidade que apesar de serem distintos, preservam a igualdade de direitos. A equidade reconhece a diferença entre os indivíduos e incorpora valor de justiça. A iniquidade em saúde pode ser considerada uma “desigualdade injusta”, como aquela que poderia ser evitada (Nunes *et al*, 2001).

Em países da periferia do capitalismo como o Brasil, onde o desenvolvimento econômico tem sido acompanhado de situações que convergem para a pobreza, a concentração de renda e as precárias condições de vida, principalmente em grandes centros urbanos e entre regiões, tendem a se agravar. Mas, os diversos mecanismos propostos na Constituição Federal para superá-las, particularmente na Amazônia e região Norte, não têm conseguido equacionar a questão. Pelo contrário, conseguiu desnudá-la ainda mais. Nessa região, onde políticas, planos e projetos de desenvolvimento regional, historicamente, foram implantados com o objetivo de promover o desenvolvimento econômico e a ocupação humana dos espaços, principalmente das áreas de fronteiras, trouxe também grandes transformações sócio-ambientais, com intenso crescimento demográfico e ocupação urbana desordenada, resultando no surgimento de problemas de natureza variada.

Para Paiva (2001), várias situações atuais incidem sobre a eficiência e eficácia dessas políticas, onde o resultado está muito aquém do esperado: a exclusão da função Desenvolvimento Regional no Orçamento da União, deixando completamente soltas as ações setoriais; a divisão do território brasileiro em macrorregiões, que esconde mais do que revela as disparidades entre as regiões; a existência de subáreas dinâmicas e modernas em contextos de áreas tradicionais e estagnadas; e, a existência de poucos trabalhos de análise e avaliação das políticas públicas voltadas para o desenvolvimento regional.

Na área da saúde a discussão sobre desigualdades centra-se em duas vertentes principais: no acesso aos serviços de saúde e no financiamento. `Em relação a segunda destaca-se os estudos sobre alocação equitativa de recursos, apresentados pelas Fundação Oswaldo Cruz (RJ) e João Pinheiro (MG), “Processo alocativo e redução de desigualdades regionais: equidade na gestão do Sistema Único de Saúde” e “Alocação equitativa de recursos para atenção básica: uma proposta para redistribuição de recursos entre microrregiões e municípios de Minas Gerais”, respectivamente (Cavalini *et al*, 2001 e Machado *et al*, 2003).

Na Amazônia e região Norte, em períodos mais recentes, aprofundam-se as questões ambientais, étnicas, demográficas e principalmente sociais, desnudando diferenças próprias da região e trazendo demandas em saúde que exigem sustentabilidade nas ações governamentais e na adequada estimativa e oferta de serviços.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1990, tem enfrentado inúmeros desafios e obstáculos de diversa ordem dos quais destacam as abissais desigualdades sócio-econômicas existentes entre as regiões do país, entre os estados de uma mesma região, entre as capitais e municípios e, muito importante, entre o centro e a periferia das grandes cidades.

Uma série de indagações nos motivaram a empreender este trabalho, relacionadas com essa questão: em que medida as desigualdades estruturais presentes no estado do Amazonas têm limitado a implementação do SUS?

Reconhecidamente, a região Norte, tanto quanto a Nordeste, sobressaem no país pelas precárias condições de vida e saúde de suas populações que, além disso, se aglomeram nas capitais dos sete estados que a conformam. O fenômeno é particularmente importante no estado do Amazonas, em cujo vasto território de mais de 1,5 milhões de km² residem 2,8 milhões de habitantes, dos quais 50% se concentram em Manaus. Por sua vez, a capital, além de ser pólo de atração de mão-de-obra, detém praticamente toda a rede de serviços públicos e privados de saúde e educação, à par que apresenta uma cobertura extremamente baixa da rede de saneamento básico e grande deficiência de equipamentos sociais em geral.

Como veremos ao longo deste trabalho, os indicadores econômicos e demográficos do estado, e de Manaus em especial, são extremamente dinâmicos. O PIB do Amazonas vem crescendo há décadas acima da média nacional, assim como o contingente populacional devido à migração do resto do país e do interior do estado para Manaus. No entanto, a permanência histórica de fatores como a concentração da terra e da renda, a exploração do trabalho informal, a baixíssima remuneração da mão-de-obra e a ausência de políticas sociais compensatórias, faz com que a Política Nacional de Saúde, materializada no SUS, encontre obstáculos quase insuperáveis para avançar no sentido da universalidade, a equidade e a integralidade.

Quanto aos serviços de saúde, na base dos quais veio a se implantar o SUS, não menos relevante têm sido as limitações apresentadas, por exemplo, pela baixa cobertura e qualidade das prestações médicas e sanitárias, a deficiente profissionalização da gestão e o

escasso compromisso com as necessidades da população, na sua grande maioria em extremo carente, tudo o qual pode se resumir na escassa prioridade política conferida ao compromisso com SUS, seus princípios e diretrizes.

Por uma parte, as tradições oligárquicas que têm caracterizado o sistema político estadual estão na raiz de muitos dos problemas assinalados, tendo tido reflexos na descentralização do SUS e na efetivação da participação social. Por outra, no entanto, a atual conjuntura estadual apresenta-se particularmente favorável a mudanças no campo social devido à chegada ao governo de uma coalizão de forças políticas afinadas com o governo do presidente Lula. É neste contexto político que em fins de 2003, o novo governo estadual é forçado a decidir pôr em prática a descentralização do SUS, promovendo finalmente a transferência dos serviços públicos de saúde ao município de Manaus.

Os resultados operacionais desse movimento, sob o ponto de vista de seus impactos na saúde da população, somente poderão ser avaliados no médio e longo prazo. Todavia, nessa trajetória de adesão ao SUS, que agora se concretiza, o legado de tantas deficiências acima assinaladas representam enormes desafios para os gestores.

Em vista das considerações acima, esta dissertação tem como propósito geral traçar um panorama da região Norte e do estado do Amazonas, focalizando o município de Manaus tanto em termos da dimensão econômica, social, demográfica e sanitária, no que diz respeito a sua rede de serviços de saúde, aqui incluídos aspectos relativos a estabelecimentos, produção, financiamento e outros. Trata-se, portanto, de um trabalho de caráter diagnóstico que poderá, mais adiante, ser aprofundado e expandido na medida em que se disponha de novas e melhores informações sobre o desempenho do SUS e seus resultados no atendimento a necessidades da população.

As razões que justificam a escolha do tema "Desigualdades Regionais e o Sistema de Saúde do Amazonas: o caso de Manaus" para esta dissertação, deriva do interesse por melhor compreender o porquê da evolução cíclica, com avanços e recuos, das medidas intervencionistas dos sucessivos governos federais na região e sua aparente ineficácia ou baixo impacto nos indicadores sociais e de saúde da população e da constatação da ausência de estudos nessa linha no nosso estado, seja no âmbito acadêmico como no setor saúde. Nesse sentido, a nossa dissertação deve ser enquanto o começo de um processo, uma contribuição preliminar para um melhor entendimento da construção do SUS no Amazonas. Além disso, com este nosso trabalho, esperamos possibilitar a aproximação dos

profissionais de saúde a realidade que os circunda, visto que, em geral, os aspectos técnicos, organizacionais e gerenciais ligados à complexa implementação do SUS, obscurecem a compreensão das potencialidades e limitações das estratégias setoriais num meio que, como veremos, se apresenta bastante adverso. Temos o convencimento, enfim, de que tomar ciência desse contexto maior poderá ajudar os gestores da Saúde a dimensionar não somente os problemas que enfrenta a população na sua luta pela sobrevivência como o alcance de suas intervenções em direção à construção de um sistema de saúde mais eficiente, equitativo e integrado.

Quanto aos conteúdos do presente trabalho, o Capítulo I apresenta uma caracterização geral da Amazônia Legal, buscando destacar as questões mais discutidas na atualidade. Abordamos os seguintes pontos: a evolução econômica e suas diversas fases; a questão ambiental; a diversidade originária e cultural dos povos amazônicos; aspectos demográficos, entre os quais ressalta-se o desmesurado incremento da população favorecido pela imagem da Amazônia como uma terra prometida, lugar para enriquecer ou obter emprego fácil. Mostramos, assim mesmo, a fragilidade das condições sociais e a precária situação de saúde da população, agravada por endemias como a malária e a tuberculose, às quais se somam doenças típicas da “modernidade”, como as crônico-degenerativas. Na mesma linha, no Capítulo II, após uma abordagem resumida de alguns aspectos peculiares ao estado do Amazonas, seu conteúdo centra-se na caracterização do município de Manaus, dando ênfase à evolução dos indicadores demográficos, econômicos, sociais e de saúde.

No Capítulo III, após breves considerações sobre o Pacto Federativo, descentralização e seus desdobramentos no Estado do Amazonas, enfocamos os antecedentes do sistema de saúde e sua atual configuração, aí incluindo informações sobre capacidade instalada e outros indicadores em geral e em Manaus em especial. Terminamos a exposição sintetizando os principais problemas observados em relação às diferenças apresentadas no plano nacional, regional e estadual em relação às diversas dimensões selecionadas que, a nosso ver, traduzem as desigualdades a serem consideradas pela gestão municipal para a capital Manaus.

Nas considerações finais tentaremos, diante da grande complexidade envolvida nas diversas desigualdades identificadas, apontar alguns caminhos prioritários a serem percorridos para a melhoria do sistema de saúde municipal.

Objetivos

Geral

Analisar no período de 1991-2001 as condições de vida e saúde da população da cidade de Manaus, capital do Amazonas, destacando-se as diferenças que possam caracterizar desigualdades em atenção à saúde.

Específicos

1. Analisar mudanças demográficas, econômicas, sociais e sanitárias na Região Norte, no Amazonas e particularmente em Manaus.
2. Identificar as peculiaridades da implementação do SUS no Amazonas, considerando-se as necessidades da população.
3. Levantar os principais problemas no âmbito estadual, considerando-se especificidades demográfica, social, epidemiológica e assistencial, incluindo-se os aspectos financeiros, para o plano de desenvolvimento da gestão da saúde em Manaus.

Aspectos metodológicos

Uma vez que a ênfase é dada à identificação das desigualdades presentes no município de Manaus, em particular as que privilegiem as condições de vida e de saúde da população manauense *vis-à-vis* as modificações sócio-econômicas processadas no período 1991-2000, procedemos a identificar as fontes pertinentes para dimensionar as desigualdades regionais e locais e selecionar as respectivas variáveis e correspondentes indicadores para cada uma das dimensões acima mencionadas.

Quanto às fontes, levantamos e analisamos documentos, trabalhos científicos (dissertações, teses, documentos), relatórios de pesquisas e documentos oficiais. Além disto, recorremos a diversos bancos de dados do Sistema de Informações em Saúde do Ministério da Saúde e outros bancos, conforme o quadro seguinte:

Principais referências bibliográficas e sistemas de informação consultados

Títulos	Autor	Tipo de Abordagem
Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil: Uma proposta de monitoramento	VIANNA, S. M. <i>et al</i>	Desenvolvimento de metodologia de monitoramento das desigualdades em saúde.
Economia da Saúde: Conceito e contribuição para a Gestão da Saúde	PIOLA, S. F. & VIANNA, S. M.	Discussão sobre os aspectos conceituais da economia da saúde, modelos de financiamento, de sistemas e particularidades do mercado na área de saúde.
Pobreza no Brasil – Afinal, de que se trata ?	ROCHA, S.	Discussão e análise sobre as variáveis que compõem os indicadores que definem as situações de indigência e de pobreza no Brasil e regiões.
O complexo da Amazônia: análise do processo de desenvolvimento.	BATISTA, D.	Análise do processo de desenvolvimento econômico, social e cultural da Amazônia.

Zênite ecológico e Nadir econômico-social.		Análise e proposição de alternativas para o desenvolvimento sustentável da Amazônia.	
BENCHIMOL, S.			
Sistemas	Sigla SIM	Órgão	Tipo de Informação
Sistemas de Informação sobre Mortalidade		CENEPI	Relacionados ao perfil epidemiológico
Sistema de Inf. Sobre Agravos Notificáveis	SINAN		
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	SINASC		
Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS	SIA-SUS	DATASUS	Relacionados à assistência e administração
Sistemas de Informações Hospitalares do SUS	SIH-SUS		
Sistema de Informações Sobre Atenção Básica	SIAB		
Sistema de Inf. do Prog. Nacional de Imunização	SI-PNI		
Indicadores e Dados Básicos para a Saúde/Rede Interagencial de Informações para a Saúde	IDB/RIPSA	IPEA, IBGE, FNS e DATASUS	Relacionados às condições demográficas e sociais
Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde	SIOPS		
IBGE – Censo 2000	IBGE		
IPEA	IPEA		

As referências bibliográficas consultadas e os indicadores publicados pelo IDB/RIPSA em 2002 foram particularmente úteis para a exposição e observações sobre o tema de desigualdades geográficas e epidemiológicas. Igualmente, os dados censitários do IBGE e sociais do IPEA (1991-2001) foram importantes fontes para analisar as variáveis populacionais e desigualdades entre grupos sociais, apesar de as pesquisas efetuadas por esses órgãos apresentarem limitações nas informações relativas ao Amazonas e particularmente a Manaus.

Utilizando-se das mesmas dimensões adotadas por Cavalini (2001), a análise compreende

- a) Situação demográfica - abrange o tamanho, a estrutura etária e a dinâmica de crescimento da população e sua distribuição territorial;

- b) Situação social - abrange a distribuição de condições sociais que atuam sobre o perfil e a magnitude dos problemas e agregam informações sobre renda, níveis de pobreza, educação e infra-estrutura sanitária urbana;
- c) Situação epidemiológica - contempla a distribuição de agravos relacionados às principais determinantes do processo saúde/doença em Manaus, que condicionam a demanda e as necessidades de ações e serviços além das taxas de mortalidade;
- d) Situação assistencial - contempla os recursos disponíveis no aparato sanitário de Manaus para o atendimento da demanda e o potencial de cobertura dos serviços e agrega basicamente recursos humanos e capacidade instalada, concentração de procedimentos assistenciais;
- e) Situação financeira - contempla o gasto público com saúde em Manaus, agregando informações sobre os recursos próprios e receitas e despesa de transferência federais.

O conjunto de variáveis e indicadores selecionados para cada dimensão é apresentado no quadro seguinte:

Variáveis e indicadores segundo dimensão

Dimensões	Variáveis	Indicadores
Demográfica	Crescimento populacional	Taxa de crescimento populacional
	Estrutura etária	Proporção de crianças e Adolescentes e idosos na população
Social	Densidade demográfica	Densidade demográfica
	Concentração da população	Taxa de urbanização
	Nível de pobreza	Índice de pobreza
	Nível de renda	Renda média individual
Epidemiológica	Acesso à infra-estrutura sanitária	Porcentagem de domicílios servidos por água/ esgoto/ coleta de lixo
	Nível de escolaridade	Anos de estudo (maiores de 15 anos)
	Precária condições sócio-econômicas	Coefficiente de incidência de tuberculose, coeficiente de prevalência de hanseníase, taxa de mortalidade geral, taxa de mortalidade infantil.
	Precária infra-estrutura de serviços	Taxa de mortalidade materna
	DIP	Coefficiente de incidência de malária e Dengue
Assistencial	Evitáveis por ações eficientes de proteção e atenção básica	Coefficiente de incidência de AIDS.
	Disponibilidade de recursos físicos e	Nº. de unidades ambulatoriais do SUS; nº.

	humanos	de leitos do SUS; consultas médicas no SUS; médicos por habitante; dentistas por habitante; enfermeiros por habitante.
	Cobertura potencial de atendimento básico	Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal; cobertura vacinal de tríplice bacteriana, poliomielite e sarampo.
	Cobertura potencial de atendimento hospitalar	Internações hospitalares por especialidades
Financeira	Recursos próprios aplicados à saúde (EC 29)	Porcentagem de recursos aplicados na saúde
	Despesas com recursos próprios por habitante	Despesa <i>per capita</i> com recursos próprios
	Despesas com transferências por habitantes	Despesa <i>per capita</i> com recursos transferências (SUS)

Pelos aspectos expostos, o eixo norteador deste trabalho é constituído pelas desigualdades sócio-econômicas e de saúde da população vis-à-vis a construção do SUS, empreendimento que enfrenta desafios cujos dimensionamentos aqui serão apenas esboçados ou sugeridos.

Capítulo I

Amazônia: principais questões na atualidade

1 . Características gerais

A Amazônia é freqüentemente considerada como uma unidade socioeconômica e ambiental. Todavia, esconde uma grande diversidade – ambiental, social, econômica, étnica, cultural e mesmo tecnológica que o presente trabalho buscará desvendar.

Para fins desta exposição considera-se como Amazônia a “Amazônia Legal”, uma construção geopolítica estabelecida em 1966 pelo Governo Federal visando ao planejamento regional. Possui uma extensão de aproximadamente 5,2 milhões de km², correspondente a 61% do território nacional e uma população de cerca de 21 milhões de habitantes (MS, 2003).

Conforme mostra o mapa da Figura 1, dos 10 países limítrofes com o Brasil, sete têm fronteira com a Amazônia Legal: Guiana Francesa, Suriname, República Cooperativa da Guiana, Venezuela, Colômbia, Peru e Bolívia.¹

A Amazônia Legal compreende os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Roraima, Rondônia, Tocantins, norte do Mato Grosso e a parte oeste do Maranhão. Pode observar-se, por um lado, que há coincidência parcial entre a Amazônia Legal e a extensão territorial total desses estados e, por outro, que é maior que a Região Norte, cujos estados são sete (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Roraima, Rondônia e Tocantins).

¹ O Brasil limita com 10 países: Argentina, Uruguai, Paraguai, Peru, Bolívia, Guiana Francesa, Suriname, República Cooperativa da Guiana, Venezuela e Colômbia.

Figura 1. Mapa da Amazônia Legal



Fonte: www.cdc.gov.br, acesso em 25/1/2004.

Como os dados censitários são colhidos e apresentados por regiões e unidades da Federação, abordaremos, no primeiro tópico, algumas das principais questões sobre a Amazônia Legal discutidas na atualidade, como a econômica, ambiental, indígena e ocupação urbana, apenas para dar relevância às particularidades que a distinguem do restante do território nacional. No segundo tópico, ao examinarmos a Região Norte, analisaremos alguns indicadores referentes à situação econômica, demográfica, social e sanitária e a dimensão da pobreza, visando situá-los em relação ao país.

a) A questão econômica

A expansão econômica e a conseguinte ocupação populacional ocorreram no tempo de forma limitada e cíclica. Com efeito, até o final da década de 60 do século XX, essa expansão esteve vinculada à diferentes flutuações do ciclo da borracha, principal fator de atração de mão-de-obra.

Da conquista por sucessivos colonizadores (Espanha,² Inglaterra, Holanda e, finalmente, de Portugal), países empenhados em apropriar-se das riquezas amazônicas até a fase de valorização (1946-1966), com o retorno do ainda predomínio da borracha asiática no mercado mundial, a Amazônia recebeu discreta atenção do governo federal. Nem mesmo com a implementação do Plano de Valorização Econômica da Amazônia, que estabeleceu a responsabilidade da União, dos Estados e dos Territórios (Guaporé, Rio Branco e Amapá) de aplicarem anualmente até 3% de suas rendas tributárias na região, sob a responsabilidade da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), impediu que esta fase ficasse conhecida como de estagnação. Após 1966, a SPVEA foi transformada na Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM).

Nos anos 70, os governos militares tentaram implantar um ambicioso projeto de ocupação da Amazônia mediante a construção de estradas para dominar as extensas fronteiras e explorar as riquezas naturais, ocasionando, assim, diferentes frentes de trabalho. Tal política incluiu incentivos fiscais, financeiros e investimentos estatais com participação de capital privado, além da criação de órgãos regionais de desenvolvimento.

Neste período ocorre uma participação mais agressiva do governo federal para estabelecer metas prioritárias para zonas selecionadas com critérios econômicos para fins de desenvolvimento regional. Para tanto, a estratégia apoiou-se basicamente em duas frentes: integração física, econômica e cultural da comunidade brasileira em direção ao Nordeste e ao Centro-Oeste, e ocupação e expansão econômica visando atrair excedentes populacionais de outras áreas. Os resultados dos empreendimentos implantados foram tímidos devido a diversas causas: a burocracia do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA); insuficiência de equipamentos para atender os colonos; não instalação da infra-estrutura planejada para os assentamentos e vilas; as condições intransitáveis das estradas em épocas de chuvas; os rígidos mecanismos de crédito; e, não

² A Amazônia foi descoberta pelo espanhol conquistador Francisco de Orellana em 1542.

menos importante, a presença de enfermidades endêmicas como a malária e a leishmaniose, responsáveis pela redução da capacidade de trabalho (Batista, 1976).

A malária, com a relevante participação do SESP como destaca Bastos (1996), diminuiu significativamente na década de 60. Entretanto, a descontinuidade das medidas profiláticas, o aparecimento de plasmódio resistente e o deslocamento da população fizeram com que a malária recrudescesse em certas regiões da Amazônia. Dados provisórios do Sistema Vigilância Epidemiológica (SIVEP) revelam que, em 2003, houve 356.435 casos de malária, sendo os estados do Amazonas, Pará e Rondônia responsáveis por quase 90 % (319.900) dos casos na região.

Atualmente, as atividades econômicas predominantes refletem as contradições existentes no interior do espaço regional. Ao lado das atividades tradicionais como o extrativismo vegetal, mineral e agricultura de subsistência, encontram-se atividades industriais e de agronegócios. No setor agropecuário, destacam-se os estados do Pará e do Mato Grosso, responsáveis por 59% do crescimento deste setor na região e no setor industrial, Amazonas e Pará concentram 72% da produção total. Entretanto, o peso da economia informal nas áreas urbanas, em muitos municípios, chega a 90% da População Economicamente Ativa (PEA), (MS, 2003). A maioria da população encontra-se ocupada no ramo de serviços e o rendimento médio mensal de R\$ 236,00 é superior apenas no Sudeste. O PIB, de US\$ 1 bilhão por ano, em 1970, subiu para US\$ 25 bilhões em 1996, chegando a 3,2% do PIB nacional (MS, 2003).

O desenvolvimento econômico teve seu preço na Amazônia. Levou ao desequilíbrio ecológico, a agricultura de subsistência e, atualmente, à biopirataria para o exterior, resultando em desastrosos impactos no meio natural e nas populações locais.

b) A questão ambiental

Vimos que os esforços feitos no sentido de promover o desenvolvimento econômico da Amazônia e sua integração ao território nacional, através da implantação de planos e projetos regionais, resultaram em transformações, algumas desastrosas, como as agressões ao meio ambiente.

Recentemente, alertas e intensos debates internacionais têm sido veiculados pelos meios de comunicação, sobre a propriedade e a perda da biodiversidade, em especial a da Amazônia.

Dias (2002) revela que a Convenção sobre Diversidade Biológica introduziu alguns princípios inovadores, além do reconhecimento do direito soberano das nações sobre a diversidade biológica, dentre os quais estão a relação entre a conservação de biodiversidade e o desenvolvimento da biotecnologia, pautada no princípio da repartição dos benefícios, tanto para as nações receptoras (países ricos) como para as produtoras (países pobres).

Diante da amplitude e da complexidade que envolve o conceito de biodiversidade, o que está sendo feito para o uso sustentável da Amazônia?

No Brasil, e em particular na Amazônia, as políticas públicas voltadas para áreas de reserva da natureza tiveram início na década de 1980 em resposta às pressões internacionais dos ecologistas. A visão política está muito ligada a implantação do maior número possível de Unidades de Conservação (UC) como modelo adotado de áreas protegidas, que Pinto (2000) define como “espaço protegido, possuindo regras próprias de uso, manejo e definição legal para a sua criação”, embora no Direito Ambiental Brasileiro não haja consenso sobre essa classificação. Das 192 UC existentes no Brasil, 119 ou 62%, estão na Amazônia.

Sobre as UC, vale destacar que Simonian (2000) alerta para o fato de estarmos diante de um cenário de escassa indicação de que haja desenvolvimento sustentável e conservação de recursos naturais em áreas de reserva, sendo muito difícil que se realize a expectativa das populações quanto à possibilidade de explorar suas terras e recursos e tê-los reconhecido pelo Estado, visto que nas áreas indígenas, os conflitos têm sido a tônica.

Além disso, conforme já observados anteriormente, os programas e projetos criados para a Amazônia continuam tendo alcance limitado. Órgãos nacionais como o IBAMA, a FUNAI, o INCRA e as Secretarias Estaduais do Meio Ambiente, responsáveis pelas

unidades de conservação e áreas indígenas, não têm recebido os recursos financeiros necessários.

Portanto, a grande questão dessas áreas “protegidas” não está no seu quantitativo, mas na insuficiência de recursos financeiros, na falta de funcionários disponíveis e capacitados para exercer suas funções, na deficiência de material e equipamento e na inexistência de regularização fundiária. Frequentemente, estudiosos têm chamado a atenção sobre a falta de demarcação das UC, principalmente porque deixam essas áreas vulneráveis a qualquer tipo de agressão, como invasão, desmatamento, etc.

Outra iniciativa implantada pelo governo federal é a do Programa Brasileiro de Ecologia Molecular para o Uso Sustentável da Biodiversidade (PROBEM) considerado projeto estratégico do Programa *Avança Brasil*, cuja finalidade, além da obtenção de produtos industrializados de alto valor agregado e com potencial de mercado, envolve capacitação, treinamento e fixação de recursos humanos técnico-científicos na região, um dos gargalos identificados em todos os projetos implantados até então (SUFRAMA, 2003).

Uma das ações mais importantes do PROBEM é a criação do Centro de Biotecnologia da Amazônia (CBA), inaugurado em dezembro de 2002 na cidade de Manaus. O CBA surgiu de uma parceria entre SUFRAMA, Ministério do Meio Ambiente (MMA) e o Governo do Amazonas e integrará uma Rede Nacional de Laboratório de Referência e de grupos de pesquisadores que se dedicam à biodiversidade amazônica, atuando em diversas áreas de biotecnologia (SUFRAMA, 2003).

A previsão é de que entre em funcionamento a partir do segundo semestre de 2004, embora o modelo de gestão ainda não tenha sido definido pelo governo federal (SUFRAMA, 2003).

Esperamos que a recente implantação do PROBEM, e em especial do CBA, possibilite, de fato, um novo modelo de sustentabilidade, mais eficaz e principalmente mais equitativo, na medida em que privilegie tanto o redirecionamento das atividades econômicas, quanto a exploração de recursos de forma sustentável e inclua as comunidades indígenas e tradicionais não só como produtoras e fornecedoras, mas também como receptoras dos benefícios gerados.

c) A questão indígena³

Como vimos, o longo e conturbado processo de colonização e exploração da Amazônia, gerou impactos nefastos ao meio ambiente, constituindo uma questão ainda à espera de solução política e técnica. Assim também, a negligência com a demarcação de terras indígenas têm gerado inúmeros conflitos, mesmo naquelas áreas já definidas legalmente como reservas para proteção, preservação e conservação ambiental. Tudo isso levou ao desaparecimento de tribos inteiras, vítimas de doenças e escravidão. Estima-se que antes da chegada dos europeus havia na região amazônica cerca de 2.000 tribos indígenas com uma população estimada em mais de 7 milhões de pessoas.

Entretanto, apesar das agressões, a voz e a força de persuasão desse povo foram mais fortes:

“As populações indígenas, pode dizer-se, foram várias vezes “vencidas” no trajeto regional do desenvolvimento capitalista. Mesmo assim, a dimensão política da gestão étnica agrega-se às demais contradições desse desenvolvimento, rompe as famílias culturais das nacionalidades e irrompe na sociedade global com muita força persuasiva” (Silva, 1999:10).

Atualmente a reduzida população indígena continua sofrendo impactos esporádicos de toda ordem. Há “colonizadores” respaldados em planos modernos que prometam progressos, “prósperos culturizadores” que tentam provar inutilmente que os índios devem adotar a cultura dos brancos para serem reconhecidos como cidadãos; e, ainda, aqueles que reconhecem o direito à terra dos povos indígenas e seus costumes, mas arbitram quanto às suas reais necessidades e às condições de assegurá-las.

Na Amazônia, estima-se que hoje vivam cerca de 195 povos indígenas totalizando uma população de 230.802 pessoas (55,7% da população indígena brasileira), formando mais de 2.500 comunidades, presentes em 164 municípios. Em 38 desses municípios a população indígena corresponde a mais de 10% e em nove deles a mais de 50% do total de habitantes (FUNASA, 2003).

³ Salvo as citações referidas, os dados e informações contidas nesta seção estão no trabalho *Amazônia Without Myths*. Financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). 1992, com tradução da própria autora.

A diversidade étnica caracteriza a variedade da cultura da Amazônia indígena, conforme evidencia Silva (1999, *apud* Ramos): por exemplo, há uma variedade de 170 a 180 línguas, embora hoje representem menos da metade das que existiam 500 anos atrás.

Sobre a problemática indígena, Silva (1999) aponta o relatório do Conselho Geral da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), de maio de 1995, cujo conteúdo expõe um diagnóstico das questões repetidamente vivenciadas por essas populações: nos estados do Pará, Maranhão e Rondônia, é secular o problema de invasão de terras indígenas para a extração de madeira e de minérios, além dos atos de violência contra aqueles que se opõem à exploração predatória da floresta; em Roraima, há falta de proteção às terras demarcadas e o aumento da mortalidade entre os ianomâmis por doenças ou violência em virtude de novas frentes de garimpagem ou de colonização; no Amazonas, prevalecem as epidemias de malária, hepatite, tuberculose e diarreia infecciosa. Na Amazônia como um todo, a taxa de mortalidade infantil entre os indígenas foi de 64,7 por mil nascidos vivos em 1999 (MS, 2003).

Mas apesar disso, nos últimos anos tem havido avanços. No plano internacional, formou-se a Agência Coordenadora dos Povos Indígenas da Bacia Amazônica (COICA), à qual se afiliaram a Associação de Desenvolvimento Interétnico da Selva Peruana (AIDSESEP), a Confederação Indígena do Oeste Boliviano (CIDOB), a Confederação das Nacionalidades Indígenas da Amazônia Equatorial (CONFENIAE), a Organização Nacional de Indígenas da Colômbia (ONIC) e a União das Nações Indígenas (UNI) do Brasil (Silva, 1999).

No Brasil formaram-se federações e confederações, dentre as quais se destaca a COIAB, representando 36 organizações e articulações de povos indígenas. E assim como, nos anos 80 e 90, diversas organizações indígenas se mobilizaram em torno de suas reivindicações. Além das associadas à posse de terras, outras surgiram por melhores serviços de saúde, adequados à sua realidade social. Neste movimento se iniciaram os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sobre os quais falaremos mais adiante.

A invasão dos territórios das populações indígenas é freqüente. Os principais transgressores são mineradores informais que tomam posse de áreas com ou sem autorização. Suas reivindicações são consideradas mais importantes que os territórios indígenas devido à falta de coordenação entre os órgãos responsáveis.

De fato, a pressão causada pela presença de tantos exploradores de ouro tem um sério efeito em projetos de desenvolvimento, sistemas legais, sistemas de manejo de

reservas (agricultura, floresta, extrativismo, etc.) e nos profissionais como médicos, professores e engenheiros. A difusão de doenças infecciosas como malária e tuberculose e doenças sexuais como sífilis e AIDS, trazidas pelos garimpeiros, está causando problemas graves por toda a região. Essas doenças têm sido prejudiciais, especialmente à população indígena.

d) A questão urbana

Conforme as Estatísticas para o Século XX do IBGE (2003) entre 1900 e 2000 a população do Brasil aumentou 100 vezes. Em comparação, nos três estados da Amazônia Legal para os quais se dispõe de dados de 1900 – Pará, Amazonas e Maranhão – a população cresceu 117,5 vezes. Esse aumento deveu-se à imigração maciça de pessoas, em sua maioria sem qualificação, provenientes, primeiramente, da Região Nordeste e, em tempos mais recentes, do Centro-Oeste e do Sul. Esses trabalhadores vieram atraídos pelas oportunidades abertas pelos projetos de desenvolvimento. Porém, como esses projetos não ofereciam empregos em número suficiente nem uma infra-estrutura adequada para receber os recém-chegados, a massa excedente foi ocupar as periferias urbanas agravando ainda mais as precárias condições de vida preexistentes.

Os seguintes dados, baseados no Censo de 2000, mostram o percentual da população residente nas capitais em relação à população dos Estados amazônicos (exceto os Estados de Tocantins e Mato Grosso, de criação recente):

Capital	População (%)
Boa Vista (RR)	62,0
Macapá (AP)	59,4
Manaus (AM)	50,0
Rio Branco (AC)	45,4
Porto Velho (RO)	41,2
Belém (PA)	24,0
São Luís (MA)	15,3

Entre as capitais com maior percentual de população urbana, destacam-se Boa Vista, Macapá e Manaus. O percentual de Boa Vista é explicado principalmente pela

exploração de minérios (garimpos), sendo que Manaus tem tido crescimento adicional devido à atividade industrial da Zona Franca.

Diante desses números, não pode ser subestimado o impacto nas cidades, que cresceram rapidamente de forma desordenada e sem contar com condições mínimas de infra-estrutura e equipamentos sociais para atender às famílias que passam a ocupar as periferias urbanas. De fato, o processo migratório continua fazendo-se agora extensivo também às cidades médias do interior. Esse quadro é agravado pelo perfil dos migrantes, a maioria deles sem qualificação, com baixo ou nulo nível de escolaridade, e cujas precariedades se agregam às previamente existentes na região.

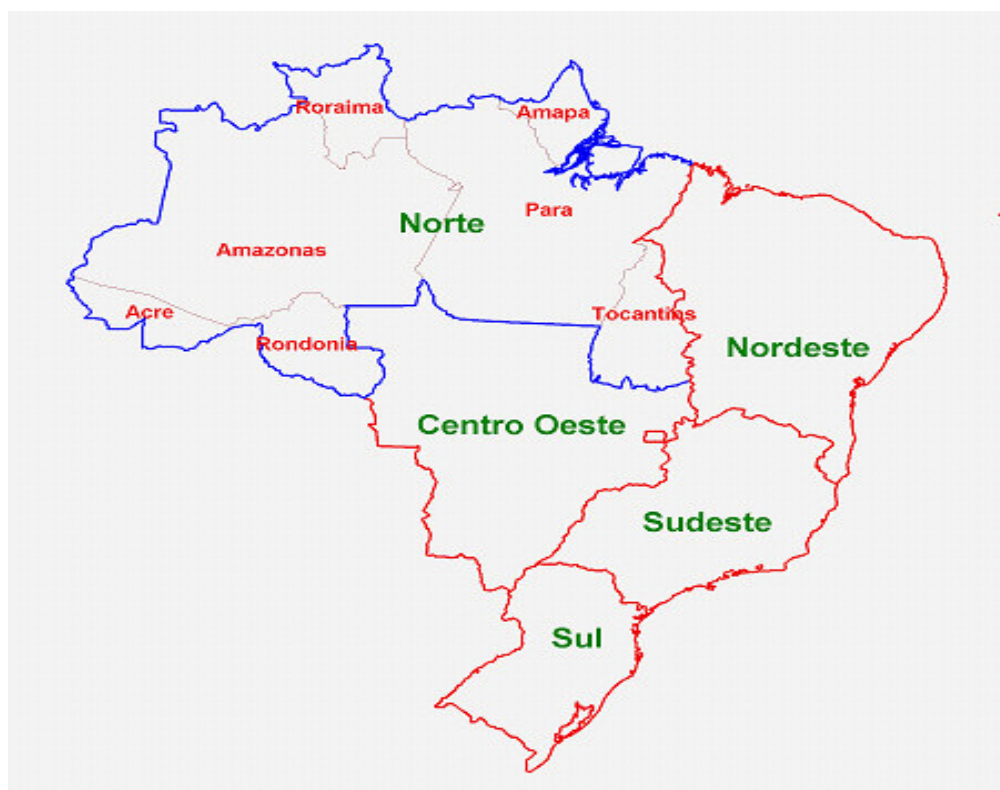
Ante as evidências apresentadas em termos da grandeza, riqueza, heterogeneidade biocultural e demográfica da Amazônia, torna-se impossível aplicar na região políticas públicas de caráter homogêneo. Não é à toa que fracassem os planos que não consideraram tais diferenciais, além de explorar e desrespeitar as populações que nela habitam, particularmente os indígenas.

Em relação aos comentários acima, na seção seguinte, ao abordarmos a Região Norte, veremos de forma mais detida alguns indicadores da situação social e sanitária dos habitantes da Amazônia.

2. A Região Norte no contexto nacional

A Região Norte compreende sete estados: Pará, Amapá, Amazonas, Roraima, Rondônia, Acre e Tocantins. É a região brasileira de maior extensão territorial, equivalente a mais de 45% do total nacional. O mapa da Figura 2 mostra a divisão regional do Brasil dando destaque à Região Norte e seus Estados.

Figura 2. Regiões do Brasil e Estados da Região Norte



Fonte: www.cdc.gov.br, acesso em 25/1/2004.

Segundo o Censo de 2000, o Norte tem uma população de 12,9 milhões de habitantes, a segunda menor do país, após a Região Centro-Oeste (11,3 milhões). Desse total, cerca de 70% residem na zona urbana e 30% na zona rural, sendo que para o Brasil a distribuição é de 81% de residentes na zona urbana e 19% na rural. Quanto à distribuição por sexo, 50,6% são homens e 49,6% são mulheres.

A respeito da Região Norte há duas dimensões principais a serem contrastadas para fins deste trabalho: as positivas transformações da economia e as desiguais condições sociais e sanitárias da população. Analisaremos estes pontos nas seções seguintes.

a) Dimensão econômica

Após a fase do “milagre econômico” dos governos militares, a partir de meados dos anos 1970 começa a desaceleração da economia brasileira, enquanto a Região Norte apresenta um desempenho muito bom. De acordo com Buarque (1995), no período 1975-

1980, a região apresentou a mais alta taxa anual de crescimento de sua história – 15,8%, que representou mais do dobro da taxa anual de crescimento do país que foi de 6,4 % no mesmo período. Entre 1980 e 1990 a economia da Região Norte cresceu quase cinco vezes mais que a economia nacional, sob o estímulo dos investimentos públicos em infraestrutura e na atividade produtiva minero-metalúrgica (Buarque, 1995, p. 98-99). Mais ainda, de acordo com dados do IPEA, entre 1996 e 2000, o PIB do Brasil cresceu em média, 2,3%, enquanto o PIB da Região Norte foi de 3,9%.⁴

Contudo, a maior riqueza produzida não teve expressiva representação na elevação do bem estar da população devido fundamentalmente a dois fatores: o acelerado crescimento demográfico e manutenção dos padrões de concentração de renda.

As mudanças econômicas na Região Norte pela ação direta do Estado não viabilizaram o desenvolvimento regional homogêneo esperado, podendo-se apontar características dominantes distintas que impõem maior ou menor dinamismo nas áreas onde se localizam (Neto, 1995).

Pará, Amazonas e Rondônia concentram a atividade produtiva da Região Norte. Rondônia se centra na agropecuária; Pará tem uma economia mista (indústria e agrícola) com forte peso da indústria minero-metalúrgica e Amazonas uma atividade industrial centrada em produtos eletroeletrônicos.

Apesar dos avanços ocorridos na Região Norte, a sua participação na produção econômica nacional é ainda a menor do país, como mostram os seguintes indicadores.

⁴ Dados obtidos no site <http://www.ipeadata.gov.br> (24/2/2004).

Tabela 1. Participação das regiões no PIB e na estrutura produtiva nacional, 2000 (%)

Indicadores	Norte	Nordeste	Sudeste	Centro-Oeste	Sul
Participação no PIB	4,6	13,1	57,8	7,0	17,6
Participação na Estrutura Produtiva					
- Produto Agropecuário	7,7	16,4	32,4	13,0	30,4
- Produto Industrial	4,5	11,5	61,9	3,3	18,7
- Produto Comercial	4,3	14,8	55,6	6,6	18,6

Fonte: IPEADATA, 2000. acesso em 4/2/2004.

Os percentuais demonstram que a atividade agropecuária, isoladamente, é a principal em todas as regiões, salvo no Sudeste. No entanto, em todas as regiões, indústria e comércio, somados, ultrapassam o setor agropecuário, exceto no Centro-Oeste. Por último, os dados confirmam que o Sudeste não só tem a maior participação regional nos três setores econômicos como contribui com quase 60% para o PIB nacional e detém quase 62% da produção industrial.

Quanto ao mercado de trabalho, na Região Norte, como nas demais regiões, a inserção da mão-de-obra ocorre predominantemente no setor serviços, exceto no Nordeste, onde a maioria está ocupada na agricultura.

Tabela 2. População ocupada nas regiões e Brasil, segundo setores produtivos (%).

Indicadores	Norte	Nordeste	Sudeste	Centro-Oeste	Sul	Brasil
Pessoas ocupadas por ramo de atividade principal (10 anos e mais)						
Agrícola	12,3	40,7	13,4	22,8	26,4	24,2
Indústria*	17,0	13,6	23,0	15,2	22,4	19,3
Comércio	20,1	12,4	14,0	14,1	12,0	13,4
Serviços**	49,0	32,1	47,2	46,2	37,5	41,2

(1) Somente a população urbana (Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá).

* Todas as atividades industriais.

** Prestação de serviços sociais, administração pública e outras atividades.

Fonte: IPEADATA, 2000, acesso em 4/2/2004.

Dados do IPEA sobre a Região Norte demonstram que o percentual de pessoas ocupadas na prestação de serviços atinge 49%, quando o Brasil apresenta 41,2%. Entretanto, nas atividades agrícolas possui o menor percentual de pessoas ocupadas do país, com 12,3%, enquanto o Nordeste se destaca com 40,7% e a média nacional é de 24,2%. Nas atividades industriais, apesar da crescente participação na estrutura produtiva do país, o Norte permanece abaixo da média nacional (19,3%), com 17,0% das pessoas

ocupadas nesse ramo de atividade, embora, nesse aspecto, esteja à frente da Região Nordeste que atinge 13,6%.

b) Dimensão demográfica

Dadas as dimensões e características geofísicas da Região Norte e da Amazônia em geral, é importante examinar, em primeiro lugar, a distribuição da população na região, conforme mostra a tabela a seguir.

Tabela 3. Área, população e densidade demográfica dos estados da Região Norte.

Estados	Superfície		População		Densidade demográfica
	(mil km ²)	%	(mil)	%	
Amazonas	1.570	40,8	2.812	21,8	1,8
Pará	1.247	32,3	6.192	48,0	5,0
Tocantins	277	7,4	1.155	9,0	4,2
Rondônia	237	6,0	1.379	10,7	5,8
Roraima	224	5,8	324	2,5	1,5
Acre	152	4,0	557	4,3	3,7
Amapá	142	3,7	477	3,7	3,6

Fonte: IBGE, 2000. acesso em 01/03/2004.

Dos estados da região Norte, o Amazonas possui a maior extensão territorial, seguido do Pará, situação que se inverte quando se observa a população de ambos os estados. Todavia, no Amazonas a população se encontra dispersa apresentando baixa densidade demográfica: 1,8 habitantes por km², acima apenas de Roraima.

Outro aspecto importante a considerar é a dinâmica demográfica regional. Os dados da tabela 4, mostram o incremento da população da Região Norte em comparação com a do Brasil.

Tabela 4. Evolução da taxa geométrica anual da população residente no Brasil e na Região Norte, 1940-2000

	1940/1950	1950/1960	1960/1970	1970/1980	1980/1991	1991/2000
Brasil	2,39	2,99	2,89	2,48	1,93	1,63
R. Norte	2,29	3,34	3,47	5,02	3,85	3,86

Fonte: IPEA/DATA. 2003. acesso em 24/02/2004.

Pode-se apreciar que da década 1950-1960 em diante, a população residente no Norte aumenta em proporção bem maior que a do Brasil. Essa distância aumenta a partir da década de 1970. Nas últimas três décadas a taxa de crescimento demográfico do Norte se manteve bem acima da taxa do Brasil, sendo que no período 1991/2000, a população urbana do Norte cresce 2,4 vezes mais que a média nacional, como se observa na tabela 5.

Tabela 5. Evolução da taxa geométrica anual da população urbana, Brasil e Região Norte, 1940-2000

	1940/1950	1950/1960	1960/1970	1970/1980	1980/1991	1991/2000
Brasil	3,91	5,15	5,22	4,44	2,97	2,45
R. Norte	3,71	5,04	5,44	6,44	5,37	4,81

Fonte: IPEADATA. 2003. acesso em 24/02/2004.

Os dados relativos ao crescimento da população urbana reiteram o padrão anterior. A partir de 1960-1970 a taxa de incremento da população urbana do Norte começa a superar a do país, mantendo-se vezes 1,74 acima da média nacional até o final do século.

Como já mencionado, um fator determinante do aumento demográfico da região Norte tem sido a migração. No entanto, a contribuição da taxa de fecundidade tem sido igualmente relevante. Embora a fecundidade regional venha acompanhando a tendência nacional declinante, ainda é a mais alta do Brasil: em 2002 a taxa média nacional era de 2,2 filhos nascidos vivos por mulher, enquanto no Norte era de 2,8 filhos por mulher (IDB-2002).

Ainda assim, com relação à distribuição urbana e rural, o Censo de 2000 (IBGE, 2000) mostra que 81,3% da população brasileira residia em área urbana, enquanto na Região Norte esse percentual era de 69% demonstrando que a ruralidade no Norte é mais acentuada do que no restante do país.

Um último aspecto a considerar tem a ver com a pirâmide populacional. Como sabemos, ela está mudando no sentido de uma diminuição na população infantil e adolescente e aumento da população idosa.

Tabela 6. População até 15 anos, mais de 60 anos e esperança de vida, Brasil e Região Norte, 1991 - 2000.

População	1991		2000	
	Brasil	Norte	Brasil	Norte
Pop. Até 15 anos (%)	34,7	42,5	29,6	37,2
Pop > de 60 anos	7,3	4,6	8,5	5,5
Esperança de vida ao nascer (anos)	68,6	68,5

Fonte: DATASUS, 2003. acesso em 01/03/2004.

Observa-se na tabela 6 que no Norte o percentual de população de até 15 anos, em 2000, ainda é maior que a média nacional, enquanto o percentual de idosos mantém-se abaixo.

O envelhecimento da população, junto com a melhoria na atenção à saúde, tem levado ao aumento na expectativa de vida. Segundo o Censo 2000, a esperança média de vida ao nascer chega na Região Norte a 68,5 anos, número semelhante à média do Brasil, que é de 68,6 anos, enquanto a mais alta corresponde à Região Sul, com 71 anos.

Em resumo, a dinâmica demográfica brasileira passa por uma fase de transição caracterizada pela redução do crescimento da população devido a fatores como a urbanização, a queda da fecundidade e da natalidade, o envelhecimento da população e tempo de vida mais prolongado. A essa transição também contribui a melhoria generalizada dos indicadores básicos de saúde, não obstante a persistência de elevados níveis de pobreza e miséria no país, além da deficiência de serviços médico sanitários. No ponto seguinte abordaremos estes aspectos do ponto de vista regional.

c) Situação social e sanitária

- **Indicadores sociais**

Em primeiro lugar, examinaremos alguns indicadores sociais e de saúde, conforme a Tabela 7, para, em seguida, referirmo-nos às condições de vida em geral. Vale destacar a indisponibilidade de dados sobre mortalidade geral e materna da Região Norte em diversas fontes nacionais (DATASUS, IDB, IPEA, IBGE).

Tabela 7. Indicadores sociais e sanitários, Brasil e Região Norte, 2000.

Indicadores	Brasil	Região Norte
% de analfabetismo (15 anos e mais)	13,3	11,6
Taxa de mortalidade infantil (1.000 nascidos vivos)	28,3	28,9
Taxa de mortalidade em maiores de 60 anos	55,6	43,6
% de domicílios com acesso a rede geral de água	77,8	48,0
% de domicílios com esgotamento sanitário	47,2	9,6

Fonte: DATASUS/IDB, 2002. acesso em 25/02/2004.

As informações acima, embora não confiáveis, mostram que a taxa de analfabetismo vem sistematicamente caindo no país. Na região Norte essa redução tem sido significativa, tendo sido de 11,6% no ano de 1999, abaixo da média nacional de 13,3%. Entretanto, como os mais velhos no restante do país sobrevivem mais e é justamente nesse segmento populacional em que está a maior concentração de analfabetos a situação de redução não é assim tão favorável. Mesmo assim cabe comentar que a cobertura no ensino em todos os níveis (fundamental, médio e superior) no período 1991-1999, em geral, houve incremento de 43% dos estabelecimentos privados em detrimento dos estabelecimentos públicos com 18,8%, embora o maior número de matrículas ainda seja oferecido pelo segmento público. Especificamente no ensino universitário, o crescimento dos estabelecimentos privados foi de 154,7%. De fato, as universidades federais estão à míngua de recursos. Encontram-se endividadas, com poucos professores e perdendo cada vez mais espaço para as universidades particulares, oferecendo apenas 16,7% do total de vagas nos vestibulares, enquanto o ensino privado concentra 83,3%. Apesar do aumento de cobertura, a baixa qualidade do ensino, seja público ou privado, é um problema cuja discussão continua em aberto (Jornal *A Crítica*, 2003).

Comportamento positivo ocorreu com a evolução da mortalidade infantil em todo o país. A Região Norte apresentou, em 2000, um coeficiente de 28,9 por mil nascidos vivos, superando levemente a média nacional de 28,3. Entretanto, como as Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul continuam obtendo melhoras nesse indicador, a distância do Norte em relação àquelas permanece, assim como também a desigualdade. Dos onze estados com taxas acima da média nacional, nove pertencem à Região Nordeste e quatro à Região Norte, sendo o Acre que apresenta a maior taxa (35,5 por mil nascidos vivos), seguido do Amazonas com 30,1. Todos os demais apresentam taxa de mortalidade infantil abaixo da

média nacional (IDB, 2003). Apesar disso, não podemos deixar de considerar que a taxa de mortalidade infantil no Norte ainda é muito subestimada.

Quanto às condições de saneamento básico dos domicílios, o abastecimento de água na Região Norte teve cobertura de 48,0%, bem inferior à média brasileira de 77,8%. Em pior situação encontram-se os domicílios abastecidos com esgotamento sanitário, pois apenas 9,64% estão conectados a essa rede. De modo geral, exceto no Sudeste, o número de domicílio com esgotamento sanitário permanece baixo em todo o país, ficando todas as demais regiões com valores abaixo de 35% de cobertura. Mesmo na Região Sul, que costuma apresentar boas condições sanitárias, a cobertura alcança 29,56% (IDB, 2003).

Pela situação apresentada nos tópicos acima, e concordando com Neto (1995), para compreender a complexa relação entre os indicadores econômicos e sociais torna-se necessário conhecer melhor essas dimensões que, por sua vez, estão associadas às formas diferenciadas pelas quais o Estado brasileiro atua por meio de políticas sociais e compensatórias, como as de educação, saúde, assistência social e de serviços coletivos urbanos.

- **Indicadores de saúde**

O quadro de saúde da Região Norte expressa, de forma marcante, sua condição social. É um dos mais desfavoráveis do país. Os indicadores de morbidade selecionados referem-se àquelas doenças encontradas pelas várias expedições científicas efetuadas na Amazônia, que na Região Norte persistem e coexistem com outras, como Dengue e Aids.

Tabela 8. Incidência de agravos endêmicos e outros na Região Norte, 2001.

AGRAVOS	2001
Malária (*)	26,13
Dengue (casos/100.000 hab)	408,05
Hanseníase (casos/10.000 hab)	5,48
Tuberculose (casos/100.000 hab)	40,57
AIDS (casos/100.000 hab)	2,26

Fonte: DATASUS/IDB, 2002. acesso em 25/02/2004.

(*) Índice Parasitário Anual: exames positivos/1.000 habitantes

Conforme citado anteriormente, a malária destaca-se entre as moléstias endêmicas da região, sendo o Amazonas, Pará e Roraima responsáveis por 90% dos casos do país, e ainda com significativa incidência de outras, como a dengue, cuja média de incidência (433/100.000) é superior à média nacional (141/100.000). Crescente também é a incidência de hanseníase, tendo o Maranhão contribuído com o maior número de casos novos – 9.213 (MS, 2003).

Outra situação importante é a incidência de AIDS. Embora a região tenha apresentado uma queda no número de casos novos no período 1998-1999, o Amazonas registrou 161 casos em 1998, passando para 193 casos em 1999, quando os demais estados da região apresentaram redução. A tuberculose, apesar de no mesmo período ter apresentado redução do número de casos novos na região, no Amazonas mantém a alta incidência: 73,78 casos por cem mil habitantes.

A rede assistencial de saúde no Norte é eminentemente pública e ainda insuficiente, dispondo de 5.392 unidades de saúde, sendo 4.924 ambulatoriais e 468 hospitalares, para atender 13 milhões de habitantes. Destaca-se a menor cobertura de unidades de saúde, juntamente com a capacidade de leitos por habitantes, se comparada com as demais regiões. O maior déficit de leitos encontra-se no Amapá que dispõe de apenas 1,42 leitos por mil habitantes (MS, 2003). Esta situação demonstra que a distribuição no interior da região é bastante desigual.

Outra questão, tida como histórica e de difícil resolução na Região Norte, é a insuficiência de profissionais de saúde, especialmente de nível superior, e a sua fixação no interior dos estados, apesar de iniciativas como o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, criado pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2001, contemplando todos os estados da região com 252 profissionais entre médicos e enfermeiros. A razão de médicos por mil habitantes no Brasil, em 2002, correspondeu a 1,17 e na região Norte 1,29. Verifica-se, nesse aspecto, a condição favorável da região Norte em relação ao País. No entanto, dentre os estados da região, a situação se modifica. A menor razão está no Acre com 1,38 médicos/1.000/hab. e a maior no Pará com 1,51. Destaca-se também que em alguns estados muitos profissionais exercem a profissão ilegalmente, enquanto que em vários municípios sequer existe essa categoria profissional (DATASUS, 2003).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em relação à gestão⁶, segundo as exigências da NOB-SUS/96 e da NOAS 01/2002, a região apresenta um quadro de habilitação bastante variado (Quadro 1). Até 2003, somente os estados do Acre, Pará, Rondônia, Mato Grosso e Roraima estavam habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual.

Quadro 1 Municípios habilitados por estados, segundo a NOB/96 e NOAS/2002.

UF	NOB/96		NOAS/2002	
	GPAB	GPSM	GPAB-A	GPSM
AC	19	0	0	0
AM	53	6	2	1
AP	13	1	0	0
PA	92	26	8	18
RO	38	11	3	2
RR	14	1	0	0
TO	131	8	0	0
TOTAL	360	53	13	21

Fonte: MS, 2003.

Os dados demonstram que o processo de descentralização do SUS nos estados da Região Norte é recente e incipiente e que, de acordo com a última Norma vigente, que estabelece a regionalização como estratégia de organização e estruturação dos serviços de saúde em nível estadual, na Região Norte, pelo número de estados e municípios habilitados, a situação é muito aquém da esperada. Dentre as capitais, apenas Belém se encontra na Gestão Plena do Sistema, pela NOAS/2002. As respostas a esta questão parece estar num conjunto de fatores que envolvem desde as resistências políticas local, quanto a incapacidade da gestão estadual em organizar a sua rede e reestruturar programas, ações e serviços de saúde de acordo com o modelo de regionalização estabelecido pela Norma, pelas peculiaridades apresentadas no próximo Capítulo, como também não conseguiu implantar nenhum modelo alternativo que atendesse ao princípio exigido e às necessidades de sua população. Contribui também, o fato de resistir em permanecer com a execução de

⁶ No âmbito do SUS, de acordo com a Nob/96, Gestão Plena da Atenção Básica é a condição em que o município assume as responsabilidades pela gestão, gerência e prestação de serviços básicos assistenciais e de vigilância em saúde próprios, bem como pela contratação e pagamento dos contratados ou conveniados. Na Gestão Plena de Atenção Básica, as responsabilidades envolve todos os serviços e níveis de complexidade. De acordo com a Noas/2002, na Gestão Básica Ampliada, a implementação dos programas básicos de saúde deve, obrigatoriamente, obedecer aos sete eixos prioritários definidos pelo Ministério da Saúde. Na Gestão Plena do Sistema Municipal, igualmente o que estabelecia a Nob/96, implica na responsabilidade pela totalidade dos serviços de saúde, exceto os Hemocentros e os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen).

expressiva prestação da assistência básica e de média complexidade, o que acaba por comprometer seu papel de coordenador/controlador do sistema estadual de saúde.

d) Dimensão da Pobreza

Vários autores afirmam que, no caso do Brasil, o indicador que melhor expressa a defasagem entre a expansão da economia e da renda por habitante das regiões economicamente atrasadas e a melhoria das condições de vida, é aquele que estima os contingentes de pobres e indigentes presentes em cada região e sua evolução recente.

Nesse sentido, Rocha (2003) explica que a associação entre indigentes e pobres na maior parte das vezes é incorreta, na medida em que os números são definidos a partir da renda e não da situação nutricional. Embora os indigentes sejam aqueles cuja renda familiar *per capita* é insuficiente para a aquisição de uma alimentação adequada, eles não são, necessariamente, subnutridos. Sem dúvida, entre os indigentes, aqueles que passam fome estão em condições mais críticas. Por outro lado, afirma haver uma forte tendência de redução de subnutrição no país. O indicador mais sensível a esse respeito é o de mortalidade infantil, o qual já vimos ter melhorado consideravelmente, embora ainda se mantenham importantes diferenciais entre as regiões.

Apesar do consenso de que o conceito de pobreza existente no Brasil é o de pobreza absoluta, pelo contingente de pessoas que não dispõem dos meios para atender às suas necessidades básicas, concordamos com a abordagem de Rocha, ao definir a renda familiar *per capita* como parâmetro monetário e considerar outros aspectos para qualificá-la. Em áreas urbanas, principalmente, condição de moradia, acesso a serviços públicos como saúde e educação, são fundamentais para o grupo de pobres.

Na tabela abaixo verificamos que a concentração de renda no Brasil é um problema generalizado, embora com diferente intensidade, segundo regiões.

Tabela 9. Concentração de renda e pobreza nas regiões e Brasil 2001.

Indicadores	Norte	Nordeste	Sudeste	Centro-Oeste	Sul	Brasil
Renda domiciliar <i>per capita</i> (R\$)	255,28	208,95	404,12	384,88	419,47	325,04
10% mais ricos	45,5	49,5	44,9	49,2	43,4	47,5
Taxa de pobreza* (%)	34,8	50,0	16,8	23,6	19,8	28,4

Fonte: IPEADATA, 2000, acesso em 4/2/2004.

* 1999

Os dados da tabela 9 revelam sérios problemas nos níveis de renda domiciliar *per capita*, permanecendo as regiões Norte e Nordeste com valores bem abaixo das outras

regiões e da média nacional. Agravando essa situação, o percentual da renda apropriada pelos 10% mais ricos corresponde a mais de 40% em todas as regiões. Em 2001, a proporção da renda apropriada pelos 10% mais ricos foi de 50,3% no Acre e Tocantins e de 45,8% no Amazonas, sendo a menor no Amapá com 36,3%. Situação mais crítica se encontra no Nordeste, que além da alta concentração de renda, apresenta o mais alto percentual de pobres, 50 %. Na Região Norte o contingente de pobres atinge 34,8 %, bem acima da média nacional de 28,4 %.

De acordo com o Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), no período 1991-2000, os estados que mais caíram no *ranking* brasileiro pertencem ao Norte: Roraima (da 8ª para 13ª posição), Amazonas (da 14ª para 17ª posição) e Acre (da 18ª para 21ª posição). Em 2000, apesar dos estados situarem-se na faixa de médio desenvolvimento, os valores de IDH-M estão abaixo da média nacional (0,764).

Tabela 10. IDH-M e pobreza como insuficiência de renda, estados da Região Norte (população urbana), 2001.

Estados	IDH-M	Pobres (mil)	Participação (%)
Rondônia	0,729	295.143	11,3
Acre	,0692	140.441	5,4
Amazonas	0,717	915.616	35,1
Roraima	0,749	86.149	3,3
Pará	0,720	780.773	29,9
Amapá	0,751	93.136	3,6
Tocantins	0,721	298.069	11,4
Total	-	2.609.327	100

Fonte: *Pobreza no Brasil – Afinal, de que se trata?* Sônia Rocha, 2003.

Quando se observa a tabela 10, verifica-se que no estado do Amazonas a pobreza é a maior da região Norte, com 35,1% da população, seguido do Pará com 29,9%.

Em resumo, o crescimento econômico na região Norte veio acompanhado de elevado crescimento populacional, ocupação desigual no espaço geográfico com distribuição em vários subespaços com especificidades locais e concomitante pobreza urbana.

O conjunto de dados sobre a região Norte mostra que as transformações pelas quais tem passado até agora produziram, combinadamente, o desenvolvimento econômico e a pobreza, situação essa que não revela indícios de que será rompida, mesmo porque as condições de reprodução da miséria adquiriram caráter estrutural.

Como veremos, essa situação de iniquidades se repete no Amazonas e se amplifica em Manaus, apresentando desafios incomensuráveis para o SUS que, por si só, tem uma

influência necessariamente limitada na reversão ou mesmo atenuação nas condições de vida da população.

Capítulo II

O Estado do Amazonas e a capital Manaus

O objetivo deste capítulo é descrever, em primeiro lugar, o estado do Amazonas à luz dos antecedentes sobre a Amazônia Legal e a Região Norte e fornecer elementos para situar, em seguida, o município de Manaus na perspectiva das desigualdades regionais e locais examinadas. Como já dito, essas articulações são necessárias para melhor compreender os condicionantes do contexto sobre a atenção à saúde da população local, que abordaremos no Capítulo III. Demais está reiterar que a precariedade ou inconsistência das informações, ou mesmo a ausência delas, não permite oferecer um quadro tão completo como seria desejável. Por esta razão, trata-se de um trabalho que esperamos possa ser aprimorado em futuras pesquisas.

1. O estado do Amazonas

a) Caracterização geral

Conforme assinalado, o Amazonas é o maior estado do Brasil em extensão territorial, com uma superfície de 1.570.820 km² que equivalente a 40,8% da região Norte e a 18,4% do território nacional. Como ilustra o mapa, limita com Venezuela, Colômbia e Peru e com os estados de Roraima, Acre, Rondônia, Mato Grosso e Pará.

Figura 3. Mapa do Estado do Amazonas



se distribui pelos municípios aproximadamente como segue: O estado tem 62 municípios agrupados em nove regiões e mais o Centro Regional Manaus, cuja superfície é de 11.458,50 km². Como já referido, a população é de 2.812.500 habitantes, dos quais 1.488.805 residem em Manaus. Do total da população estadual, 75% vive na área urbana e 25% na rural. Quanto à distribuição por sexo, 50,3% são homens e 49,7% são mulheres. A população

Número de habitantes	Número de municípios
Até 10.000	14
10.000 a 20.000	25
20.000 a 50.000	22
Acima de 500.000	1 (Manaus)

Desses números se depreende, primeiro, que, salvo Manaus, que concentra 50 % da população em 0,7 % do território estadual, os municípios são de pequeno porte e se espalham pelo extenso complexo de afluentes, bacias e rios que caracterizam o Amazonas.

De fato, Manaus, com 1.488.805 habitantes, concentra 50 % da população do estado, enquanto 39 (65 %) municípios, têm menos de 20.000 habitantes e 22 (13,6 %) deles têm entre 20.000 e 50.000 habitantes. Além disso, a densidade demográfica é de 1,8 habitantes por km² (IBGE, 2000).

Como visto, no período 1991-2000, no Brasil, a taxa geométrica de crescimento anual da população residente foi de 1,6 enquanto a da região Norte foi de 3,9, pouco superior à do estado do Amazonas, que cresceu 3,3% no mesmo período. (IBGE, 2001).

Os traços do estado são, em suma: grande extensão territorial, baixa densidade demográfica, dispersão da população em municípios de pequeno porte e a “metropolização” de Manaus. A isso se deve acrescentar o difícil acesso às populações interioranas, irregularmente distribuídas ao longo dos 10 grandes vales fluviais que cortam o estado, além de no estado se reproduzirem as mesmas desigualdades sócio-econômicas da região Norte.

b) A distância e o fenômeno da “cheia” e da “vazante”

A conjunção das características citadas constitui enormes desafios de gestão e logística para as políticas públicas voltadas à provisão de equipamentos e serviços sociais como educação, saúde, saneamento, comunicações e transporte. Embora estudos econômicos venham rebatendo o argumento de que a distância é a causa da carestia, é evidente que a “tirania da distância”, como a qualifica Araújo Lima (2001), afeta não somente as relações econômicas e sociais internas, mas, também, de forma muito importante, o contato do estado do Amazonas com o resto do país, de onde provém a maioria dos produtos não originários que a população consome, assim como praticamente todos os insumos e peças para a indústria e serviços públicos.

Uma referência especial deve ser feita ao transporte porque, além da vastidão territorial, um obstáculo adicional é o fenômeno da “cheia” e da “vazante” que, dependendo da época do ano, pode encurtar ou dilatar o tempo em horas ou dias. Esse fenômeno é explicado pela complexa hidrografia da região, ressaltada por Fernandes (2001).

No inverno (novembro a abril), durante a “cheia”, que dura de 4 a 6 meses, as águas do rio Amazonas sobem até 30 metros e tudo fica submerso, Com a “vazante” os riscos para a navegação aumentam devido a presença de grande quantidade de troncos de árvores flutuantes e rochas que se deslocam, ocasionando alterações nos leitos fluviais é causando freqüentes acidentes com embarcações (Pontes Filho, 2000).

c) A questão da terra e da renda

Desde a colonização, contraditoriamente, as terras no Amazonas constituíram vastos domínios latifundiários, ou seja, se originaram bem antes dos tempos áureos da exploração da borracha. O direito à propriedade era extensivo a alguns privilegiados que recebiam terras da Coroa e mais tarde do governo republicano ou simplesmente delas se apoderavam, sem muito esforço.

Durante a fase da integração na Amazônia, nos anos 1970, quando os planos oficiais estabeleceram a exploração de recursos minerais, as pressões por reforma agrária não puderam ser ignoradas. Para tanto, o governo brasileiro foi obrigado a criar o Plano Nacional de Reforma Agrária (1985), que teve como objetivo principal a redistribuição de terras públicas e privadas improdutivas e o assentamento de famílias na região Norte.

Segundo os dados do IBGE (1998) dos quase 5 milhões de estabelecimentos na agricultura brasileira, 9,3% encontra-se no Norte, sendo que os estabelecimentos de proprietários são a maioria.

Os dados do Censo Agropecuário de 1995 mostram que, segundo o índice de Gini, a região Norte apresenta um processo de reconcentração de propriedade da terra, pois o elevado índice alcançado no passado, de 0,944 já havia reduzido para 0,812 em 1985, subindo para 0,820 em 1995. Contribuem para isso, os índices de 0,835 no Amapá, 0,814 no Pará, 0,813 em Roraima, sendo igualmente alto no Amazonas, de 0,808.

No estudo do IPEA sobre a Demanda de Terra para a Reforma Agrária no Brasil (Gasques e Conceição, 1998), a estimativa do público potencial que demanda terras, especialmente no Amazonas, envolvendo proprietários, arrendatários, parceiros, ocupantes e assalariadas, totaliza 83.198 famílias, abaixo apenas da necessidade do Pará com 163.445 famílias. Para as famílias amazonenses a necessidade de área é de apenas 6.426.741 ha, o que corresponde a 4,09 % da área total do Amazonas. A maior proporção caberia à categoria de proprietários, cuja área seria de 3.093.866 ha, ou seja, 48,14 % da área estimada como necessária.

Para se ter uma idéia da magnitude dos números e da agilidade empregada nesse processo, a quantidade de famílias assentadas e em processo de assentamento pelo INCRA

no Amazonas até 2003 era de 1.237, sendo regularizadas apenas 167, em 347 ha. Apesar disso, ainda é maior do que os 3.786 assentamentos do Pará, onde apenas 60 foram regularizados (INCRA, 2004).

Outros fatores que interferem nos resultados do IPEA são aqueles que têm impacto nos preços da terra. Por exemplo, a eliminação da política de subsídio ao crédito rural, a estabilização macroeconômica e as mudanças na legislação do Imposto Territorial Rural são fatores que atuam favoravelmente no sentido de reduzir a pressão sobre o preço da terra, possibilitando uma diminuição dos custos da Reforma Agrária.

A essa desigualdade junta-se a concentração da renda refletida pelo fato de os 10% mais ricos se apropriarem de 45,8% da riqueza produzida pelo estado, algo superior aos 45,6 % da região Norte, além de uma renda domiciliar *per capita* média de R\$ 255, aproximadamente (tabelas 7 e 9).

d) Desenvolvimento econômico - a Zona Franca de Manaus

Já vimos que a Zona Franca (ZFM) de Manaus surgiu em 1967 com a finalidade de promover o desenvolvimento no interior da Amazônia. Segundo Batista (1976), a ZFM funciona como “um sistema de franquias especiais para a importação de mercadorias e produtos destinados a seu consumo interno, à industrialização, à instalação ou operação de indústrias e serviços, à estocagem para reexportação para o exterior ou para comercialização em outros pontos do território nacional”. Este modelo, aliás, acompanhava outras iniciativas semelhantes surgidas em diversos pontos do planeta, como as Áreas de Livre Comércio (ALC) para a Ásia e América Latina. Todavia, segundo Araújo (1989), ao ser adotado esse modelo de industrialização voltada para a exportação, via Zona Franca, os países se inserem na lógica do processo de acumulação do capital através da participação de empresas multinacionais; conseqüentemente, subordinam a produção às exigências do capital internacional e não às necessidades do país.

Para incentivar a ZFM e isenções o governo brasileiro garantiu investimentos em infra-estrutura e serviços, amplos incentivos fiscais e mão-de-obra abundante e barata. Porém, em geral, tanto o controle fiscal como o social sobre as multinacionais que se instalaram em Manaus têm sido muito reduzido ou ineficaz. O financiamento tem consistido de fundos fiscais de investimento para regiões carentes de poupança privada, com a finalidade de incentivar empreendimentos econômicos com capacidade de promover

o desenvolvimento regional. Nessa linha, a ZFM recebe o apoio de fundos constitucionais como o Fundo de Financiamento do Norte (FNO) e Fundo de Desenvolvimento da Amazônia (FDA), gerenciados pelo BASA, cujos recursos são administrados pela SUFRAMA.

Entre 1970 e 1980, a expansão do complexo ótico e eletroeletrônico de entretenimentos na ZFM foi responsável por um elevado crescimento econômico no estado. Em 2003, a liderança coube aos aparelhos de telefone celular e motocicletas, que contribuíram com 20,3% no aumento das exportações brasileiras. (FIEAM, 2003).

O impacto da ZFM na economia estadual é indiscutível. O setor industrial é o principal gerador de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), que constitui a maior fonte de receita. Segundo a SUFRAMA, em 2001 a arrecadação chegou a 1,7 bilhões de reais, saltando para 2,1 bilhões em 2003, com destaque para a indústria, responsável por 76,5% da arrecadação, enquanto o comércio responde por 26,5% do total. Os maiores responsáveis foram combustíveis, serviço de telefonia e bebidas que representam atualmente o maior peso para a receita tributária do estado (SUFRAMA, 2003).

Com a ameaça da reforma fiscal em 2003 e o temor quanto à não prorrogação da ZFM, a SUFRAMA direcionou sua política para o fortalecimento do parque industrial mediante o reforço da produção local de componentes, bem como para projetos economicamente viáveis que contemplem o aproveitamento de matérias primas regionais e da biodiversidade existentes na Amazônia. São exemplos de projetos dessa natureza o Centro Tecnológico do Pólo Industrial de Manaus (CT- PIM), o Centro de Biotecnologia da Amazônia (CBA), já abordado no Capítulo I, e a Feira Internacional da Amazônia (FIAM) avalizados pelo governo federal como projetos prioritários para o desenvolvimento da ZFM.

Como mencionado, os investimentos públicos têm sido fundamentais para a decolagem da ZFM. Porém, os estímulos têm se concentrado excessivamente no setor privado pela via da renúncia fiscal, com limitado investimento direto no próprio estado. Essa situação torna o Amazonas o estado mais vulnerável economicamente da região pela dependência excessiva dos incentivos e pela carência de infra-estrutura. Em contrapartida, apresenta uma satisfatória conservação dos recursos naturais, resultado da concentração econômica no setor industrial e no espaço urbano de Manaus (Buarque *et al*, 1995).

Em relação ao emprego, a situação é contraditória porque, ao mesmo tempo em que, por força da ZFM, têm crescido as atividades econômicas em Manaus, por outra, a absorção da mão de obra não tem sido suficiente, observando-se uma taxa de desemprego crescente no estado do Amazonas como um todo: de 14,1% em 1997 passou para 19,0% em 2000, a mais alta da região Norte e do Brasil. Isto pode ser atribuído à constante migração de trabalhadores dos estados vizinhos, em particular Maranhão e Pará, que supera a oferta não só de emprego como também de serviços públicos básicos, gerando bolsões de miséria na periferia da capital.

Em suma, o estado do Amazonas apresenta especificidades geográficas, demográficas, econômicas e sociais que tornam particularmente difícil traçar planos de integração das diversas dimensões que deveriam ser incluídas. Isso se vê agravado pelo fato de as atividades econômicas não terem capacidade de absorção da mão de obra ociosa, aumentada pela migração maciça em direção ao pólo industrial da ZFM. Se a isto se soma a concentração da terra e da renda e o fato de o investimento estadual em infraestrutura não acompanhar o processo de “metropolização” de Manaus, tem-se por resultado um elevado percentual de pobreza. Como referido no capítulo anterior (tabela 6), de acordo com o IDH- M para 2001, o estado do Amazonas detém o maior percentual de pobres do total da região Norte, com 35,1%.

2. O município de Manaus

a) Geografia e população

Manaus, capital de estado, localiza-se no centro geográfico da Amazônia, região leste do estado do Amazonas, na sub-região Rio Negro/Solimões e norte do Brasil. Com uma superfície de 11.458,50 km², limita com os seguintes municípios: Presidente Figueiredo (norte), Careiro da Várzea e Iranduba (sul), Rio Preto da Eva e Itacoatiara (leste) e Novo Airão (sul).

O clima é tropical, quente e úmido, com temperatura média anual entre 23,3 e 31,4°C. A flutuação sazonal limita-se a duas estações: inverno (chuvas) e verão (estiagem). A umidade relativa do ar gira em torno de 80° e a média/dia de precipitações é de 2.286 mm, o que contribui para o fenômeno da “cheia” e “vazante” dos rios e igarapés da região.

Vimos que a implantação de infra-estrutura econômica, inicialmente para a Amazônia e Região Norte e, posteriormente, via concessão de incentivos fiscais para o estado do Amazonas, tem atraído considerável contingente populacional sob a forma de fluxos inter-regionais e principalmente intra-regionais, em busca de melhores condições de vida, predominando, no caso de Manaus, correntes no sentido rural-urbano. Como resultado, algumas mudanças surgiram no perfil da população, como veremos a seguir.

Tabela 11. População por situação de domicílio e algumas faixas etárias, Manaus – 1991 e 2000.

População	1991	%	2000	%
População Total	1.011.501		1.405.835	28*
Taxa de crescimento (1991/2000) (%)		3,87	
Urbana	1.006.585	99,4	1.396.768	99,3
Rural	4.916	0,48	9.067	0,64
População Masculina	493.891	48,8	685.444	48,7
População Feminina	517.610	51,2	720.391	51,2
Estrutura Etária				
Menos de 15 anos	385.105	38,1	468.957	33,3
15 a 24 anos	323.771	32,2	457.011	32,5
65 anos e mais	26.439	0,3	43.382	3,1
Densidade Demográfica (hab/km ²)	88,66		123,23	
Esperança de Vida ao Nascer (anos)	65,9		67,7	
Taxa de Fecundidade (total de filhos por mulher)	3,0		2,5	

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano – IBGE, 2003

* incremento na década

A população manauense, que possuía 1.011.501 habitantes em 1991 atingiu, em 2000, um total de 1.405.835 pessoas, apresentando um incremento de 28 % na década.

A taxa média geométrica de crescimento anual da população ilustra a expansão recente da população de Manaus. No período de 1991-2000 foi de aproximadamente 3,9 %, bem superior à taxa do Amazonas (3,3%), igual à da região Norte (3,9%) e bem acima da apresentada pelo país (1,6) no mesmo período.

A população urbana era de 99,4% em 2000, embora tenha apresentado na década uma ligeira redução de 0,15 %. Assim, a quase totalidade da população concentra-se na área urbana e sua expansão tem se dado em direção ao município do Rio Preto da Eva. Para a prevalência da população urbana, concorrem, além do próprio peso da população da capital, os migrantes que buscam residir em áreas de incorporação recente à economia. Apesar disso, a população rural cresceu, na última década, em ritmo mais acelerado que a urbana, passando de 4.916 em 1991 para 9.067 habitantes em 2000, tendo um crescimento relativo de 46 %, bem superior ao da população urbana, de 28 %.

A situação apresentada acima caracteriza a intensa urbanização de Manaus, que acaba por constituir um problema para a administração pública e para a população em termos de qualidade de vida. Verificaremos mais adiante que os dados sobre setores como educação, saúde, saneamento básico e habitação, bem como a criação de empregos não acompanha o ritmo do incremento populacional.

De maneira geral, a população masculina e feminina apresenta efetivos mais ou menos iguais na maior parte das cidades, igualdade que pode ser modificada por fatores como migração, entre outros.

Seguindo o padrão regional, Manaus apresenta uma população predominantemente feminina de 517.610 habitantes em 1991, passando a 720.391 habitantes em 2000, mantendo na década o mesmo percentual (51%), em relação à população total.

A estrutura etária de uma população revela, de um lado, o seu nível de desenvolvimento sócio-econômico e, por outro, constitui um elemento importante para a definição de políticas públicas, já que os diferentes grupos de idade não apresentam as mesmas necessidades de consumo, nem, muito menos, representa o mesmo potencial como força de trabalho.

Na presente análise, a distinção do peso dos três grandes grupos da estrutura etária está representada pelas seguintes faixas: zero a 14 anos, 15 a 24 anos e 65 anos e mais. Esta divisão tem o objetivo de situar os diferentes segmentos da população de acordo com o papel que poderiam desempenhar na economia, ou seja: pessoas em idades potencialmente produtivas, que seriam os adultos, e pessoas potencialmente improdutivoas, que seriam os jovens e os velhos. Por um lado, a população de Manaus, diferentemente do que ocorre no país, caracteriza-se por ser demograficamente jovem (mais de 65 % dos habitantes têm até 24 anos). Por outro, a população de idosos (65 anos e mais) alcança 43.382 (3,1%) em 2000, apresentando crescimento relativo de 40% entre 1991 e 2000, embora o percentual esteja ainda abaixo da média nacional.

A expectativa de vida também apresenta uma variação positiva no período, passando de 66 anos para 68 anos, seguindo a tendência crescente regional e nacional, assim como a fecundidade municipal acompanha a tendência declinante, pois em 1991 o total de filhos por mulher foi de 3,0 e em 2000 de 2,5, abaixo da apresentada pela região Norte (2,8), mas ainda acima da apresentada pelo Brasil (2,2) no ano de 2002.

b) Migração e invasões

Conforme abordado no Capítulo I, em termos de Amazônia e Região Norte, encerrado após o ciclo da borracha, o crescimento populacional foi bastante lento registrando-se inclusive perdas relativas de população em diversas áreas, mesmo em algumas áreas urbanas, a exemplo de Manaus, que funcionava anteriormente como entreposto comercial.

A capital Manaus apesar da grande distância que a separa dos grandes centros populacionais de outras regiões e da grande maioria dos municípios que integram o Amazonas, da deficiência no sistema de transportes, fatores que limitariam os deslocamentos populacionais, deteve, com a implantação da ZFM, o maior índice dos movimentos migratórios nas décadas de 1970-1980, responsáveis pelo crescimento populacional.

Santana (1984), já vinculava esse resultado, predominantemente, a um movimento induzido (de fora) o levando a supor, dentre outros, que:

- O maior crescimento verificado em Manaus nessa década pode também ser atribuído à implantação da ZFM e do respectivo Parque Industrial de Manaus (1968) que propiciou a geração de novos empregos e ocupações.
- Comparando a evolução da população total das diversas capitais da região Norte, Manaus é a que apresentou a maior mudança no seu ritmo de crescimento, que, de 24,41 % no período de 1950-1960, subiu para 79,40 % entre 1960-1970 e para 103 % de 1970-1980. Outras capitais de crescimento relativo positivo no mesmo período, como Rio Branco e Belém, o fizeram em ritmo bem menos acelerado.
- Assim, Manaus já vem há algum tempo mostrando tendências a concentrar a população do estado: sua participação relativa passou de 44,3% em 1980, atingiu quase a metade (48%) em 1991, alcançando 50% em 2000.

Apesar da indisponibilidade de dados mais recentes sobre as migrações para Manaus que permitam uma análise acurada, os dados mostram que se mantém dominante a migração de natureza intra-regional.

Em 2000, o total de migrantes para o Amazonas foi de 311.658 pessoas procedentes das diversas regiões do país. Desse total, 248.185 (79,63 %) se dirigiram a Manaus e o restante a outros municípios do estado. As correntes migratórias mais importantes para Manaus, procedentes de regiões e estados, estão por ordem decrescente, assim distribuídas: (IBGE, 2000).

Região Norte	139.917	56,4%
Pará	113.523	
Acre	16.084	
Rondônia	5.778	
Roraima	3.278	
Amapá	1.078	
Tocantins	176	
Região Nordeste	72.629	29,3%
Ceará	29.528	
Maranhão	23.075	
Piauí	6.457	
Pernambuco	4.221	
Rio Grande do Norte	3.457	
Paraíba	2.650	
Bahia	2.387	
Alagoas	544	
Sergipe	310	
Região Sudeste	18.580	7,5%
Rio de Janeiro	7.863	
São Paulo	6.700	
Minas Gerais	3.255	
Espírito Santo	762	
Região Centro-Oeste	5.519	2,2%
Goiás	2.368	
Mato Grosso	1.447	
Distrito Federal	928	
Mato Grosso do Sul	776	
Região Sul	6.119	2,5%
Paraná	2.720	
Rio Grande do Sul	2.558	
Santa Catarina	811	
Outros⁷	5.451	2,1%

Verifica-se que todas as regiões contribuíram com essa migração, mas a própria região Norte é a que mais se destaca com 56,4%. Em relação aos estados, destaca-se a predominância do Pará, Ceará, Maranhão e Acre no total de migrantes.

A ZFM como “pólo atrativo” explica, em parte, o fluxo migratório verificado em Manaus, que por sua vez provocou uma série de mudanças no espaço urbano e nas condições sociais com conseqüências sobretudo negativas, ampliando-as e transformando-as em desigualdades, pela dificuldade de acesso da população a oportunidades iguais.

⁷ Refere-se a pessoas sem especificação do local de origem e as naturais de países estrangeiros.

Reiterando, os fluxos migratórios para Manaus não têm sido acompanhados de igual capacidade dos governos para expandir a infra-estrutura de forma planejada, contribuindo para a deteriorização da qualidade de vida urbana em geral.

Como bem aponta Castelo Branco (2001), evidencia-se: proliferação de favelas na periferia da cidade, provocada por invasões de terrenos de propriedade pública e privada sem as mínimas condições de habitabilidade; aumento da pressão sobre a infra-estrutura e os serviços urbanos e o surgimento de problemas e demandas sociais e econômicas como o incremento da violência e desemprego. provocados pelas mudanças na legislação da ZFM, mais o aumento do custo de vida provocado pela oferta regional insuficiente de gêneros alimentícios, suprida pela importação de produtos.

Em suma, é consenso que o modelo da ZFM, embora tenha significado progresso, provocou expansão territorial e crescimento demográfico de forma desordenada, com **manchas de invasões**, uma “categoria de espaço urbano bastante típico das cidades possuidoras de problemática social grave”, localizadas inicialmente nas áreas norte e leste da cidade, com a conseqüente degradação ambiental dessas áreas.

Recentemente, reportagens em cadernos especiais de jornais locais têm divulgado as invasões como o problema que constitui um dos maiores desafios na atualidade para os governos estadual e municipal e o quanto, ironicamente, elas têm se multiplicado próximo de ano eleitoral. Somente em 2002, registraram-se 56 invasões em Manaus (*Jornal A Crítica*, 25 de janeiro de 2004).

As opiniões sobre as invasões são divergentes, como mostra a edição do jornal *Diário do Amazonas* de 12 de dezembro de 2003. Para os sem-teto, "é a saída para reduzir o déficit habitacional de Manaus". Para o governo estadual, trata-se de "uma indústria que utiliza a falta de moradia para continuar ampliando as suas ações". E conclui, "muitos líderes de invasão são corretores imobiliários do mercado negro de terras". Na opinião do governo municipal, que se coloca terminantemente contrário as invasões, o fato é classificado como caso de polícia, alegando não ser conseqüência apenas do déficit habitacional, que em sua opinião existe, mas também da situação econômica e, conclui: "como não há atividade econômica que segure estas pessoas no interior, e como o Amazonas é um estado promissor, estas pessoas vêm para cá. Basta ir à periferia da cidade e perguntar - de cada dez moradores, sete não são de Manaus". Corretores e empresários

alegam que as invasões causam impacto econômico no mercado imobiliário, na medida em que terrenos próximos de invasões ou invadidos são desvalorizados, reduzindo os investimentos nessa área. O Ministério Público Federal, através da Procuradoria da República, argumenta que "a demanda por moradia se tornou muito grande e que sua atribuição constitucional é zelar pelos interesses sociais". Em resumo, todos concordam que as invasões se tornaram um grande problema, mas não se observa empenho político em resolvê-lo, talvez porque o grande contingente populacional residente nessas áreas se constitua numa enorme "massa de manobra" sob fins "eleitoreiros".

c) Economia, mercado de trabalho e emprego

Araújo (1985) revela que em 1960, das 212.949 pessoas ocupadas, cerca de 70 % (149.061) estavam no setor primário, 8% (16.828) no setor industrial e 22% (42.060) no comércio e serviços. Em 1970, essa situação pouco se modifica, com o setor primário na liderança embora tenha havido crescimento do emprego de 11% para o setor industrial e de 29% no comércio e serviços. Uma grande diferença que se estabeleceu foi em relação à PEA, que até 1970 tinha a sua maior parcela ocupada com as atividades extrativa e agropecuária na área rural, passando a partir de 1980 a integrar gradativamente o setor industrial na área urbana.

A instalação da indústria em Manaus foi acompanhada da criação do Distrito Industrial, em 1968, em uma área de cerca de 1.700 ha, localizada na BR 319 e distante 5 km do centro da cidade, que passou a conformar o parque industrial de Manaus, criado após dez anos de implantada a ZFM. Nesse ano, o governo federal também estendeu os incentivos fiscais e tributários a outros estados da região Norte e não somente para Manaus e Rio Preto da Eva, como inicialmente previsto (Pontes Filho, 2000). A partir de 1974, com o Distrito Industrial da SUFRAMA, a ZFM iniciou o seu efetivo processo de industrialização e até 1981, segundo Santana (1984) encontravam-se implantadas 189 empresas, com um total de 60.000 operários.

Atualmente a principal atividade econômica de Manaus é a indústria (produção e venda de produtos eletroeletrônicos), seguida do comércio e do turismo. A expansão da indústria decorrente da Zona Franca de Manaus, é responsável pelo emprego de mão de obra em sua grande maioria com baixa qualificação e com presença expressiva de mulheres

(Moura *et al.*, 1986). Em suma, a industrialização gerou mudanças na estrutura produtiva da economia do Amazonas, afetando assim a oferta de emprego e o mercado de trabalho

d) Condições sociais

Como vimos, a cidade de Manaus detém funções urbanas que a colocam em posição de destaque político e econômico na vida das relações regionais, primazia exercida em razão do seu decisivo crescimento industrial, situação que a consolida como metrópole regional (IBGE, 1989). Todavia, o expressivo crescimento econômico e populacional, não foi suficiente para gerar efeitos multiplicadores positivos em sua periferia, resultando em agravamento dos problemas urbanos, ampliados pela ocorrência de freqüentes invasões. Os dados apresentados na tabela 12, permite apreender as mudanças no perfil social do município na década de 1990.

Tabela 12. Perfil Social de Manaus, 1991-2000

Indicador	1991	2000	% Crescimento
População	1.011.501	1.405.835	28
Renda <i>per capita</i> média (R\$)	276,9	262,4	-5,2
Proporção de Pobres (%)	23,6	35,2	49,2
20% mais ricos	60,9	67,6	11,0
20% mais pobres	2,9	1,6	44,8
% de famílias com renda inferior a ½ SM com crianças	30,8	46,0	49,4
% da população adulta com menos de 4 anos de estudo (15 anos ou mais)	26,6	20,6	-22,6
IDH-M	0,745	0,774	3,9
Acesso a Serviços Básicos			
Água encanada	81,9	75,0	-8,4
Energia elétrica	99,2	99,0	-0,2
Esgotamento sanitário	...	32,2	...
Coleta de lixo	78,1	91,3	16,9

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano – IBGE, 2003.

Da tabela acima se depreende que, no período 1991-2000, a renda *per capita* média apresentou uma redução de 5,2%. Mais de um terço da população está na linha de pobreza (renda domiciliar *per capita* equivalente a R\$ 75,00), o que explica o aumento de 49,2% dos pobres. Considerando que essas pessoas integram famílias com crianças, situação que compromete valores mais expressivos de investimentos, principalmente com educação, alimentação e vestuário e que em números relativos esse quantitativo aumentou de 30,8 % para 46 % de 1991-2000, a situação configura-se, no mínimo, como preocupante.

O nível de escolaridade caracteriza maior ou menor acesso a informações e ao desenvolvimento de hábitos de prevenção de doenças e proteção da saúde, além de possibilitar receber melhor qualificação para ingressar no mercado de trabalho. Apesar da redução de 22,6% na década, ainda é significativa a proporção da população com menos de 4 anos de estudo (20,6%).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) melhorou 3,9 %, tendo contribuído para isso a Educação, seguido da Longevidade. De fato, os dados mostram que a proporção de adultos com menos de 4 anos de estudo diminuiu 45,8%. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o município tem médio desenvolvimento (IDH entre 0,5 e 0,8).

Quanto ao saneamento básico, a rede de água potável demanda 8,4% de cobertura aos domicílios e a coleta de lixo teve uma expansão de 16,9%. A rede geral de esgoto cobre apenas 32,4%. É sabido que tal estrutura remonta à década de 1900. A fossa séptica é o tipo de instalação sanitária mais comum entre os moradores da cidade. A situação relativa ao esgotamento sanitário em Manaus, portanto, é muito precária. Constitui este indicador também em determinante para a saúde, já que está diretamente relacionado com a ocorrência de doenças diarréicas na população.

e) Situação de saúde

Devido à precariedade das informações sobre a situação de saúde de Manaus, selecionamos sete indicadores, gerais e específicos: mortalidade geral, proporcional, materna, infantil, por grupo de causas e morbidade por doenças infecciosas e parasitárias (malária, dengue, hanseníase, tuberculose, hepatite) além de AIDS, na medida em que revelam a importância das medidas preventivas e aspectos de qualidade do atendimento dos serviços de saúde.

Na tabela 13, apresentaremos os indicadores epidemiológicos de mortalidade geral, proporcional, materna no ano 2000. Especialmente sobre a mortalidade infantil, abordaremos o período 1991-2003, pela sua redução significativa em Manaus.

Tabela 13. Taxas de mortalidade selecionada, Manaus, 1991-2003

Indicador	1991	2000	2003
Taxa de mortalidade geral (óbitos por mil habitantes)	5,6	5,0	...
Taxa de mortalidade proporcional (60 anos e mais) (%)	42,3	41,6	...
Taxa de mortalidade materna (óbitos por cem mil nascidos vivos)	56,0	64,7	...
Taxa de mortalidade Infantil (óbitos por mil nascidos vivos)	51,6	28,7	20,7

Fonte: DATASUS, 2004 e SMS, 2004

A mortalidade geral é um indicador de difícil avaliação por depender muito da composição por idade e do lugar de origem das ocorrências, tanto para as áreas desenvolvidas como para as subdesenvolvidas. De qualquer modo e, salvaguardadas essas condições, os valores esperados situam-se em torno de 7 a 10 óbitos por mil habitantes. Em Manaus, a taxa apresentada em 1991 foi de 5,6% alcançando 5,0% óbitos por mil habitantes, em 2000, o que representaria em princípio um bom resultado. No entanto, cabe chamar atenção para a possibilidade de risco de erros face às críticas frequentes quanto aos sub-registros, exatidão e fidedignidade dos dados coletados, encontradas em diversos trabalhos realizados sobre o assunto, reafirmada pelos dados da tabela 14 que mostra Sintomas, sinais e achados anormais clínicos e laboratoriais como primeiro lugar das causas de morte em Manaus, o que pode ser reflexo de erros nos registros de óbitos associado à ausência de Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) no município.

Quanto à mortalidade proporcional (60 anos e mais), conforme já dito, apesar desse indicador não avaliar riscos, serve para medir a importância relativa dos óbitos nessa faixa etária em relação aos óbitos totais. Em 1991 correspondeu a 42,3% passando para 41,6% do total de óbitos, índice inferior aos 54% apresentado pelo Brasil, já considerado baixo.

Considerando o resultado de 2000, para que Manaus se equiparasse ao país seria preciso evitar 23 % das mortes que ocorreram antes dos 60 anos.

A taxa de mortalidade materna mesmo considerada a subnotificação, permanece bastante elevada em Manaus, passando de 56 em 1991 para 64,7 por cem mil nascidos vivos em 2000, quando a média nacional é de 45,8 por cem mil nascidos vivos, tendo, portanto, um aumento de 13,4% na última década, sendo as causas diretas as predominantes e destas as infecções puerperais, eclampsia e hipertensão arterial têm se mantido como as mais frequentes (SMS, 2004).

É preocupante, mas não surpreendente, constatar que a hipertensão arterial ocupe lugar de destaque nas causas de morte materna, dado que seu controle é uma ação dispensada pelos serviços básicos de saúde durante as consultas de pré-natal. Porém, a cobertura é apenas de 30% em gestantes com 7 consultas, denunciando a baixa resolutividade desses serviços em Manaus, o que se traduz no baixo controle da hipertensão e riscos da gravidez em geral.

Atualmente, na capital está institucionalizado o parto hospitalar. Sendo assim, a situação agrava-se ainda mais, pois a baixa resolutividade dos serviços básicos amplia-se na assistência ao parto, pela insuficiente oferta de leitos obstétricos e baixa qualificação dos profissionais em diagnosticar possíveis complicações, além de insuficiência de recursos tecnológicos disponíveis nas maternidades.

Apesar disso, medidas como os Comitês de Mortalidade Materna estadual e municipal, criados em 2000 e 2002, respectivamente, têm papel importante na identificação de óbitos maternos e proposição de medidas de intervenção, no acompanhamento e avaliação da política municipal nessa área, bem como a criação de comissões locais nas maternidades para otimizar a investigação. Também é positivo o Programa Médico da Família, que, por cobrir uma população residente em área geograficamente delimitada pode obter efetiva vinculação junto à clientela de gestantes, captando-as precocemente para o pré-natal e acompanhando-as antes e após o parto. Dessa forma, espera-se que haja melhora dos índices de Mortalidade Materna apresentados.

A respeito da mortalidade infantil, os indicadores mostram que na região, no estado e em Manaus a queda foi ostensiva. De fato, conforme a tabela 13, a mortalidade infantil diminuiu em 60% no período, passando de 51,6 em 1991 para 20,7 por mil nascidos vivos em 2003. Essa redução pode ser atribuída ao aumento de cobertura nas consultas de pré-

natal, pediátricas e vacinal no período, além de melhoria da assistência neonatal ao segmento que mais contribui com o aumento da taxa de mortalidade infantil.

As cinco principais causas de mortalidade geral mantiveram-se relativamente estáveis nos últimos seis anos em Manaus (SMS, 2003). Esse indicador epidemiológico é de grande importância na identificação da estrutura da mortalidade geral, pois discrimina os grupos de doenças e a participação destas na composição das causas de óbitos por cem mil habitantes. Apresentaremos na tabela 14, as cinco principais causas de óbitos em 2000.

Tabela 14. Percentual de óbitos por grupos de causas, Manaus - Brasil, 2000

Principais grupos de causas	Manaus		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
1 - Sintomas, sinais e achados anormais clínicos e laboratoriais.	1.394	18,98	135.699 (2)	39,17
2 - Doenças do aparelho circulatório	1.114	15,17	260.555 (1)	27,53
3 - Neoplasias	1.024	13,94	120.493	12,73
4 - Causas externas de morbidade e mortalidade	1.018	13,86	118.367	12,50
5 - Afecções originadas no período perinatal	778	10,59	36.544 (9)	3,86
Total Geral de Óbitos	7.343	100,00	946.392	100

Fonte: DATASUS/SIM, 2003.

Em Manaus, o primeiro lugar corresponde a sinais e sintomas anormais com 18,98 %, o que mostra a deficiente qualidade do registro e a sub-notificação de óbitos. Concorre para essa situação a inexistência do Serviço Municipal de Verificação de Óbito, especificamente de óbitos domiciliares, exigido por lei municipal desde julho de 1994 mas nunca implantado.

Em segundo lugar figuram as doenças do aparelho circulatório com 15,17%. Neste grupo, a principal causa deve-se às doenças do aparelho circulatório propriamente dito, seguido das doenças cérebro vasculares e outras. A mudança no modo de vida e trabalho da população manauense, oriunda em sua grande maioria da zona rural amazônica e inserida num ritmo de vida característico de um grande centro municipal, contribuiu com a ascensão dessa causa.

Em terceiro lugar, aparecem as neoplasias com 13,94% confirmando a necessidade de extensão de cuidados pelo sistema aos doentes com afecções crônico-degenerativas, demanda esperada com base no aumento da população idosa evidenciada pelo indicador demográfico (incremento de 40% na década 1991 – 2000).

No quarto lugar em 2000, figuram os óbitos por causas externas, com 13,8%, principalmente por homicídios. Estes respondem por 32,44%, das mortes, superior aos

19,66% apresentados pelo Amazonas no mesmo ano. Os óbitos por homicídios estão estreitamente vinculados às situações de desigualdade social já assinaladas. Os agravos e mortes causados pela violência e acidentes, revelam a necessidade de contar com serviços de urgência e emergência bem estruturados, além da assistência hospitalar com suporte adequado de leitos para retaguarda, que deverão ser complementados com projetos sociais que objetivem diminuir as tensões geradoras da violência urbana entre os jovens e prevenir os atropelamentos entre os idosos, pois a vulnerabilidade deste grupo tende a aumentar com o crescimento da longevidade.

Em quinto lugar, encontram-se as afecções no período perinatal com 13,12%, sendo os transtornos respiratórios e cardiovasculares os mais freqüentes. Essas causas estão relacionadas à precariedade do acompanhamento perinatal e da atenção ao parto, ainda que em Manaus a cobertura de consultas de pré-natal (acima de 4 consultas por gestante) na atenção básica, tenha sido de 85% em 2003. No entanto quando se considera a consulta de puerpério totalizando mais de 6 consultas por gestantes, esse percentual reduz para 30% no mesmo ano (SMS, 2004). Vale destacar a situação especial da gravidez na adolescência que tem despertado o interesse e a preocupação de pesquisadores e profissionais de saúde como um fator determinante para baixo peso ao nascer e prematuridade, além de estar freqüentemente associado à baixa escolaridade, pobreza e mortalidade infantil, o que indica a necessidade de se viabilizar políticas adequadas de atendimento a essas mulheres que estão engravidando em condições de vida desfavorável.

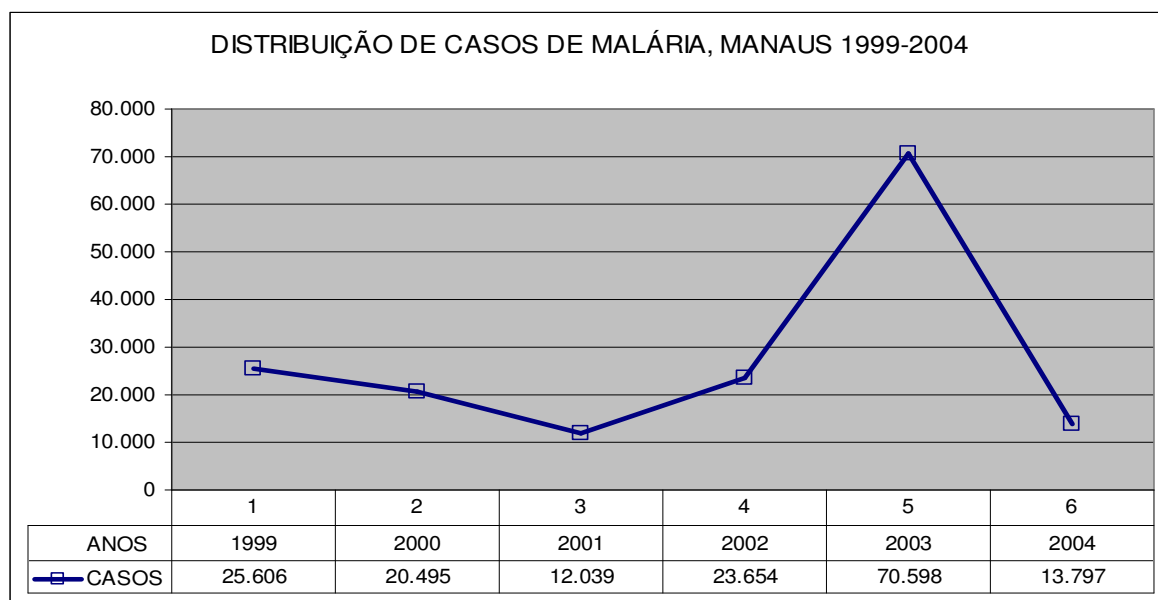
A seguir, analisaremos brevemente as morbidades predominantes no município de Manaus em 2003. Do ponto de vista epidemiológico, dentre as doenças e agravos notificados pelo Sistema de Informação de Notificação de Agravos e Morbidade (SINAM), sobressaem: Malária, Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Hepatite Viral e AIDS (SMS, 2003).

Acreditamos que os dados a serem apresentados podem não corresponder à realidade do quadro nosológico de Manaus, principalmente pelas notificações que, apesar de obrigatórias, não são realizadas de forma eficiente e suficiente pelos serviços que compõem o sistema de saúde municipal, fato inclusive reconhecido pelas autoridades sanitárias. O comportamento dessas doenças poderá ser visualizado nos gráficos de 1 a 7.

Malária

A malária tem sido um problema histórico no município de Manaus. Recentemente registraram-se epidemias em 1993, 1997, e 1999. Em 2001 foram registrados 5.048 casos, sendo a redução de casos da ordem de 72,5% quando comparados ao ano de 2000.

Gráfico 1



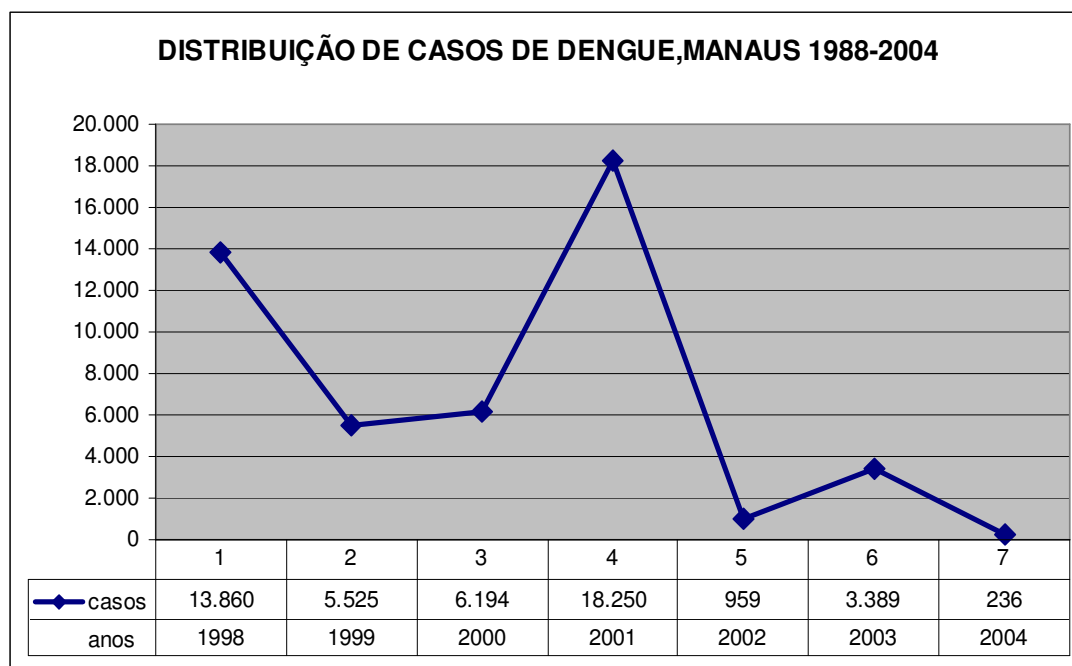
Fonte: SMS, 2003

Em 2003, a vulnerabilidade da malária continua alta devido a fatores determinantes e condicionantes da doença, como : as ocupações de áreas florestais periféricas, a ausência de políticas habitacionais e de saneamento básico, de emprego e renda, migração, além dos já conhecidos como os geográficos e biológicos ligados ao vetor e ao agente etiológico, agravados por abandono de tratamento pelos pacientes. Este conjunto de fatores contribuiu para a ocorrência de uma nova epidemia, com o registro de 70.598 novos casos, representando um incremento de 212,8% dos casos notificados em relação a 2002. Como novas invasões concentraram-se nas zonas norte, leste e oeste da cidade, os casos da doença ocorreram em maior número em bairros e localidades onde a malária já estava controlada, como por exemplo, Santa Etelvina, Monte das Oliveiras e Vila do Puraquequara.

Dengue

O gráfico 2 mostra os casos de Dengue ocorridos desde 1998. Entretanto, destaca-se que a grande epidemia ocorreu em 2001, chegando a atingir 18.250 casos. A partir daí, o número de casos declinou.

Gráfico 2



Fonte: SMS, 2003

Em 2002 foram 959 casos e em 2003 registraram-se 3.389 casos, apresentando aumento relativo de 28%. A doença está presente em todas as zonas da cidade mas foram as zonas sul e centro sul que concentraram maior número de casos. Destaca-se que a zona rural tem apresentado o menor número de casos, embora registre-se casos de origem ignorada por falta de dados de procedência. Vale a pena lembrar da situação favorável à introdução da Dengue no Amazonas em que contribuíram a extinção da Superintendência de Campanhas de Saúde do Amazonas (SUCAM) e a existência de uma rede de serviços desestruturada e desarticulada para a assistência e vigilância às pessoas acometidas por esse agravo. Segundo a SEMSA (2003) há perspectivas de redução da Dengue em 2004.

Hanseníase

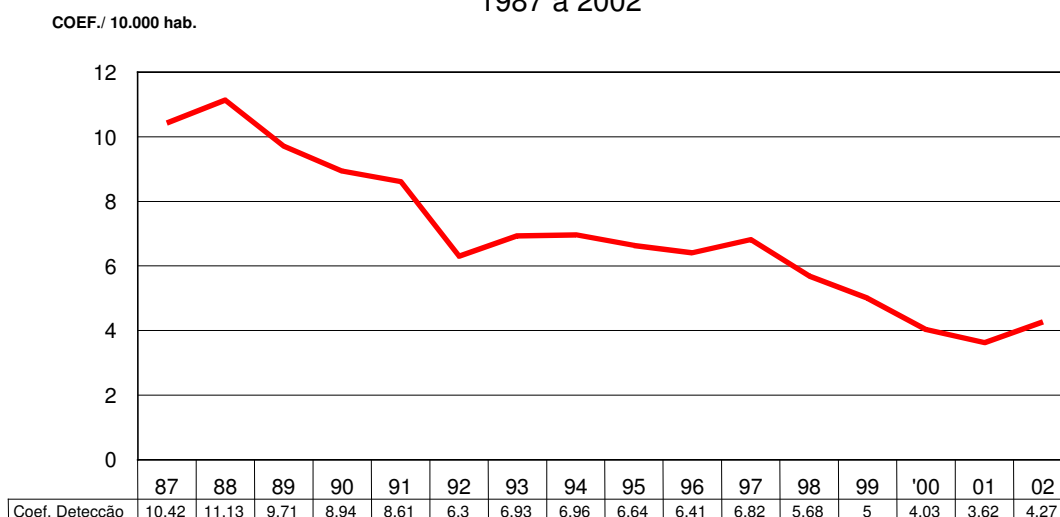
A hanseníase constitui um problema de grande relevância médico-sanitária pela sua natureza mutilante e o estigma a ela associado.

Manaus é um município onde a prevalência da doença é média, com uma intensa atividade de detecção de casos novos (incidência), e regular capacidade em assistir os casos de hanseníase em abandono (FUAM, 2003).

No que segue, abordaremos a hanseníase do ponto de vista da detecção e da prevalência (gráficos 3 e 4).

Gráfico 3

Coeficiente de Detecção da Hanseníase em Manaus
1987 a 2002

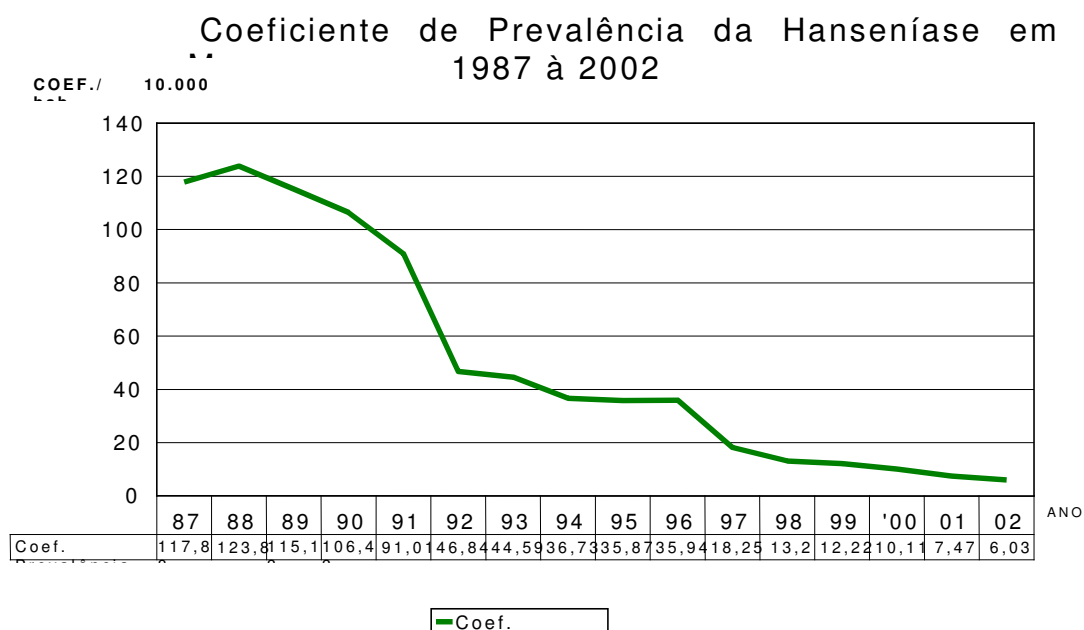


Fonte:GECD\ Fundação Alfredo da Matta

— Coef. Detecção

O gráfico 3 mostra o declínio de mais de 50% nos casos detectados entre 1987 e 2002, passando o coeficiente de 10,4 para 4,3 por 10.000 mil habitantes. Este número ainda é considerado hiperendêmico ($\geq 4,0/10.000$ hab.), segundo o parâmetro nacional. A redução dos casos novos credita-se às campanhas de prevenção realizadas em municípios prioritários, incluindo Manaus. O aumento na detecção reforça a existência de uma prevalência oculta remetendo, portanto, à necessidade de intensificação das ações de controle.

Gráfico 4

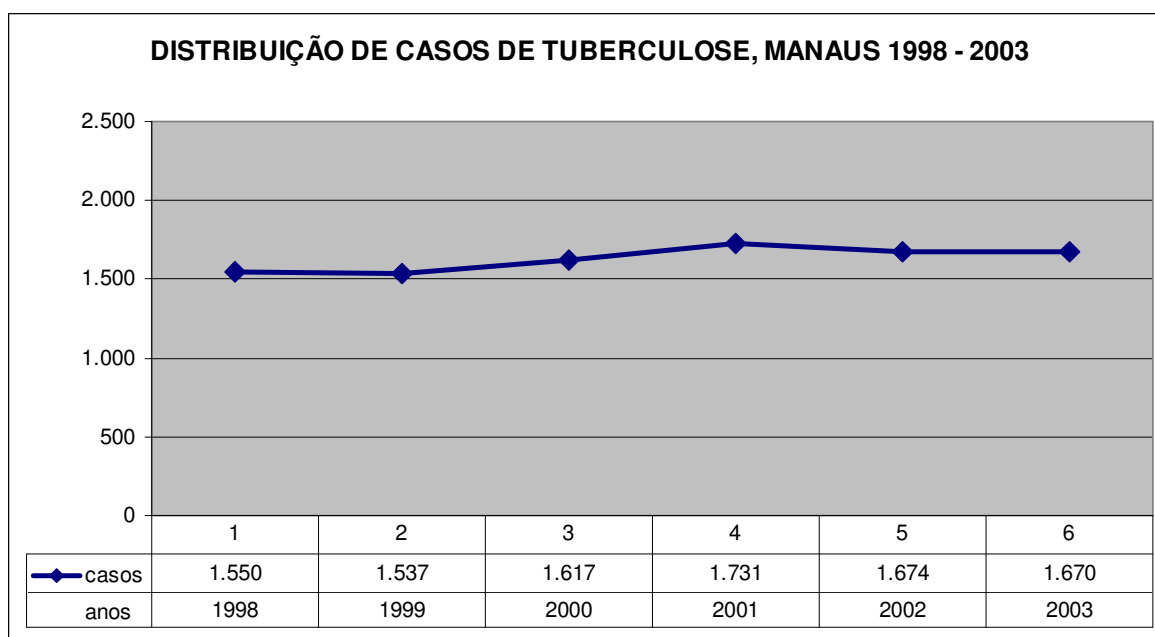


O coeficiente de prevalência em Manaus também apresenta comportamento descendente, passando de 117,88/10.000 hab. em 1988 para 6,03/10.000 hab. em 2002. Porém, esse valor é considerado ainda alto, dado que o parâmetro nacional é de 5,0/10.000 habitantes. Apesar de ainda encontrar-se distante da meta de eliminação da hanseníase proposta pela Organização Mundial de Saúde mediante, mediante a redução da prevalência a menos de um caso em cada 10.000 hab. até o ano 2005, a queda ocorrida no referido período foi bastante acentuada (95%). Esta redução deve-se principalmente à poliquimioterapia e à adoção de medidas administrativas recomendadas pelo Ministério da Saúde.

Tuberculose

O gráfico 5, mostra os casos de tuberculose de todas as formas e bacilífera no período de 1998-2003.

Gráfico 5



Fonte: SMS, 2003

Desde 1998, quando se registraram 1.550 casos observa-se uma tendência ao aumento do número de casos, de 7,7% no período, observa-se uma tendência crescente.

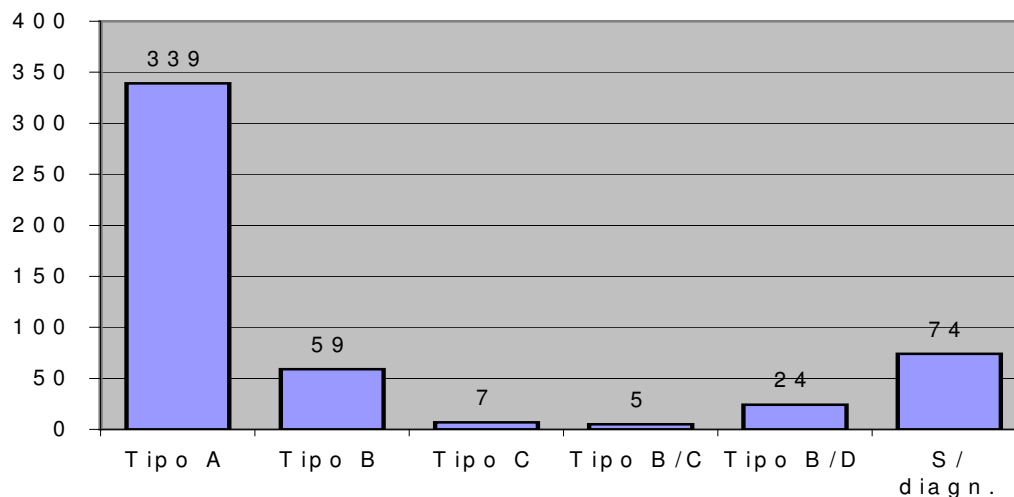
Em 2003, a incidência de tuberculose todas as formas e bacilífera foi de 90 e 45 casos novos por cem mil habitantes, respectivamente. Atribui-se essa alta incidência à incipiente cobertura das ações de controle, deficiente apoio laboratorial na rede assistencial e alta taxa de abandono do tratamento, ocasionando baixo percentual de cura (67 %) dos casos diagnosticados. Dos 36 laboratórios da rede básica, 21 (58%) não realizam a baciloscopia, procedimento capaz de diagnosticar no mínimo 70% de casos da forma pulmonar que, se tratados, reduzem a transmissão dessa doença.

Hepatite

As hepatites virais são enfermidades estritamente ligadas a deficientes condições sanitárias e decientes hábitos de higiene, constituindo-se um grave problema endêmico de saúde Pública no Município de Manaus, refletindo principalmente as graves deficiências na organização do programa, agravadas pelas carência de condições sanitárias e de hábitos de higiene da população, Os reduzidos inquéritos epidemiológicos e o sistema de informações têm impossibilitado uma real visão abrangente e real dos casos existentes, além de dificultar a realização das ações de prevenção, diagnóstico e controle.

Gráfico 6

Casos de hepatites virais notificados na cidade de Manaus-AM em 2003.



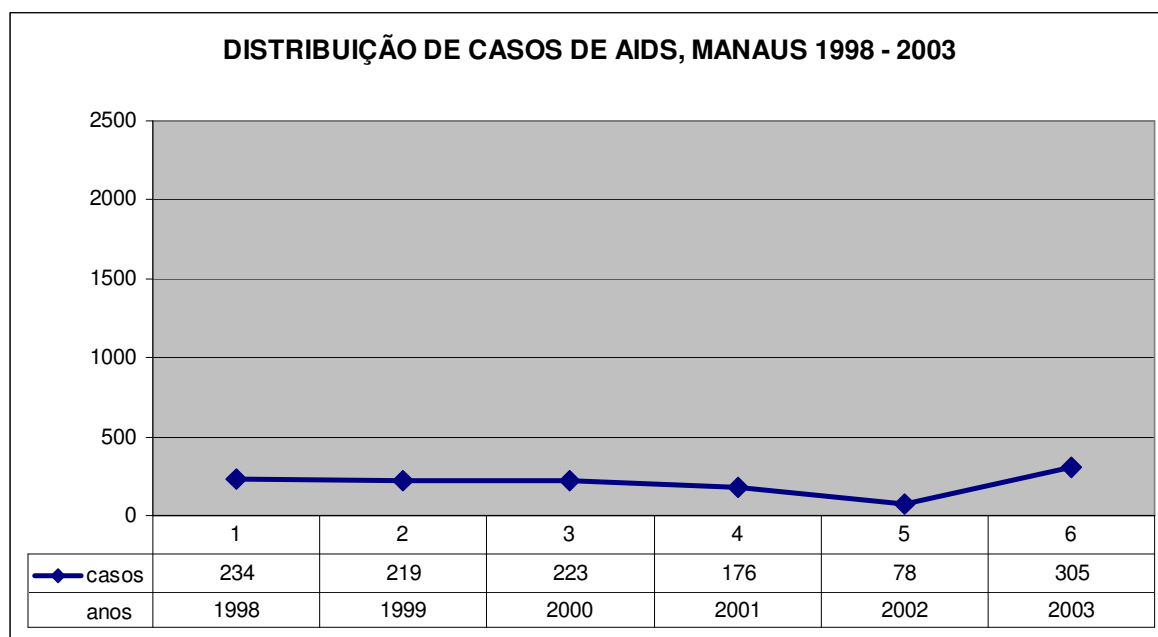
Ao trabalhar os números existentes e investigados pela SMS de Manaus, observa-se que do total de 646 casos de hepatites virais notificados em 2003, 339 foram positivos para hepatite tipo A; 59 para hepatite tipo B; 7 para o tipo C; 24 do tipo B/D; e, 5 eram B/C, sendo que 74 estavam sem diagnóstico.

De acordo com as análises da SMS, os 339 casos de hepatites virais notificados se distribuem em todo o município, mas há predominância na área sul da cidade, onde se concentra uma considerável parcela da população que habita os igarapés poluídos. Além disso, também ocorrem surtos desse agravo em escolas, provavelmente pela higienização incipiente, bem como devido a manipulação inadequada e acondicionamento impróprio dos alimentos.

AIDS

Nos últimos anos, a doença vem apresentando mudanças no perfil epidemiológico. Além dos homossexuais, agora acomete adultos jovens e mulheres na faixa etária de 25 a 39 anos, aumentando também a transmissão perinatal durante a gravidez, parto e após o parto, através do aleitamento materno.

Gráfico 7



Fonte: SMS, 2003

Em 2003, dados provisórios mostram a incidência de 2 casos por 100 mil habitantes, face uma média regional de 2,26.

Apesar da decisão tomada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), de eleger unidades básicas de saúde em áreas estratégicas da cidade como unidades de referência, tendo estas funcionado em 2003 como Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), com a finalidade de diagnosticar precocemente a doença e orientar melhor seus portadores, as ações para acompanhamento dos casos diagnosticados ainda são incipientes na rede ambulatorial.

Os indicadores relacionados com as condições de vida, como o nível de escolaridade, a esperança de vida ao nascer e a taxa de fecundidade, tiveram, de um modo geral, evolução favorável na última década. Não obstante, a situação de pobreza de 35,2% da população de Manaus, que tem relação direta com a alta incidência de Tuberculose, que por sua vez influencia na incidência da AIDS, pois ambas têm no agravamento das condições de vida os fatores determinantes para a sua proliferação. Diante desse quadro,

estima-se que seria necessário reduzir em 19,4% a taxa de pobreza para melhorar essas condições.

Por outro lado os serviços sanitários não conseguem alcançar a cobertura requerida pela população, nem muito menos acompanhar a demanda imposta pelo seu crescimento. A situação mais crítica é a do esgotamento sanitário. Embora haja boa cobertura no abastecimento de água, a qualidade deixa a desejar, haja vista a alta incidência de Hepatite do tipo A em todas as áreas da cidade.

Apesar disso, são animadores os resultados alcançados em relação à prevalência da Hanseníase e a incidência da Dengue. Já os resultados em relação à Malária evidenciam um total descontrole sobre este agravo, após a implantação da descentralização do SUS no Amazonas e Manaus. Entre 1999 e 2001, a responsabilidade pelo controle era do município de Manaus, conseguida após trabalho integrado entre as instituições de saúde. Mas, em 2002, voltou ao estado, alcançando uma redução de 47,7 % dos casos em relação a 2001, aumentando, porém, em 65,6% em 2003. Enfim, a descontinuidade das ações parece ser a tônica no controle da Malária em Manaus.

O conjunto de informações examinadas mostra que, apesar do dinamismo que a ZFM injeta na economia local, seus impactos são bastante reduzidos em termos das condições gerais de vida da população. A isso se soma não somente a presença de graves doenças endêmicas, algumas regionais - como a malária - e outras associadas à pobreza como a tuberculose e mais recentes como a AIDS para cujos aumentos contribui substancialmente as deficiências na organização dos Programas responsáveis por manter sob controle esses agravos. Além disso, os sistemas de registro de óbitos deixam muito a desejar, tanto quanto os sistemas de informações gerais (econômicas e sociais, principalmente). Este fato, aliás, contribui para que a real situação de vida e de saúde da população seja mal conhecida.

Assim sendo, uma primeira conclusão que se deriva de nosso estudo é a necessidade urgente de aprimorar a coleta, o registro e a informatização das informações, não só para melhor completar os dados censitários, como para permitir a realização de pesquisas que ampliem e aprofundem os conhecimentos sobre o Estado do Amazonas e Manaus, sua capital.

Capítulo III

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Descentralização

Neste capítulo abordaremos o tema de federalismo no Brasil, após a Constituição de 1988, especialmente sobre como descentralização do SUS, princípio nascido desse pacto federativo, repercute no estado do Amazonas e nos seus municípios.

No estado do Amazonas, como em muitos lugares do país, o processo de descentralização do sistema de saúde tardou a se implementar, sobretudo pelas resistências impostas pela estrutura de poder local, dominada por grupos oligárquicos, à qual se somam as condições de vida da população, peculiaridades geofísicas e também isolamento, baixa densidade populacional, diversidade étnica, pobreza e insuficiência de infra-estrutura assistencial e sanitária.

Esse contexto, quase nunca levado em consideração no processo de descentralização do SUS pelo nível federal, impõe limitações severas aos sistemas de saúde estadual e municipal, tornando seu desenho bastante distinto daquele previsto nos instrumentos reguladores do SUS – as NOBs.

À partir das análises anteriormente apresentadas, particularmente em relação a Manaus, neste Capítulo apresentaremos os principais resultados observados nas dimensões demográfica, social, epidemiológica, assistencial e financeira, para, em breves comentários, apontar desigualdades determinantes para a gestão pública de saúde no nível municipal.

1. Pacto Federativo e descentralização: repercussões no estado do Amazonas

Vários autores reconhecem o avanço alcançado com a Constituição de 1988, ao instaurar de fato o federalismo num país como o Brasil, que recentemente era marcado pela presença centralizadora do Estado.

O novo Pacto Federativo (1988) surgiu num contexto de graves crises políticas e financeiras. A primeira, como resultado do regime militar, a segunda, pelo esgotamento do

modelo econômico vigente e, sobretudo pelas mobilizações e movimentação em prol da descentralização, favorecido pela abertura política.

O federalismo deve ser entendido como uma forma de organização do Estado-nação, caracterizado pela repartição hierárquica de poderes (direitos e obrigações) entre os níveis governamentais (Batista & Ivanauskas, 2003).

No novo modelo, os recursos financeiros passam a ser redistribuídos entre a União, estados e municípios, sendo que estes têm sido fortalecidos pela maior participação na execução das políticas setoriais. Antes da Constituição de 1988, 44% dos recursos públicos correspondiam à esfera federal, 37,2% à estadual e 18,2% à municipal. De 1988 a 1993, os recursos do nível federal diminuíram para 36,5%, enquanto nos níveis estadual e municipal alcançaram 40,7% e 22,8%, respectivamente (Gerschman, 2000).

Nos vários trabalhos por nós revisados distinguem-se duas tendências principais sobre os problemas de federalismo: uma de natureza tributária, que critica a atual descentralização de recursos junto às unidades subnacionais, face à incapacidade destas em assumir as suas responsabilidades e outra, que exalta a descentralização, em razão de maior aproximação entre os cidadãos e o poder público com a participação efetiva da comunidade.

Essas tendências, como mostram as experiências de países federados como Estados Unidos e Alemanha, seriam perfeitamente complementares, não fosse a cultura de anti-centralismo consolidada no Brasil, onde federação é sinônimo de descentralização ao invés de significar a organização da União (CAMARGO, 1994). Aliás, esse entendimento tem levado à radicalização da descentralização tal como previsto na Constituição, ao declarar a plena autonomia dos municípios. O Pacto Federativo assim desenhado apresenta-se como caso único nesse sentido, além de ter sido dado um passo em extremo arriscado na medida em que 90% dos 5.561 municípios não contam com os recursos indispensáveis para assumirem minimamente os vastos encargos constitucionais.

Atualmente há três problemas que vêm merecendo atenção na literatura: político, tributário e administrativo (CAMARGO, 1994).

Aspecto político

As prioridades a serem resolvidas no âmbito político estão centradas em problemas como a estrutura presidencialista, que imporia uma enorme lacuna entre os governadores

dos estados e o Presidente da República, agravada pelo poder de barganha dos primeiros, em função do controle que exercem sobre suas bancadas no Congresso Nacional. Soma-se a isso, o equivocado papel do Senado, na prática mero revisor das propostas, quando teoricamente deveria intermediar os conflitos entre os entes federativos.

Aspecto tributário

Deve-se ressaltar a repartição baseada em princípios da universalidade para a divisão dos tributos entre União, estados e município, efetuando-se, portanto, a descentralização financeira através das transferências constitucionais (FPE e FPM)⁹. Entretanto, tais transferências foram fixadas sem estarem vinculadas ao processo de descentralização quando da implantação de novos serviços públicos. Esse aspecto reflete negativamente no país em função do grande desequilíbrio entre as regiões devido às desigualdades existentes.

Nos interessa reter para os objetivos deste trabalho os problemas referentes aos aspectos político-institucionais porque no setor saúde, vão afetar os repasses às unidades subnacionais, particularmente aos municípios.

Aspecto administrativo

Vários são os problemas inerentes a esse aspecto. Destacamos alguns deles. A ausência de critérios técnicos e políticos necessários à criação de estados e municípios teve conseqüência desastrosa. Desde a Constituição, os municípios vêm proliferando mais por força de arranjos de elites locais do que por imperativos da organização político-administrativa estadual. Por outro lado, os territórios transformados em estados, devido às precárias condições financeiras, por força da lei têm suas despesas arcadas pelo governo federal, o que põe em dúvida suas condições necessárias para a transformação pleiteada. Outro problema é a falta de definição clara de competências dentro da federação. A própria Constituição prevê várias funções concorrentes entre os níveis de poder federal, estadual e municipal, permitindo as superposições de atuações de acordo com os interesses de cada

⁹ Fundo de Participação Estadual (FPE), constituído para receber 21,5% dos 47% do total de recursos arrecadados pela União. Fundo de Participação de Município (FPM), constituído para receber 22,5% dos 47% do total de recursos arrecadados pela União.

um. O parágrafo único do Artigo 23, inciso IX, determina que uma Lei Complementar (...) *fixará normas para a cooperação entre a União, estados, distrito federal e municípios* (...), ainda não foi regulamentada. Da mesma forma, em relação às funções comuns, a União acaba por assumir tarefas que não são suas.

Quanto às competências estaduais, exceto uma, todas as outras são residuais. Sua única responsabilidade clara é “...*explorar diretamente, ou mediante concessão a empresa estatal, com exclusividade de distribuição, os serviços locais de gás canalizado*” (artigo 25, parágrafo 2º).

Desta forma, a indefinição sobre a delimitação das competências, principalmente entre, estados e municípios, dificultam as responsabilizações pelas políticas públicas por parte das unidades subnacionais.

Como se disse, o novo Pacto Federativo deu início à descentralização, que implica transferência de poder político, institucional e administrativo, além de aumento das receitas pelo repasse de recursos fiscais da União às subunidades da federação.

A origem da descentralização está no movimento municipalista que buscava a autonomia municipal e participação social como alternativa às políticas até então vigentes, de caráter centralizado e autoritário, com a visão de que quanto mais próximo o poder estiver do nível local, mais possibilidades haverá de se resolver, satisfatoriamente, os problemas apresentados pela população. Nesse processo, Viana (2000), aponta três momentos distintos da descentralização da política pública: nascimento do movimento (1970); Constituição de 1988; e, no pós 1990, recentralização de recursos fiscais e oriundos da Seguridade Social associada à privatização das estatais e regulamentação de municipalização.

Há muitas abordagens do tema, desde uma perspectiva neoliberal, a descentralização é apontada como forma de aumentar a eficiência e a eficácia do gasto, ao aproximar problemas e gestão, aumentando o vínculo entre clientes e entidades responsáveis pelas decisões (Farah *Apud Kleiring et al* 1998), linha esta que hoje está marcando a orientação do SUS e de todos os sistemas de saúde do mundo; outra corrente, a descentralização é pensada como estratégia de reestruturação do aparelho estatal, não para reduzi-lo, mas para “torná-lo eficaz”, democratizando a gestão e redefinindo as relações entre os entes federativos, além das relações Estado/sociedade através das arenas colegiadas de participação (Junqueira, *Apud Kleiring et al*, 1998).

Na década de 1990, com o processo de descentralização do SUS, implementado a partir de Normas Operacionais Básicas, emitidas pelo Ministério da Saúde, verifica-se uma importante reorganização dos serviços de saúde no Brasil. A heterogeneidade do país é enorme e esse processo apresenta avanços e dificuldades. Contudo, tem aberto a possibilidade para inúmeras inovações institucionais, nos vários níveis de governo.

Com a descentralização emergiram problemas relacionados com as diferenças regionais e desigualdades existentes entre os municípios, o que levou à necessidade de emitir sucessivas Normas Operacionais (1991, 1993, 1996) para avançar no complexo processo em direção à municipalização, mesmo porque por todo o país tem gerado resistência por parte de governadores e prefeitos a mudar o esquema existente, como atestam os obstáculos colocados para a habilitação das redes estaduais e municipais de saúde conforme a NOB/93 e NOB/96, em condições de gestão semiplena e plena, apesar do incentivo dos recursos financeiros transferidos pelo MS.

As NOB definem as condições pretendidas como necessárias e suficientes pelo MS, principalmente quanto ao repasse de recursos financeiros, reorientação do modelo assistencial, expansão da cobertura e melhoria da qualidade na prestação dos serviços. De forma breve, apresentaremos as NOB de 1991 e 1993, nos detendo na NOB de 1996, instrumento orientador da habilitação do estado do Amazonas e de Manaus.

A NOB/91 introduz o ressarcimento aos prestadores privados, possível através dos “convênios de municipalização”, resultando em continuidade do esquema efetuado anteriormente pelo INAMPS e agora numa relação direta entre o Ministério da Saúde e os municípios. Também estimula a criação e disseminação dos Fundos e Conselhos de Saúde, previstos como requisitos para repasse de recursos financeiros, conforme a Lei 8.142/90.

A NOB/93 regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e estabelece os mecanismos de financiamento das ações da assistência ambulatorial e hospitalar, através de três modalidades, de caráter gradativo: incipiente, parcial e semi-plena¹¹. A mesma norma criou as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no nível estadual e Tripartite (CIT) no nível federal enquanto instâncias técnicas de negociações.

¹¹ Incipiente e parcial – município e estado - cadastro e contratação de provedores; programação, autorização e controle dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Somente na parcial recebe a diferença entre o total produzido e o seu teto. Semi-plena – município e estado - assumem obrigatoriamente o conjunto de responsabilidades do Sistema e recebem recursos diretamente fundo-a-fundo. Na condição de gestão semi-plena município e estado passam a receber recursos financeiros diretamente fundo-a-fundo para as despesas de custeio.

Muitas das limitações existentes foram superadas com a edição da NOB de 1996, implementada a partir de 1998, que prioriza a atenção básica e institucionaliza mecanismos financeiros indutores como, por exemplo, o Piso de Atenção Básica (PAB)¹², o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Essa nova concepção altera o fluxo de distribuição de recursos e busca mudar a lógica da assistência, centrada na medicina curativa e na produção quantitativa de serviços, no sentido da promoção da saúde.

As condições de gestão estabelecidas pela NOB/96 são reduzidas a duas e, como antes, assumidas por estados e municípios de forma voluntária e de acordo com o cumprimento dos requisitos pré-definidos e a adesão validada pela CIB e aprovada pelo Conselhos de Saúde cuja atuação tem sido, porém, muito fraca.

Para os municípios as condições de habilitação são: Plena da atenção básica e Plena do sistema municipal.

- Plena da Atenção Básica: a gestão municipal assume a organização, gestão, planejamento, controle e auditoria e informações em saúde referente aos serviços básicos;
- Plena do sistema municipal: o município se responsabiliza por toda a rede de serviços.

Para os estados, as condições são: Avançada e Plena do sistema estadual e as responsabilidades comuns aos dois tipos de gestão, são: coordenação e gestão do sistema de referência e de ações coletivas entre municípios, através de centrais de controle de procedimentos complexos, e internações.

A vigência da NOB/96 teve seu término em 2002, com a publicação da Norma Assistencial 01/2002 (NOAS). O estado do Amazonas, que até janeiro de 2004 não havia se habilitado, permanece na condição de prestador, o que significa, entre outros, deixar de receber, em média 60 milhões de reais por ano (valores de 2000).

As dificuldades para a habilitação do Amazonas foram de ordem política, institucional e administrativa, como o não cumprimento de compromissos nos prazos estabelecidos e exigidos como requisitos. Já nos municípios houve superação das dificuldades políticas.

¹² Os recursos do PAB são divididos entre o PAB fixo (vinculado ao valor *per capita*) e PAB variável, o qual depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais e as ações estratégicas tais como a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

Apesar disso, no ano de 1998 houve, a exemplo do restante do país, o maior número de habilitações. Em 2002 a situação era a seguinte:

Modalidades de Gestão	1998	%	2002	%
Plena da Atenção Básica	34	97	55	89
Plena do Sistema Municipal	01	3	07	11
Total de Municípios Habilitados	35	55	62	100
Total de Municípios	62	100	62	100

Em 1998, dos 62 municípios do estado do Amazonas, 55% estavam habilitados, sendo que destes apenas um encontrava-se na Gestão Plena do Sistema. Até 2002, ainda que a totalidade dos municípios estivesse habilitada, aqueles em Gestão Plena do Sistema Municipal não passavam de 7 (11%), reforçando a perspectiva de consolidação da atenção básica no processo de descentralização do SUS no nível municipal. Essa situação demonstra irregularidade no comportamento da descentralização no estado do Amazonas, com alguns municípios mobilizados para assumir seus sistemas, enquanto outros, por dificuldades técnicas ou conveniências políticas permaneciam ligados à SES. Mesmo no nível nacional, o número de habilitações estaduais e municipais na Gestão Plena do Sistema não foi expressivo no período de 1998-2000.

O Piso de Atenção Básica (PAB), editado pela portaria n.º 1.883 de 1997, é uma iniciativa do MS para incentivar ações básicas mediante a redistribuição de recursos financeiros àqueles municípios que vinham sendo prejudicados pela vinculação dos repasses à produção. Esse montante de recursos é distribuído em função do número de habitantes e se compõe de uma parte fixa, correspondente a R\$ 10,00 por habitante/ano, e de uma parte variável, caracterizada como incentivo à implantação e/ou implementação de ações básicas na área de assistência e de vigilância em saúde, agregadas com base em critérios técnicos específicos de cada programa de saúde. A transferência é feita regularmente fundo a fundo, porém pode ser interrompida se as exigências com relação à alimentação de bancos de dados estadual e federal não forem cumpridas e os sistemas de informação apresentarem descontinuidade.

Com o objetivo de demonstrar a estrutura de repasses do SUS para o estado do Amazonas destacaremos, nesse aspecto, alguns trechos da NOB/96 ao mesmo tempo em que comentaremos as repercussões identificadas. Com base nos tetos mencionados, são transferidos fundo a fundo:

- Os recursos para estados e municípios em gestão plena do sistema, que recebem valor correspondente ao seu teto anual, em cotas mensais iguais;
- Os recursos do PAB fixo são destinados a todos os municípios que se habilitem à gestão plena da atenção básica. No PAB variável o pagamento varia entre programas e o município recebe separadamente para cada um deles implantado.

Os municípios do estado do Amazonas recebem valor *per capita* de R\$ 10,00 por ano⁷, pagos mensalmente em parcelas iguais. Os valores aproximados são: para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), R\$ 2.800 por agente/ano; para Programa de Saúde da Família (PSF), R\$ 60.576 por ano por equipe (variável de acordo ao tamanho desta); para a Assistência Médica Farmacêutica Básica (AFB) R\$ 2,00 *per capita* (já incluída a contrapartida estadual e municipal) e para o Programa de Combate às Carências Nutricionais, R\$ 180 por criança em risco nutricional/ano. Para as ações básicas de vigilância sanitária que consistem no Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS), os valores são R\$ 0,25 habitante/ano, com repasse negociado nas instâncias gestoras.

Com base nesses valores, no Amazonas as transferências federais tiveram a seguinte evolução:

Transferências federais ao estado do Amazonas (R\$ 1.000,00)

Tipo de despesa	1998		2002		Variação 2002 – 1998 (%)
	R\$	%	R\$	%	
Internações	24.930,44	60,2	43.585,72	33,7	74,0
Alta/Media Complexidade	101.532,66	0,3	9.097,55	7,0	-99,0
Atenção Básica	16.360,47	39,5	76.786,81	59,3	369,3
Total	41.392,45	100	129.470,09	100	212,7

Ainda que não tenha sido considerada a inflação do período em estudo, podemos supor um efetivo aumento das transferências federais no período em estudo no estado do Amazonas. Em 1998, a internação comprometia 60% e a atenção básica 39,5% das transferências. Em 2002, a internação passou a comprometer apenas 33,7% enquanto a atenção básica alcançou quase 60% no período em estudo. O teto financeiro estadual teve variação positiva de 212,7% entre 1998 e 2002. Apesar do incremento de recursos para a

⁷ Os valores correspondem ao ano de 2002. Em 2004 os valores são de R\$ 12,00 para o PAB Fixo, R\$ 3.120,00 por ACS para o PACS. Os demais valores mencionados permaneceram inalterados, tendo sido atualizada apenas a estimativa populacional dos municípios.

Atenção Básica, o maior volume de recursos ainda está ligado às ações de média e alta complexidade, com 99% de aumento. Assim mesmo, a nova lógica de repasse dos recursos, a partir do PAB, possibilitou inversão dos percentuais entre internação e atenção básica. Para os municípios, o PAB representou quase toda a receita total. Como a grande maioria tem insuficientes recursos financeiros próprios, fica completamente dependente das transferências federais. Essa situação pode ser constatada ao se observar que, dos 44 municípios amazonenses que alimentaram o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) em 2002, em 15 deles as transferências federais representam de 20% a 40% de seus orçamentos e para os 29 restantes, representam acima de 40% em relação às despesas totais com saúde.

- Os recursos para estados, referentes à assistência especializada estadual - Fração Assistencial Especializada (FAE) – cobrem procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses e tratamento fora do domicílio.

Esse é o aspecto em que o Amazonas tem sido mais penalizado. Por não estar em nenhuma modalidade de habilitação, não dispõe da prerrogativa de flexibilização no teto de recursos transferidos, de forma a ajustar a programação de procedimentos de acordo com suas necessidades. O resultado é menos recursos em geral; e, dos repassados, freqüentemente deixam de ser pagos na sua totalidade, pois mesmo necessitando, ao estado não é permitido redistribuir recursos entre os diversos grupos de procedimentos. Agravando o problema, há as conhecidas “glosas” ou cortes de recursos em função dos erros de preenchimento das informações. Enquanto isso, várias unidades públicas permanecem sem conseguir sua integração ao SUS por insuficiência do teto estadual.

Com essa estrutura básica de financiamento, a assistência dispõe de regulamentação mais detalhada enquanto que a vigilância, embora já prevista na NOB/96, teve as suas ações e recursos regulamentados somente com a publicação da Portaria n.º 1399 de 16 dezembro de 1999, que compreende um processo específico, conhecido por Certificação para descentralização das ações de vigilância epidemiológica, como se a assistência e a vigilância no nível local, pudessem ser dissociadas na atenção ao paciente e à comunidade. Na prática, significa a ausência de integração entre essas áreas, o que colabora para o recrudescimento dos agravos, principalmente daqueles que exigem controle mais efetivo, como malária, dengue e tuberculose.

Várias são as dificuldades decorrentes do processo de descentralização, que prossegue diferentemente da difundida nos instrumentos reguladores do MS. Por exemplo, as transferências da União para estados e municípios estão sempre condicionadas à disponibilidade de teto financeiro do MS, que determina os tetos máximos de recursos a serem repassados. Além disso, como já dito, os recursos financeiros próprios dos municípios são insuficientes, fato que gera dependência e baixa capacidade de gestão.

Em suma, a forma de implementação prevista para a descentralização do SUS tem gerado inúmeros problemas, tanto no nível municipal como no estadual. No entanto, há unanimidade em reconhecer avanços nesse processo, principalmente na ampliação da cobertura e na superação dos mecanismos de pós pagamento.

2. O Sistema de Saúde de Manaus: acompanhando o SUS após 1990

O processo de descentralização do sistema público de saúde em Manaus é recente e incipiente. O município foi habilitado pela primeira vez na condição de Gestão Plena da Atenção Básica em abril de 1998, segundo a NOB/96. Em bora a habilitação na Gestão Plena do Sistema houvesse sido programada para o exercício de 2001, isto não ocorreu.

A condição de Gestor da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), permitiu a esta gerir os recursos financeiros do PAB fixo e variável de acordo com o grau de implantação e/ou implementação dos programas básicos determinados pelo Ministério da Saúde para essa modalidade de gestão. Essa nova situação implicou investimentos para a melhoria da estrutura dos serviços básicos e ampliação da capacidade técnico-operacional, principalmente aquisição de equipamentos de informática e capacitação de recursos humanos nas áreas de informações em saúde, controle e avaliação e estruturação dos programas básicos de saúde (SMS, 1999).

Um aspecto exigido tanto da gestão estadual como da municipal é o controle e avaliação, envolvendo o cadastramento, processamento e análise da produção de todos os serviços executados pelos profissionais lotados nas unidades de saúde. Assim, desde 1998 a SMS realiza essas funções para a totalidade das unidades básicas de saúde localizadas no município e cadastradas no SUS.

De 1998 até outubro de 2003, não ocorreu municipalização de quaisquer unidades básicas de saúde estaduais localizadas em Manaus, apesar de várias iniciativas tomadas por

ambas as secretarias, algumas delas com a intervenção dos Conselhos de Saúde e do Ministério Público. Entraves de ordem política e mesmo técnica entre as esferas de governo estadual e municipal, incluindo equívocos nas concepções políticas e gerenciais dos governantes e dos gestores quanto a seus novos papéis e responsabilidades, concorreram para isso. De fato, a SES, mesmo após a habilitação de Manaus, continuou ampliando a sua rede básica própria.

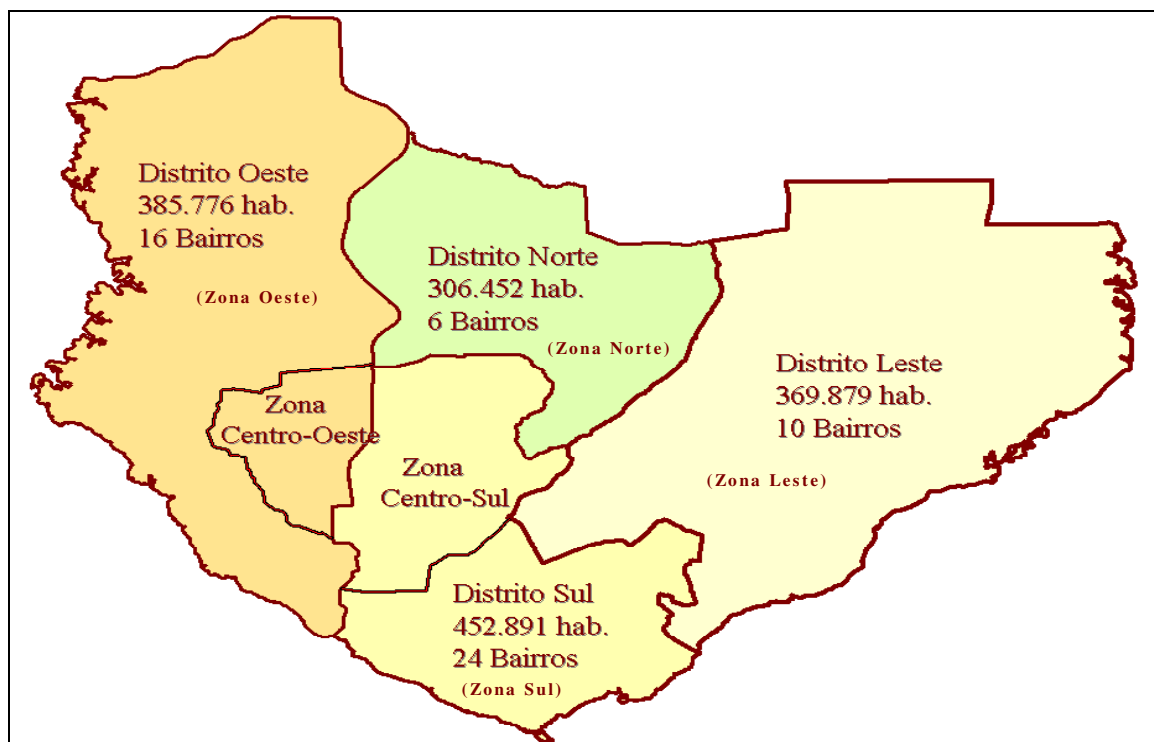
a) A rede municipal por tipo e propriedade dos estabelecimentos

Em Manaus, a rede de serviços de saúde organizou-se, inicialmente, a partir de seis zonas geográficas, obedecendo à divisão estabelecida pelo Instituto Municipal de Planejamento (IMPLAN) que em 1995 conferiu à cidade um zoneamento sanitário fundamentado apenas em critérios geodemográficos, ao considerar para isso as grandes vias de acesso e o tamanho populacional, sendo essas zonas nominadas de: norte, leste, sul, centro-sul, oeste e centro-oeste, todas na área urbana do município, que contava, em 1996, com 56 bairros.

Atualmente a organização e estruturação do sistema de saúde municipal na área urbana desenvolve-se através de quatro distritos de saúde: norte e leste, que se mantiveram sob a mesma denominação, delimitação geográfica e vinculação populacional das zonas geográficas anteriores; oeste e sul, que incorporaram as zonas oeste e centro-oeste, sul e centro-sul, respectivamente. A área rural compreende 17 localidades situadas ao longo dos rios Negro e Amazonas com acesso, algumas por via terrestre e outras, somente via fluvial, possuindo em média 3 mil famílias.

A disposição geográfica dos distritos de saúde, população e número de bairros são apresentados na figura 4.

Figura 4. Manaus, distritos de saúde, população e número de bairros, 2003.



Fonte: SMS, 2004

A organização dos serviços em distritos de saúde foi determinada recentemente pela Lei Municipal nº 590 de 23 de março de 2001, que dispõe sobre a desconcentração administrativa. Abrange saúde e educação, tendo como exigência uniformidade quanto à localização, extensão e delimitação para os distritos a serem operacionalizados por esses setores. Contudo, até janeiro de 2004, a regulamentação dessa lei para a saúde ainda não havia ocorrido, apesar da SMS ter adotado essa lógica de organização desde 1999, especialmente para o Programa Médico da Família (PMF). Tal condução é restritiva à concepção de processo de mudança social e de práticas sanitárias defendida por Mendes (1994) para distritos de saúde, conferindo à organização da rede de serviços de saúde em Manaus ainda uma condição de incipiência.

Com base nos dados obtidos no SIA e SIH/SUS apresentaremos o perfil da rede de serviços com o objetivo de verificar as mudanças qualitativas e quantitativas ocorridas no período 1998-2002. No ano de 1998, como se disse, teve início o processo de descentralização no estado do Amazonas, estando a capital Manaus dentre os municípios habilitados.

Os serviços de saúde da rede pública municipal se classificam como segue:

- Unidade de saúde da família¹⁴: assistência médica ambulatorial prioritariamente de caráter domiciliar nas áreas de clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia às famílias residentes em áreas de abrangência previamente definidas para as equipes do PMF;
- Posto de saúde: assistência médica ambulatorial nas áreas de clínica médica, pediatria e obstetrícia com periodicidade quinzenal para a população residente na área rural do município; ações de prevenção desenvolvidas por ACS, de forma permanente;
- Centro de saúde: assistência médica ambulatorial nas áreas de clínica médica, pediatria e obstetrícia, odontológica e multiprofissional a indivíduos; ações de prevenção e controle a grupos prioritários, além de apoio laboratorial;
- Ambulatório de alta resolutividade: igualmente, presta assistência nas modalidades mencionadas acima, além de assistência em urgência básica diuturnamente;
- Centro de atenção integral à saúde da criança¹⁵: assistência médica e odontológica ambulatorial exclusivamente na área de pediatria;
- Centro de referência¹⁶: assistência médica ambulatorial nas áreas de clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cardiologia, oftalmologia e reumatologia; assistência odontológica, além de serviços de apoio radiodiagnóstico como laboratório, radiologia, ultrassonografia e eletrocardiografia;
- Serviço de pronto-atendimento: assistência médica ambulatorial do tipo “queixa-conduta”;
- Pronto-socorro: assistência clínica geral e especialidades, cirurgias, e apoio diagnóstico à população em geral ou a grupos de risco;
- Serviços auxiliares de diagnose e terapia (laboratórios);
- Clínica especializada;
- Maternidade: assistência obstétrica ao parto normal e cirúrgico;

¹⁴ Casas de Saúde da família (CSF), categoria surgida em 1999.

¹⁵ Centro de Atenção Integral à Criança, categoria surgida em 1998.

¹⁶ Centro de Referência, categoria surgida em 2000.

- Hospital: assistência hospitalar. Possui serviço de internação em geral ou em determinadas especialidades;
- Unidade móvel para enfrentamento de traumas: com remoção de pacientes;

Entre 1998 e 2002 houve mudança quantitativa e qualitativa no perfil dos estabelecimentos, pois novos tipos de serviço foram instalados, resultando em aumento e alteração do perfil da oferta, conferindo maior complexidade à rede municipal. Os serviços que melhor ilustram essa situação são aqueles integrados à rede de atenção básica como as Casas de Saúde da Família (CSF), Centros de Atenção Integral à Criança (CAIC) e Centros de Referência (CR). Os dois últimos, apesar da sofisticada nomenclatura, são unidades que executam serviços fundamentalmente básicos. Existem diferenças entre as unidades básicas de saúde da área urbana e rural, porque, historicamente em Manaus, as unidades básicas localizadas na área urbana eram centros de saúde, enquanto na área rural, eram postos de saúde, contando os primeiros com estrutura física bem superior à dos postos. Por outro lado, as CSF, categoria que mais se multiplicou, proliferaram na área urbana com uma estrutura física bastante inferior, inclusive à do posto de saúde rural. A tabela 15 mostra as mudanças no perfil dos serviços de saúde:

Tabela 15. Perfil dos estabelecimentos de saúde em Manaus, 1998-2002.

Estabelecimento	1998	2002	Variação (2002-1998) (%)
Unidades Básicas de Saúde*	90	271	201,1
Posto de Assistência Médica	4	-	-100,0
Ambulatório	17	30	76,5
Maternidade	3	-	-100,0
Hospital	29	31	6,8
Pronto Socorro	10	7	-30,0
Clinica Especializada	9	23	155,5
Serviço de Diagnóstico e Terapia	33	47	42,4
Unidade Móvel Enfrent. Traumas	37	37	0,0
Outros**	29	36	24,1
Total	266	482	81,2

Fonte: SMS, 2004

* incluem-se as unidades da família (165), postos de saúde (19), centros de saúde (63), ambulatórios de alta resolutividade (6), centros de atenção integral à saúde da criança (12), centro de referência (7), serviço de pronto atendimento e consultórios isolados (11). Essas quantidades referem-se ao ano de 2002.

** Outros refere-se ao conjunto de unidades que não tiveram suas categorias alteradas e contaram com quantitativo inferior a 2 por tipo de unidade

O aumento do número de um mesmo tipo de serviço mostra uma expansão potencial de cobertura da rede. Foi observada essa mudança pela variação percentual de 81,2% em relação ao total de unidades no período em estudo. O maior aumento refere-se

às unidades básicas de saúde com 201,1% creditado às unidades de saúde da família, motivado pela implantação acelerada do Programa Médico da Família (PMF) no município de Manaus em 1999, seguido das clínicas especializadas com 155,5% e dos ambulatórios com 76,5%. Também foi significativo o aumento de serviços de diagnose e terapia com 42,4% (laboratórios). Tal fato pode ser explicado pela prestação desses serviços nas unidades básicas gerenciadas pela SES que ofereceu aos prestadores privados já cadastrados a possibilidade de estender seus serviços a outro tipo de demanda e não apenas àquela que chega ao laboratório. Chama atenção a significativa diminuição (-30%) que sofreram os prontos-socorros, sem que pudéssemos encontrar explicação para esse fato.

Destaca-se que as categorias de unidades básicas, ambulatórios, prontos-socorros e os hospitais, em sua grande maioria, integram a rede pública própria das secretarias estadual e municipal. Assim como, tradicionalmente, as clínicas especializadas e laboratórios integram a rede complementar do SUS em Manaus, sendo em sua totalidade privados.

O dado mais importante a considerar na organização da oferta de serviços é a natureza da propriedade dos estabelecimentos de assistência médica porque essa variável vai definir, em última instância, as relações de poder no interior do setor saúde (Labra, 2000). Tal composição é mostrada na tabela 16.

Tabela 16. Estabelecimentos segundo a propriedade, Manaus 2000-2002.

Tipo de Prestador	Anos				Variação 2002 – 2000 (%)
	2000		2002		
	Nº.	%	Nº.	%	
Públicos	198	75	380	84	91,9
Federal	4		5		
Estadual	91		107		17,5
Municipal	88		253		187,5
Universitário	6		6		
Sindical	9		9		
Privados	66	25	71	16	7,5
Privados	51		56		9,8
Filantrópicos	15		15		
Total Geral	264	100	451	100	70,8

Fonte: DATASUS, CD Rom – Movimento de Atendimento Ambulatorial de 1998 a 2002.

Como vimos, em Manaus, o SUS está constituído por serviços públicos, privados e filantrópicos, mas sempre houve predomínio de estabelecimentos públicos, com 75% em 2000 e 84% em 2002. Entre 2000 e 2002 essa condição foi reforçada pela expansão de unidades públicas, tendo o prestador público apresentado uma variação relativa de 91,9%. Dos prestadores públicos, quem mais contribuiu foi o municipal pela mesma razão citada

anteriormente (criação do PMF), aumentando em 187,5% seguido do estadual, que com a ampliação de centros de saúde, pronto-socorros e centros de atenção integral à saúde da criança alcançou 17,5% no período.

De modo geral e, mesmo sem expressiva expansão dos serviços privados, dado que houve apenas alteração no percentual de distribuição na relação público/privado, esse prestador tem se mantido no sistema com 7,5% de participação. A justificativa para esse resultado deve-se ao pouco interesse desse tipo de prestador em oferecer seus serviços conforme tipo, quantidade e valores de procedimentos exigidos pelo SUS, preferindo o sistema de medicina complementar (seguros e planos de saúde), que utiliza tabelas de pagamento mais atraentes para os profissionais, principalmente para os serviços de internação.

b) Assistência Ambulatorial

A seguir apresentam-se algumas informações selecionadas do Datasus sobre a oferta e produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, além de outras relativas a recursos humanos e financiamento, setores em que a municipalização, segundo nosso julgamento, requerem reestruturação imediata para adequar a rede de serviços às necessidades da população.

A concentração de serviços de maior complexidade (hospitais e ambulatórios de especialidades) é uma prerrogativa das capitais e Manaus não foge à regra. Da produção total dos serviços de saúde existentes no estado do Amazonas, 80% dos procedimentos de média complexidade e 100% dos procedimentos de alta complexidade são desenvolvidos em Manaus, confirmando a diversificação da assistência ambulatorial especializada, desde oftalmologia, psiquiatria, neurologia até subespecialidades como cirurgia plástica, cirurgia bucomaxilar, entre outros (PPI, 2000).

Reorganizar, hierarquizar e operar a rede estadual é um grande desafio dadas as peculiaridades do estado, como distância, dificuldade de acesso e alto custo operacional. Para isso o desenho territorial proposto no Plano Diretor de Regionalização para o estado do Amazonas (PDR) (2002) e atualizado para 2003, consiste na conformação de 10 regiões e 19 microrregiões de saúde para os 62 municípios. A capital tanto integra a microrregião Manaus, recebendo a população referenciada em serviços de média complexidade dos municípios Iranduba, Rio Preto da Eva e Presidente Figueiredo, como ocupa a posição de

centro macrorregional para referência em serviços de alta complexidade para todo o estado (SES, 2002).

A SES, apesar de sempre ter trabalhado com os municípios distribuídos em regiões, somente com a implantação da descentralização pela NOB/96, deu ênfase a investimentos para o fortalecimento dos municípios identificados como Pólos⁸, pois estes detinham melhores estruturas de serviços e tradicionalmente, por fluxo já consolidado, recebiam população referenciada por outros municípios para procedimentos mais complexos, visando aumentar a resolutividade dos serviços do interior e diminuir a demanda para a capital Manaus, que de modo geral compromete custos bastante elevados. Na atualidade, uma situação que ocorre com muita frequência e ilustra o envolvimento do estado do Amazonas e dos municípios com altos custos operacionais é a do tratamento fora do domicílio. Para os municípios, porque estes são responsáveis por arcar com as despesas dos pacientes encaminhados para Manaus e para o estado, por ser responsável por aqueles referenciados a outros estados. Tais despesas são custeadas com recursos próprios por ambos.

Uma das atribuições do gestor estadual reiterada na NOB/96 e mais tarde reafirmada na NOAS/2002, é a organização de sistemas de referência e contra-referência intermunicipal, para isso, mecanismos como centrais de regulação são apoios importantes nesse processo. No período 1998-2002, apesar da concentração da assistência especializada em Manaus, não se implantou central de marcação de consultas e exames, que teria possibilitado a identificação da clientela, a programação da expansão da oferta e a reorientação de fluxos para a clientela referenciada ou recebida.

Mesmo nos sete municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema não se tem notícias de iniciativas em relação a esses mecanismos internos para a organização da demanda entre níveis assistenciais que, em última instância, explicitariam o reconhecimento das unidades básicas como porta de entrada do sistema hierarquizado por níveis de complexidade.

Para a população atendida em Manaus, a produção ambulatorial apresentou incremento no período 2000 e 2002, conforme mostra a tabela 17.

⁸ Município Pólo: aquele que desempenha papel de referência para a sua população e a de outros municípios, ofertando procedimentos do elenco da M2 e /ou M3 e/ou Alta Complexidade (PDR do Amazonas, pág 21).

Tabela 17. Produção Ambulatorial do SUS, Manaus – AM, 2000 – 2002.

Produção Ambulatorial	Anos				Variação 2002 – 2000 (%)
	2000		2002		
	Nº.	%	Nº.	%	
Procedimentos de Atenção Básica	6.280.708	44,3	6.320.652	39,1	0,6
Proced. Especializados	6.917.294	48,9	8.585.377	53,1	24,1
Proced. Assist. de Alta Complexidade	949.964	6,8	1.248.288	7,7	31,4
Total	14.147.966	100	16.154.317	100	14,1

Fonte: DATASUS – SIA/SUS.

Os dados mostram que a estrutura da oferta ambulatorial tem correspondência apenas parcial na distribuição relativa da produção de serviços segundo nível de complexidade. Menos da metade dos procedimentos realizados em 2000 foram de atenção básica (44,3 %). Em 2002, inversamente à expansão verificada nas tabelas 15 e 16, houve redução relativa desses procedimentos (39,1%). Nesse ano, cerca de 18 unidades básicas estaduais estavam em reforma, o que pode explicar, em parte, tal resultado.

Esses dados, apesar de permitirem um panorama da atenção à saúde em Manaus, não possibilitam traçar nenhum paralelo entre número de atendimento e resolutividade dos casos na atenção básica, pois não existem parâmetros para tal análise, a não ser a conhecida estimativa de que 80% dos casos demandados pela população são resolvidos nesse nível de atenção. Assim, pode-se afirmar que a substituição de procedimentos de maior complexidade por básicos ainda é incipiente em Manaus, embora não possa descartar-se que problemas como o mencionado (unidades em reforma) e outros, como descontinuidade na alimentação dos sistemas de informação, podem ter interferido negativamente no baixo resultado.

Entretanto a variação relativa de apenas 17,0% para procedimentos da atenção básica, nível cuja categoria de unidade alcançou 201,1% de variação, é muito preocupante considerando-se a precariedade da estrutura física e de recursos tecnológicos nessas unidades (Tabela 13).

Considerando-se o número de unidades ambulatoriais para atender a população de Manaus em 2002 (324), a relação é de 2,1 unidades por dez mil habitantes, ainda distante da média regional de 3,7, representando importante desigualdade de cobertura assistencial. Por outro lado, desse total de unidades, 271 ou 83% são de atenção básica, numa relação de 1,8 unidades ambulatoriais por dez mil habitantes. Manaus, portanto, possui boa oferta neste nível de atenção, diferentemente do que ocorre com outros centros urbanos no País, onde predominam os serviços de média e alta complexidade.

c) Atenção Básica

Com a totalidade de municípios habilitados, as ações de promoção e prevenção em saúde passaram a ser desenvolvida mediante a implantação do PSF e do PACS, definidos pelo Ministério da Saúde como estratégias prioritárias para reorientação do modelo assistencial anterior, centrado na assistência curativa, conforme propõe a NOB/96.

Até 2002, no estado do Amazonas o PACS estava implantado em 62 municípios com 5.039 Agentes Comunitários de Saúde e o PSF em 44 municípios, com 283 Equipes de Saúde da Família (SES, 2002). Todavia, na prática, problemas sedimentados como insuficiência de profissionais, principalmente médicos, população dispersa e estrutura precária das unidades básicas, permearam a implantação desses programas em municípios do interior.

Em Manaus, a partir de março de 1999 começou a implantação do PSF recebendo a denominação Programa Médico da Família, inspirado na experiência cubana e com apoio de técnicos do município de Niterói, priorizando as áreas consideradas pela Secretaria Municipal de Saúde de alto risco e desprovidas de unidades básicas de saúde, como a zona leste e norte da cidade.

Em 2002, Manaus contava com 173 Equipes de Saúde da Família, distribuídas nos quatro distritos do município, atuando em 165 “Casas de Saúde”, praticamente com uma equipe por Casa. O PMF conta com 6 centros de referência ambulatoriais para dar suporte principalmente em patologia clínica, radiologia e ultra-sonografia, além de atendimento nas áreas de oftalmologia, odontologia, clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria. A equipe básica do programa é composta de 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e cerca de 7 agentes comunitários de saúde. A estrutura física das CSF é totalmente inadequada para o funcionamento de um serviço de saúde, contando com apenas 1 consultório médico, 1 sala onde funciona a recepção, 1 banheiro e 1 espécie de copa/almojarifado. São construções rústicas, que não obedecem às normas e padrões mínimos da vigilância sanitária.

A forma de implantação do PMF é semelhante à preconizada pelo Ministério da Saúde para o PSF, obedecendo às seguintes etapas: eleição e delimitação da área, processo seletivo para Agentes Comunitários de Saúde e outros profissionais da equipe e treinamento introdutório. Além disso, registra-se que há uma preocupação com a qualificação dos profissionais, tendo sido firmado convênio, com recursos próprios, entre

Prefeitura e a Universidade Federal do Amazonas com o objetivo de realizar cursos de especialização em saúde da família para os médicos e enfermeiros do programa, totalizando até 2003, 89 profissionais capacitados.

A atuação das equipes do PMF se assemelha a do PSF em muitos lugares do país – adscrição de clientela, área de abrangência definida, realização de visitas domiciliares, etc. Porém, no caso de Manaus, houve diferenças substanciais como:

- A integração do Programa ao sistema municipal de saúde

Enquanto o PSF se propõe a ser um modelo substitutivo, o PMF se caracteriza por ser uma proposta paralela à rede tradicional, com estrutura, recursos e gerência próprios, mantendo apenas uma vinculação ao gabinete do Secretário Municipal de Saúde.

- A resolutividade das equipes

A proposta do PSF é de **atenção integral** e para isso preconiza uma unidade de saúde da família como uma unidade básica, capaz de congrega tecnologia e equipamentos que contribuam para o alcance desse objetivo. No PMF a proposta é de **atendimento preventivo** e isso expressa-se na arquitetura das CSF, que são locais que servem de base para as equipes, sem contar, no entanto, com estrutura física, equipamentos e material necessários ao atendimento resolutivo, principalmente ao grupo materno infantil.

- A supervisão técnica

As equipes de supervisão são constituídas de profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais, cuja atribuição é dar apoio técnico ao PMF, na proporção de 1 equipe para 4 CSF. Esta seria uma inovação em relação à estratégia do Ministério da Saúde.

- O gerenciamento municipal da rede básica

A responsabilidade pela gestão da rede ambulatorial do município é elemento facilitador da articulação do PSF com os demais serviços de saúde, bem como da integração da rede assistencial como um todo. No caso de Manaus, gestor de apenas parte da rede ambulatorial, a impossibilidade de gerenciar diretamente parte expressiva das unidades básicas de saúde (28) pela não ocorrência da municipalização dessas unidades, exigiu maior capacidade reguladora tanto do gestor municipal como do estadual.

Nesse aspecto, o não cumprimento da diretriz da municipalização da rede básica estadual teve implicações desastrosas em vários planos:

- ✓ Jurídico-constitucional – o duplo comando da rede básica de serviços se manteve, contrariando o princípio constitucional do comando único permitiria

identificar o gestor e dar unidade de direção, coordenação e planejamento ao SUS.

- ✓ Jurídico-administrativo – ao contrário do que recomendavam os instrumentos normativos para garantir a manutenção das unidades gerenciadas pelas SES, foi firmado convênio do estado com o município de Manaus para repassar os recursos financeiros. Esta relação convencional restringiu a autonomia do município no exercício da efetiva função gestora da atenção básica.
- ✓ Técnico-gerencial – apesar das adequações efetuadas na estrutura organizacional e dos investimentos nas áreas citadas, a impossibilidade de exercer a função gerencial sobre a totalidade da rede básica agravou a desarticulação que sempre existira entre os sistemas municipal e estadual de saúde.
- ✓ Técnico-operacional – a desarticulação resultou em superposição de ações e serviços na atenção básica. Se por um lado o município, sem considerar a totalidade da rede existente, investia numa rede paralela (Programa Médico da Família), por outro, o estado, ignorando esse fato, também criava um conjunto de unidades, que, embora mais bem estruturadas, atendiam apenas um segmento da população (crianças), deixando de estender a atenção a mulheres em idade fértil e gestantes.

Este último pode ser ilustrado pelos dados da tabela 18.

Tabela 18. Procedimento de atenção básica, Manaus, 1998 -2002.

Procedimentos	Anos		Varição
	1998	2002	2002 – 1998 (%)
Imunização	736.106	625.706	-15,0
Outros proc. de nível médio	1.782.001	2.058.080	15,5
Consultas médicas	1.918.669	2.037.861	6,2
Proc. Básicos médicos	24.090	21034	-12,6
Atend. Odontológico	648.471	759.123	17,0
Proc. Outros profissionais nível superior	882.329	812.353	-7,9
Vigilância Sanitária	6.276	6.495	3,5
Total	5.997.942	6.320.652	5,4

Fonte: SIA/SUS, 2003.

O crescimento de apenas 5,4%, em média, dos procedimentos básicos no período estudado, deve-se, segundo a SMS, a um conjunto de causas como o “saneamento” no cadastro, retirando-se prestadores inadequadamente cadastrados, ausência de registro de

procedimentos do PMF em 1999, além da desativação parcial das 18 unidades públicas estaduais em 2002, conforme comentários da tabela 15. Apresentaram variação negativa os procedimentos de imunização, médicos básicos (entre os quais estão incluídos as suturas simples, debridamentos e outros) e aqueles realizados por outros profissionais de nível superior.

d) Assistência Hospitalar

Embora se mantenha a predominância de leitos públicos em Manaus, a distância entre público e privado foi reduzida no período em estudo. Ainda assim os primeiros eram quase o dobro do segundo (57,3%) em 2002. A predominância de leitos públicos no SUS não constitui em situação comum no sistema brasileiro, que em geral é de leitos privados.

A oferta da assistência hospitalar e internações são demonstradas com base nos dados do SIH/SUS. Igualmente, na assistência hospitalar verificaremos se houve variação na oferta de leitos e no número de internações em Manaus entre 1998 e 2002, conforme as tabelas 19 e 20. Vale lembrar que o número de leitos por mil habitantes é um indicador representativo da capacidade instalada, seja pela facilidade na obtenção da informação, seja porque é um insumo assistencial crítico.

Tabela 19. Leitos vinculados ao SUS, por regime, Manaus, 1998 – 2002

Propriedade	Anos				Variação 2002 – 1998 (%)
	1998		2002		
	Nº.	%	Nº.	%	
Públicos	1.434	63,1	1.544	57,3	7,7
Privados	577	25,4	875	32,5	51,6
Universitários	263	11,6	275	10,2	4,6
Total	2.274	100	2.694	100	18,5

Fonte: DATASUS/MS, 2004.

Os dados mostram a evolução favorável no total de leitos em Manaus, com 18,5% onde o aumento de leitos privados foi quase sete vezes superior ao dos públicos, subindo 51,6% e 7,7% respectivamente. Vale ressaltar que o aumento observado refere-se basicamente à construção de novos prontos-socorros, tanto para a população adulta como para a infantil.

Em 2002, a relação de leitos por mil habitantes era de 1,8, inferior à média nacional e à sugerida nos parâmetros assistenciais do SUS de 3 a 4 leitos por mil habitantes. Apesar

da evolução positiva de 18,5%, para chegar ao mínimo definido pelo parâmetro, é preciso superar o *déficit* de 1.772 leitos, ou seja, aumentar em 60% para alcançar a média nacional.

Tabela 20 – Leitos por especialidade, Manaus 1998 – 2002

Especialidade	Anos				Variação 2002 – 1998 (%)
	1998		2002		
	Nº.	%	Nº.	%	
Obstétrica	334	14,7	468	17,4	40,1
Cirúrgica	691	30,4	877	32,6	26,9
Clinica Medica	575	25,3	650	24,1	13,0
Pediátrica	478	21,0	553	20,5	15,6
Outras	196	8,6	146	5,4	-25,5
Total	2.274	100	2.694	100	18,4

Fonte: DATASUS, 2004.

Na distribuição da oferta de leitos os percentuais de participação relativa por especialidade em relação ao total de leitos, não tem apresentado alterações significativas.

Entre 1998 e 2000 a variação relativa para obstetrícia tida como a maior, foi de 40,1%. Entretanto, pela crescente taxa de mortalidade materna que apresentou o município de Manaus, alcançando em 2000 64,7 por cem mil nascidos vivos, esperava-se maior concentração de esforços em aumentar esse tipo de oferta que, apesar do incremento, ainda está em 0,3 leito de obstetrícia, necessitando ainda aumentar em 27% para alcançar o parâmetro estabelecido de 1,20 leitos por mil habitantes.

A expansão possibilitou o aumento das internações em 42,4%, como mostrado na tabela 21.

Tabela 21 - Internações hospitalares no SUS por especialidade, Manaus, 1998 – 2002.

Especialidade	Anos				Variação 2002 – 1998 (%)
	1998		2002		
	Nº.	%	Nº.	%	
Obstétrica	32.629	50,2	36.565	39,5	12,0
Cirúrgica	14.965	23,0	24.211	26,2	61,7
Clinica Medica	9.155	14,1	16.902	18,3	84,6
Pediátrica	6.891	10,6	14.077	15,2	104,2
Total	64.979	100	92.505	100	42,3

Fonte: DATASUS/MS, 2004.

Em números relativos, o maior incremento de internações foi na especialidade de obstetrícia, a pesar da redução em 2002, seguida da cirurgia. A maior variação relativa foi na área de pediatria de 104,2%, seguido da clínica médica (84,6%).

Tradicionalmente, a distribuição dos serviços hospitalares em Manaus tem sido bastante desigual, a grande maioria se concentrando em uma única área geográfica da cidade (zona sul). Registra-se que, desde 2000, a SES iniciou o deslocamento desse tipo de serviço localizando-o estrategicamente por distrito de saúde, em bairros periféricos.

De modo geral, a tendência verificada foi de expansão da oferta de serviços ambulatoriais básicos, especializados e de apoio diagnóstico. Permanece a insuficiência de oferta de leitos em Manaus, apesar dos esforços feitos nesse sentido.

Cabe lembrar que as informações apresentadas referem-se à produção de serviços realizados e aos recursos existentes. Sendo Manaus pólo de atração na atenção à saúde para os habitantes de outros municípios, os resultados podem ter sido afetados.

e) Administração de Recursos Humanos

A descentralização transferiu aos sistemas municipais de saúde a tarefa de gerir recursos humanos provenientes de distintos níveis de governo agora integrados em uma só rede. No Amazonas, essa responsabilidade constitui enorme desafio porque a insuficiência de pessoal é geral, em particular nos municípios do interior. Nesse aspecto, a relação entre a secretaria estadual e municipais é marcada por conflitos frequentes em reuniões da CIB e do CES, uma vez que o estado ainda controla a contratação dos profissionais principalmente os de nível superior.

Em 2002, a SES contratou 2.551 servidores, dos quais apenas 266 são médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. No final de 2002, o quadro de pessoal contava com 15.474 servidores distribuídos em 2.989 profissionais de nível superior (19,3%), 1.713 de nível técnico (11,0%), 7.243 de nível auxiliar (46,8%) e 3.525 de nível elementar (22,7%).

Em relação aos municípios habilitados não se tem dados sobre contratação de profissionais com recursos próprios para ampliação de seus quadros, o que poderia sinalizar o interesse e o empenho em acompanhar a expansão dos serviços no sistema de saúde.

Além desse contingente, a SES utiliza-se da contratação de cooperativas para, segundo ela, completar o pessoal necessário e otimizar o atendimento nas unidades da

capital. Das 14 cooperativas que existem, 12 são de médicos e 2 de enfermeiros e prestam serviços em 3 prontos-socorros infantis, 2 prontos-socorros adultos, 12 serviços de pediatria, 6 serviços de pronto atendimento e 9 serviços de UTI.

Recursos Financeiros	R\$ (miles)	%
Orçamento da SES – 2002	431.442,4	100
Pessoal	242.079,6	55,3
Cooperativas	49.752,8	20,5

Fonte: SES, 2003.

Do total de recursos orçados para 2002, o pagamento das cooperativas comprometeu 20,5% dos recursos de pessoal. Para se ter idéia do dispêndio de recursos que envolvem essa questão, apenas como ilustração: o processo de transferência das unidades básicas estaduais para o município de Manaus envolvia 142 médicos que custavam ao tesouro estadual 4.096,0 milhões por ano. Para um contingente de 153 médicos cooperados, a SES orçou o desembolso em 49.752,8 milhões, ou seja, uma diferença 12 vezes superior, salvaguardadas as devidas proporções.

Para os profissionais do quadro, a forma predominante de contratação de pessoal tem sido a de regime temporário, tanto no estado quanto nos municípios. A concentração de médicos na capital é de 84,8%, quando a concentração da população é de 50%. No interior do estado permanece, portanto, a situação de carência desse profissional, que aumenta nos municípios mais distantes da capital.

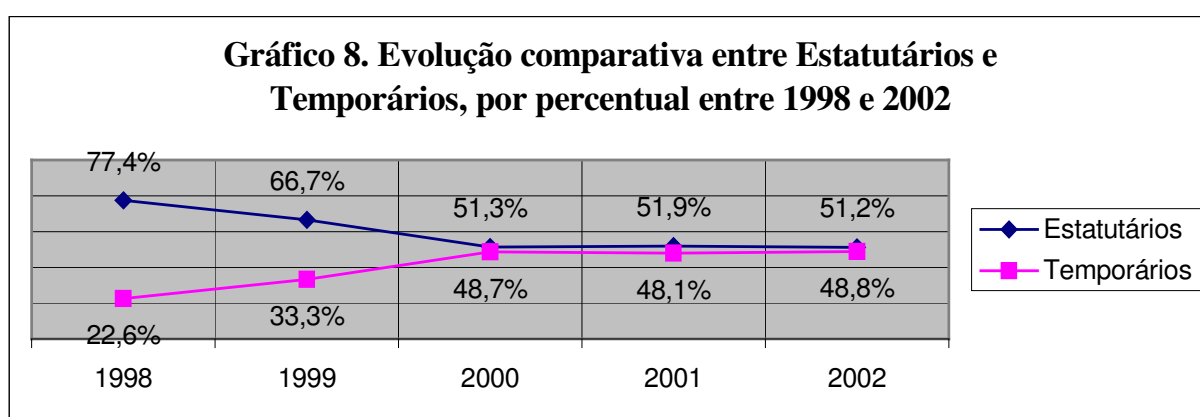
Esperava-se que com a implantação do PITS, em 2001 essa situação, se não resolvida, fosse pelo menos amenizada, visto que esse Programa proporciona, além da remuneração, a oportunidade de oferecer aos profissionais médicos e enfermeiros a titulação de especialistas em saúde da família.

O PITS teve pouco êxito no Amazonas em relação ao profissional médico. Em 2003, enquanto o estado do Pará, com 28 municípios contemplados, recebeu 38 médicos, o Amazonas, com 21 municípios, recebeu apenas 5 médicos. Com 1,5 médicos por mil habitantes, abaixo da média regional de 1,29 a distância e as condições de trabalhos oferecidos nos municípios do Amazonas, não parecem atrair os profissionais para exercer suas atividades e permanecer no interior.

A NOB/96 também reitera a necessidade de instituir o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) para estados e municípios. Esta questão ilustra a forma como o processo de desenvolvimento do SUS caminha diferentemente do estabelecido no Amazonas, estado que demanda uso intensivo de mão-de-obra, reposição contínua e ampliação do quadro de pessoal para os municípios habilitados, principalmente para o PSF e PACS. Por outro lado, o limite de 60% da receita corrente com pessoal imposto aos municípios pela Lei de Responsabilidade Fiscal é outra dificuldade enfrentada, embora haja margem para um gasto maior.

Em 2002, a SMS de Manaus contava com 6.780 servidores, sendo 1.845 (27,2%) de nível superior, 2.261 (33,3%) de nível médio e 2.674 (39,5%) de nível elementar. Dentre os profissionais de nível superior, 875 eram médicos, 420 enfermeiros e 220 cirurgiões-dentistas. Somando-se estes aos profissionais de nível superior da SES, chega-se ao total de 1.561 médicos, 672 enfermeiros e 341 cirurgiões-dentistas, o que confere ao município de Manaus uma situação razoável, chegando à relação de 1,04 médicos por mil habitantes, ainda abaixo da média nacional de 1,60, em 1999. Mas, é na relação de cirurgiões-dentistas /habitantes que a situação torna-se crítica com 0,22, quando no Brasil, era de 0,69 por mil habitantes. A relação de enfermeiros é de 0,45 por mil habitantes, superior, inclusive à média de 0,41 do País.

A evolução no quadro de funcionários estatutários e temporários da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus entre 1998 e 2002, é mostrada no gráfico 8.



Fonte: SMS, 2003.

Ao se comparar a evolução do percentual de servidores estatutários em relação aos temporários, verifica-se que se em 1998 o percentual de estatutários era de quase 3,5 vezes o dos temporários, em 2002 as proporções tendem a equiparar-se.

Por um lado, o maior incremento de contratação de pessoal temporário no período foi nos cargos de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário. Por outro lado, o maior número de desligamentos ocorreu nos cargos de auxiliar de enfermagem e agente comunitário. No caso do ACS, o principal motivo deveu-se ao fato destes mudarem de endereço por não possuir residência própria (SMS, 2002). Tal situação explica como o déficit habitacional de 40.000 moradias pode dificultar a implementação de serviços básicos de saúde em Manaus.

Nessas condições, é razoável supor o enfrentamento de dificuldades nas relações de trabalho em Manaus, que apesar de ter instituído seu Plano de Cargos Carreira e Vencimento (PCCV) em 1993, não vem realizando a promoção e enquadramento de profissionais em ascensão aos cargos pretendidos, além do que, realizou seu último concurso público em 1998. (SMS, 2002).

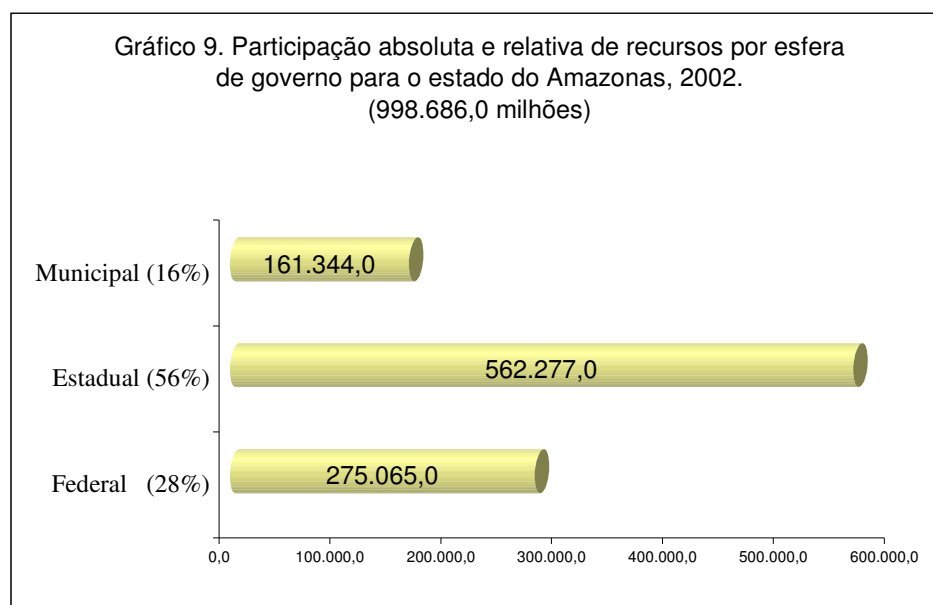
f) Financiamento

A alocação adequada de recursos financeiros destinados à saúde em cada estado é, indubitavelmente, fator crucial para a efetiva operacionalização do sistema estadual de saúde e um dos mecanismos para reduzir ou atenuar as desigualdades regionais. Entretanto, tão importantes quanto a alocação são a disponibilidade e a redistribuição desses recursos. No SUS os recursos transferidos aos estados, definidos pelo governo federal com limites máximos estabelecidos como tetos financeiros, quase sempre, leva à acirradas disputas entre os municípios no nível estadual, gerando conflitos todas as vezes que uma readequação nos recursos se faça necessária. No caso do Amazonas há desigualdade clara na alocação dos recursos, expressa pelo *per capita* de R\$ 48,34 destinado à região Norte, sendo bastante inferior, inclusive ao do Nordeste de R\$ 57,72 e do Centro-oeste de R\$ 64,57, valores vigentes até 2003 para o teto de média e alta complexidade.

Entretanto, aqui serão apresentados apenas alguns indicadores selecionados do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) para traçar o perfil de receitas e gastos em saúde do Amazonas e de sua capital Manaus. De início salienta-se que esses dados mostram forte dependência financeira do estado do Amazonas e dos Municípios em relação às transferências federais.

A vinculação de recursos orçamentários para a saúde nas três esferas de governo, concretizou-se com a Emenda Constitucional nº 29 de 2000, efetivada em 2001. A aplicação da Emenda pretendia em 5 anos elevar os gastos públicos com saúde e padronizar a classificação nas três esferas de governo. A partir de 2004, o percentual mínimo recomendado é de 12% para estados e 15% para municípios.

A participação absoluta e relativa dos recursos por esfera de governo para o Amazonas em 2002, está demonstrada no gráfico 9.



Fonte: SIOPS, 2004.

Embora o estado participe com 56% dos recursos para a saúde no Amazonas, se considerarmos que compromete 242.079,6 milhões, ou seja 43% de seus recursos com pessoal, conta com apenas 320.197,4 milhões para a contrapartida na manutenção do sistema e investimento que corresponderia a 32,1% do orçamento total, pouco acima dos 28% representado pelas transferências federais, ilustrando a dependência financeira já mencionada acima.

Apesar do cumprimento da EC 29, com a maior participação das esferas subnacionais, ainda não permite a superação das desigualdades no financiamento, dadas as diferentes capacidades de arrecadação. Enquanto Manaus possui uma receita tributária cerca de 1 milhão ao ano, municípios de médio e pequeno porte como Maués e Pauini,

contam com R\$ 729.098,89 e R\$ 276.346,57, respectivamente, que representam apenas 2,5% e 3,1% de seus orçamentos municipais.

Em relação às transferências federais será apresentado a seguir, a evolução do financiamento do sistema de saúde de Manaus no período 1998 – 2002.

Manaus	1998	2002	Variação(%)
Internação	17.390.417,68	36.128.990,29	107,7
Remuneração por serviços produzidos	53.895.068,76	104.278.731,35	93,4
Transferência atenção básica	9.936.334,65	27.164.512,56	173,3
Total	81.221.820,89	167.572.534,20	106,3

Não obstante o comportamento dos percentuais alocados para a atenção básica, que significaram importante acréscimo de receita para o SUS no Amazonas, a variação relativa dos recursos para a internação também foi significativa. Apesar disso, persistiram problemas relacionados ao financiamento da operacionalização da assistência, principalmente em relação à média complexidade, internações hospitalares e pagamento de pessoal.

Tendo como ponto de comparação os anos de 2000 e 2002, verifica-se um incremento nos gastos *per capita*, tanto federais quanto municipais, que foi em torno de 20% para ambas as fontes, conforme demonstrado a seguir.

Gasto público com saúde em Manaus, segundo indicadores selecionados, 2000-2002

Indicadores	2000	2002
% recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	17,72	18,22
Despesa com recursos próprios por habitante (R\$)	51,71	64,22
Despesa com recursos de transferência por habitante (R\$)	16,39	20,65

Fonte: SIOPS, 2000 e 2002

O município de Manaus manteve o percentual de recursos próprios acima do estabelecido pela EC 29, ficando em 2002 em 18,22%, mas que, no entanto, não acompanhou os 28% de crescimento de sua população. As despesas federais *per capita* elevaram-se de R\$ 16,39 para R\$ 20,65 e municipais de R\$ 51,71 para R\$ 61,22.

O PAB foi uma iniciativa que possibilitou uma redistribuição mais equitativa para a atenção básica, mas o mesmo não ocorreu com os outros campos de atenção à saúde. Vários desdobramentos decorrem dessa situação, porque segundo regiões, estados e particularmente municípios, a capacidade de cada um varia para custear sozinho seus respectivos serviços de saúde.

Definir políticas que combinem a redistribuição de receitas conforme as necessidades ou demandas da população, o fortalecimento do processo de descentralização e da capacidade de gestão de estados e municípios permanece como enorme desafio.

3. Síntese dos principais problemas observados

Primeiramente vale registrar que, na atualidade, diferentes enfoques permeia importante discussão de distintos autores sobre os termos equidade e necessidade *versus* demanda (Iunes 2002, Porto 2002). Por outro lado, na busca por definições mais apropriadas, verifica-se haver consenso quanto às limitações de critérios relacionados ao perfil demográfico, epidemiológico e socioeconômico.

Apesar disso, com base nos indicadores e variáveis adotados e ainda freqüentemente utilizados para dimensionar as diferenças regionais, a ênfase deste tópico está nas observações sobre as desigualdades em saúde exacerbadas em Manaus, ao compararmos as diversas dimensões no âmbito nacional, regional e estadual.

a) Dimensão demográfica

Apesar da tendência decrescente da população infantil e urbana no país, a situação demográfica em Manaus indica potencial crescente de demanda ao sistema municipal de saúde. O incremento populacional estando acima da média nacional de 1,6% e igual à região Norte, 3,9% associado a condição de centro macro regional do estado do Amazonas na assistência à saúde significa que a utilização apenas da população do município de Manaus para redistribuição de recursos financeiros, identificar a oferta total e programar a cobertura dos serviços não é a solução mais adequada.

Como já examinado, a crescente imigração associada à concentração da população na periferia urbana consolida a situação problemática de Manaus, revelando a necessidade de redesenho dos distritos de saúde e conseguinte capacidade instalada para ofertar mais e melhores serviços às comunidades pobres residentes.

Na discriminação da população segundo sexo e grupos etários, observou-se comportamento diferente em relação à mudança na estrutura etária que está ocorrendo no País. Enquanto no Brasil a população jovem está em decréscimo com 29,6% da população total, na região Norte e em Manaus, a evolução se dá mais lentamente apresentando 37,2% e 33,3%. Sendo assim, os serviços de saúde em Manaus devem contemplar a singularidade do ainda elevado percentual de juventude. A predominância de mulheres (51%) permite supor maior demanda assistencial por incidência de osteoporose, complicações do climatério, e outros agravos gineco-obstétricos.

O incremento da população idosa aponta para problemas como a prevalência de cardiopatias coronárias e outros agravos cardiovasculares, significando que o sistema municipal deve estender o cuidado a doentes crônicos e àqueles com doenças do aparelho circulatório, além de ações de prevenção e acolhimento.

Isolada das outras dimensões, a dimensão demográfica e suas respectivas variáveis e indicadores não é suficiente para explicar o diferencial de necessidades ou de demandas existentes, pois expressam apenas as variações biológicas naturais. Entretanto, serve para definir as bases para obtenção de outros indicadores importantes, como aqueles merecedores da nossa atenção - os sociais.

b) Dimensão social

Na tabela 10, observamos que o perfil das condições sociais e sanitárias da população de Manaus revela graves problemas. Os indicadores dessa dimensão permitem inferir que as maiores dificuldades estão relacionadas com a pobreza e a renda, que crescem inversamente apresentando um quadro que se agrava pelo aumento das famílias com crianças que ganham menos de meio salário mínimo.

Embora a dimensão educação tenha elevado o IDH do município, em 3,9%, a conhecida correlação entre baixa escolaridade na população potencialmente produtiva e pobreza permanece, afetando o acesso ao emprego devido à baixa ou nula qualificação. Além disso, o resultado negativo de 45,8% na redução da escolaridade é preocupante, pois espera-se que cidades com maiores níveis de escolaridade apresentem as menores taxas de óbitos por causas mal definidas que no caso de Manaus é a principal causa de óbito, embora não se possa descartar a inferência negativa da ausência do Serviço Municipal de Verificação de Óbito.

A pobreza, com índice de 35,2% de pobres, está muito acima da média nacional de 28,9%, associada à carência de saneamento básico, principalmente em relação ao acesso à rede de esgoto e de abastecimento e qualidade da água consumida, caracterizando uma desigualdade cuja magnitude sobrecarrega em demasia um sistema de saúde já deficiente.

Outras correlações comprovadas cientificamente referem-se à pobreza e cobertura de pré-natal, que devem apresentar comportamento inverso; pobreza e mortalidade infantil, esta última de comportamento diretamente proporcional.

No caso de Manaus, à crescente pobreza evidenciada na década se seguiu a um aumento de gravidez na adolescência, além de não ter servido para alcançar boa cobertura no pré-natal, extremamente insuficiente, com apenas 30% de gestantes com mais de 6 consultas, inferior, inclusive, ao que seria esperado para uma cidade com o desenvolvimento econômico apresentado por Manaus, que contribui significativamente para os 4,5% apresentado pela região Norte no PIB industrial brasileiro e é responsável por 76,5% da arrecadação de impostos para o estado do Amazonas. Comportamento discrepante observa-se na segunda correlação onde apesar do aumento da pobreza, a mortalidade infantil foi reduzida em 60% de 2001 a 2003. Apesar disso, o índice alcançado permanece distante do apresentado por cidades das regiões sudeste e sul.

Assim sendo, programas e ações intersetoriais e em saúde voltados para o desenvolvimento econômico e saúde sustentável são imprescindíveis para atenuar as iniquidades no Amazonas e que, pelas razões anotadas, se exacerbam em Manaus.

c) Dimensão epidemiológica

Quanto aos agravos mais frequentes relacionados aos determinantes sócio-econômicos de doenças e óbitos em Manaus, observa-se que a incidência de malária em Manaus está associada à alta densidade vetorial em áreas periféricas da cidade, alvo constante de desmatamentos ocasionados pelas ocupações desordenadas e irregulares do espaço urbano por parte de pessoas portadoras de malária, sintomática ou não, resultado da intensa migração interna e inter-regional, transformando essa situação num grave problema de saúde pública.

Apesar das oscilações da incidência, a malária apresenta tendência crescente, com períodos frequentes de epidemias, como a de 1999 e de 2002.

A alta incidência da tuberculose é determinada por um conjunto de fatores entre os quais as condições de pobreza, que favorecem a emergência do quadro clínico e a associação com a AIDS. Enquanto a taxa brasileira apresenta valores intermediários de 48,0 casos por 100.000 habitantes em 2000, Manaus apresentava em 1999, 122,0 casos, baixando em 2002 para 112 casos por 100.000 habitantes. Apesar de apresentar tendência decrescente no período 1999-2002, o comportamento tem se mantido ao longo do tempo relativamente estável.

Outra situação de elevada incidência crescente é a hepatite, principalmente a tipo A, que tem relação direta com as precárias condições de saneamento básico de Manaus.

Assim também, a mortalidade materna que era de 56,0 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 1999, passou para 64,6 óbitos em 2002, resultado da baixa cobertura de atendimento básico no pré-natal e a insuficiência de leitos obstétricos em Manaus, com apenas 0,3 leitos por mil habitantes nessa especialidade.

A análise desta dimensão indica a necessidade de se repensar o mais urgente possível o sistema de vigilância e controle em relação a esses e outros agravos, com redefinição de prioridades e responsabilidades entre as instituições que compõem o sistema estadual de saúde.

d) Dimensão assistencial

Nessa dimensão consideramos os recursos de saúde disponíveis para o atendimento à demanda em Manaus, em 2003.

Apesar de Manaus ter apresentado tendência crescente em quase todos os indicadores assistenciais, exceto em número de leitos e consultas médicas por habitante e proporção de gestantes com mais de 6 consultas, tomando como referência a média nacional, ainda apresenta *déficits* em vários aspectos. Desde 1998, Manaus encontra-se habilitado na Atenção Básica, devendo por isso reorganizar a assistência nesse nível. Mas, apesar da melhoria de vários indicadores assistenciais, ainda apresenta graves problemas na oferta e cobertura de cuidados. Por exemplo, em relação ao número de leitos, a média nacional em 2000 já era de 3 a 4 leitos por mil habitantes, enquanto Manaus, em 2003, ou seja, cinco anos após a sua habilitação, apesar de esforços e investimentos na atenção hospitalar pela SES, apresenta 2,53 leitos por mil habitantes, com *déficits* de 1.772, dentre os quais se destacam os da especialidade obstetrícia.

Decrescente também foi a tendência apresentada nas consultas médicas, com 1,58, quando em 2001 alcançava 2,04 consultas abaixo da média de 2,19 do Brasil. Destaque merecem as consultas de pré-natal, com uma cobertura em torno de 30% em gestantes com mais de 6 consultas. A insuficiência de oferta de leitos e consultas obstétricas reflete negativamente na mortalidade materna, apesar da melhoria da mortalidade infantil, devido à cobertura vacinal anti-DTP, pólio e sarampo, que alcançou os bons índices de 100% em 2003.

e) Dimensão financeira

Os indicadores seleccionados para gasto público com saúde em Manaus, foram: recursos próprios (EC 29), despesas com recursos próprios por habitante e despesas com transferências por habitante, mostrados a seguir.

Segundo o SIOPS, o município manteve o percentual de recursos próprios aplicados em saúde acima do estabelecido na EC 29 (15%), ficando em 17,72% em 2000 e 18,22% em 2002, demonstrando que acompanhou o aumento da população.

Tendo como ponto de comparação os anos de 2000 e 2002, verifica-se um incremento nos gastos *per capita*, tanto federais quanto municipais, que foi em torno de 20% para ambas as fontes, elevando-se as despesas federais *per capita* de R\$ 16,39 para R\$ 20,65 e municipais de R\$ 51,71 para R\$ 61,22.

Segundo regiões, estados e particularmente municípios, a capacidade de cada um varia para custear sozinho seus respectivos serviços de saúde. A experiência com a descentralização, não somente em Manaus, mas em muitos outros municípios, demonstra que se mantém, a necessidade de o nível federal compensar as desigualdades, como é o caso de Manaus, onde a pobreza urbana associada às condições de vida e saúde comprometem a qualidade de vida e saúde da população.

Considerações Finais

As questões sobre a Amazônia expostas nesse trabalho revelam uma dinâmica econômica intensa, com forte participação do Estado ao longo do tempo, na organização do espaço regional. Por outro lado, observa-se uma movimentação de trabalhadores agrícolas pela conquista e o direito ao uso e à exploração econômica de suas terras, conduzida de forma conflituosa e inadequada pelo poder público.

Essas questões somadas às condições econômicas, sociais, de vida e de saúde da região Norte, revelam que o desenvolvimento econômico foi acompanhado, contraditoriamente, de aumento da pobreza urbana, apontando para a gravidade crescente do quadro de **desigualdades sociais**.

As mudanças das condições de vida da população, aliadas aos desafios decorrentes das especificidades geográficas, hidrográficas, climáticas e demográficas do Amazonas, tornam particularmente difícil traçar planos de integração das dimensões demográfica, social, epidemiológica e assistencial, as quais deveriam ser incluídas. Isso se vê agravado pelo fato de as atividades econômicas não terem capacidade de absorção da mão de obra excedente, aumentada pela migração maciça em direção ao pólo industrial da ZFM. Se a isto se soma a concentração da terra e da renda e o fato de o investimento estadual em infra-estrutura não acompanhar o processo de “metropolização” de Manaus, tem-se por resultado o maior percentual de pobres de toda a região Norte, com 35,1%. Paradoxalmente, a esse grave cenário social soma-se uma posição muito favorável quanto à conservação da natureza, apesar da grande atenção e concentração de projetos de investimentos privados na Zona Franca de Manaus, e conseqüentemente da valorização da indústria e desvalorização das atividades campo, além da exploração predatória dos recursos naturais e devastação da biodiversidade.

De fato, essa situação privilegiada da Amazônia deveria resultar na geração de produtos florestais, madeireiros, biotecnológicos e remanescente da maior biodiversidade que colocam o Brasil em primeiro lugar no ranking mundial. Mas, no caso de Manaus, embora se destaque pelas funções econômicas, superiores inclusive às de Belém, as ligações e fluxos dentro da área estão fortemente atrelados ao transporte fluvial que, além de deficiente, não é complementado por outras vias de conexão.

Em Manaus ampliam-se as dificuldades evidenciadas na região Norte e as peculiaridades que caracterizam o estado do Amazonas, particularmente no que se refere ao notório processo de descentralização do SUS aplicado indistintamente em todo o território nacional, sem se levar em consideração as especificidades dos diferentes espaços geográficos e, principalmente, idealizado para um cenário uniforme, que não considerou as múltiplas variáveis pré-existentes nos estados e municípios, não proporcionou a redução esperada das desigualdades em saúde.

Finalmente, cabe apontar três considerações relativas ao sistema de saúde:

Em primeiro lugar, é indispensável melhorar a qualidade das informações, aperfeiçoar os registros e integrar as diferentes bases de dados existentes para configurar um real Sistema de Informações em Saúde. Além disso, as autoridades estadual e municipais deveriam complementar os dados censitários, para ampliar as informações sobre o estado do Amazonas e sua capital Manaus;

Em segundo lugar, observa-se redução em alguns indicadores de saúde, tais como taxa de mortalidade infantil, coeficiente de prevalência de hanseníase, além do aumento da capacidade instalada e de recursos humanos, embora com quantitativos ainda aquém do necessário para atender a demanda. Todavia, agravam-se as persistentes desigualdades sociais derivadas da concentração da renda e do aumento da pobreza urbana as quais se associam a doenças historicamente endêmicas, como a malária, hepatite e tuberculose. Essas desigualdades são amplificadas por deficiências relacionadas à organização das ações e serviços dos programas de controle de endemias em Manaus;

Em terceiro lugar, os desafios impostos pela questão da importância das causas externas que tem apresentado tendência crescente de óbitos por homicídios entre os jovens e de acidentes de trânsito entre os idosos. Igualmente se constituem em desafios os decorrentes do aumento da gravidez na adolescência e a ausência de programas de saúde dirigidos especificamente para os jovens e idosos.

Por último, deve-se registrar a necessidade de o gestor municipal assumir sua principal função, que é a de reorganizar o SUS, a partir da atenção básica, considerando para isso os indicadores de condições sociais e de vida por um lado e, por outro, subordinar à gestão municipal todos os prestadores públicos e privados de modo a conduzir o processo de descentralização de forma mais harmoniosa e eficiente.

Vale a pena registrar algumas iniciativas mencionadas por Cavalini, (2001) para a redução das desigualdades regionais, como a aprovação da Emenda Constitucional nº

29/2000, que assegura recursos financeiros derivados da aplicação de percentuais sobre os orçamentos públicos para o financiamento das ações e serviços da União, Estado, Distrito Federal e Municípios, embora a regulamentação do 3º parágrafo do Artigo 198 da Constituição Federal ainda não tenha ocorrido e os temores frente as tentativas de aplicação dos recursos da saúde em outras ações e serviços públicos permaneçam ; a Emenda Constitucional nº 31/2001, que ao criar o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, arrola as ações de saúde entre as ações que irão compor programas sociais. Também a criação da Agência de Desenvolvimento da Amazônia – ADA, criada através da Medida Provisória 2.145/2001, que objetiva a implementação de políticas e viabilização de instrumentos de desenvolvimento para a Amazônia (ADA, 2003). Destaque especial merece a criação dos Conselhos de Saúde, principalmente nos níveis estadual e municipal, pois embora ainda com discreta atuação e alguns funcionando de forma precária têm servido ao exercício do controle social, sua principal finalidade.

Espera-se que este trabalho, de caráter diagnóstico, tenha contribuído para identificar as desigualdades no Amazonas, particularmente em Manaus e com isso priorizar os problemas de saúde a serem enfrentados pela gestão municipal, de modo a desenhar estratégias destinadas a dar à população respostas mais condizentes com as suas necessidades e demandas.

Referências Bibliográficas

- A CRÍTICA, 2003. Plano para salvar universidades, Manaus, 14 de dezembro. Caderno Brasil.
- A CRÍTICA, 2004. Áreas invadidas de Manaus são mapeadas, Manaus, 25 jan. Caderno cidades.
- ARAÚJO, L., 2001. *Amazônia – A Terra e o Homem*, Manaus: Editora do Governo do Estado.
- ARAUJO, N. Y. B. de., 1985. A Zona Franca de Manaus e o atores sociais: A “nova” pequena burguesia. In: “*O milagre dos manauaras*”: *Zona Franca de Manaus (uma análise do processo de industrialização implantado em Manaus e da universidade como formadora da mão-de-obra especializada)*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos Avançados em Educação, FGV. pp. 301-377.
- ARAUJO, R. N. Q. de., 1989. A industrialização da Zona Franca de Manaus: determinantes fundamentais e caracterização geral. In: *O aviltamento do trabalho na Zona Franca de Manaus: uma análise das exigências de educação-qualificação da força de trabalho na grande indústria da Zona Franca de Manaus*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: FGV/EBAP. pp. 13-23.
- BASTOS, N. C. B., 1996. SESP/FSESP: 1942 – *Educação Histórica* – 1991. Brasília: Editora da Fundação Nacional de Saúde.
- BATISTA, D., 1976. O complexo da Amazônia: análise do processo de desenvolvimento. Rio de Janeiro: Editora Conquista.
- BATISTA, N. N. F. ,IVANAUSKAS, T. M. , 2003. *Estudo sobre as transferências federais do Sistema Único de Saúde aos municípios brasileiros*. São Leopoldo: I Jornada da Economia de Saúde. Associação Brasileira de Economia em Saúde. <http://www.abres.cict.fiocruz.br/docs/8.pdf>.
- BENCHIMOL, S., 2001. Zênite ecológico e Nadir econômico-social. Manaus: Editora Valer.

- BRASIL, 1981. Lei nº. 6.938, de 31 de agosto de 1981. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências. Brasília. DF: Diário Oficial da União, Seção I, p. 16.509, 2 de set. pt. 1.
- BRASIL, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, DF: Senado Federal.
- BRASIL, 1990. 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. DF: Ministério da Saúde, Presidência da república.
- BRASIL, 1994. Decreto Legislativo nº. 2, de 03 de fevereiro de 1994. Aprova o texto da Convenção sobre Diversidade Biológica, assinada durante a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento realizada na Cidade do Rio de Janeiro, no período de 5 a 14 de junho de 1992. Brasília. DF: Diário Oficial da União, Seção I, p. 1.693. 4 de fev. pt. 1.
- BRASIL, 1996. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília: DF.
- BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília: DF.
- BRASIL, 2003. Ministério da Integração. *Relatório da Agência de Desenvolvimento da Amazônia – ADA*. Brasília: DF.
- BRASIL. 2003. Ministério da Saúde. Saúde Amazônia – Relato de processo, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho para 2004. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. DF: Editora MS. Departamento de Apoio à Descentralização, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde.
- BUARQUE, S. C., LOPES, A. D. A., ROSA, T. C., 1995. Integração Fragmentada e Crescimento da Fronteira Norte. In: *Federalismo no Brasil (R. B. A. Afonso & P. L. B. org.)*, pp. 92-120, São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.
- CASTELLO BRANCO, R. C., 2001. Os anos 60. In: *O mercado de trabalho e o emprego na cidade de Manaus*. Monografia de Graduação. Manaus: Faculdade de Estudos Sociais, Universidade do Amazonas. pp. 58-136.

- CAVALINI, L. T., 2001. Relatório Final 2001 do Projeto Processo Alocativo e Redução de Desigualdades Regionais: Equidade na Gestão do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro: RJ. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – Ensp/Fiocruz, Ministério da Saúde.
- DATASUS. Informações em Saúde. IDB, 2003: <http://www.datasus.gov.br>
- DIÁRIO DO AMAZONAS, 2003. Invasão: Quem tem a solução. Jornal Diário do Amazonas, Manaus, 07 dez. Caderno especial.
- DIAS, B.F. S, 2002. A biodiversidade na Amazônia: Uma introdução ao desconhecido. In: *Amazônia, vazão de soluções?*(J.P.R. Velloso, R. C. Albuquerque, org.), pp. 16-82, Rio de Janeiro: Editora José Olympio Ltda.
- CAMARGO, Aspásia. 1994. O novo pacto federativo. Revista do Serviço Público. Brasília, Ano 45, V. 118, n. 1, Jan-Jul 1994.
- Federação das Indústrias do Estado do Amazonas. (FIEAM). <http://www.fieam.org.br>
- FERNANDES, A., 2001. *Terra Verde*. Manaus: Editora do Governo do Estado.
- FONSECA, R. B. da., 2001. *Ambiente Urbano e o Direito Ambiental: Estudo de caso da invasão “Grande Vitória” na zona leste de Manaus (impactos legais e ambientais)*. Dissertação de Mestrado, Manaus: Centro de Ciências Ambientais. Universidade do Amazonas.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). <http://www.funasa.gov.br>
- FUNDAÇÃO SEADE (PAER). *O setor serviços de Manaus: Estrutura do setor de serviços*. <http://www.mec.gov.br/semtec/proep/paer/estmerc/am/serviços.html>.
- GALVÃO, M. D., 2003. *História da Medicina em Manaus*. Editora Valer/Editora do Governo do Estado/Editora da Universidade Federal do Amazonas..
- GASQUES, J. G. & CONCEIÇÃO, J. C., 1998. *A Demanda de Terra para a Reforma Agrária no Brasil*. Seminário: Reforma Agrária e Desenvolvimento Sustentável, 23 a 25 de novembro de 1998, Janeiro de 2004. <http://www.nead.org.br>.
- GERSCHMAN, S., 2000. A Descentralização da Política de Saúde no Final dos Anos 90. Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, V. 34, n. 4.

- IBGE. 2003. *Estatísticas do Século XX*. Rio de Janeiro. 1 CD-ROM.
- IDB (Inter-American Development Bank). 1992. The Settled Amazon. In: *Amazônia Without Myths*. United Nations Development Programme. 14: 25-38.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): <http://www.ibge.gov.br>.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA): <http://www.ipeadata.gov.br>.
- Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). <http://www.incra.gov.br>.
- IUNES, R. F., 2002. Demanda e Demanda em Saúde. In: *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. 3ª ed. Brasília: DF. Instituto e Pesquisa Econômica Aplicada.
- LABRA, M. E. , 1999. Pacto Federativo e Desigualdades no Brasil. Piauí; Conferência em 10 de julho de 1999. Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Piauí.
- MACHADO, E. N. M.; FORTES, F. B. C. & SOMARRIBA, M., 2003. Alocação equitativa de recursos para atenção básica: uma proposta para redistribuição de recursos entre microrregiões e municípios de Minas Gerais. Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES) da Fundação João Pinheiro (FJP). 19: 1-19.
- MANAUS, 2003. Relatório de Gestão. Secretaria Municipal de Saúde: Prefeitura de Manaus.
- MAPA DA AMAZÔNIA LEGAL. <http://www.cdc.gov.br>.
- MOURA, E. A. F., ... (et al), 1986. O Estudo em Manaus. In: *A utilização do trabalho feminino nas indústrias de Belém e Manaus*. Série Seminários e Debates, Nº 10. Belém: Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará. pp. 13-23.
- NETO, L. G., 1995. Desigualdades Regionais e Federalismo. In: *Federalismo no Brasil (R. B. A. Afonso & P. L. B. org.)*, pp. 13-53, São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.
- NUNES, A., ... (et al). 2001. Medindo as desigualdades em Saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: DF. Organização Pan-Americana da saúde, Instituto e Pesquisa Econômica Aplicada.

- PAIVA, S. M. C., 2001. A efetividade das Políticas de Redução das desigualdades Regionais. Consultoria Legislativa. 8:1-8.
- PINTO, P. M., 2000. Unidades de Conservação da Amazônia: O Ecoturismo no Parque Estadual da Serra dos Martírios/Andorinhas - PA. In: Estado e Políticas Públicas na Amazônia - Gestão de Recursos Naturais(M.N. Coelho, L. Simonian & N. Fenzl. org.), pp. 55-60, Belém: Editora Cejup.
- PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2003.
- PONTES FILHO, R. P., 2000. Estudos de História do Amazonas. Manaus: Editora Valer.
- PORTO. S. M., 2002. Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde. In: *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. 3ª ed. Brasília: DF. Instituto e Pesquisa Econômica Aplicada.
- ROCHA, S., 2003. Pobreza no Brasil – Afinal, de que se trata. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas.
- SANTANA, J. M. C., 1984. Manaus e a Zona Franca: avaliação das condições de vida e saúde da população – período: 1960 a 1980. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- SILVA. M.C., 1999. Metamorfoses da Amazônia. Manaus: Editora da Universidade do Amazonas.
- SIMONIAN. L., 2000. Políticas Públicas em Áreas de reserva na Amazônia. In: Estado e Políticas Públicas na Amazônia - Gestão de Recursos Naturais(M.N. Coelho, L. Simonian & N. Fenzl, org.), pp. 9 - 45, Belém: Editora Cejup.
- SUFRAMA HOJE. Natureza e tecnologia convivem em harmonia na Amazônia. Manaus. Ano IV, n. 18, fev. 2003.