

DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2236672569027>

Recebido em: 15/01/2022. Aprovação final em: 11/03/2022.

INDICADORES DE SAÚDE NAS CIDADES INTERMEDIÁRIAS AMAZÔNICAS DURANTE A CRISE SANITÁRIA DA COVID-19: SINALIZADORES DE SEGREGAÇÃO SOCIAL E INJUSTIÇA AMBIENTAL.

HEALTH INDICATORS IN INTERMEDIATE AMAZON CITIES DURING THE COVID-19 HEALTH CRISIS: SIGNS OF SOCIAL SEGREGATION AND ENVIRONMENTAL INJUSTICE.

INDICATEURS DE SANTÉ DANS LES VILLES AMAZONIENNES INTERMÉDIAIRES PENDANT LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19: SIGNES DE SÉGRÉGATION SOCIALE ET D'INJUSTICE ENVIRONNEMENTALE.

INDICADORES DE SALUD EN LAS CIUDADES INTERMEDIAS DE LA AMAZONÍA DURANTE LA CRISIS SANITARIA DE LA COVID-19: SEÑALES DE SEGREGACIÓN SOCIAL E INJUSTICIA AMBIENTAL.

*Igor Laltuf Marques**

 <https://orcid.org/0000-0002-5614-4404>

*Luis Fernando Novoa Garzon***

 <https://orcid.org/0000-0003-2280-7959>

RESUMO: Este artigo pretende expor o agravamento da injustiça sanitária e ambiental na Amazônia brasileira causada pela pandemia da Covid-19 e pela descoordenação das ações do governo Federal, com ênfase em dois objetos: a situação dos municípios amazônicos, com destaque para Manaus (AM) e o impacto diferenciado da pandemia sobre os povos indígenas. Para tal, foram contrapostos os dados do CNES, da REGIC, da pesquisa de Ligações Rodoviárias

* Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Federal Fluminense (2015); Mestrando no Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; e-mail: igorlaltuf@gmail.com

** Doutor em Planejamento Urbano e Regional pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional (IPPUR) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Professor do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho, RO, Brasil; e-mail: l.novoa@unir.br

e Hidroviárias de 2016 e do DATASUS. Além disso, os povos indígenas são afetados duplamente, seja pela Covid-19 seja pela violação sistemática de seus direitos territoriais. Por fim, o trabalho conclui que nas cidades intermediárias e nas capitais amazônicas foi predominante o quadro de colapso sanitário porque: (i) estas cidades atuam como polos subregionais nos atendimentos de alta complexidade na Amazônia; (ii) apresentam uma parcela elevada de trabalhadores informais, que conforme apontado por alguns estudos, tem correlação positiva com os casos de contaminação e morte por Covid-19; (iii) a maior parte da população reside em aglomerados subnormais, que facilitam a contaminação pelo vírus (iv) houve negligência na forma de se lidar com a pandemia por parte do Governo Federal e dos entes subnacionais, desconsiderando a gravidade adicional da pandemia na região.

Palavras-chave: Covid-19; Amazônia; Indicadores de saúde; Injustiça ambiental; Segregação social.

***ABSTRACT:** This article aims to expose the worsening of sanitary and environmental injustice in the Brazilian Amazon caused by the pandemic and the lack of coordination of actions by the Federal government, with emphasis on two objects: the situation of Amazonian municipalities, with emphasis on Manaus (AM) and the differentiated impact of the pandemic on indigenous peoples. To this end, data from CNEC, REGIC, the 2016 Road and Waterway Connections survey and DATASUS were compared. In addition, indigenous peoples are doubly affected, either by Covid-19 or by the systematic violation of their territorial rights. Finally, the work concludes that in the intermediate cities and in the Amazonian capitals, the situation of sanitary collapse was predominant because: (i) these cities act as subregional poles in high complexity care in the Amazon; (ii) they have a high proportion of informal workers, which, as pointed out by some studies, has a positive correlation with cases of contamination and death by Covid-19; (iii) most of the population lives in subnormal agglomerations, which facilitate contamination by the virus (iv) there was negligence in the way of dealing with the pandemic by the Federal Government and subnational entities, disregarding the additional severity of the pandemic in region.*

Keywords: Covid-19; Amazon; Health Indicators; Environmental Injustice; Segregation.

RÉSUMÉ: *Cet article vise à exposer l'aggravation de l'injustice sanitaire et environnementale en Amazonie brésilienne causée par la pandémie et le manque de coordination des actions du gouvernement fédéral, en mettant l'accent sur deux objets: la situation des municipalités amazoniennes, en mettant l'accent sur Manaus (AM) et l'impact différencié de la pandémie sur les peuples autochtones. Pour cela, les données du CNES, de la REGIC, de l'enquête Raccordements routiers et fluviaux 2016 et de DATASUS ont été comparées. De plus, les peuples autochtones sont doublement touchés, soit par la Covid-19, soit par la violation systématique de leurs droits territoriaux. Enfin, le travail conclut que dans les villes intermédiaires et dans les capitales amazoniennes, la situation d'effondrement sanitaire était prédominante car: (i) ces villes agissent comme des pôles sous-régionaux de soins de haute complexité en Amazonie; (ii) ils ont une forte proportion de travailleurs informels, ce qui, comme le soulignent certaines études, a une corrélation positive avec les cas de contamination et de décès par Covid-19; (iii) la plupart de la population vit dans des agglomérations subnormales, ce qui facilite la contamination par le virus (iv) il y a eu une négligence dans la manière de faire face à la pandémie par le gouvernement fédéral et les entités infranationales, sans tenir compte de la gravité supplémentaire de la pandémie dans la région.*

Mots-clés: Covid-19; Amazonie; Indicateurs de santé; Injustice environnementale; Ségrégation.

RESUMEN: *Este artículo expone la magnificación de la injusticia sanitaria y ambiental en la Amazonia brasileña causado por la pandemia de la Covid-19 y la deliberada falta de coordinación de acciones por parte del Gobierno Federal, con énfasis en dos objetos: la situación de los municipios amazónicos, con énfasis en Manaus (AM) y el impacto diferenciado de la pandemia en los pueblos indígenas. Para ello, se compararon datos del CNES, REGIC, la encuesta de Conexiones Viales (2016) y el DATASUS. Además, reiteramos que los pueblos indígenas fueron doblemente afectados, ya sea por la Covid-19 o por la violación sistemática de sus derechos territoriales. Finalmente, el trabajo concluye que en las ciudades intermedias y en las capitales amazónicas predominó la situación de colapso sanitario porque: (i) estas ciudades actúan como polos subregionales en atención de alta complejidad en la Amazonía; (ii) tienen una alta proporción de trabajadores informales, lo que, como lo señalan algunos estudios, tiene una correlación positiva con los casos de contagio y muerte por Covid-19; (iii) la mayor parte de la población reside en aglomeraciones subnormales, lo que facilita la*

contaminación por el virus; (iv) hubo imprudencia y negligencia en la forma de enfrentar la pandemia por parte del Gobierno Federal y entidades subnacionales, desconociendo la gravedad adicional de la pandemia en la región.

Palabras clave: COVID-19; Amazonia; Indicadores de salud; Injusticia ambiental; Segregación social.

1. INTRODUÇÃO

O processo de formação socioeconômica da região amazônica brasileira centrou-se em uma visão que ignorou processos de ocupação tradicional milenares. A invenção de um conveniente “vazio demográfico”, somada à concepção da Amazônia como um grande estoque de recursos territoriais, abriram caminho para desastrosas intervenções governamentais e empresariais nas últimas décadas. O enquadramento desses territórios funcionalizados e reinterpretados de fora para dentro, resultou em níveis crescentes de desestruturação social, com urbanização difusa, precária e desigual.

Considerando que a oferta extensiva-intensiva de saúde é um dos vetores definidores da centralidade interurbana-regional das cidades intermediárias, nos detivemos sobre a capacidade de oferta deste serviço essencial na Amazônia. Primeiramente, é preciso considerar que os processos estruturais de vulnerabilização social no país, tem percursos singulares na Amazônia, dada à brutalidade e velocidade com que a região tem sido incorporada aos circuitos de valorização e acumulação, concentrados nos setores da agropecuária, da mineração e da infraestrutura. Simultaneamente, os marcos regulatórios dos setores baseados em recursos naturais tem sido objeto de ajustes em prol da proteção, unilateral, dos investimentos, o que significa encolhimento para qualquer tipo de contrapartida social e previamente definida. Foi após o golpe institucional de 2016 que interesses e normas se espelharam, sem distorções, como bem demonstra o fluxo incessante de medidas congressuais-governamentais que franqueiam a exploração compulsória de recursos naturais na região. Em nome de “investimentos e rendimentos adicionais”, a bancada ruralista tem buscado incansavelmente suspender a vigên-

cia de direitos territoriais reconhecidos nacional e internacionalmente. Sem regulação ou fiscalização, os negócios especializados em recursos naturais fatalmente especializam-se em abstrair os elementos sociais neles intrínsecos

Movimentos migratórios súbitos, deslocamentos de comunidades tradicionais, cidades convertidas em entrepostos fluviais e/ou rodoviários, absorvedoras de bolhas de crescimento associadas a grandes projetos, compõem o cenário em que a rede de atendimento de saúde pública instalada nas cidades intermediadoras será invariavelmente incapaz de atender demandas crescentes e variáveis. Combinam-se de forma perversa: a depredação do bioma amazônico, a desintegração de modos de vida singulares, e mais recentemente, como se viu, formas descontroladas de contágio e elevada letalidade da Covid-19, tanto nos territórios como nas cidades amazônicas.

Embora o direito à saúde imponha ao Poder Público, prestação de serviço de modo solidário, nos três níveis da Federação, há regulamentação para definir os procedimentos e a responsabilidade de cada ente, cabendo à União inescapável papel de coordenação e supervisão do sistema integrado, mais ainda em momentos de epidemias e pandemias; papel este negligenciado desde o início da pandemia da Covid-19, como discutiremos adiante. Ressalta-se que, os serviços de saúde, no âmbito do SUS, que se enquadram como de elevada complexidade abarcam procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, e por isso mesmo deveriam ser distribuídos regionalmente de forma equânime, objetivando propiciar a toda a população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. Os desinvestimentos feitos nas últimas décadas, e mais recentemente, os efeitos da aplicação do dispositivo constitucional de teto de gastos sociais¹, só aumentaram a distância entre a meta e a realidade.

¹ Sob o objetivo declarado de equilibrar as contas públicas, a EC. 95 foi promulgada em 2016 e limita por vinte anos os gastos públicos federais, que só podem aumentar de acordo com o valor do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Entretanto, a emenda não estabeleceu limites para gastos financeiros e pagamento de dívidas.

2. CIDADES A SERVIÇO DA FRONTEIRA E O DESPROVIMENTO SOCIAL DECORRENTE

A crescente tecnificação do espaço amazônico, em prol de sua funcionalidade para os fluxos exportadores de commodities, implicou em processos de urbanização na contramão de biomas e culturas tradicionais entrelaçadas. Cidades criadas a partir de dinâmicas vinculadas a empreendimentos neoextrativistas de larga escala na Amazônia, facilitam processos de desterritorialização e de reterritorialização que se consumam celeremente. A condição permanente de um “Estado de exceção” (Agamben, 2004) na Amazônia transfigura-se imediatamente em uma condição de “território de exceção” (Nascimento; Castro, 2017), ou seja, um regime de renúncia ou de rearranjo permanente à última linha de força estabelecida pelos seus controladores privados majoritários em expansão.

Mais que “fronteiras em movimento” (Velho, 2009) a partir de polos em expansão ou de fronteiras econômicas consolidadas expandindo seu raio de ação, as cidades amazônicas acompanham o movimento das fronteiras como um continuada apropriação e produção do território. Nesse sentido, não se pode dizer simplesmente que o capitalismo disponha de fronteiras, mas que ele é definido em si mesmo pelo movimento de fronteiras, como o define Moore (2011, 2016). Tal movimento se vincula menos a uma a uma extensão (horizontal) das relações de produção, mas a uma expansão (vertical) de formas sociais, territoriais e simbólicas que submetem bens públicos e trabalho não remunerado à produção mercantil. As fronteiras, portanto, não representam limites lineares nas bordas de frentes de expansão e sim estratégias de poder, lucro, vida ou morte.

Em sentido similar, repensando a dinâmica ampliada de acumulação, Panitch e Gindin (2004), sublinham que tal ampliação ocorre tanto no plano “externo” como no “interno”. A corrida física/externa pela aquisição de novos fatores de produção, através principalmente de expropriações primárias, não está descolada de novas corridas “para dentro”, por meio de expropriações secundárias, no bojo de uma crescente centralização e concentração de capitais. Esta dinâmica de acumulação ampliada, tanto no plano espacial como no

plano de morfologias sociais regressivas, atravessa e conforma as cidades, particularmente as cidades intermediárias “recriadas” pelo avanço da fronteira agrícola, mineral e energética na Amazônia.

Tratam-se das cidades na floresta, ou cidades naquilo que ainda resta dela e de suas inconexões sociais e culturais. Nos termos de Trindade Jr. (2021) são formações urbanas recentes que se colocam sob o comando de grandes empreendimentos processadores de recursos naturais, mais articulados aos processos de mundialização do capital do que aos espaços locais e regionais.

A pandemia da Covid-19 radicalizou os efeitos das políticas de maleabilidade regulatória e de abertura de novas fronteiras de acumulação. As condições desiguais de vida, aprofundadas com a pandemia, redundaram em condições desiguais de sobrevivência. Amplos segmentos sociais nas cidades e comunidades do campo e da floresta foram entregues à sua própria sorte, sem expansão proporcional das redes de atendimento, sem adaptação e especificação dos processos de diagnóstico, controle e tratamento segundo suas especificidades culturais.

3. O EFEITO REDOBRADO DA PANDEMIA DA COVID-19 NAS CIDADES AMAZÔNICAS

A região considerada como última fronteira espacial do capitalismo no Brasil, tem sido alvo de uma escalada de desmatamento e queimadas, em linha com o avanço da pecuária, da soja e da mineração, além da instalação incondicionada de grandes projetos de infraestrutura. Os municípios que são campeões nos índices de devastação ambiental, são ao mesmo tempo detentores dos piores índices de escolarização, de oferta de saúde pública, de habitação digna e de saneamento básico. A forma como a pandemia assolou Manaus não está desvinculada destes processos. Não sofreram menos, em proporção, as demais capitais amazônicas, entre outras cidades intermediárias, aqui analisadas. A variante P1 ou Gama-plus da Covid-19, conhecida no exterior como a variante “brasileira”, é resultante, antes de tudo, de dinâmicas de mobilização e arregimentação de trabalhadores informais em frentes incessantes de devas-

tação de áreas protegidas na Amazônia. E frente à precarização de estruturas de atendimento hospitalares elementares na região, como não chegar primeiro ao colapso? As principais vítimas foram as comunidades indígenas, quilombolas e ribeirinhas apossadas e desestruturadas pelo avanço desimpedido das fronteiras agrícola, mineral e hidrelétrica, que tiveram que enfrentar a pandemia com pouco ou nenhum anteparo institucional.

Nota-se que a taxa de letalidade nas cidades intermediárias da Amazônia Legal foi maior que a média nacional, especialmente naquelas dedicadas à produção e escoamento de commodities. Aparente paradoxo: cidades provedoras de matérias-primas para as cadeias globais de valor, mas desprovidas de redes de atendimento hospitalar suficientemente equipadas com UTIs e equipes médicas especializadas.

As heterogeneidades, lacunas e assimetrias observadas nos meses de maior incidência do COVID -19, revelaram o quão rarefeitos são os sistemas de saúde instalados na região e expondo o “não lugar” ou o lugar subsidiário da população Amazônia, particularmente nas cidades intermediadoras, boa parte delas enclavadas em cadeias globais de suprimento. Não caberia a observância de padrões civilizatórios mínimos (sociais, ambientais e climáticos) para tal fornecimento não se faça ao custo de sacrifícios continuados de povos e biomas?

Mas se é justamente o nível de coesão social e de coordenação institucional que definem a gravidade maior ou menor de desastres e catástrofes, é inequívoco que a Pandemia do Covid-19 produziu perdas e desestruturas sociais mais profundas na Amazônia. Condições de vida já deterioradas por desproteção social continuada implicam em uma potencialização dos fatores de comorbidade que se associam de forma fatal ao contágio pela Covid-19. Além disso, a rede pública de atendimento de saúde foi precarizada de forma regionalmente diferenciada ao longo das últimas décadas, o que redundou em chances muito desiguais primeiro de sobrevivência e depois de recuperação.

Além do recorte regional para avaliação diferenciadas dos efeitos da pandemia, é preciso considerar desigualdades intrarregionais como variações de renda, condições sanitárias e de moradia e oferta de serviços de saúde adequados situados em distância viável para atendimentos de emergência. Assim como a poluição não igual

para todos, a pandemia produziu efeitos diferenciados social e espacialmente no país. A exposição das populações aos riscos sanitários e ambientais não é equitativa (Acselrad, 2002). Combinaram-se perversamente na Amazônia a desintegração processual de dos modos de vida das comunidades tradicionais amazônicas, pelo avanço da fronteira de commodities, e formas agudas de desaparecimento por desassistência planejada. Em meio a disseminação descontrolada da pandemia em seus territórios remanescentes

Em país com profundas desigualdades sociais e regionais, o direito ou o acesso à sobrevivência em meio a uma pandemia variam segundo hierarquias sociais e espaciais. No Brasil, em meio a um federalismo abastardado por rodadas de neoliberalização (Brandão, 2017), a escala nacional sequer foi agenciada como escopo de atuação coordenada entre União, Estados e Municípios. Diante da supressão do papel coordenador do Ministério da Saúde e da atuação desatinada da Presidência da República contra as medidas de restrição e prevenção do contágio, criou-se um cenário de paralisia decisória, de descompasso e assimetria dos planos de contingência estaduais e municipais.

Instalado o impasse político-administrativo foi necessária a interveniência do Supremo Tribunal Federal para desautorizar o Poder Executivo federal de se sobrepor a atribuições constitucionais de governadores e prefeitos de implementar restrições ao funcionamento das atividades econômicas e de possibilidades de aglomeração (ADPF 672/2020). No que toca à gestão e operacionalização do Sistema Único de Saúde, é nítido o papel concorrente ou complementar de Estados e Municípios, mais ainda em uma situação de grave pandemia. Contudo, configurou-se uma “tempestade perfeita” e o que deveriam ser iniciativas suplementares se converteram em iniciativas isoladas e descoordenadas. Este quadro de “desarranjo federativo” é indissociável do resultado catastrófico em termos do número de mortos e sequelados pela pandemia da Covid-19 no Brasil (Abrúcio et al, 2020).

Neste contexto de pulverização dos centros decisórios, o surgimento de consorciamentos regionais ou sub-regionais - como o que foi ensaiado pelos governadores da Região Nordeste – foi alvis-

sareiro no sentido de acionar estruturas de governança nas áreas em áreas de forte incidência da Covid-19, considerando capacidades técnicas e gerenciais disponíveis e instrumentos de financiamento. Na Amazônia, apesar da existência de agências regionais consolidadas (SUDAM, SUFRAMA e BASA) e espaços de gestão intrarregional como o Consórcio de Governadores da Amazônia Legal ou federal-regional como o Conselho Nacional da Amazônia Legal, não foi proposta nenhuma iniciativa conjunta para o enfrentamento da pandemia, considerando as especificidades da região. Nem a iminência do colapso hospitalar e funerário de Manaus, Macapá e Belém nem a aceleração descontrolada do contágio e alta letalidade manifestada em outras capitais como Rio Branco e Porto Velho, foram suficientes para que houvesse algum tipo de resposta articulada, no curto e no médio prazo, por parte dessas instâncias e agências.

Nesse período foi comum o uso retórico do jargão “entramos juntos, sairemos juntos”. Mas de fato entramos juntos? Com que sistema de saúde e com qual qualidade e acessibilidade?

3.1 Oferta extensiva-intensiva de saúde nas cidades intermediárias da Amazônia legal

Os serviços de média complexidade englobam atividades especializadas disponíveis em hospitais e ambulatórios e abrange atendimento especializado nas áreas da pediatria, cardiologia, neurologia, ortopedia, psiquiatria, ginecologia, entre outros. Neste grupo, a complexidade da assistência na prática clínica pressupõe a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Os serviços prestados pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), enquadram-se como de média complexidade. Há uma lacuna crônica tanto de profissionais quanto de equipamentos médicos nas cidades intermediárias da Amazônia Legal e mesmo programas de suporte emergencial como o “Mais Médicos” foram insuficientes para cobrir a demanda. O fim do programa em 2018, acentuou o descalabro destes serviços na região.

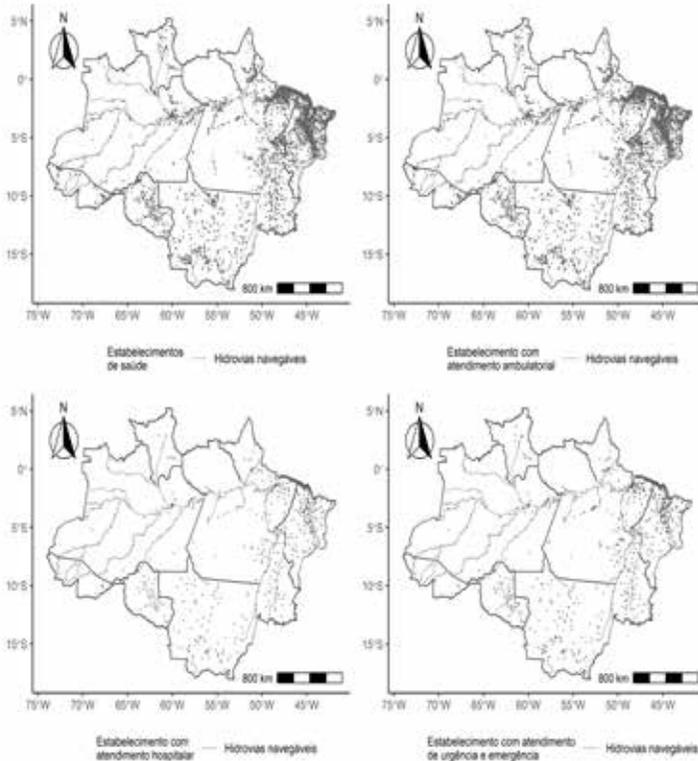
Já a baixa complexidade tem como porta de entrada ao SUS as Unidades Básicas de Saúde (UBSs). O foco está centrado na me-

dicina preventiva, com foco na saúde da família, com ações voltadas à redução do risco de doenças e à proteção da saúde. No caso da Amazônia, a malária, febre amarela e demais doenças infecciosas consideradas endêmicas, constituem fatores debilitantes crônicos que diminuem as chances e perspectivas de vida da população da região. A presença ou ausência de prevenção, controle e profilaxia destas afecções determinam qual o perfil do desenvolvimento destinado à Amazônia: se crescentemente assimétrico/segregador, se gradualmente redistributivo/universalizador.

Em dezembro de 2015, existiam 15.617 estabelecimentos municipais e estaduais na Amazônia Legal, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Entretanto, não foi possível encontrar as coordenadas dos estabelecimentos de saúde existentes em 2019. Para tentar entender a distribuição espacial desses estabelecimentos com os dados disponíveis, foram cruzados os dados do CNES-ST para o mês de dezembro de 2015 – que totalizaram 13.826 estabelecimentos de saúde – com os dados das coordenadas disponíveis no pacote GEOBR² da linguagem de programação R. Percebe-se uma enorme desigualdade na distribuição espacial dos estabelecimentos vinculados ao Sistema Único de Saúde. Os mapas abaixo buscam mostrar esta desigualdade no acesso à saúde pública, especialmente quando se trata de atendimento hospitalar, de urgência e emergência, quando se percebe um maior descolamento entre variáveis demográficas e a disponibilidades desses serviços.

² Maiores informações em <https://cran.r-project.org/web/packages/geobr>.

Figura 1. Estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS em 2015 e seus recortes.



Fonte: DATASUS, 2021.

Ratifica-se aqui o quadro de sub-oferta de equipamentos e serviços de saúde nas cidades intermediadoras da Amazônia Legal, com maior disponibilidade relativa: nas capitais regionais e, em sobreposição, nas capitais de estado; nas cidades pertencentes ou núcleos de regiões metropolitanas ou de arranjos populacionais e com maiores ocorrências no estado do Mato Grosso e Maranhão.

As ocorrências mais baixas têm maior ocorrência nos centros sub-regionais e locais, em particular no Estado do Amazonas, o que denota a ausência de planejamento espacial das redes de alta,

média e baixa complexidade a partir de zonas e polígonos de circulação sub-regional. Não se deve ignorar as cidades que detenham maior proporção de extratos sociais de renda média e alta, irão comportar ou demandar mais serviços privados de saúde, por isso ganham destaque as cidades como Barra do Garças, Sinop, Cuiabá e Gurupi, que adquiriram um papel de provedoras de serviços básicos e especializados de saúde para uma área que ultrapassa sua região de influência direta. Cumpre notar que justamente essas cidades que ocupam o extrato de elevada oferta de serviços de elevada complexidade, ocupam as posições intermediárias no atendimento de serviços de urgência e emergência e as posições mais baixas na oferta de serviços de saúde básica e preventiva.

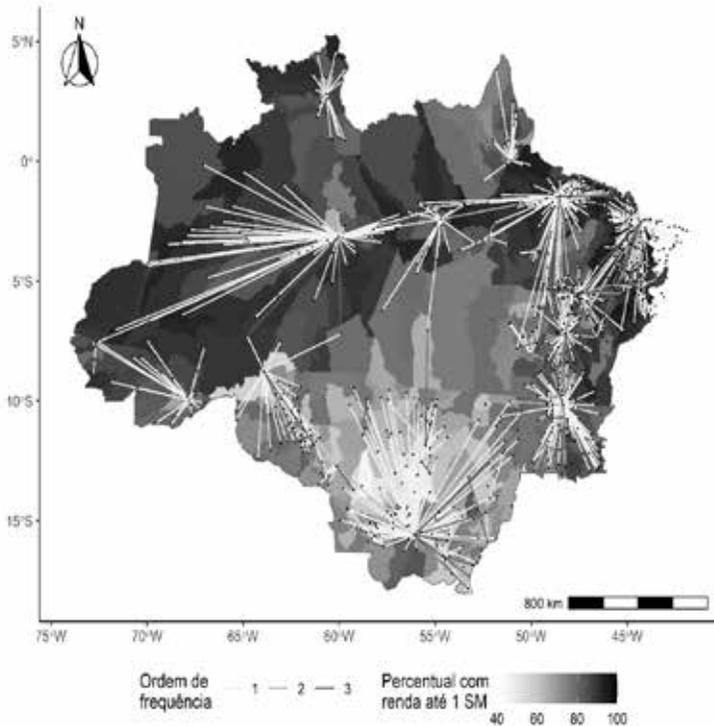
Ainda no início de 2020, alguns estudos já apontavam para o desamparo da região. O Índice de Vulnerabilidade Municipal ao Alastramento do Coronavírus (IVC), que analisa variáveis de áreas distintas como moradia, composição das faixas etárias populacionais, infraestrutura sanitária, densidade demográfica, além de indicadores de saúde e do mercado de trabalho, indicou a região como sendo uma das mais expostas ao vírus (Pessoa e Teixeira, 2020). No mesmo período, a contraposição de dados sobre a disponibilidade de respiradores e casos da Covid-19, conforme feito por Gomes e Caldeira (2020), apontou no mesmo sentido.

Ao verificar os dados da pesquisa Região de Influência das Cidades (REGIC) de 2018 sobre as ligações entre municípios para atendimentos hospitalares de alta complexidade, percebe-se a escassa distribuição de hospitais públicos na região. Por exemplo, verificou-se que os poucos municípios com infraestrutura capaz de realizar esse tipo de atendimento, recebem moradores de outras cidades, com distâncias que vão de 8km – moradores de Pindaré-Mirim (MA) que buscam atendimento em Santa Inês (MA) – até 1.480 km – residentes de Guarajá (AM) que viajam até Manaus (AM).

Para se ter uma ideia dessa concentração – que também pode ser entendida como sobrecarga dessas rarefeitas infraestruturas de saúde pública existentes na Amazônia - apenas 10 municípios são responsáveis pelos atendimentos de alta complexidade de moradores de 645 cidades. Esses municípios e as respectivas quantidades de

ligações com outras cidades são: São Luís (MA, 130), Cuiabá (MT, 103), Belém (PA, 98), Palmas (TO, 82), Araguaína (TO, 59), Manaus (AM, 59). Porto Velho (RO, 41), Imperatriz (MA, 33), Presidente Dutra (MA, 20) e Rio Branco (AC, 20). O mapa abaixo ilustra as ligações desses atendimentos de saúde de acordo com a frequência em que elas ocorrem.

Figura 2. Ligações da REGIC por ordem de frequência para a atendimentos hospitalares de alta complexidade realizados em municípios da Amazônia Legal e percentual* dos rendimentos até 1 salário mínimo em relação ao total municipal em 2010.



Fonte: IBGE, 2020 e Siqueira, 2021. Elaboração própria. * O percentual inclui também aqueles residentes que não apresentaram renda.

A infraestrutura de saúde de alta complexidade do município de Manaus atende 59 municípios do seu entorno segundo os dados da REGIC. A distância média desses municípios é de 491 quilômetros, indicando também a dificuldade no acesso aos serviços públicos de saúde desse tipo. Quanto à disponibilidade de transporte público, a pesquisa de Ligações Rodoviárias e Hidroviárias de 2016 indica que existe transporte público direto em 51 dos 59 municípios – 47 cidades conectadas via hidrovias³ e apenas 9 cidades via rodovias⁴. O acesso a estes municípios geralmente demanda viagens longas, seja pelas hidrovias ou pelas rodovias precárias, configurando exceção o transporte aéreo de pacientes que foi amplamente mencionado nos noticiários durante a pandemia. Os segmentos abastados da região sabem bem o tipo de suporte social que é oferecido à população amazônica. O tempo médio das viagens partindo dessas localidades até Manaus é de 20 horas e 9 minutos via hidrovias ou 5 horas e 18 minutos via rodovias, e o custo médio segundo o estudo é de respectivamente R\$ 122,52 e R\$ 59,50. Direito a saúde na Amazônia, pressupõe reconceber os serviços de saúde considerando espacialidades e temporalidades distintas e simultâneas

Os dados sobre os deslocamentos mencionados apontam para três conclusões nesse sentido: (i) a frequência em que as viagens ocorrem é bastante limitada em alguns casos. Em sete dos vinte e seis municípios estudados ocorre no máximo uma viagem de barco por dia para Manaus; (ii) em muitos casos essas viagens são longas, podendo chegar a mais de seis dias de barco; (iii) ao comparar o baixo rendimento da maior parte da população na região (vide figura 2) com os custos de transporte, existe um elevado grau de inacessibilidade a esses serviços de saúde.

Um exemplo que reúne todos os três problemas acima é Caruarari (AM), um município que em 2010 tinha 25,7 mil habitantes,

3 As cidades que possuem ligação hidroviária com Manaus via transporte público: Alenquer, Alvarães, Amaturá, Anamá, Anori, Autazes, Barcelos, Barreirinha, Benjamin Constant, Beruri, Boa Vista do Ramos, Borba, Caapiranga, Canutama, Caruarari, Careiro da Várzea, Coari, Codajás, Fonte Boa, Iranduba, Itacoatiara, Itapiranga, Japurá, Juruá, Jutai, Manacapuru, Manaquiri, Manicoré, Maraã, Maués, Nhamundá, Nova Olinda do Norte, Novo Airão, Novo Aripuanã, Parintins, Santa Isabel do Rio Negro, Santarém, Santo Antônio do Içá, São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença, São Sebastião do Uatumã, Tabatinga, Tapauá, Tefé, Tonantins, Uarini e Uruará.

4 Os municípios que apresentam ligação rodoviária com Manaus via transporte público: Iranduba, Lábrea, Itapiranga, Itacoatiara, Manacapuru, Novo Airão, Silves, Rio Preto da Eva e Presidente Figueiredo.

sendo que 87% recebiam menos de um salário mínimo. Segundo dados de 2016, a viagem de barco para Manaus saindo deste município ocorre apenas duas vezes na semana, dura pelo menos um dia e meio e custa 400 reais. Também existem municípios mais próximos, como é o caso de Iranduba (AM), que tem um trajeto que dura trinta minutos e custa 4 reais, porém essa não é a realidade da maioria dos casos.

Esta dificuldade no acesso, inclusive, teria sido um agravante à má gestão pública durante o colapso do sistema de saúde em Manaus no início de 2021. De acordo com o relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da pandemia, a empresa White Martins – fornecedora de 90% do oxigênio que atende o Estado do Amazonas – apontou para as dificuldades logísticas do transporte de altas quantidades de insumos médicos na região. O transporte de oxigênio via balsa vindo da planta localizada em Barcarena, que é o mais próximo, demora treze dias para chegar ao município. As duas únicas alternativas mais rápidas seriam o transporte aéreo via Brasília e a importação da empresa Invegas na Venezuela – também do grupo White Martins – com duração de sete dias. Novamente, a vítima é culpabilizada. O problema é então a Amazônia, com seus rios, matas e clima? Em meio à política de sabotagem presidencial às medidas de combate à pandemia, não houve logística diferenciada para a Amazônia, não pensaram nisso. E quando perceberam a iminência do desastre, se fizeram de tolos. Uma comparação elementar: para a extração de minério de ferro, carne, soja e energia, nunca faltou logística, para a população subtraída, faltou oxigênio.

4. O CASO DE MANAUS

No segundo trimestre de 2020, ainda na “primeira onda” da Covid-19, os municípios do Estado do Amazonas já apresentavam sinais de esgotamento frente às demandas causadas pela pandemia. Apesar do sistema de saúde do estado em questão ser um dos que mais recebeu recursos para a saúde, os leitos de UTI chegaram a 96% de ocupação e o sistema funerário entrou em colapso (Senado Federal, 2021).

Em dezembro do mesmo ano, teve início uma nova onda, a pior em quantidade de casos de contágio, internação e óbitos, no

Estado do Amazonas. Havia um cenário em que: (i) os dados apontavam para o aumento de casos de forma exponencial, possivelmente por conta da nova variante do vírus; (ii) existia a expectativa de que as festas de fim de ano iriam aumentar os casos de contágio; e (iii) havia um déficit de profissionais de serviços de saúde no Estado. Diante desse cenário, ainda em dezembro, o Decreto estadual nº 43.234 estabeleceu medidas restritivas e abertura de novos leitos nos hospitais, mas foi revogado apenas quatro dias depois - sem nenhum argumento técnico-científico - motivado pelas manifestações alinhadas com o governo federal (Senado Federal, 2021).

Mesmo ciente da situação de provável colapso do sistema de saúde estadual desde o final de dezembro de 2020 devido à falta de profissionais de saúde, leitos de UTI e insumos hospitalares frente ao aumento dos casos, os governos federal e estadual⁵ não tomaram medidas com o mínimo de coesão e tempestividade de modo a amenizar o caos registrado no período. Segundo os dados disponíveis no Open DataSUS, 53% dos 474 respiradores comprados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) foram comprados nos meses de janeiro e fevereiro de 2021, ou seja, no ápice de crise no estado⁶. Com o colapso do sistema de saúde, a falta de oxigênio medicinal⁷ durante 20 dias resultou em um elevado número de mortes por asfixia⁸. Este cenário de falta de oxigênio hospitalar não apenas já havia ocorrido em outros países - como Peru, Reino Unido e Itália -, como também foi alertado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em meados de 2020. Tampouco houve proatividade na busca de soluções para suprir a demanda do recurso. Deve-se destacar que o problema da ausência deste insumo médico foi local e não atingiu os demais es-

5 “[...] cabe aos estados coordenar e, em caráter complementar, executar, entre outros, ações e serviços de vigilância epidemiológica e sanitária (Lei 8.080, de 1990, art. 17) e que, na falta de capacidade técnica para enfrentar a crise, cabe à União promover a devida orientação, conforme a legislação (Lei 8.080/90, art. 16; CF art. 21, XVII)” (Senado Federal, 2021, p.299).

6 Segundo os dados do SUS, no Amazonas a maior parte dos respiradores foram comprados pelo governo estadual. A Secretaria Municipal de Saúde de Manaus comprou apenas 18 respiradores durante a pandemia.

7 Vale destacar que segundo o relatório final da CPI, a empresa White Martins alertou a Secretaria de Saúde desde julho de 2020 sobre o aumento na demanda de oxigênio, assim como sobre a necessidade de compra de outros fornecedores.

8 A estimativa do Sindicato dos Médicos do Amazonas (SIMEAM) é que tenham vindo a óbito até 40 pessoas por falta de oxigênio naqueles dias. O número não é preciso por falta de informações do governo do Amazonas. Conferir em: <https://amazoniareal.com.br/caos-na-pandemia-sem-oxigenio-pacientes-morrem-asfixiados-em-manaus/>.

tados brasileiros. As transferências de pacientes para outros estados ocorreram de forma muito aquém do que era viável: foram registradas apenas 47 transferências nos dias 15 e 16 de janeiro de 2021, sendo que haviam 117 leitos disponíveis no país, mais um exemplo da falta de coordenação dos entes federados, particularmente da União. Como resultado, no primeiro bimestre de 2021 foram registrados, apenas no Estado do Amazonas, 113.732 casos e 5.506 óbitos causados pelo vírus (Senado Federal, 2021).

No momento mais crítico da crise, o governo federal patrocinou e estimulou a prescrição de remédios ineficazes, situação denominada no relatório da CPI como “laboratório humano”. Além disso, ele financiou propagandas em prol do tratamento precoce e, não apenas negligenciou a promoção de estratégias comprovadamente eficazes – como o uso de máscaras e o isolamento social – como também relativizou estas medidas sob alegação de possível prejuízo econômico (Senado Federal, 2021).

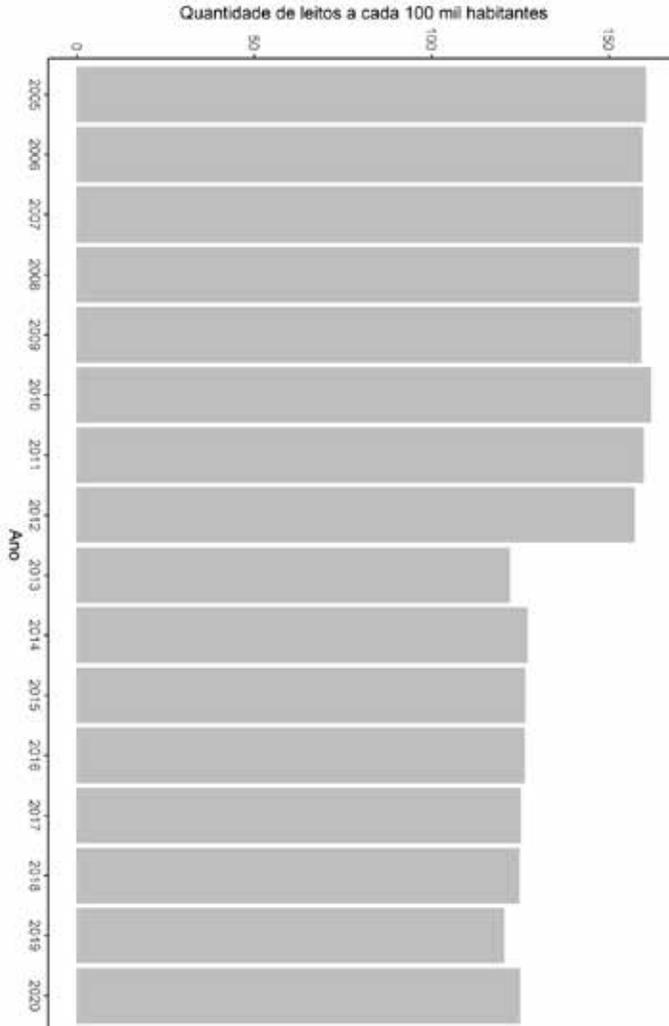
A tragédia de Manaus é emblemática do que ocorreu nos demais municípios da Amazônia Legal, como será mostrado mais adiante. Sintomático o fato de as unidades básicas de saúde da capital amazonense terem sido orientadas pelo governo federal para adotarem o protocolo clínico de tratamento precoce ao coronavírus. Além disso, durante a crise pela falta de oxigênio, a Força Nacional do SUS enviou 120.000 comprimidos de hidroxicloroquina para a capital do estado, mesmo sem qualquer eficácia comprovada sobre o medicamento. O resultado na prática, segundo a CPI, foram experimentos clandestinos – como a nebulização do medicamento em pessoas contaminadas com o vírus. Enquanto, em média, os municípios do Estado do Amazonas registraram 193,8 óbitos a cada 100 mil habitantes⁹, Manaus registrou 442,2 óbitos a cada 100 mil habitantes e foi o quarto município com a maior quantidade de mortes absolutas a nível nacional – 9.372 óbitos – ficando apenas atrás de São Paulo, Rio de Janeiro e Fortaleza.

Além dos fatores mencionados acima, outras questões também explicam o agravamento da situação em Manaus:

⁹ Os dados da COVID-19 utilizados no artigo são aqueles disponíveis até o dia 12 de agosto de 2021.

- i. A Incapacidade da infraestrutura de saúde do município em absorver os enfermos das cidades que pertencem a sua região de influência e que precisam ir ao município para realizar atendimentos de alta complexidade. Segundo a REGIC, existem 59 municípios no entorno de Manaus com moradores nesta situação. Juntos, eles tinham uma população total de 2.221.012 habitantes em 2020, enquanto em Manaus a população estimada no mesmo ano foi de 2.219.580 pessoas (IBGE, 2021). Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em dezembro de 2019, pouco antes do primeiro pico da Covid-19 no Estado do Amazonas, os municípios pertencentes a sua REGIC para atendimentos de alta complexidade tinham, somados, 2.644 leitos de internação vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, 120 leitos deste tipo para cada 100 mil habitantes. No mesmo período, Manaus tinha 2.623 leitos e também tinha 120 leitos para cada 100 mil habitantes. Apesar dos números serem bem próximos, o fato dessas infraestruturas não serem igualmente distribuídas entre as cidades do Estado do Amazonas, somado à expectativa de que um grande centro tenha maior capacidade de atendimento – e respiradores –, certamente foram suficientes para aumentar a demanda do sistema de saúde de Manaus.

Figura 3. Quantidade de leitos de internação¹⁰ à cada 100 mil habitantes em Manaus (AM)



Fonte: CNES, 2021.

¹⁰ Leitos de internação são aqueles usados por pacientes que precisam ficar mais de 24 horas no hospital (CFM, 2020).

2. O elevado grau de trabalho informal do município. Em 2019, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD Contínua), o Amazonas foi o estado brasileiro com a maior quantidade de trabalhadores informais (71,7% ou 819 mil pessoas). Em Manaus, esse número cai para 38,2% ou 333 mil trabalhadores, o que mesmo assim é um valor expressivo. A importância desta constatação reside no fato de que existem estudos que apontam na correlação positiva entre a quantidade de trabalhadores informais e os casos de contágio e morte pela COVID-19 nos municípios. As explicações seriam porque os trabalhos informais geralmente envolvem uma exposição maior – como por exemplo os entregadores e motoristas de aplicativos – e não contam com a possibilidade de trabalho remoto. Além disso, por não terem direito aos benefícios dos trabalhadores formais, eles são obrigados a continuar trabalhando¹¹ (Amazonas, 2019).
- iii. O déficit habitacional em Manaus, que é a capital brasileira com o maior déficit habitacional relativo. No total, 23 % dos domicílios da cidade estavam em condições precárias (Benevides, 2014). Vale destacar que esse dado é de 2010, ano em que o Brasil estava no auge do “momento desenvolvimentista” (Paulani, 2017). Dados mais recentes, confirmam que na última década a situação piorou: mais da metade (53,3%) da população de Manaus mora em aglomerados subnormais – ocupações, palafitas, favelas e loteamentos (Barros, 2020).
- iv. Essas estruturas dificultam o isolamento social e não de-
têm o mínimo de infraestrutura de saneamento básico. A dificuldade no acesso à habitação digna resulta também em uma grande quantidade de moradores casa, facilitando ainda mais a contaminação pelo vírus (Roubaud et al., 2020; Mendonça, 2020).

¹¹ Segundo os autores do estudo, essa correlação entre trabalho informal e casos/mortes da Covid-19 poderia ter sido ainda maior se não fosse o auxílio emergencial, que permitiu que esses trabalhadores informais ficassem em casa (Roubaud et al., 2020).

- v. O encerramento das atividades do Hospital de Campanha Nilton Lins por parte do governador em julho de 2020, antes da “segunda onda” e sem qualquer critério técnico de que a pandemia estaria perto de acabar (Senado Federal, 2021).

5. RESERVAS INDÍGENAS, GARIMPO ILEGAL E A COVID-19

A perseguição aos povos indígenas e de invasão de seus territórios foi intensificada no ano anterior à pandemia, mais dos reflexos dos discursos de ódio realizados pelo presidente¹² e de seus ministros, associados a medidas de desmonte dos direitos territoriais dos povos tradicionais em nome da mineração, do garimpo e da grilagem de terras. De acordo com os dados da Comissão Pastoral da Terra (CPT), nos últimos três anos houve um aumento expressivo nas invasões de terras indígenas e, conseqüentemente, a expulsão de famílias desses territórios. Enquanto em 2018 foram 14.757 famílias deslocadas, esse número subiu para 26.621 famílias em 2019 e 58.327 famílias no primeiro ano da pandemia (Castro, 2021).

Considerando o contexto da pandemia da Covid-19, esta situação é duplamente preocupante, já que essas populações são epidemiologicamente mais vulneráveis por razões históricas e sociais, como moradias com elevado número de pessoas - o que aumenta a velocidade de transmissão de doenças respiratórias -, e de infraestrutura, como a falta de acesso à água e saneamento básico (Souza, 2020). Inclusive, segundo os dados da CPI da pandemia, um estudo feito com base nos dados de 250.000 pacientes hospitalizados apontou que a mortalidade hospitalar, ao ser categorizada por grupos étnico-raciais, é maior no caso dos indígenas. Segundo o relatório, a letalidade entre os indígenas era de quase 13%, ao exemplo de que crianças e adolescentes indígenas têm três vezes mais chances de vir a óbito por Covid-19 do que aquelas não-indígenas (Senado Federal, 2021).

Assim como no caso de Manaus, houve negligência por parte do governo federal em prover uma resposta efetiva. A resposta apresentada por meio do plano de contingência proposto pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) foi considerada insuficiente, já

¹² Para maiores detalhes, ver o Relatório Final da CPI da Pandemia, página 594.

que não apresentava metas e datas claras, além de ser considerado por especialistas como excessivamente genérico. A secretaria também questionou o número de indígenas mortos – pouco mais de 800 segundo sua contagem – pois considera apenas os óbitos que ocorreram nas reservas indígenas, sem incluir os óbitos de indígenas que vivem nas cidades. Segundo a APIB, o número chega a 1.200 óbitos. Ao considerar baixa testagem e os desafios do registro de óbitos em locais remotos, esse número certamente é maior (Senado Federal, 2021).

Para além das omissões do governo federal, houveram ações mais diretas na mesma direção, como a interrupção do Programa Cisternas durante a pandemia, programa que atua no fornecimento de água em terras indígenas (Senado Federal, 2021). Como é sabido, a higiene pessoal é um dos pilares da prevenção de contaminação do vírus e o acesso à água potável tem correlação com os casos de contaminação e óbito causados pela doença (Roubaud et al., 2020). Também foram distribuídos medicamentos ineficazes para tratamento precoce dos indígenas – como cloroquina, hidroxicloroquina, azitromicina e ivermectina – e foram realizadas pelo governo federal, de forma sistemática, críticas às vacinas. Conforme apontado pela CPI:

“Os boatos espalhados pelo Presidente da República, de que a vacina faria mal à saúde, mudaria o sexo das pessoas ou as transformaria em jacarés, por mais disparatados que sejam, ganham força e credibilidade emprestados pela autoridade presidencial. Esses argumentos foram capilarizados nas redes pelos apoiadores do Presidente, tendo chegado às comunidades indígenas por rádio e por aplicativos de mensagens. Há registros de líderes religiosos que endossaram o discurso, estimulando muitos indígenas, especialmente os convertidos, a rejeitar a imunização. São abundantes as provas indiciárias de que a cadeia de desinformação produziu resultados concretos, da boca do Presidente da República até o braço dos indígenas. Ao instigar os indígenas a recusar a vacina, agiram para limitar o acesso a esse importante recurso de preservação da vida, sendo possível remeter tal conduta ao crime de extermínio conforme definido no art. 7º, parágrafo 1, *b*, e parágrafo 2, *b*, do Estatuto de Roma.” – Senado Federal, 2021, p. 624.

A aplicação prioritária de vacinas em indígenas aldeados

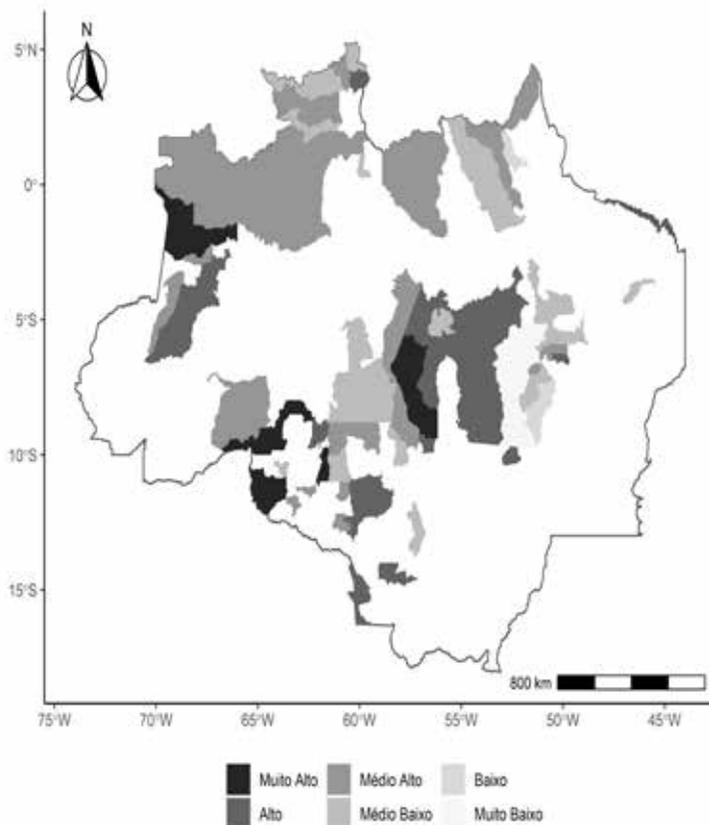
ocorreu apenas depois que o Supremo Tribunal Federal (STF) ordenou, contra a vontade do executivo federal. Outra situação preocupante foi a existência de pelo menos um caso em que os agentes de saúde da SESAI enviados às comunidades indígenas estavam contaminados com o vírus. Nesse caso, não houve qualquer preocupação em testar os membros da equipe antes do contato, resultando em uma perigosa exposição dos indígenas e no desperdício de recursos públicos (Senado Federal, 2021).

Outro fator de exposição dos povos indígenas ao vírus é o garimpo ilegal, que se intensificou durante a pandemia. Segundo a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), em maio de 2020, a Hutukara Associação Yanomami (HAY) enviou uma carta conjunta para diversos órgãos públicos - como o Ministério da Justiça, da Defesa e as presidências da Câmara e do Senado -, para o IBAMA e o Conselho da Amazônia com o intuito de denunciar o agravamento dos riscos do garimpo ilegal pela pandemia da Covid-19 nas terras indígenas. Ao realizar a contraposição das informações do ano de 2020 disponibilizadas pela Rede Amazônica de Informação Socioambiental Georreferenciada (RAISG) com a localização geográfica das terras indígenas segundo o IBGE¹³, nota-se que dos 71 municípios que registraram atividades do garimpo ilegal na Amazônia Legal, 60 estão em terras indígenas.

13 Dados do IBGE coletados via pacote GEOBR para a linguagem de programação R.

Indicadores de saúde nas cidades intermediárias amazônicas durante a crise sanitária da Covid-19: sinalizadores de segregação social e injustiça ambiental.

Figura 4. Classificação dos óbitos a cada 100 mil habitantes por Covid-19 em municípios localizados dentro de terras indígenas que registraram garimpo ilegal em 2020.



Fonte: Elaboração própria. RAISG (2020) e Pereira e Gonçalves (2021).

No intuito de apresentar a correlação entre as atividades de garimpagem ilegal (garimpo) e o nº de óbitos por Covid-19 (Figura 4), pode-se notar que a porção do oeste amazônico apresenta os maiores índices, o que demonstra o status efetivo das chamadas “terras protegidas”, em meio a uma onda crescente de conflitos ambientais e socio territoriais.

O resultado encontrado ao comparar os dados desses 60 municípios com a presença de garimpo ilegal localizados em terras indígenas com a quantidade de óbitos pela Covid-19 reforça o ponto defendido pela HAY: a quantidade de óbitos a cada 100 mil habitantes foi maior do que a média nacional em 39 desses municípios (65%).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos demonstrar neste artigo de que forma o ajuste espacial imposto à região amazônica, em função do modelo de especialização regressiva adotado pelo país nas últimas décadas, se desdobrou em cidades ainda mais precarizadas e desguarnecidas de serviços públicos essenciais, com oferta abaixo da média nacional (já muito baixa). O que ficou ainda mais realçado em um contexto de grave crise sanitária provocada pela pandemia, a partir de 2020. Foi neste cenário de injustiça espacial e ambiental que se acoplaram políticas de negligência, sabotagem e desinformação, condição que resultou em uma maior letalidade por Covid-19 nas cidades da Amazônia Legal.

São inúmeras as lições que podem ser tiradas do desastre pandêmico, com suas diferenciações e perversos endereçamentos sociais, regionais e territoriais, no Brasil. As análises e dados preliminarmente levantados, procuram contribuir para este balanço de perdas e danos indiquem reversões de prioridades em uma nova agenda urbana-regional para a Amazônia que se mantenha em pauta, condicionando tanto os ciclos eleitorais quanto os ciclos de investimentos.

Enquanto novas porções da Amazônia vão sendo incorporadas por dinâmicas exógenas e desfiguradoras, tramas clandestinas vão se prefigurando. Esta tessitura se assenta em dinamismos socioculturais e econômicos, mesmo que subalternizados e acuados, conformam múltiplas centralidades territoriais, que deveriam ser consideradas para efeito de uma efetiva descentralização do Sistema de Saúde.

Esta proposição se assenta em dinamismos socioculturais e econômicos até agora subalternizados e também no reconhecimento de múltiplas centralidades urbano-territoriais na região amazônica, com protagonismo de seus povos. Para tanto, são necessárias coalizões multisetoriais e interescolares, nas quais as Instituições

Indicadores de saúde nas cidades intermediárias amazônicas durante a crise sanitária da Covid-19: sinalizadores de segregação social e injustiça ambiental.

de Ciência e Tecnologia e as Universidades cumprem papel fundamental, seja proporcionando esteios institucionais seja socializando insumos técnicos para a viabilização desta agenda.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. et al. Combate à Covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Revista de Administração Pública [online]*. 2020, Vol. 54, nº. 4, pp. 663-677. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354> <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354x>
- ACSELRAD, H. Justiça ambiental e construção social do risco. *Desenvolvimento e Meio Ambiente*, Vol. 5, 2002, pp. 49–60. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/dma.v5i0.22116>
- AGAMBEN, G. *Estado de Exceção*. São Paulo: Boitempo, 2004.
- AMAZONAS tem maior quantidade de trabalhadores informais, aponta IBGE. G1, 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2019/07/25/amazonas-tem-maior-quantidade-de-trabalhadores-informais-aponta-ibge.ghtml>. Acesso em: 10/11/2021.
- ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709. 2020. Disponível em: <https://apiboficial.org/files/2021/05/Pet-APIB-Cautelar-Incidental-STF-Versa%CC%83o-Final-.pdf>. Acesso: set. 2021.
- BARROS, A. Quase dois terços das favelas estão a menos de dois quilômetros de hospitais. Agência IBGE Notícias, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27728-quase-dois-tercos-das-favelas-estao-a-menos-de-dois-quilometros-de-hospitais>. Acesso em: 20/11/2021.
- BENEVIDES, C. Segundo estudo, todos os municípios brasileiros têm déficit habitacional. O Globo, 2014. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/segundo-estudo-todos-os-municipios-brasileiros-tem-deficit-habitacional-11827890>. Acesso em: 18/11/2021.
- BRANDÃO, C. Crise e rodadas de neoliberalização: impactos nos espaços metropolitanos e no mundo do trabalho no Brasil. *Cadernos Metrópole*, 19(38), 2017, 45-69.

- CASTRO, M. Número de famílias indígenas afetadas por invasões quadruplica sob governo Bolsonaro. Brasil de Fato. Imperatriz, 10 jun. 2021. Disponível em: < <https://www.brasildefato.com.br/2021/06/10/numero-de-familias-indigenas-afetadas-por-invasoes-quadruplica-sob-governo-bolsonaro>>. Acesso em: nov. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Covid-19 interrompe década de queda em leitos de internação no Sistema Único de Saúde (SUS). 2020. Disponível em: < <https://portal.cfm.org.br/noticias/covid-19-interrompe-decada-de-queda-em-leitos-de-internacao-no-sistema-unico-de-saude-sus/>>. Acesso em: 13/12/2021.
- FUNARI, A. P; LUI, L.; JUNIOR, C. H. C. F. A agenda urbana e a escala municipal: elementos para discussão tipológica de municípios. Brasília: Ipea, 2020. (Documento preliminar Nota Técnica, n. 1.2). Disponível em: < https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/desenvolvimento-urbano/politica-nacional-de-desenvolvimento-urbano/NT2Aagendaurbanaeescalamunicipal_elementosparadiscusstipologicademunicipios.pdf>.
- GOMES, P. S.; CALDEIRA R. F. C. O que a rede urbana-regional do Brasil tem a dizer sobre o avanço da Covid-19? Ponderações para uma agenda urbana-regional atual e pós-pandemia. *Espaço e Economia [Online]*, 20, 2020, <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/17912>; DOI: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.17912>
- IBGE. Estimativas de população. 2021. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 15/12/2020.
- IBGE. Regiões de Influência das Cidades: 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2020, 192 p.
- JUSTEN e cols. Dados tratados das Secretarias de Saúde das Unidades Federativas. 2021. Disponível em: < <https://github.com/turicas/covid19-br/blob/master/api.md#casos> >.
- MENDONÇA, H. A difícil tarefa de combater o coronavírus em Manaus, onde metade da população vive em favelas. El País, 2020. Disponível em: < <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-21/a-dificil-tarefa-de-combater-o-coronavirus-em-manaus-onde-metade-da-populacao-vive-em-favelas.html>>. Acesso em: 20/11/2021.

- MOORE, J. El fin de la naturaleza barata: o cómo aprendí a dejar de preocuparme por “el” medioambiente y amar la crisis del capitalismo. In: *Relaciones Internacionales*, n.º 33 (Grupo de Estudios de Relaciones Internacionales GERI – Universidad Autónoma de Mexico), 2016.
- _____. Transcending the Metabolic Rift: Towards a Theory of Crises in the Capitalist World-Ecology. *Journal of Peasant Studies*, Vol. 38 n.º. 1, 2011. doi:10.1080/03066150.2010.538579.
- NASCIMENTO, S. M.; CASTRO, E. R. Estado de exceção como paradigma do desenvolvimento: uma análise sobre a hidrelétrica de Belo Monte. In: CASTRO, E. R. (Org.) *Territórios em transformação na Amazônia: saberes, rupturas e resistências*. Belém: NAEA, 2017.
- PANITCH, L.; GINDIN, S. Global capitalism and American Empire. *Socialist Register*, 2004. Disponível em: <http://www.nodo50.org/cubasigloXXI/congreso04/panitch_060404.pdf>.
- PAULANI, L. M. A experiência brasileira entre 2003 e 2014: Neodesenvolvimentismo? *Cadernos do Desenvolvimento*, Vol. 12, n.º. 20, pp. 135–155, 2017. Disponível em: <<http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/32>>.
- PEREIRA, R. H. M.; GOLÇALVES, C. N.; et. All. Geobr: Loads Shapefiles of Official Spatial Data Sets of Brazil. 2021. Disponível em: <<https://github.com/ipeaGIT/geobr>>.
- PESSOA, Z. S.; TEIXEIRA, R. L. P. Vulnerabilidades e sociedade de riscos em tempos de COVID-19. 2020; *Boletim Informativo*, n.º. 633 - Observatório das Metrópoles - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT). Disponível em: <<https://www.observatoriodasmetrolopes.net.br/vulnerabilidades-e-sociedade-de-riscos-em-tempos-de-covid-19/>>.
- REDE AMAZÔNICA DE INFORMAÇÃO SOCIOAMBIENTAL GEORREFERENCIADA (RAISG). Mapa de garimpo ilegal na Amazônia. 2021. Disponível em: <<https://mineria.amazoniasocioambiental.org/>>. Acesso: set. 2021.
- ROUBAUD, F.; RAZAFINDRAKOTO, M.; SABOIA, J.; CASTILHO, M.; PERO, V. The municipios facing COVID-19 in Brazil: socioeconomic vulnerabilities, transmission mechanisms and public policies. Textos para discussão, no 32. Rio de Janeiro: 2020. Disponível em: <<https://www.ie.ufrj.br/publicacoes-j/textos-para-discussao.html>>.

- SALDANHA, R. F.; BASTOS, R. R.; BARCELLOS, C. Microdatasus: pacote para download e pré-processamento de microdados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 35, pp. 1-9, 2019.
- SENADO FEDERAL. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia. Relatório Final. Brasília, 2021. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/comissoes/mnas?codcol=2441&tp=4>>. Acesso em: 03/01/2022.
- SIQUEIRA, R. P. sidrar: An Interface to IBGE's SIDRA API. 2021. R package version 0.2.6. <https://CRAN.R-project.org/package=sidrar>.
- SOUZA, O. B. “Se o coronavírus entrar nas aldeias, é possível que o aumento de casos seja explosivo”, alerta especialista. Instituto Socioambiental. 26 mar. 2020. Disponível em: < <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/se-coronavirus-entrar-nas-aldeias-e-possivel-que-aumento-de-casos-seja-explosivo-alerta-especialista> >. Acesso em: nov. 2021.
- TESOURO NACIONAL. Transferências Constitucionais. 2021. Disponível em: < [https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2600:1:::NO:::~](https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2600:1:::NO:::)>. Acesso: set. 2021.
- TRINDADE JÚNIOR, S. C. Cidade e Floresta: Paisagens, Interações e Horizontes de Vida Urbana na Amazônia. *Ciência Geográfica - Bauru - XXV - Vol. XXV - (1): Janeiro/Dezembro – 2021*
- VELHO, O. G. *Capitalismo autoritário e campesinato: um estudo comparativo a partir da fronteira em movimento*. São Paulo: Centro Edelstein, 2009.