FIOCRUZ | Brasília

Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário
Cuadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario

ISSN: 2358-1824

Artigo

Regionalização da saúde na Amazônia brasileira: desafios da gestão territorial

Health regionalization in the brazilian Amazon: Challenges of Territorial Management

Regionalización de la salud en la Amazonía brasileña: desafíos de la gestión territorial

Mayra Costa Rosa Farias de Lima[1]
Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Instituto Leônidas & Maria Deane, Fiocruz Amazônia, Manaus, AM.
https://orcid.org/0000-0002-5137-4470
mayra.farias@fiocruz.br

Marilia Cristina Prado Louvison[2]
Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
https://orcid.org/0000-0003-1630-3463
mariliacpl@usp.br

Caroline Soares Nobre[3]
Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Instituto Leônidas & Maria Deane, Fiocruz Amazônia, Manaus, AM.
https://orcid.org/0000-0003-0251-9271
caroline.nobre@fiocruz.br

Rodrigo Tobias de Sousa Lima[4]
Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Instituto Leônidas & Maria Deane, Fiocruz Amazônia, Manaus, AM.
https://orcid.org/0000-0002-4098-5276
tobiasrodrigo@gmail.com

Resumo

Objetivo: analisar a regionalização da saúde no estado do Amazonas, considerando as desigualdades relacionadas à vasta extensão territorial, dispersão populacional e complexidade socioeconômica da região, compreendendo como a assistência à saúde se relaciona com o desenho regional vigente, segundo a percepção dos gestores municipais. **Metodologia:** estudo transversal, quantitativo e descritivo-analítico, realizado com entrevistas estruturadas aplicadas a 97% dos secretários municipais de saúde do Amazonas. Investigaram-se os modais de transporte, a presença de casas de apoio, os encaminhamentos para exames e tratamentos especializados, o acesso aos serviços de urgência e emergência, o conhecimento sobre os polos regionais e os mecanismos de regulação intra e inter-regional. **Resultados:** observou-se forte concentração dos serviços de média e alta complexidade em Manaus, responsável por mais de 70% dos encaminhamentos de média complexidade e cerca de 85% da alta complexidade. Cerca de 60% dos gestores relataram dificuldades logísticas no transporte; 55%

[1] Mestre em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Instituto Leônidas & Maria Deane, Fiocruz Amazônia, Manaus, AM, Brasil. Discente, Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Instituto Leônidas & Maria Deane, Fiocruz Amazônia. Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Instituto Leônidas & Maria Deane, Fiocruz Amazônia, Manaus, AM, Brasil.
[2] Doutora em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Docente, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
[3] Doutora em Saúde Pública, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. Pesquisadora, Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Instituto Leônidas & Maria Deane, Fiocruz Amazônia, Manaus, AM, Brasil.
[4] Doutor em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz Pernambuco, Recife, PE, Brasil. Docente, Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Instituto Leônidas & Maria Deane, Fiocruz Amazônia, Manaus, AM, Brasil.

CC BY

OPEN ACCESS

apontaram ausência ou insuficiência de casas de apoio; 68% identificaram obstáculos no acesso a exames; 72% mencionaram fragilidades na regulação; e 47% desconheciam a completude dos serviços disponíveis nos polos regionais. Os achados evidenciam desigualdades regionais associadas às distâncias geográficas, à dependência de transporte fluvial e aéreo e à concentração histórica da assistência especializada na capital. **Conclusão:** a regionalização da saúde na Amazônia requer políticas públicas adaptadas às especificidades territoriais, sustentadas por governança regional fortalecida e investimentos contínuos em infraestrutura e transporte sanitário, contribuindo para maior equidade no acesso aos serviços de saúde.
Palavras-chave: Regionalização de saúde; Acesso à Saúde; Políticas Públicas.

Abstract

Objective: To analyze the regionalization of healthcare in the state of Amazonas, considering the inequalities related to the vast territorial extension, population dispersion, and socioeconomic complexity of the region, understanding how healthcare relates to the current regional design, according to the perception of municipal managers. **Methodology:** A cross-sectional, quantitative, and descriptive-analytical study was conducted using structured interviews applied to 97% of the municipal health secretaries of Amazonas. The study investigated transportation modes, the presence of support centers, referrals for specialized exams and treatments, access to emergency services, knowledge about regional centers, and intra- and inter-regional regulation mechanisms. **Results:** A strong concentration of medium and high complexity services was observed in Manaus, responsible for more than 70% of medium complexity referrals and approximately 85% of high complexity referrals. About 60% of managers reported logistical difficulties in transportation; 55% pointed to the absence or insufficiency of support centers; 68% identified obstacles in accessing exams; 72% mentioned weaknesses in regulation; and 47% were unaware of the completeness of services available in regional centers. The findings highlight regional inequalities associated with geographic distances, dependence on river and air transport, and the historical concentration of specialized care in the capital. **Conclusions:** The regionalization of health in the Amazon requires public policies adapted to territorial specificities, supported by strengthened regional governance and continuous investments in infrastructure and sanitary transport, contributing to greater equity in access to health services.
Keywords: Health Regionalization; Access to Health; Public Policies.

Resumen

Objetivo: Analizar la regionalización de la salud en Amazonas, considerando las desigualdades territoriales y socioeconómicas según la percepción de los gestores municipales. **Metodología:** Estudio transversal y descriptivo-analítico con entrevistas estructuradas al 97% de los secretarios de salud de Amazonas sobre transporte, apoyo, derivaciones y regulación. **Resultados:** Se observó una fuerte concentración de servicios de complejidad media y alta en Manaus, responsable de más del 70% de las derivaciones de complejidad media y aproximadamente el 85% de las derivaciones de alta complejidad. Alrededor del 60% de los administradores reportaron dificultades logísticas en el transporte; el 55% señaló la ausencia o insuficiencia de centros de apoyo; el 68% identificó obstáculos en el acceso a exámenes; el 72% mencionó debilidades en la regulación; El 47% desconocía la exhaustividad de los servicios disponibles en los centros regionales. Los hallazgos resaltan las desigualdades regionales asociadas a las distancias geográficas, la dependencia del transporte fluvial y aéreo, y la concentración histórica de la atención especializada en la capital. **Conclusiones:** La regionalización requiere políticas adaptadas al territorio, gobernanza fortalecida e inversión en infraestructura y transporte sanitario para promover la equidad en el acceso.
Palabras clave: Regionalización de la salud; Acceso a la Salud; Políticas Públicas.

Introdução

A gestão eficaz de sistemas universais e equitativos de saúde exige a compreensão das dinâmicas territoriais, destacando-se a regionalização como estratégia fundamental para organização dos serviços e redução das desigualdades no acesso[1]. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado no pacto federativo, adota a regionalização como eixo estruturante de organização da assistência, buscando racionalizar recursos, integrar redes de atenção e garantir acesso universal e equitativo à população[2].

O processo de regionalização ganhou força a partir da década de 1990, consolidando-se nas décadas seguintes por meio de instrumentos normativos que definiram responsabilidades entre as três esferas de governo. A Norma Operacional Básica (NOB) 01/1991 instituiu o Conselho Nacional de Saúde e as Comissões Intergestores, inaugurando o processo de descentralização do SUS[3]. Posteriormente, a NOB 01/1993 definiu as Regiões de Saúde e as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites[4], enquanto a NOB 01/1996 estabeleceu normas para transferência de recursos financeiros e fortalecimento da regionalização[5]. Já a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2002) detalhou diretrizes para organização das redes de serviços, regulação do acesso e qualificação da gestão[6].

Nesse percurso histórico, o Pacto pela Saúde, instituído em 2006, reafirmou a regionalização como diretriz estruturante do SUS[7], e o Decreto nº 7.508/2011[8] regulamentou a Lei nº 8.080/1990[9], estabelecendo critérios para constituição das Regiões de Saúde e organização das redes de atenção. A regionalização passou, assim, a representar não apenas instrumento administrativo, mas estratégia político-organizativa voltada à integração interfederativa e à ampliação da integralidade do cuidado[10].

No estado do Amazonas, entretanto, a regionalização da saúde assume contornos particulares em razão de suas características geográficas, demográficas e logísticas. Com área territorial de 1.559.255,881 km² e população estimada em 3.941.175 habitantes distribuída em 62 municípios, o estado apresenta importantes desafios para organização e oferta de serviços de saúde. A concentração dos serviços de média e alta complexidade na capital, Manaus, produz desigualdades expressivas no acesso, exigindo longos deslocamentos da população residente no interior e sobrecarregando a rede assistencial da capital[11,12,13].

O sistema estadual organiza-se em nove regiões de saúde: Alto Solimões, Baixo Amazonas, Entorno de Manaus/Alto Rio Negro, Juruá, Médio Amazonas, Purus, Rio Madeira, Rio Negro/Solimões e Triângulo, agrupadas em três macrorregiões, conforme as Resoluções CIB/AM nº 118/2018 e nº 059/2011[14,15]. Essas regiões são definidas majoritariamente pelas calhas dos rios e caracterizadas por extensas distâncias territoriais, baixa densidade populacional e fluxos assistenciais ainda frágeis, fortemente condicionados pelas limitações logísticas e pela concentração histórica da assistência especializada em Manaus.

A descentralização dos serviços, sobretudo na região Norte, constitui mecanismo essencial para redução das desigualdades no acesso à saúde em territórios amplos e heterogêneos como a Amazônia brasileira. Essa estratégia busca redistribuir recursos entre os municípios, fortalecer a infraestrutura de saúde em áreas periféricas e reduzir a dependência dos grandes centros urbanos[16]. Contudo, sua efetividade depende de planejamento articulado, coordenação interfederativa e capacidade regional de resposta às demandas loco-regionais[17].

O acesso à saúde na Amazônia é fortemente condicionado por fatores geográficos, sociais e ambientais. O chamado fator amazônico sintetiza dificuldades relacionadas às grandes distâncias, sazonalidade dos rios, escassez de infraestrutura, doenças endêmicas e vulnerabilidades socioambientais, tornando o acesso aos serviços um desafio permanente[18]. Além disso, a logística e o transporte sanitário representam obstáculos centrais para consolidação das redes de atenção, uma vez que a dependência de vias fluviais e aéreas, associada à limitada malha rodoviária, compromete a mobilidade e a continuidade do cuidado[19].

Nesse contexto, a organização dos serviços de saúde na Amazônia também é atravessada por processos históricos de ocupação territorial e de provisão estatal da assistência, incluindo experiências desenvolvidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), posteriormente Fundação SESP, voltadas à interiorização das ações sanitárias na região amazônica. Mais recentemente, a atuação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) evidencia a necessidade de estratégias diferenciadas de cuidado e gestão em territórios marcados por grande diversidade étnica, extensas distâncias geográficas e dificuldades de acesso aos serviços de média e alta complexidade. Tais elementos reforçam a complexidade da regionalização da saúde na Amazônia e a necessidade de articulação interfederativa e interinstitucional para garantia da integralidade do cuidado[20,21].

Nas regiões rurais e remotas da Amazônia persistem lacunas na compreensão de como os fluxos assistenciais se articulam ao desenho regional vigente. A vasta extensão territorial e a concentração dos serviços especializados em Manaus geram fluxos intensos de pacientes do interior para a capital, evidenciando limites operacionais da regionalização e importantes desigualdades na distribuição da assistência[11]. A análise do cotidiano dos serviços de saúde em contextos remotos torna-se, portanto, essencial para compreender os desafios da consolidação do SUS em territórios de difícil acesso.

Diante dessas particularidades, este estudo visa analisar a regionalização da saúde no estado do Amazonas, considerando as desigualdades impostas pela vasta extensão territorial, dispersão populacional e complexidade socioeconômica da região, compreendendo como a assistência à saúde se relaciona com o desenho regional vigente, segundo a percepção dos gestores municipais.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa e caráter descritivo-analítico, desenvolvido com gestores municipais de saúde do estado do Amazonas. Estudos quantitativos possibilitam identificar padrões, frequências e associações entre variáveis relacionadas à organização dos serviços de saúde, contribuindo para a compreensão de fenômenos complexos em sistemas regionais de atenção[22].

Os dados foram produzidos por meio de entrevistas estruturadas realizadas entre janeiro e maio de 2022 com secretários municipais de saúde dos municípios amazonenses. Os critérios de inclusão abrangeram: (a) exercer o cargo de secretário(a) de saúde em município do Amazonas no momento da entrevista; e (b) aceitar voluntariamente participar da pesquisa. Foram excluídos gestores em período de licença, férias ou que recusaram a participação.

As entrevistas integraram banco de dados de uma pesquisa vinculada à dissertação de mestrado, com o título “A Regionalização da Saúde no Amazonas: uma análise de territórios vivos” financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), voltada à análise da regionalização e dos fluxos assistenciais no estado.

Posteriormente, os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel, possibilitando sua consolidação e análise estatística. As variáveis investigadas contemplaram: a) tipos de transporte sanitário utilizados (fluvial, aéreo e terrestre); b) existência de casas de apoio mantidas pelos municípios para acolhimento de pacientes em tratamento fora do domicílio; c) encaminhamentos para exames e tratamentos especializados; d) encaminhamentos relacionados à urgência e à emergência; e) conhecimento dos gestores acerca da estrutura de saúde dos municípios polos das regiões de saúde; e f) conhecimento sobre os mecanismos de regulação dos serviços nas regiões de saúde.

Para minimizar potenciais vieses analíticos, o município de Manaus foi excluído da amostra por concentrar a maior parte da oferta estadual de serviços de média e alta complexidade, configurando-se como principal referência assistencial do Amazonas. Além disso, os municípios-sede das regiões de saúde, responsáveis pela concentração dos serviços de referência regional, foram desconsiderados especificamente nas análises relacionadas aos encaminhamentos assistenciais, em razão de suas particularidades estruturais e de seu papel na organização da rede regionalizada. Dessa forma, as análises referentes aos fluxos de encaminhamento contemplaram 52 municípios do interior que não exercem função de polo regional, enquanto as demais variáveis incluíram o conjunto de 60 municípios participantes do estudo.

A análise estatística foi realizada no software Jamovi (versão 2.3.28), de código aberto, aplicando-se os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher para avaliar associações entre variáveis categóricas e verificar a significância estatística das diferenças observadas[23].

Este manuscrito contou com o apoio de ferramenta de inteligência artificial para organização e análise dos dados, bem como para revisão e aprimoramento textual do manuscrito. Destaca-se que o uso da ferramenta ocorreu de forma complementar, sem substituição da análise crítica, interpretação teórica e validação dos resultados pelos pesquisadores, que mantiveram integral responsabilidade pelo conteúdo, consistência metodológica e conclusões apresentadas.

A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos estabelecidos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE 72774517.7.0000.0005), conforme as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde[24,25].

Resultados e discussão

Foram analisadas informações de secretários municipais de saúde de 60 municípios (97% do total de 62) do estado do Amazonas. Observou-se que 85% dos gestores eram naturais do Amazonas, sendo que 51% nasceram no próprio município em que atuavam, indicando forte vínculo territorial e conhecimento das especificidades locais e das demandas assistenciais da população. Em relação à faixa etária, 91,7% dos gestores tinham entre 30 e 59 anos, enquanto 8,3% possuíam 60 anos ou mais, evidenciando predominância de um perfil relativamente jovem na gestão municipal. Quanto ao gênero, verificou-se distribuição equilibrada entre homens (53,3%) e mulheres (46,7%), com discreta predominância masculina nos cargos de gestão. Esses aspectos revelam a heterogeneidade do perfil dos gestores e apontam para trajetórias profissionais marcadas pela inserção territorial e experiência na administração pública e nos serviços de saúde.

A análise do fluxo de referência de urgências (Tabela 1) evidenciou variações significativas na capacidade de encaminhamento de usuários para os municípios-polo das regiões de saúde.

Em aproximadamente 38% a 42% dos municípios, os encaminhamentos para tratamento especializado dentro do próprio polo regional não são realizados adequadamente.

Tabela 1. Fluxo de referência de urgências entre municípios e polos regionais no Amazonas, 2026

	Os usuários são encaminhados para o município de referência (município polo) da sua região?			Os encaminhamentos de urgência são referenciados para o município Polo da sua região?		
Região de Saúde	**Não N (%)**	**Sim N (%)**	**p-valor***	**Não N (%)**	**Sim N (%)**	**p-valor****
Alto Solimões	4(50%)	4(50%)		4(50%)	4(50%)	
Baixo Amazonas	1(25%)	3(75%)		1(25%)	3(75%)	
Juruá	4(80%)	1(20%)		5(100%)	0(0%)	
Madeira	3(75%)	1(25%)		3(75%)	1(25%)	
Manaus. Entorno e Rio Negro	3(27,3%)	8(72,7%)	0,049	3(27,3%)	8(72,7%)	<0,01
Médio Amazonas	0(0%)	5(100%)		0(0%)	5(100%)	
Purus	3(75%)	1(25%)		4(100%)	0(0%)	
Rio Negro e Solimões	2(28,6%)	5(71,4%)		2(28,6%)	5(71,4%)	
Triângulo	0(0%)	4(100%)		0(0%)	4(100%)	
Total	20(38,5%)	32(61,5%)	52(100%)	22(42,3%)	30(57,7%)	52(100%)

Nota: *p-valor<0,5; **p-valor<0,01 com Q=teste qui-quadrado, F=teste exato de Fisher. Foram desconsiderados do total 8 municípios-polo do total de regiões de saúde do Amazonas nesta análise.
Fonte: Elaboração própria.

No Alto Solimões, metade dos gestores (50%) relatou falhas no encaminhamento, enquanto no Baixo Amazonas, 75% afirmaram realizar os encaminhamentos, embora persistam dificuldades operacionais. Em contraste, o Médio Amazonas e o Triângulo apresentaram 100% de adequação, indicando maior funcionalidade dos polos regionais. Já o Juruá e o Purus destacaram-se pela menor efetividade dos fluxos assistenciais. Essas diferenças, estatisticamente significativas, revelam desigualdades na coordenação das redes de atenção e fragilidades estruturais relacionadas às distâncias geográficas, à precariedade da infraestrutura e à limitação de serviços especializados no interior. Esses achados dialogam com estudos sobre regionalização na Amazônia, os quais apontam que a organização das redes de atenção permanece condicionada pelas barreiras territoriais, pela baixa densidade técnica instalada e pela forte dependência dos municípios de maior porte[11,13].

A fragmentação dos fluxos assistenciais evidencia limites da descentralização em contextos amazônicos, nos quais a capacidade de resposta dos municípios é diretamente influenciada pela logística fluvial, pela escassez de serviços especializados e pelas dificuldades de coordenação interfederativa[26,27].

A análise do transporte sanitário e da estrutura de apoio aos pacientes mostra grande heterogeneidade entre as regiões de saúde, vide Tabela 2. Quanto ao conhecimento da estrutura dos municípios-polo, observou-se que 100% dos gestores do Baixo e Médio Amazonas declararam conhecer as estruturas de referência, enquanto apenas 60% no Purus relataram o mesmo. No total, 73,3% dos gestores afirmaram conhecer a estrutura do polo, sugerindo reconhecimento formal, mas nem sempre traduzido em práticas efetivas de integração regional.

Esses resultados reforçam que o conhecimento formal da estrutura regional não garante, necessariamente, a efetividade dos fluxos assistenciais, especialmente em territórios marcados por grandes distâncias geográficas, dependência hidroviária e limitações estruturais persistentes. Estudos sobre mobilidade e organização territorial na Amazônia apontam que os rios constituem não apenas vias de circulação, mas elementos centrais na organização social e sanitária dos territórios, condicionando tempos, custos e possibilidades de acesso aos serviços de saúde[28].

Tabela 2. Caracterização do uso de transporte sanitário e estrutura de apoio disponível nas regiões de saúde do Amazonas, 2026

	Quantidade de transporte utilizados					Conhece a estrutura de saúde do município Polo da sua região de saúde		O município tem alguma casa de apoio a saúde em Manaus	
Região de Saúde	**2 tipos N(%)**	**3 tipos N(%)**	**Somente 1 tipo N(%)**	**Mais de 3 tipos N(%)**	**p-valor**	**Sim N(%)**	**p-valor**	**Sim N(%)**	**p-valor****
Alto Solimões	1(11,1%)	4(44,4%)	2(22,2%	2(22,2%)		6(66,7%)		8(88,9%)	
Baixo Amazonas	3(60%)	0(0%)	2(40%)	0(0%)		5(100%)		1(20%)	
Juruá	2(33,3%)	2(33,3%)	2(33,3%)	0(0%)		4(66,7%)		2(33,3%)	
Madeira	2(40%)	2(40%)	1(20%)	0(0%)		3(60%)		2(40%)	
Manaus. Entorno e Rio Negro	4(36,4%)	4(36,4%)	0(0%)	3(27,3%)	>0,05	7(63,6%)	>0,05	4(36,4%)	<0,01
Médio Amazonas	4(66,7%)	2(33,3%)	0(0%)	0(0%)		6(100%)		2(33,3%)	
Purus	0(0%)	1(20%)	1(20%)	3(60%)		3(60%)		0(0%)	
Rio Negro e Solimões	2(25%)	2(25%)	3(37,5%)	1(12,5%)		5(62,5%)		3(37,5%)	
Triângulo	1(20%)	3(60%)	1(20%)	0(0%)		5(100%)		5(100%)	
Total	19(31,7%)	20(33,3%)	12(20%)	9(15%)	60(100%)	44(73,3%)	60(100%)	27(45%)	60(100%)

Nota: *p-valor<0,5; **p-valor<0,01
Fonte: Elaboração própria.

Em relação às casas de apoio em Manaus, todos os municípios do Purus afirmaram dispor dessa estrutura, ao passo que 80% do Baixo Amazonas não possuem. A ausência de casas de apoio indica desigualdades nos pontos de suporte ao cuidado, especialmente em regiões mais remotas. No Médio Amazonas, o acesso terrestre facilita o deslocamento à capital, enquanto no Purus, a distância e a dependência de transporte aéreo e fluvial agravam os custos e o tempo de deslocamento.

Quanto ao transporte sanitário, observou-se que os municípios do Médio Amazonas utilizavam predominantemente dois modais de transporte, enquanto no Triângulo prevalecia o uso de três modais

e, no Purus, mais de três tipos distintos. Ressalta-se que essa classificação se refere à quantidade de modais utilizados pelos municípios de cada região, havendo variabilidade entre eles quanto à combinação específica dos meios empregados, incluindo barcos, lanchas rápidas, transporte aéreo, ambulâncias e vans. Observa-se que, quanto maior a distância em relação à capital, maior tende a ser a diversidade de modais utilizados, especialmente com incorporação do transporte aéreo, reconhecido como o mais oneroso e de menor disponibilidade.

Na Amazônia, o transporte sanitário assume papel estruturante para o funcionamento das redes de atenção, uma vez que os rios constituem as principais vias de circulação entre os municípios[19,29]. Assim, a dependência de múltiplos modais não representa apenas uma característica logística, mas expressa desigualdades territoriais históricas que condicionam o acesso aos serviços especializados e ampliam os custos operacionais da assistência em saúde[18,30]. Contudo, a infraestrutura logística e o apoio ao paciente permanecem desiguais, comprometendo a efetividade da regionalização e a equidade no acesso aos serviços especializados.

No que se refere ao fluxo assistencial interestadual (Tabela 3), verificou-se que 73,3% dos municípios não encaminham pacientes para outros estados, embora 26% relatem o envio de usuários para tratamento fora do Amazonas, principalmente para Acre, Rondônia, São Paulo, Ceará e Paraná, conforme a disponibilidade de centros de referência. As regiões do Baixo Amazonas e Juruá destacaram-se pelo atendimento frequente a pacientes de estados vizinhos, como Acre e Pará, revelando fluxos bidirecionais de cuidado.

Tabela 3. Caracterização de fluxo assistencial na perspectiva interestadual das regiões de saúde do Amazonas, 2025

	Os usuários do seu município são encaminhados para serviços de outro Estado?			Recebe usuários de outros municípios do Amazonas ou de outro estado?		
Região de Saúde	**Não N(%)**	**Sim N(%)**	**p-valor****	**Não N(%)**	**Sim N(%)**	**p-valor**
Alto Solimões	7(77,8%)	2(22,2%)		3(33,3%)	6(66,7%)	
Baixo Amazonas	5(100%)	0(0%)		0(0%)	5(100%)	
Juruá	2(33,3%)	4(66,7%)		3(50%)	3(50%)	
Madeira	2(40%)	3(60%)		3(60%)	2(40%)	
Manaus. Entorno e Rio Negro	9(81,8%)	2(18,2%)	<0,01	3(25%)	8(72,7%)	>0,05
Médio Amazonas	6(100%)	0(0%)		1(16,7%)	5(83,3%)	
Purus	0(0%)	5(100%)		2(40%)	3(60%)	
Rio Negro e Solimões	8(100%)	0(0%)		1(12,5%)	7(87,5%)	
Triângulo	5(100%)	0(0%)		0(0%)	5(100%)	
Total	44(73,3%)	16(26,7%)	60(100%)	16(26,7%)	44(73,3%)	60(100%)

Fonte: Elaboração própria.

No Baixo Amazonas, 100% dos gestores informaram não encaminhar pacientes para outros estados, mas relataram receber regularmente usuários externos. Já no Purus, todos os gestores afirmaram encaminhar pacientes para fora e apenas 60% recebem usuários de outros estados, caracterizando uma dinâmica de saída mais intensa e menor integração interestadual. O resultado estatístico ($p<0,01$) reforça a heterogeneidade dos fluxos e a fragmentação da integração territorial e funcional das redes de atenção.

A percepção dos gestores sobre a resolutividade e o fortalecimento das regiões de saúde também revelou contrastes importantes (Tabela 4). No geral, 23,3% dos gestores declararam insatisfação com a regulação de pacientes de urgência e com o fortalecimento regional, indicando desigualdade na capacidade de resposta entre as regiões. Ainda assim, a maioria expressou satisfação parcial, o que reflete algum grau de funcionamento dos fluxos assistenciais, embora insuficiente para garantir a coesão regional.

Tabela 4. Distribuição da percepção de gestores acerca da resolutividade do atual modelo de regiões de saúde do Amazonas, 2025

Considera a regulação de pacientes de urgência e emergência:								
	Quanto a resolutividade				Quanto ao fortalecimento das regiões de saúde			
Região de Saúde	Indiferente N(%)	Insatisfeito N(%)	Satisfeito N(%)	p-valor	Indiferente N(%)	Insatisfeito N(%)	Satisfeito N(%)	p-valor
Alto Solimões	1(11,1%)	2(22,2%)	6(66,7%)		1(11,1%)	5(55,6%)	3(33,3%)	
Baixo Amazonas	0(0%)	1(20%)	4(80%)		0(0%)	3(60%)	2(40%)	
Juruá	1(16,7%)	2(33,3%)	3(50%)		2(33,3%)	3(50%)	1(16,7%)	
Madeira	0(0%)	2(40%)	3(60%)		0(0%)	4(80%)	1(20%)	
Manaus. Entorno e Rio Negro	1(9,1%)	3(27,3%)	7(63,6%)	>0,05	1(9,1%)	3(27,3%)	7(63,6%)	>0,05
Médio Amazonas	0(0%)	2(33,3%)	4(66,7%)		0(0%)	2(33,3%)	4(66,7%)	
Purus	1(20%)	1(20%)	3(60%)		2(40%)	2(40%)	1(20%)	
Rio Negro e Solimões	2(25%)	0(0%)	6(75%)		2(25%)	1(12,5%)	5(62,5%)	
Triângulo	1(20%)	1(20%)	3(60%)		2(40%)	1(20%)	2(40%)	
Total	7(11,7%)	14(23,3%)	39(65%)	60(100%)	10(16,7%)	24(40%)	26(43,3%)	60(100%)

Nota: não há diferença estatística significante.
Fonte: Elaboração própria.

No Alto Solimões, 22,2% dos gestores manifestaram insatisfação com a regulação e 55,6% com o fortalecimento das regiões. No Médio Amazonas, 66,7% demonstraram satisfação em ambos os aspectos, destacando-se como região de melhor desempenho. O Baixo Amazonas apresentou padrão misto: 80% dos gestores satisfeitos com a regulação de urgências, mas apenas 40% satisfeitos com o fortalecimento regional, indicando que percepção de resolutividade não necessariamente implica fortalecimento institucional.

De forma geral, 40% dos gestores do estado expressaram insatisfação com o fortalecimento da regionalização, o que demonstra que avanços pontuais na regulação e nos fluxos de atendimento ainda não se traduzem em uma estrutura regional consolidada. A ausência de diferenças estatisticamente significativas entre resolutividade e fortalecimento confirma que a percepção dos gestores é heterogênea, variando conforme as condições territoriais, estruturais e de gestão local.

Há predominância de fluxos assistenciais direcionados à capital, e a dependência do transporte fluvial e aéreo reitera o peso das barreiras geográficas na organização do sistema de saúde no Amazonas. Esse cenário evidencia a necessidade de estratégias que fortaleçam a governança regional e aprimorem a logística intermunicipal, de modo a ampliar a integração entre os serviços e reduzir desigualdades no acesso à assistência especializada. A literatura sobre governança regional no SUS destaca que a efetividade da regionalização depende da capacidade de articulação entre os entes federativos, da pactuação interfederativa e da existência de mecanismos permanentes de coordenação regional[27,31]. No contexto amazônico, tais processos tornam-se ainda mais complexos diante das assimetrias territoriais e das limitações estruturais que dificultam a integração das redes de atenção.

Os achados apontam para a urgência de políticas que reconheçam a diversidade territorial como eixo estruturante da gestão em saúde na Amazônia. Os fluxos de atendimento no estado do Amazonas revelam uma centralização acentuada dos serviços de média e alta complexidade na capital, Manaus. Esse cenário evidencia distribuição desigual de recursos, com infraestrutura mais avançada e especializada concentrada em um único centro urbano. A ausência de estrutura adequada nos municípios do interior gera dependência crítica da capital, exacerbando desigualdades regionais[11,13].

A distância geográfica torna-se determinante da organização dos serviços, limitando a efetividade dos municípios-polo e a continuidade do cuidado.

A insuficiência de casas de apoio, identificada em várias regiões, reforça a vulnerabilidade de usuários que precisam permanecer na capital, sobrecarregando os hospitais, que frequentemente enfrentam demanda além de sua capacidade[11,13].

A regionalização no Amazonas ainda enfrenta o desafio de conciliar a racionalidade normativa das redes de atenção com a materialidade territorial e a complexa logística amazônica, exigindo estratégias diferenciadas de governança, financiamento e infraestrutura adaptadas às condições locais. Nesse sentido, a regionalização na Amazônia desafia modelos normativos construídos a partir de realidades urbanocêntricas e territorialmente integradas, demandando políticas sensíveis às dinâmicas fluviais, às grandes distâncias intermunicipais e às especificidades socioculturais dos territórios amazônicos[18,27,29].

O modelo hospitalar tradicional, orientado por um viés higienista, mostra limitações frente às necessidades da população, ao desconsiderar especificidades culturais e sociais. Para atender de forma eficaz às demandas amazônicas, é necessário adotar um modelo hospitalar humanista, que valorize o paciente como sujeito de direitos e promova atenção condizente com as realidades locais[32,33].

Nesse contexto amazônico, é possível pensar os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) com papel estratégico, considerando extensões territoriais, dispersão populacional e dificuldades de acesso. Ao atuarem como referência territorial e estabelecerem fluxos com a Atenção Básica, ampliam a resolutividade e oferecem cuidados intermediários e de emergência às comunidades. Sua localização próxima às populações reduz deslocamentos e garante atendimento mais rápido, embora dependam de investimentos contínuos em infraestrutura e qualificação profissional[34].

Outro aspecto crucial é a fixação de profissionais de saúde, cuja dificuldade impacta na continuidade dos serviços. A combinação de vastidão territorial, escassez de infraestrutura e condições adversas dificulta a atração e retenção desses profissionais. Para mitigar esse quadro, políticas de formação local e capacitação adaptadas às especificidades regionais tornam-se essenciais, aliadas a diálogos permanentes com instituições de ensino[35].

Os resultados também evidenciam desafios na regulação, transporte sanitário e casas de apoio. Gestores demonstram desconhecimento e insatisfação com os processos regulatórios e descrença parcial no modelo vigente de regiões de saúde. Em alguns casos, esses processos não contemplam plenamente as necessidades de assistência nos municípios-polo, comprometendo a eficiência do sistema. Embora Manaus tenha sido excluída da amostra por ser referência em alta complexidade, os achados indicam que a estrutura atual não atende adequadamente à integralidade da assistência, revelando a necessidade de revisão crítica das políticas de regionalização na Amazônia ocidental.

A análise também se insere no debate sobre o federalismo brasileiro, cuja divisão de poderes entre União, Estados e Municípios impõe desafios à implementação de políticas de saúde. A descentralização permite adaptar políticas às realidades locais, mas não garante, por si só, equidade no acesso. As assimetrias de poder entre entes federados limitam a capacidade de negociação e geram desigualdades regionais. As relações intergovernamentais, que oscilam entre cooperação e conflito, influenciam diretamente a eficácia das políticas, sendo a atuação das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) condicionada ao desenvolvimento socioeconômico e às características geográficas[26,36].

Por outro lado, a descentralização consolidada pela Constituição de 1988 possibilitou que estados e municípios assumissem papel ativo na gestão e organização dos serviços, promovendo distribuição mais eficiente de recursos e investimentos regionais. O compromisso financeiro mínimo garantiu sustentabilidade ao sistema e, aliado à hierarquização da assistência, assegurou maior eficácia das políticas. Esse processo fortaleceu a democratização e a *accountability*, ampliando o acesso, especialmente à Atenção Básica, e contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde[30,37].

A tipologia das regiões de saúde desempenha papel crucial no planejamento e organização dos serviços, permitindo considerar necessidades regionais e promover integração eficaz de ações e recursos. Ela também evidencia desigualdades socioespaciais, facilitando políticas públicas equitativas e integradas, combinando desenvolvimento econômico, social e saúde, e fortalecendo a governança regional[37,38].

Repensar a governança regional no SUS é essencial para fortalecer a integração e coordenação entre níveis de governo e atores da gestão, promovendo participação e negociação entre sujeitos com diferentes graus de autonomia. Esse processo envolve acompanhamento e implementação de políticas por meio de redes regionalizadas, assegurando participação social e planejamento colaborativo. A governança moderna organiza a participação de diversos atores e apoia projetos intersetoriais que geram soluções inovadoras e sinérgicas entre desenvolvimento regional e econômico[39].

Os desafios para uma regionalização efetiva incluem integrar e organizar as regiões de saúde, planejar adequadamente a rede de serviços, desenvolver redes de cuidado, coordenar o sistema regional e enfrentar questões de financiamento e equidade. Esses aspectos ressaltam a complexidade do processo e a necessidade de fortalecê-lo para garantir eficiência e integralidade[27].

O êxito da regionalização, contudo, não depende apenas da definição formal de fluxos, mas da governança compartilhada e da coordenação interfederativa. No Amazonas, esses processos permanecem condicionados pelas grandes distâncias territoriais, pela limitada infraestrutura instalada, pelas dificuldades logísticas e pelas desigualdades entre os municípios, fatores que fragilizam a consolidação das redes regionais de atenção[11]. Nesse contexto, observa-se que a organização do sistema tende a ocorrer por arranjos adaptativos em resposta às limitações territoriais e institucionais, mais do que por uma rede regional plenamente consolidada.

Considerações Finais

A regionalização da saúde na Amazônia brasileira avança de forma heterogênea e desigual. Observa-se descompasso entre funcionamento operacional e arcabouço jurídico-político, revelando um modelo em consolidação, sustentado mais por arranjos locais que por uma estrutura regional sólida. Esse processo demanda abordagens inovadoras capazes de enfrentar os desafios impostos pela vasta extensão territorial, pelas desigualdades socioeconômicas e pelas particularidades geográficas amazônicas.

A centralização dos recursos e as limitações infraestruturais evidenciam a necessidade de um modelo de regionalização que reconheça e valorize as especificidades locais, promovendo articulação eficiente entre os diferentes níveis de atenção. Uma regionalização adaptada à realidade amazônica deve priorizar redes de cuidado resilientes e flexíveis, capazes de conectar os serviços e garantir acesso contínuo e equitativo à população.

O principal resultado do estudo foi a identificação de desigualdades na infraestrutura e no acesso aos serviços especializados, que obrigam pacientes a se deslocarem para centros urbanos maiores, sobrecarregando Manaus e impondo ônus logístico e financeiro aos municípios do interior. Ao mapear os fluxos assistenciais, o estudo contribui para preencher lacunas na literatura sobre regionalização da saúde na Amazônia, oferecendo subsídios empíricos para formulação de políticas públicas mais eficazes e territorialmente sensíveis.

A relação entre descentralização e tipologia das regiões de saúde mostrou-se fundamental para alinhar decisões às realidades locais, embora ainda marcada por fragmentação do sistema e limitações na integração regional. Destacam-se as regiões de fronteira, como Purus e Juruá, onde o acesso aos serviços de média e alta complexidade ocorre frequentemente em estados vizinhos, configurando estratégia adaptativa frente à escassez da oferta local. Esse movimento evidencia desigualdades na capacidade resolutiva dos municípios do interior e reforça a necessidade de políticas estruturantes voltadas à redução das disparidades territoriais.

A descentralização dos serviços e o fortalecimento da infraestrutura em municípios menores são fundamentais para reduzir desigualdades e ampliar a resolutividade regional. Intervenções estratégicas em postos-chave da rede podem otimizar os fluxos assistenciais e fortalecer a eficiência do sistema.

O Amazonas depende de investimentos contínuos em infraestrutura, transporte sanitário e articulação interfederativa, bem como do fortalecimento da governança regional e das instâncias intergestores. A efetivação do SUS na Amazônia exige compreendê-la não como exceção, mas como

território que demanda soluções próprias, sustentáveis e coerentes com suas condições geográficas, culturais e sociais.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a utilização exclusiva da percepção dos gestores municipais de saúde, o que pode não contemplar integralmente a experiência dos usuários e trabalhadores do sistema. Além disso, a exclusão de Manaus das análises comparativas limitou a compreensão mais aprofundada das relações entre capital e interior no funcionamento das redes assistenciais. Recomenda-se que estudos futuros incorporem abordagens qualitativas, análise dos itinerários terapêuticos dos usuários e avaliação da governança regional em regiões de fronteira, especialmente em territórios com forte dependência interestadual para acesso à média e alta complexidade.

Referências

1. Fleury S. Democracia e inovação na gestão local da saúde. Rio de Janeiro: Cebes: Editora Fiocruz; 2014. 480 p.

2. Rocha R, Rache B, Nunes L. A regionalização da saúde no Brasil [Internet]. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; jun. 2022 [citado em 2 fev. 2026]. 41 p. Estudo Institucional nº 7. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/IEPS_Estudo_Institucional_07.pdf

3. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991 [Internet]. [citado em 2 fev. 2026]. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf

4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93 [Internet]. [citado em 3 fev. 2026]. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/CIR-Sobre/CIR-NOBSUS01-93.pdf

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que redefine o modelo de gestão do SUS [Internet]. [citado em 4 fev. 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002) [Internet]. [citado em 4 fev. 2026]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/75753/Portaria+MS+n%C2%BA+373+de+27+de+fevereiro+de+2002_Norma+Operacional+da+Assist%C3%AAncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde+%E2%80%93+NOAS-SUS+01_2002.pdf

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Institui o Pacto pela Saúde [Internet]. [citado em 4 fev. 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

8. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. [citado em 5 fev. 2026]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

9. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. [citado em 5 fev. 2026]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

10. Dantas A, Feitosa LC. A efetividade do plano diretor de regionalização do SUS no Rio Grande do Norte. Revista da ANPEGE [Internet]. 2013 [citado em 1 fev. 2026];9(11):21-6. Disponível em: https://ojs.ufgd.edu.br/anpege/article/view/6488 doi:10.5418/RA2013.0911.0002

11. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. Ciênc saúde coletiva [Internet]. abr. 2017 [citado em 1 fev. 2026];22(4):1225-34. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/j77vcsPR76Hxb6zjPzD9bHS/?lang=pt doi:10.1590/1413-81232017224.27082016

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Amazonas: cidades e estados [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado em 23 out. 2023]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html

13. Santos-Melo GZ, Andrade SRD, Souza CRDS, Erdmann AL, Meirelles BHS. Organização da rede de atenção à saúde no estado do Amazonas-Brasil: uma pesquisa documental. Cienc Cuid Saude [Internet]. 3 out. 2018 [citado em 23 out. 2023];17(3):1-8. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37963 doi:10.4025/cienccuidsaude.v17i3.37963

14. Amazonas. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB nº 059, de 20 de junho de 2011. Dispõe sobre Revisão do Desenho Regional do Estado do Amazonas para a Saúde. [citado em 25 ago. 2024]. Disponível em: http://ses.saude.am.gov.br/uploads/storage/cib/docs/res/res_cib_2011_059.pdf

15. Amazonas. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/AM nº 118, de 18 de junho de 2018. Dispõe sobre a Proposta do Cronograma do Processo de Planejamento Regional Integrado (PRI), Definição das Macrorregiões de Saúde do Amazonas e a Diretriz que Orientarão o Processo PRI. [citado em 25 ago. 2024]. Disponível em: http://ses.saude.am.gov.br/uploads/storage/cib/docs/res/res_cib_2018_118.pdf

16. Simão JB, Orellano VIF. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. Estud. Econ. [Internet]. mar. 2015 [citado em 25 ago. 2025];45(1):33-63. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ee/a/rFMqvgZ384yTcJMZ79XpKgH/?lang=pt doi:10.1590/0101-4161201545133jbv

17. Mello ALSF, Andrade SR, Moysés SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. Ciênc saúde coletiva [Internet]. jan. 2014 [citado em 25 jan. 2026];19(1):205-14. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/BXxCRHVzt4psGjN65BHDMYM/?lang=pt doi:10.1590/1413-81232014191.1748

18. Tobias R, Leles FAG, Lima MCRF, organizadores. Planejamento e políticas de saúde na Amazônia: fundamentos e caminhos. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2024. 320 p.

19. Reis AES, Schweickardt JC, Guedes TRON, Santos ICPAM, Murta SG. Navegando pelo "rio da vida": a produção do cuidado em situações de urgência e emergência em um território da Amazônia. Interface (Botucatu) [Internet]. 2024 [citado em 19 ago. 2025];28:e230649. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/k5YSSWZBPw9Z6PYjwgzqdkF/?format=html&lang=pt doi:10.1590/interface.230649

20. Santiago C, Pugliesi E, Massukado L, Kotaka F. Contribuições da Fundação Nacional de Saúde na pesquisa em saúde e saneamento no Brasil. Saude soc [Internet]. 2020 [citado em 11 ago. 2025];29(2):e181011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mq5cwHkyxWPtvCN6Rv97TNs/?lang=pt doi:10.1590/S0104-12902020181011

21. Fonseca MRF. Fontes para a história das ciências da saúde no Brasil (1808-1930). Hist cienc saude-Manguinhos [Internet]. 2002 [citado em 17 out. 2025];9(Suppl):275-88. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/y4MWw9vspc4vLC75zS6jtDb/?lang=pt doi:10.1590/S0104-59702002000400012

22. Darski C, Kuhl CP, Capp E, Nienov OH. Conceitos básicos em estatística e epidemiologia. In: Capp E, Nienov OH, organizadores. Bioestatística quantitativa aplicada [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2020 [citado em 15 jun. 2024]. p. 17-40. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213505/001117618.pdf?sequence=1

23. The Jamovi Project. Jamovi [Internet]. Sydney: The Jamovi Project; 2023 [citado em 23 out. 2023]. Disponível em: https://www.jamovi.org/about.html

24. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; revoga as Resoluções nº 196/96, nº 303/00 e nº 404/08 [Internet]. [citado em 19 ago. 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view

25. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. [citado em 25 ago. 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view

26. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Rev Saude Publica [Internet]. fev. 2011 [citado em 7 set. 2025];45(1):204-11. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/bCWB3sWTXQLXWjjFkcWwgLt/abstract/?lang=pt doi:10.1590/S0034-89102011000100023

27. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. Ciênc saúde coletiva [Internet]. abr. 2017 [citado em 12 ago. 2025];22(4):1045-54. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/kH9mph6vVhWvKLGbSX4bBFd/?lang=pt doi:10.1590/1413-81232017224.26552016

28. Teixeira CC. Fundação Nacional de Saúde: a política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. Etnografica (Lisboa) [Internet]. nov. 2008 [citado em 1 ago. 2025];12(2):323-51. Disponível em: https://saudeindigena.fiocruz.br/items/6c936091-e2e5-4416-bf13-fa9e2f6345e9 doi:10.4000/etnografica.1733

29. El Kadri MR, Schweickardt JC, Freitas CM. Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. Interface (Botucatu) [Internet]. 2022 [citado em 12 maio 2025];26:e220056. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/JPZ8p9nZbhct5KmWrHBBvrP/abstract/?lang=pt doi:10.1590/interface.220056

30. Servo LMS, Andrade MV, Amaral PVM. Os caminhos da regionalização da saúde no Brasil: adequação e acesso geográfico nos anos 2000. Planej Polit Publicas [Internet]. 11 ago. 2022 [citado em 11 ago. 2025];(60):13-41. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/84f9c294-9b00-4723-ba83-5258a89a15ff/content doi:10.38116/ppp60art1

31. Ribeiro PT, Tanaka OY, Denis JL. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. Ciênc saúde coletiva [Internet]. abr. 2017 [citado em 21 mar. 2025];22(4):1075-84. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/kg6ybTgMhW3XJwBMmWwbjgt/?lang=pt doi:10.1590/1413-81232017224.28102016

32. Guedes HHS, Castro e Castro MM. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. Serviço Social em Revista [Internet]. 15 jul. 2009 [citado em 15 jun. 2025];12(1):4-26. Disponível em: https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10035 doi:10.5433/1679-4842.2009v12n1p4

33. Oliveira AC, Simões RF, Andrade MV. Regionalização dos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais: estrutura corrente versus estrutura planejada [Internet]. XIII Seminário sobre a Economia Mineira; 2008; Diamantina. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG; 2008 [citado em 24 ago. 2024]. Disponível em: https://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A058.pdf

34. Franco TB. Os hospitais de pequeno porte (HPP) e cuidados intermediários na Amazônia. In: Schweickardt JC, Ferla AA, Giatti L, organizadores. A saúde coletiva na Amazônia: redes de pesquisa, formação e situações de saúde e condições de vida [Internet]. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2024 [citado em 24 ago. 2024]. p. 331-40. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/281895/001215859.pdf?sequence=1&isAllowed=y doi:10.18310/9786554621588

35. Dolzane RS, Schweickardt JC. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. Trab Educ Saude [Internet]. 2020 [citado em 24 ago. 2024];18(3):e00288120. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/hhHHV9zz8WKyQPVK3LtYfvF/?format=html&lang=pt doi:10.1590/1981-7746-sol00288

36. Machado CV, Lima LD, Viana ALA, Oliveira RG, Iozzi FL, Albuquerque MV, et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. Rev Saude Publica [Internet]. ago. 2014 [citado em 14 ago. 2024];48(4):642-50. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/JXhzTK954zL4B34GmFZ6QXL/?lang=pt doi:10.1590/S0034-8910.2014048005200

37. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. Saude soc [Internet]. jun. 2015 [citado em 28 jun. 2025];24(2):413-22. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5zVsFNHY6HFYBrc9KfPDJzg/?lang=pt doi:10.1590/S0104-12902015000200002

38. Duarte LS, Pessoto UC, Guimarães RB, Heimann LS, Carvalheiro JR, Cortizo CT, et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. Saude soc [Internet]. jun. 2015 [citado em 16 set. 2026];24(2):472-85. Disponível em: http://www.scielo.br/j/sausoc/a/cKdvDBTfQJnTtBTkPdTtykr/?lang=pt doi:10.1590/S0104-12902015000200007

39. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALA. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. Ciênc saúde coletiva [Internet]. abr. 2017 [citado em 1 abr. 2025];22(4):1291-310. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/ML5vsyD9WccNyD93RmJtJRH/?lang=pt doi:10.1590/1413-81232017224.26522016

Informações editoriais

Histórico

Recebido: 20/02/2026
Revisado: 22/05/2026
Aprovado: 27/05/2026

Processo de Avaliação

Avaliação por pares duplo-cego.

Avaliação por pares aberta

Dois avaliadores ad hoc avaliaram este manuscrito. Os autores concordaram com a interação, se necessário, e com a publicação do parecer. Ambos os avaliadores concordaram com a interação; apenas um autorizou a publicação do parecer, se indicado pela revista.

Preprint

O manuscrito não é um *preprint*.

Verificação de similaridade

Este artigo foi submetido à verificação de similaridade textual com o software *CopySpider*.

Contribuição dos autores

M.C.R.F. Lima: concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final do artigo.
M.C.P. Louvison: análise e interpretação de dados, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final do artigo.
C.S. Nobre: análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final do artigo.
R.T.S. Lima: concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final do artigo.

Conflito de interesses

Os autores declararam não haver nenhum conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmica, política e financeira referente a este artigo.

Financiamento

Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM).

Origem da pesquisa

Artigo derivado de dissertação de mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) da Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Instituto Leônidas & Maria Deane, Fiocruz Amazônia.

Aprovação ética da pesquisa

A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos estabelecidos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE 72774517.7.0000.0005), conforme as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Disponibilidade dos dados de pesquisa

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Declaração de uso de ferramentas de Inteligência Artificial (IA)

Os autores declaram que ferramentas de inteligência artificial foram utilizadas na elaboração deste manuscrito ou na pesquisa nele relatada para organização e análise dos dados, bem como para revisão e aprimoramento textual do manuscrito.

Equipe editorial

Editora-chefe: Sandra Mara Campos Alves
Editoras convidadas (dossiê): Eliana Franco, Krishina Day Ribeiro
Editora assistente: Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos
Assistentes editoriais: Danilo Silva Santos Rocha, Daphne Sarah Gomes Jacob Mendes, Maria Ester Simões Nogueira
Revisora de texto: Júlia Ribeiro Vitoriano

Publisher

Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Programa de Direito Sanitário, Brasília, DF, Brasil.

Direitos Autorais

Os autores mantêm os direitos autorais sobre suas obras e concedem aos Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário (CIADS) o direito de primeira publicação.

Open Access

Este artigo é publicado em Acesso Aberto (*Open Access*), com acesso imediato, gratuito e permanente ao seu conteúdo, sem cobrança de taxas para leitura, download ou compartilhamento.

Licença de Uso

Copyright © 2026 Mayra Costa Rosa Farias de Lima, Marilia Cristina Prado Louvison, Caroline Soares Nobre, Rodrigo Tobias de Sousa Lima. Este artigo é licenciado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a autoria original e a fonte de publicação sejam devidamente citadas.



Como citar (Vancouver)

Lima MCRF, Louvison MCP, Nobre CS, Lima RTS. Regionalização da saúde na Amazônia brasileira: desafios da gestão territorial. Cad. Ibero-Am. Direito Sanit. 2026;15:e2026031. doi: 10.17566/ciads.e2026031