

Amazônia em disputa: COP-30, contradições estruturais e os impactos no Sistema Único de Saúde

Amazonia in Dispute: COP30, structural contradictions and impacts on Brazil's Unified Health System

Nádile Juliane Costa de Castro¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910675P

RESUMO A trigésima Conferência das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (COP-30) traz à tona estratégias a serem adotadas pelo Sistema Único de Saúde em cenários de massa e intensificação de fluxos humanos. A Amazônia emerge como território em disputa, onde interesses globais colidem com necessidades locais de saúde. Fundamentado na determinação social da saúde e em uma perspectiva crítica do Sul Global, este ensaio teórico-reflexivo problematiza como relações de poder e interesses econômicos condicionam prioridades de investimento, perpetuam a exclusão sanitária estrutural e limitam a sustentabilidade ambiental, a vigilância territorializada e a cogestão democrática. Está organizado em dois eixos: (1) o Sistema Único de Saúde frente a eventos de massa e suas contradições estruturais; e (2) desafios de financiamento, sustentabilidade e vigilância territorializada diante de demandas globais, necessidades locais e crises climáticas. A realização da COP-30, na Amazônia, à semelhança de megaeventos anteriores, tende a reproduzir uma lógica de intervenções voltadas à visibilidade internacional e desvinculadas das demandas históricas, e reflete o confronto entre dois projetos antagônicos: a perpetuação da lógica colonial-extrativista e a construção de alternativas baseadas em justiça sanitária.

PALAVRAS-CHAVE Mudança climática. Sistemas de saúde. Serviços de saúde. Eventos de massa. Vigilância em saúde pública.

ABSTRACT The 30th Conference of the Parties to the United Nations Framework Convention on Climate Change (COP30) brings to the fore strategies to be adopted by Brazil's Unified Health System (SUS) in the context of mass gatherings and intensified human mobility. The Amazon emerges as a contested territory, where global interests collide with local health needs. Grounded in the Social Determination of Health and a critical Global South perspective, this theoretical-reflective essay problematizes how power relations and economic interests shape investment priorities, perpetuate structural health exclusion and constrain environmental sustainability, territorialized health surveillance and democratic co-management. The essay is organized into two axes: (1) the Unified Health System in the face of mass gatherings and its structural contradictions; and (2) challenges of financing, sustainability, and territorialized surveillance amid global demands, local needs and climate crises. The hosting of COP30, in the Amazon, similar to previous mega-events, tends to reproduce a logic of interventions geared toward international visibility and disconnected from historical demands, revealing a confrontation between two antagonistic projects: The perpetuation of a colonial-extractive logic and the construction of alternatives grounded in health justice.

KEYWORDS Climate change. Health systems. Health services. Mass gatherings. Public health surveillance.

¹Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.
nadiledecastro@hotmail.com

Introdução

Este estudo analisa as contradições que emergem na escolha da Amazônia brasileira como palco da trigésima Conferência das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (COP-30). Para além da aparente neutralidade tecnológica desse encontro global, evidencia-se como o evento expressa e potencialmente reconfigura os conflitos geopolíticos e socioambientais pelo controle dos territórios e recursos amazônicos¹, sob o discurso da mitigação e adaptação às mudanças climáticas². A COP-30, como espaço de negociação do Acordo de Paris, materializa tanto as desigualdades estruturais entre Norte e Sul Global quanto as contradições internas do Estado brasileiro em sua relação histórica com a Amazônia e seus povos e populações^{1,2}.

A escolha do município-sede para a COP-30, portanto, expressa uma lógica geopolítica que reproduz a subordinação histórica desse território ao sistema capitalista^{1,3}. Em 2022, foi oficialmente confirmada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a cidade de Belém, estado do Pará, no Brasil, situada na Amazônia³. É uma região que desperta interesses internacionais: projetos de créditos de carbono, atividades mineradoras e iniciativas conservacionistas transnacionais.

Isso ocorre em virtude do seu ecossistema, sua sociobiodiversidade, posição periférica estratégica no sistema econômico global e importância geopolítica¹. Configura-se como um território em constante disputa e com diferentes atores, os quais incluem grandes corporações transnacionais, governos estrangeiros, movimentos sociais locais e povos indígenas, atores em disputa pela governança territorial².

Em 2023, a realização simultânea da Cúpula da Amazônia oficial, restrita a chefes de Estado e representantes dos países da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), e dos ‘Diálogos Amazônicos’, evento paralelo com participação popular, evidenciou a contradição fundamental entre a governança tecnocrática

internacional, marcada pelo predomínio de agendas técnicas globais e participação restrita de atores locais, em oposição à cogestão democrática^{2,3}, que enfatiza o protagonismo popular. Essa contradição expressa a disputa entre diferentes projetos de Amazônia¹: ora como ‘estoque de carbono’ e ativo financeiro no mercado global de compensações climáticas¹, ora como território de vida e resistência dos povos originários e das comunidades tradicionais³.

O projeto de transição climática representado pela COP-30 está longe de ser neutro. Ao contrário, aprofunda as injustiças e o racismo socioambiental¹. Enquanto grandes corporações identificam oportunidades de lucro por meio dos créditos de carbono, as populações amazônicas vivenciam deslocamentos forçados e a apropriação de seus saberes e territórios sob o pretexto de iniciativas de conservação². Esse processo de racismo socioambiental afeta de forma desproporcional povos indígenas e comunidades tradicionais. Para compreender plenamente essas dinâmicas, é necessário adotar uma perspectiva que não separe saúde, clima e injustiça em esferas isoladas, mas as analise como fenômenos historicamente determinados pelas relações capitalistas que estruturam a região.

Este estudo tem como objeto de análise as potenciais transformações no Sistema Único de Saúde (SUS) diante da realização da COP-30, em Belém do Pará, com ênfase em três dimensões específicas: a reconfiguração político-sanitária da vigilância em saúde ambiental e territorial como expressão das disputas pelo controle do espaço amazônico¹; as contradições estruturais de uma rede assistencial estruturada sob subordinação histórica às dinâmicas capitalistas, e agora tensionada por demandas excepcionais; e a disputa pela democratização da governança sanitária^{4,5}, em um cenário onde interesses econômicos hegemônicos¹ confrontam as necessidades de condições materiais e sociais de reprodução das populações amazônicas^{6,7}.

Embora o estudo focalize, principalmente, o período atual de preparação para a COP-30

(2024-2025) e as possíveis implicações imediatas no SUS até o biênio seguinte (2026-2027), é necessário situar brevemente essas contradições no contexto histórico estrutural da relação subordinada da Amazônia com o sistema capitalista. A Amazônia foi progressivamente incorporada a diferentes regimes de exploração: durante o período colonial, como espaço vazio a ser conquistado; no desenvolvimentismo militar, através de projetos de infraestrutura que significaram deslocamentos forçados e violência contra povos indígenas¹; e, atualmente, pela lógica da financeirização da natureza, entendida como o processo pelo qual recursos naturais e serviços ecossistêmicos são transformados em ativos financeiros comercializáveis em mercados globais¹.

Essas questões permitem interpretar a COP-30 menos como inflexão e mais como rearranjo contemporâneo de padrões históricos de subordinação da Amazônia, agora recobertos por retóricas de legitimidade ambiental e compromisso climático. As contradições do SUS durante a COP-30 não se restringem à conjuntura do evento, mas expressam determinações estruturais que atravessam expressões histórico-estruturais e disputas contemporâneas, discutidas ao longo deste ensaio.

Diante da magnitude do evento e do histórico de desigualdades na região¹, questiona-se se a COP-30 conseguirá produzir transformações estruturais permanentes na rede de saúde do município-sede ou se resultará em benefícios localizados e efêmeros direcionados a interesses econômicos internacionais². A relevância deste estudo fundamenta-se na identificação de uma lacuna significativa de investigações que abordem ações estratégicas por meio do SUS frente a eventos de massa⁸⁻¹⁴ como a COP-30, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidades históricas como a Amazônia^{6,7}.

Essa indagação se torna ainda mais pertinente quando se observa uma escassez de estudos⁸⁻¹⁴ que analisem como grandes eventos internacionais podem tanto acentuar contradições estruturais do sistema de saúde⁸

quanto abrir oportunidades para discussões sobre contradições dialéticas¹⁵. Raramente, a literatura examina de forma crítica: relações de poder, interesses econômicos, participação social e construção de legados sanitários. Também são limitadas as investigações sobre transformações na vigilância em saúde¹⁶ em cenários de crise climática⁸, nos quais se exige a integração das dimensões epidemiológica, ambiental e territorial.

Este estudo contribui, assim, para o debate sobre o fortalecimento da democracia sanitária e da justiça social em saúde em contextos de eventos de massa globais⁸⁻¹⁴, considerando as demandas historicamente negadas às populações amazônicas^{6,7} e as possibilidades de fortalecimento do SUS¹⁷ como sistema universal, integral e equitativo em territórios periféricos diante do capitalismo global¹.

Diante dessas lacunas, este estudo se orienta por três questões fundamentais que permeiam a análise: Como a COP-30 reflete e pode reconfigurar as contradições estruturais do SUS na Amazônia, considerando as tensões entre demandas excepcionais do evento e necessidades historicamente determinadas pela exploração colonial-capitalista? De que forma as relações assimétricas de poder econômico e político que permeiam a organização do evento condicionam as prioridades de investimento em saúde, e como a participação social pode incidir nesse processo para garantir um legado sanitário? Quais transformações na vigilância em saúde e na governança do SUS podem emergir dessa experiência, contribuindo para um modelo que integre as dimensões epidemiológica, ambiental e territorial em contextos de crise climática?

Essas questões são analisadas sob a perspectiva da determinação social da saúde^{18,19}, compreendendo que as transformações no SUS decorrentes da COP-30 não se constituem como processos meramente técnicos ou administrativos¹⁷, mas como expressões dialéticas do modo de produção capitalista na Amazônia¹⁻³. Portanto, este estudo fundamenta-se na perspectiva da determinação

social da saúde^{18,19}, e não na abordagem dos determinantes sociais.

Enquanto esta última fragmenta a realidade em fatores isolados, a determinação social compreende o processo saúde-doença como fenômeno social historicamente determinado¹⁸. Nessa perspectiva, as iniquidades em saúde na Amazônia^{6,7} não resultam de fatores isolados, mas da inserção subordinada desse território na divisão internacional do trabalho e das práticas coloniais¹, que condiciona tanto os processos de adoecimento quanto as possibilidades de resistência e transformação³.

Adota-se, neste ensaio, compromisso ético-político com a defesa integral do SUS^{4,5,20,21} como política de Estado, reconhecendo que eventos internacionais como a COP-30 devem estar articulados com a garantia do direito universal à saúde e à superação das profundas iniquidades estruturais em saúde que ainda caracterizam o território amazônico⁷, historicamente marcado por projetos de desenvolvimento que privilegiam a acumulação de capital¹, em detrimento da vida e da saúde de suas populações.

Percurso metodológico

Este estudo constitui-se como ensaio teórico-reflexivo, cujo objetivo é construir uma interpretação crítica, com orientação teórico-metodológica da determinação social da saúde^{18,19}. Nesta abordagem, a saúde é compreendida como produto histórico de relações sociais, atravessadas por conflitos e assimetrias de poder, requerendo leitura dialética da totalidade social, de suas mediações institucionais e de suas territorializações.

A estratégia metodológica combinou mobilização articulada de referenciais teórico-críticos e interlocução com literatura de referência sobre SUS, Amazônia, mudanças climáticas, eventos de massa e COP-30, priorizando produções contemporâneas e referências latino-americanas e amazônicas utilizadas como suporte argumentativo, sem

pretensão de exaustividade. A análise seguiu procedimento crítico-interpretativo baseado na identificação de contradições²² e mediações que articulam níveis^{18,19} estruturais (modelo de desenvolvimento, Estado, financiamento e produção de desigualdades), particulares (arranjos federativos, governança do SUS e organização regional da rede e da provisão de serviços) e singulares/territoriais (vulnerabilidades e conflitos socioambientais e sociopolíticos no território amazônico).

No plano conceitual, o ensaio assume a determinação social da saúde como eixo estruturante da análise, e articula-se, como mediação analítica, com aportes de ecologia política²³, ao examinar as disputas de poder, racionalidades e conflitos socioambientais que estruturam a apropriação da natureza, a distribuição desigual de riscos e danos, e seus efeitos sobre a vida e a saúde em territórios marcados por assimetrias. O ensaio ancora-se, também, na justiça ambiental na Amazônia, tomada como critério para interpretar a distribuição desigual de danos, e na invisibilização de populações. E nas epistemologias do Sul^{4,5,20}, como posicionamento epistemológico que orienta a valorização de saberes situados e a crítica às hierarquias de conhecimento.

Essa articulação permite compreender as contradições do SUS diante da COP-30³ não como questões técnico-administrativas isoladas, mas como expressões históricas das relações sociais que configuram a formação social amazônica¹ e condicionam, de modo desigual, as possibilidades de efetiva democratização e justiça social em saúde^{4,5} em territórios periféricos.

A construção dos dois eixos analíticos que estruturam este ensaio deriva da aplicação da perspectiva da determinação social da saúde¹⁸ ao contexto específico da COP-30 na Amazônia^{2,3}, estruturada pela articulação entre dimensões estruturais, institucionais e territoriais que condicionam a efetividade do direito à saúde.

O primeiro eixo – contradições estruturais e dialéticas do SUS no contexto frente a eventos

de massa – emerge da necessidade de compreender como as contradições históricas do sistema público de saúde se expressam e se intensificam diante de demandas excepcionais, revelando as tensões dos direitos sanitários formalizados, porém, frequentemente não realizados.

O segundo eixo – desafios de financiamento, sustentabilidade e vigilância territorializada – é entendido como prática sanitária que incorpora as dinâmicas sociais, políticas e ambientais específicas dos territórios, rompendo com visões tradicionais limitadas à dimensão epidemiológica²⁴. Essa divisão analítica, embora didática, preserva a compreensão dialética da totalidade, compreendendo ambos os eixos como expressões articuladas das mesmas contradições estruturais da formação social amazônica¹. A análise foi conduzida por síntese interpretativa orientada à apreensão da totalidade social, evitando leituras fragmentadas do fenômeno.

O Sistema Único de Saúde frente a eventos de massa e suas contradições estruturais

Esta seção dedica-se a analisar contradições estruturais e os desafios histórico-políticos enfrentados pelo SUS em contextos de grandes eventos internacionais, especialmente à luz de seus princípios – universalidade, integralidade e equidade –, que não são apenas normativos, mas expressões políticas do projeto de Reforma Sanitária brasileira que entende a saúde como direito e resultado das condições históricas de vida e trabalho.

Em megaeventos internacionais, como a COP-30, tais princípios do SUS, particularmente, a equidade e a orientação por necessidades territoriais, tendem a ser tensionados¹⁸ pelas relações estruturais do capitalismo e pela inserção subordinada de territórios periféricos como a Amazônia¹. Configura-se, assim, uma conjuntura sobredeterminada²², na qual prioridades sanitárias locais podem ser subsumidas

por uma racionalidade de excepcionalidade e visibilidade global, reordenando agendas, investimentos e dispositivos de governança.

Considerando a dimensão política e territorial da Amazônia, evidencia-se a necessidade de examinar como o SUS pode efetivamente promover a atenção à saúde diante das tensões entre demandas excepcionais de visitantes internacionais e as necessidades historicamente condicionadas. Nesse horizonte, coloca-se como desafio a consolidação de formas de cogestão democrática²¹ e de uma vigilância em saúde orientada pelo território, cuja análise será aprofundada no eixo seguinte, como mediação concreta para enfrentar a produção desigual de riscos e iniquidades na região^{6,7}.

Nesse processo, produzem-se e intensificam-se dinâmicas de vulnerabilização, pois as decisões de planejamento e investimento operam por seletividade territorial, favorecendo zonas de alta visibilidade político-midiática, em detrimento de populações periféricas urbanas, povos e comunidades tradicionais. Para compreender essa dinâmica, considera-se a lógica colonial-capitalista na Amazônia, reproduzida estruturalmente pelas políticas públicas^{4,5,20-22}, em diálogo com as colonialidades²⁴ que definem quem participa das decisões, quais racionalidades são legitimadas e quais necessidades permanecem sistematicamente despriorizadas.

Nesse sentido, os eventos de massa – esportivos, religiosos, culturais ou científicos – atraem grandes contingentes populacionais e geram impactos sobre saúde, segurança pública, mobilidade urbana e hospedagem⁸. Longe de serem neutros, reordenam fluxos urbanos, padrões de consumo, intensificando a produção social de riscos e a redistribuição desigual de danos. Configuram-se como conjunturas críticas em que se explicitam mecanismos^{18,19,23} estruturais de exploração econômica, dominação política e desigualdades socioambientais, aprofundando processos de vulnerabilização e injustiça ambiental.

Ao colocar a Amazônia sob os holofotes internacionais², a COP-30 pressiona gestores a

apresentar resultados rápidos e de alto impacto político-midiático, o que tende a privilegiar intervenções hospitalocêntricas e tecnocêntricas^{11,12,25}, orientadas por respostas emergenciais e indicadores de performance imediata. Esse deslocamento de prioridades frequentemente reforça uma lógica de ‘vitrine’, na qual a excepcionalidade do evento reorganiza o planejamento ordinário e territorializado do SUS, deslocando o cuidado longitudinal e a Atenção Primária à Saúde (APS) para um segundo plano, com potencial de intensificar iniquidades historicamente produzidas.

O efeito estrutural dessa racionalidade é a intensificação de iniquidades, sobretudo quando a mobilização extraordinária de recursos para atender visitantes e agendas internacionais se contrapõe à incapacidade histórica de assegurar cobertura cotidiana e contínua às populações amazônidas. Essas iniquidades, social e historicamente produzidas²² e politicamente sustentadas, expressam a determinação social da saúde em dimensões dialeticamente articuladas¹⁸.

Na dimensão estrutural, a COP-30 materializa as contradições do capitalismo contemporâneo e sua crise socioecológica. Na dimensão particular, evidencia-se como esses vetores se traduzem em arranjos federativos e regimes de governança do SUS que operam por seletividade territorial, reordenando prioridades, investimentos e a organização regional da oferta; na dimensão singular/territorial, tais processos se materializam nos corpos e territórios das populações através da precarização histórica dos serviços de saúde, barreiras de acesso e violações de territorialidades, em contextos atravessados por vulnerabilização. Nessa materialização concreta, compromete-se, também, a reprodução social do cuidado²⁶, entendida como a sustentação cotidiana da continuidade do cuidado por redes comunitárias, trajetórias e tempos sociais, ao fragilizar percursos e arranjos que viabilizam a assistência nos territórios.

Essas determinações materializam-se concretamente no cotidiano do SUS amazônico,

por meio da precarização sistemática do acesso e das profundas barreiras territoriais historicamente produzidas – em itinerários terapêuticos interrompidos, consultas não realizadas, medicamentos indisponíveis e distâncias intransponíveis, como os desafios geográficos e logísticos. Em conjunturas como a COP-30, a tendência de concentração de investimentos em centros urbanos para dar resposta ao evento pode intensificar a desigualdade de acesso em regiões remotas⁷, aprofundando iniquidades sanitárias já existentes.

Sob a perspectiva da cidadania sanitária²², priorizar acesso equitativo significa reconhecer as condições históricas de exclusão que afetam populações indígenas, comunidades tradicionais e periferias urbanas de Belém, cujo direito à saúde frequentemente se expressa mais como princípio formal do que como efetividade cotidiana. Essa assimetria não é contingencial, mas resulta de determinações estruturais que atravessam o Estado e o território, incidindo sobre a reprodução social da vida e da saúde¹⁸.

A análise da reprodução social da vida sob condições estruturais de exploração capitalista¹⁸ revela que, na atual crise de legitimidade do modelo de desenvolvimento, a COP-30 se insere e opera como mais um dispositivo do capital global ao reorganizar prioridades¹. Na Amazônia, isso se materializa na expropriação epistemológica e mercantilização dos saberes tradicionais de manejo sustentável para valorização mercantil da natureza como ‘capital natural’, enquanto populações originárias são expropriadas e seus direitos sanitários se precarizam.

Em suma, ao privilegiar valores de troca (visibilidade internacional e intervenções midiáticas e tecnológicas), em detrimento de valores de uso (cuidado integral, vínculo territorial, medicina tradicional integrada)¹⁸, sem a observância da equidade e dos saberes locais, a COP-30 escancara as contradições estruturais do modelo de atenção hegemônico do SUS na Amazônia, fragilizando ainda mais o acesso integral à saúde das populações tradicionais.

Nessa chave, a universalidade, integralidade e equidade não constituem princípios isolados, mas expressam uma unidade dialética que materializa as tensões históricas entre o projeto civilizatório da Reforma Sanitária^{4,5} – cidadania ativa, participação social e saúde como direito – e as determinações estruturais do capitalismo – valorização da eficiência técnica, do mercado de serviços e modelos fragmentados. A perspectiva da realização da COP-30 intensifica essas contradições, revelando como cada princípio, longe de ser meramente normativo, constitui campo de disputa²² entre diferentes projetos de sociedade.

A universalidade constitucional confronta-se com a universalidade real bloqueada pelas relações sociais que configuram o território amazônico¹⁹. A experiência de eventos anteriores¹¹ sugere que essa contradição tende a se acentuar durante a COP-30²⁷, pois a região que historicamente não assegura atenção básica receberá investimentos voltados ao público internacional, aprofundando injustiças sanitárias^{22,27}. Essa contradição expressa a inserção subordinada da Amazônia na divisão internacional do trabalho e da natureza¹, condicionando estruturalmente o acesso aos serviços de saúde.

A realização da COP-30 pode intensificar esse descompasso ao priorizar ações de alta visibilidade tecnológica, como o monitoramento epidemiológico em tempo real voltado ao evento, quando dissociadas de fortalecimento permanente da cobertura básica para comunidades amazônicas. Em experiências anteriores²⁸, esse tipo de resposta episódica reforçou a fragmentação do cuidado e aprofundou desigualdades de acesso, sobretudo em territórios historicamente atravessados^{1,24}.

Nessa disputa, a preparação da COP-30 explicita essa disputa estrutural²⁵ e expressa um antagonismo: a alocação dos recursos extraordinários em discussão pode tanto reforçar a modernização conservadora do modelo assistencial vigente, que aprofunda iniquidades estruturais, quanto abrir possibilidades para fortalecer alternativas contra-hegemônicas baseadas na justiça socioambiental.

A experiência de megaeventos anteriores no Brasil^{9,28} demonstra que, sem a participação efetiva das comunidades amazônicas na governança do evento e na definição dos critérios de alocação dos investimentos, há forte tendência de que a equidade permaneça como princípio formal que encobre a reprodução ampliada das iniquidades históricas e estruturais²². Os movimentos sociais amazônicos já alertam³ para o risco de que os preparativos reproduzam padrões históricos de exclusão.

Historicamente, grandes eventos no Brasil têm sido marcados por déficits críticos na articulação intersetorial e no planejamento integrado territorial – isto é, na articulação real entre poder público e comunidades –, gerando infraestruturas temporárias que logo são desmontadas, sem beneficiar estruturalmente as comunidades locais²⁸. Os exemplos da Copa do Mundo de 2014 e das Olimpíadas de 2016 são emblemáticos nesse sentido, ilustrando como promessas oficiais de legados permanentes se traduziram em benefícios efêmeros direcionados, principalmente, ao atendimento emergencial de visitantes estrangeiros, reforçando a marginalização das populações periféricas^{9,29}.

Embora medidas emergenciais sejam necessárias para responder às demandas excepcionais da COP-30, elas não devem deslocar o fortalecimento estruturante e territorializado do SUS, sob risco de produzir respostas pontuais sem continuidade e sem redução das iniquidades históricas^{4,5}.

Para que a excepcionalidade do evento não reforce a lógica de ‘vitrine’ e seletividade territorial do investimento, torna-se necessária uma governança participativa e territorialmente situada, com envolvimento de gestores do SUS, controle social e lideranças comunitárias, capaz de pactuar critérios de alocação de recursos orientados pela justiça socioambiental e pela equidade^{1,5}. Nesses termos, o legado da COP-30 deve ser compreendido como transformação estrutural e permanente da rede pública, vinculando investimentos à APS, à organização regional da oferta e à capacidade

pública de resposta às desigualdades e vulnerabilidades do território amazônico⁴.

Outro aspecto fundamental a ser considerado são os impactos socioespaciais relacionados à realização de eventos internacionais, que vão além da dimensão física das cidades, e incidem diretamente sobre as condições sociais de produção da saúde³⁰. Como mecanismo de vulnerabilização territorial, processos de remoção e reconfiguração territorial não apenas deslocam comunidades vulnerabilizadas, mas rompem redes sociais essenciais ao cuidado integral, rompendo itinerários terapêuticos, fragilizando a continuidade assistencial e ampliando as iniquidades historicamente produzidas.

Tais processos exacerbam as iniquidades socialmente produzidas que se expressam no campo da saúde²¹, criando territórios onde se concentram populações vulnerabilizadas e aprofundando a desterritorialização forçada como expressão da subordinação histórica da Amazônia¹ em prol dos interesses econômicos associados ao evento. No plano institucional, esses impactos se agravam quando a organização regional do SUS não se fortalece de modo permanente^{4,5}.

Na Amazônia, esses desafios adquirem contornos ainda mais críticos devido ao subfinanciamento crônico do SUS⁷, combinado à logística imposta pela rede hidrográfica, à rica diversidade cultural e às vulnerabilidades socioambientais já destacadas na Cúpula da Amazônia de 2023³. Esse arranjo territorial opera como mediação concreta da injustiça socioambiental, revelando a relação entre colonialismo, racismo ambiental e lógica extrativista¹, e limitam a capacidade de o sistema absorver as demandas adicionais geradas por megaeventos, escancarando as contradições estruturais do modelo hegemônico econômico frente ao SUS.

As contradições estruturais do SUS na perspectiva da COP-30 tendem a evidenciar as tensões históricas entre o ideal normativo⁵ e as condições reais enfrentadas cotidianamente pelas populações amazônidas. A preparação do evento, simultaneamente, expõe e pode

intensificar tais contradições, criando uma clara justaposição entre a capacidade extraordinária de mobilização de recursos pontuais para atender visitantes internacionais e as limitações históricas de financiamento, governança e organização regional da oferta para assegurar acesso cotidiano universal aos serviços básicos de saúde.

Nesse sentido, o SUS amazônico torna-se campo privilegiado para observar como grandes eventos internacionais podem reforçar ciclos perversos de precarização sanitária ou, alternativamente, servir como oportunidade de transformação estrutural da saúde pública na região, desde que haja compromisso político explícito com os princípios fundamentais da justiça social e da equidade^{21,22}.

Desse modo, as contradições evidenciadas no contexto de eventos de massa não se explicam apenas por falhas de gestão, mas por mediações estruturais^{19,22} que governam a produção e a distribuição de recursos no SUS em territórios historicamente subfinanciados e socioambientalmente vulnerabilizados. É nesse terreno que se articulam os desafios de financiamento, sustentabilidade e vigilância territorializada: não como tema apartado, mas como expressão concreta das mesmas determinações que, sob a COP-30, sobredeterminam prioridades, reordenam investimentos e reconfiguram a capacidade de resposta do sistema às necessidades locais e às crises climáticas.

Desafios de financiamento, sustentabilidade e vigilância territorializada no SUS frente às tensões entre demandas globais, necessidades locais e crises climáticas

Esse núcleo aprofunda, no plano das mediações político-institucionais, como a COP-30, enquanto conjuntura sobredeterminada, e

reordena prioridades e recursos do SUS amazônico, tensionando financiamento, sustentabilidade e vigilância territorializada³¹. Delimitam-se três contradições estruturantes¹⁸: a tendência histórica de megaeventos privilegiarem visibilidade internacional; a priorização de infraestrutura temporária, em detrimento do fortalecimento da APS; e a exclusão dos povos e populações tradicionais dos espaços decisórios sobre investimentos sanitários.

A Carta de Belém selou compromissos entre países da OTCA (Organização do Tratado de Cooperação Amazônica), Brasil, Bolívia, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela, para o desenvolvimento sustentável, revelando as contradições da ruptura metabólica entre sociedade e natureza²³ na Amazônia. Nesse sentido, a Amazônia é recolocada no centro geopolítico sem transformações reais nas relações de poder que definem suas condições materiais²². No campo, essa contradição se expressa na celebração da valorização simbólica como ‘pulmão do mundo’, enquanto se aprofunda a expansão do agronegócio sobre territórios tradicionais,¹ revelando como a dimensão simbólica do discurso ambiental pode ocultar as determinações estruturais do modelo de desenvolvimento capitalista-colonial¹⁸.

A versão final da Carta de Belém excluiu a contribuição da sociedade civil amazônica, demonstrando o caráter unilateral dos compromissos assumidos^{2,3}. Essa exclusão é reveladora da persistência de um modelo de decisão tecnocrático e verticalizado, que ignora as vozes locais mesmo quando os territórios em questão são colocados no centro do discurso internacional. Romper esse padrão colonial implica adotar cogestão²¹, garantindo que cada investimento da COP 30 seja precedido de consulta vinculante às populações afetadas, transformando-as de espectadoras em protagonistas.

A COP 30 expõe o paradoxo amazônico: Belém concentra o terceiro maior Produto Interno Bruto (PIB) municipal do estado (R\$

33,4 bilhões), enquanto mantém-se entre as 10 cidades com piores índices de saneamento básico³² e opera através da exclusão sistemática dos sujeitos amazônicos dos processos decisórios. Diante a COP-30, Belém é mobilizada como capital simbólico nas negociações climáticas, mas suas urgências sanitárias permanecem invisibilizadas na alocação de investimentos e na definição do que conta como legado sanitário. Reverter essa racionalidade implica disputar uma agenda sanitária da COP-30, assegurando que as prioridades locais orientem os investimentos globais.

O padrão de financiamento orientado por visibilidade midiática e por respostas episódicas compromete o planejamento integrado do SUS, ao deslocar recursos para intervenções de curto prazo e baixa sustentabilidade institucional. A ausência de estratégias pactuadas, contínuas e territorializadas reduz a capacidade de organização regional da oferta e enfraquece a consolidação das redes de atenção, sem articulação com as necessidades permanentes das populações^{5,21}. Em vez de fortalecer as redes de atenção, esses fluxos tendem a reforçar iniquidades historicamente produzidas²², concentrando-se em regiões de maior interesse político ou midiático.

Experiências anteriores, como a Rio+20, indicam que, quando a participação social não incide efetivamente sobre a definição de prioridades e sobre o controle democrático dos recursos públicos, os legados tendem a ser frágeis e pouco sustentáveis para os sistemas locais de saúde²⁵. Nesse arranjo, os conselhos de saúde podem ser reduzidos a instâncias formais de acompanhamento, sem capacidade real de disputar critérios de alocação orçamentária⁵, reproduzindo a lógica episódica dos investimentos e limitando sua conversão em fortalecimento permanente^{4,5} da rede pública no território.

A efetivação da participação social esbarra em arranjos político-institucionais que tendem a esvaziar os espaços deliberativos, convertendo-os em instâncias de legitimação de decisões já tomadas. Esse padrão se agrava

na Amazônia, onde as dimensões territoriais e a diversidade sociocultural impõem desafios à inclusão democrática. A permanência de conflitos socioambientais e o distanciamento entre gestores e comunidades comprometem a construção democrática da saúde²², pois restringem a incidência real de vozes historicamente silenciadas sobre o processo decisório. Nessa perspectiva, democratizar a saúde implica instituir estratégias participativas territorialmente situadas, capazes de reconhecer as assimetrias históricas de poder e de produzir decisões vinculadas às necessidades concretas dos diferentes territórios amazônicos⁷.

Superar esse bloqueio requer reconfigurar os arranjos participativos na Amazônia por meio de formatos itinerantes e territorialmente situados de deliberação em saúde. Essa proposta se baseia em implementar os barcos-sede de cogestão itinerante, percorrendo as calhas dos rios da região, em um movimento contra-hegemônico, subvertendo a lógica extrativista e centralizadora que explora os territórios e seus minérios. Na medida em que subverte a centralização decisória e reconhece o território, seus modos de circulação e vida, toma-se como condição de possibilidade para a cogestão democrática no SUS.

Tal orientação reconhece os movimentos sociais e povos tradicionais como produtores legítimos de conhecimento sanitário. A cogestão, como método de gestão articulado entre saber técnico e saber popular, constitui caminho para romper as relações verticalizadas²¹. No contexto da COP-30, isso significa instituir diálogos entre povos dos terreiros, benzedeiros, pajés, parteiras, erveiros e agentes comunitários, para que tenham assento paritário com epidemiologistas e gestores nos territórios em que a dinâmica fluvial determina o acesso, a continuidade do cuidado e a vigilância territorializada³¹.

A COP-30 configura um cenário de processos críticos de determinação¹⁹, marcado por interações entre processos socioambientais e institucionais que atravessam a produção

do adoecimento. O fluxo populacional temporário torna visíveis as fragilidades da vigilância em saúde em regiões de desproteção histórica pelo Estado, especialmente quando a dinâmica fluvial e as barreiras de circulação condicionam acesso e resposta sanitária. A identificação precoce e o enfrentamento das determinações do adoecimento exigem, portanto, uma abordagem crítica interdisciplinar e intersetorial da saúde coletiva, em consonância com a vigilância territorializada³¹.

Na Amazônia, a lógica colonial-extrativista opera como mediação estruturante da determinação social da saúde, ao priorizar a acumulação e a mercantilização do território em detrimento da proteção social e da capacidade pública permanente. Nesse ensaio, a sustentabilidade é concebida como sustentabilidade forte do SUS no território: fortalecimento da capacidade pública instalada, valorização da sociobiodiversidade e reorientação de prioridades do SUS para enfrentar injustiça socioambiental e vulnerabilização. Trata-se de integrar os princípios do SUS às condições concretas do território amazônico⁷, assegurando respostas culturalmente situadas às populações ribeirinhas, quilombolas e indígenas historicamente desassistidas¹⁻³.

A vigilância participativa frente aos investimentos associados à COP-30 constitui um elemento central para a democratização do uso do fundo público, sobretudo pela urgência de transparência e pactuação territorial de prioridades. A institucionalização de mecanismos participativos de acompanhamento, desde o planejamento até o pós-evento, fortalece a construção democrática da saúde²² e amplia o controle social sobre o processo decisório. Essa abordagem se alinha à ideia de reforma sanitária como processo social, no qual eventos estratégicos devem catalisar transformações estruturais e permanentes na relação entre Estado, território e sociedade no campo da saúde⁵.

O legado sanitário da COP-30 – entendido como mudanças estruturais duradouras e positivas na organização, no acesso e financiamento

do SUS local, capazes de atender a demandas históricas das populações amazônicas – não será definido pelas declarações oficiais ou pelos documentos técnicos internacionais. Ele se constituirá na disputa política em torno dos sentidos e usos dos recursos públicos mobilizados para o evento, bem como dos critérios de alocação de recursos no território amazônico^{2,3}.

Nessa perspectiva, a COP-30 pode ser lida como conjuntura crítica²² que reordena prioridades, intensifica disputas por recursos e torna explícitas as assimetrias históricas. O legado do evento, portanto, não se define por enunciados técnicos, mas pela correlação de forças⁵ entre projetos antagônicos: de um lado, a lógica da urgência e visibilidade que captura investimentos em respostas episódicas; e de outro, a possibilidade de converter recursos extraordinários em capacidade pública permanente, especialmente na APS e na organização regional da oferta, mediante financiamento redistributivo^{4,5}, sustentabilidade forte e vigilância territorializada³¹.

Os impactos socioespaciais desses eventos são contraditórios, embora possam promover intervenções urbanas e mudanças em práticas sociais locais, e, frequentemente, aprofundam desigualdades preexistentes, por meio da reconfiguração territorial e da disputa por espaços urbanos⁹. No pós-evento, tende a ocorrer o abandono de estruturas temporárias, inflacionamento de preços, aumento da produção de resíduos e remoção de populações vulneráveis das áreas centrais, acentuando a segregação socioespacial. Esses processos operam como mediações que fragilizam redes comunitárias, deslocam itinerários cotidianos e produzem barreiras adicionais ao acesso e à continuidade do cuidado, afetando de forma desproporcional as periferias¹⁵.

Além disso, a intensa circulação internacional de pessoas durante a COP-30 impõe desafios epidemiológicos complexos, especialmente em territórios com vulnerabilidades estruturais como a Amazônia¹². A mobilidade tende a ampliar a pressão sobre a vigilância

e a resposta sanitária local, intensificando riscos de introdução e circulação de agravos e expondo limitações históricas de capacidade instalada.

Nesse contexto, agravos como infecções respiratórias e doenças endêmicas persistentes podem ter sua dinâmica tensionada pela sobrecarga de fluxos e serviços. No caso do açaí (*Euterpe oleracea*), os riscos se articulam a condições de trabalho, armazenamento, transporte e processamento frequentemente marcadas por informalidade e baixa capacidade regulatória, o que demanda respostas territorializadas e intersetoriais de prevenção e controle³³.

A vigilância em saúde deve, portanto, superar o enfoque em ameaças externas para enfrentar as determinações estruturais locais, por meio de vigilância que observe condições de vida e processos produtivos¹⁹. Isso pode ser operacionalizado por meio de indicadores que articulem: condições ambientais (qualidade da água e pressões de desmatamento e contaminação); trabalho e produção (jornadas dos carregadores portuários, exposição a agrotóxicos, acidentes em serrarias); moradia e infraestrutura (palafitas em áreas de risco, ausência de saneamento, superlotação); e segurança alimentar (contaminações e perdas associadas a eventos climáticos). Esses indicadores permitem captar a determinação social do adoecimento como expressão do metabolismo sociedade-natureza no território.

Esses processos devem ser compreendidos em sua articulação dialética, não como fatores isolados¹⁹, pois expressam como formas hegemônicas de organização econômica na Amazônia¹ geram, simultaneamente, a destruição ambiental, a precarização social e o adoecimento coletivo.

Nesse contexto, a COP-30 tende a tensionar ao limite a rede assistencial amazônica, evidenciando como respostas pontuais e protocolos podem prevalecer sobre investimentos permanentes em saúde. A experiência recente da pandemia³⁴ mostrou que, quando o enfrentamento é reduzido a planos de contingência

e distribuição episódica de insumos, reforça-se uma racionalidade que individualiza por riscos coletivamente produzidos e reconfigura a proteção básica em mercadoria inacessível.

Superar essa abordagem paliativa exige reconhecer que a principal ‘contingência’ na Amazônia não é o evento em si, mas o subfinanciamento crônico e a precarização estrutural que atravessam o SUS^{35,36}. Nesses termos, a COP-30 escancara a lógica colonial-extrativista¹ que transforma saúde em mercadoria, e território em *commodity*, e rebaixa a saúde a uma resposta episódica, mas também pode abrir uma janela política para reorientar financiamento, sustentabilidade e vigilância territorializada como instrumentos de justiça sanitária e reparação histórica. O que está em disputa, portanto, é se o evento produzirá capacidade pública permanente ou apenas excepcionalidade de curto prazo.

Considerações finais

A realização da COP-30 na Amazônia constitui uma conjuntura que intensifica e revela as contradições estruturais do SUS em territórios periféricos. A atenção política temporária e os investimentos extraordinários expõem o descompasso entre agendas globais de mitigação climática e as necessidades locais, evidenciando como as relações entre mercado, território e vida seguem sobredeterminadas por um modelo de desenvolvimento produtor de injustiça socioambiental e desigualdade sanitária.

À semelhança de megaeventos anteriores, a COP-30 tende a acionar respostas emergenciais orientadas pela visibilidade e por legados de curta duração, frequentemente dissociados

das demandas históricas de povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos e das periferias urbanas. O legado sanitário em disputa revela: de um lado, a reprodução da lógica colonial-extrativista, que naturaliza a seletividade dos investimentos; e de outro, a possibilidade de afirmar a saúde como direito por meio de financiamento redistributivo, cogestão democrática e valorização da sociobiodiversidade como eixo das políticas públicas.

Compreendida como evento de massa, e não apenas como conferência climática, a COP-30 incide sobre a organização, o financiamento e a governança do SUS, podendo aprofundar padrões históricos de exclusão ou abrir uma janela política para reorientar prioridades em direção à justiça sanitária. Ao situar a COP-30 como campo de disputa pelos sentidos e usos dos recursos públicos, este ensaio realoca o direito à saúde no centro do debate climático e reafirma o SUS como projeto civilizatório ancorado na equidade e na justiça social.

Como agenda analítica, permanece o desafio de investigar como se estruturam os processos decisórios, investimentos em saúde no ciclo da COP-30, bem como os modos pelos quais participação social, imprensa e narrativas e legitimidades sobre a saúde na Amazônia. Além disso, é fundamental compreender como essas dinâmicas influenciam a formulação de políticas públicas e o acesso efetivo aos serviços de saúde, especialmente para grupos historicamente marginalizados.

Contribuições de autoria

Castro NJC (0000-0002-7675-5106)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Castro EMR, Castro CP. Desmatamento na Amazônia, desregulação socioambiental e financeirização do mercado de terras e de commodities. *Novos Cad NAEA*. 2022;25(1):11-36. DOI: <https://doi.org/10.18542/ncn.v25i1.12189>
2. Costa EJM. A Amazônia, sustentabilidade e soberania: estabelecendo a arena para os debates durante a COP 30 em Belém. *Papers NAEA*. 2022;1(1). DOI: <https://doi.org/10.18542/papersnaea.v1i1.16818>
3. Castro NJC. Ecossistema amazônico, comunidades locais e alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: teia complexa entre saúde e clima. *Novos Cad NAEA*. 2022;27(3). DOI: <https://doi.org/10.18542/ncn.v27i3.15204>
4. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1723-1728. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
5. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
6. Sousa A, Herkrath FJ, Wallace C, et al. Atenção primária à saúde na Amazônia e seu impacto potencial nas iniquidades em saúde: uma revisão de escopo. *Rural Remote Health*. 2022;22(1):6747. DOI: <https://doi.org/10.22605/rrh6747>
7. Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, et al. Sustentabilidade da atenção primária à saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(4):1605-1618. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202274.01112021>
8. Aghababaeian H, Etedali H. Urgent warning: evidence-based concerns regarding mass gathering events during Arbaeen in hazardous weather conditions. *Disaster Med Public Health Prep*. 2024;18:e258. DOI: <https://doi.org/10.1017/dmp.2024.173>
9. Colantuono ACS, Campos GH. A Olimpíada de 2016 no Rio de Janeiro: uma discussão sobre o legado deixado à Vila Autódromo após os jogos. *Desenv Questão*. 2023;16(45):135-153. DOI: <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2018.45.135-153>
10. Wolin J, Friedman MS. Mass gatherings. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [acesso em 2026 mar 31]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK597369/>
11. Domènech-Montoliu S, Pac-Sa MR, Vidal-Utrillas P, et al. Mass gathering events and COVID-19 transmission in Borriana (Spain): a retrospective cohort study. *PLoS One*. 2021;16(8):e0256747. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256747>
12. Sah R, Alshahrani NZ, Shah P, et al. FIFA World Cup 2022 in Qatar: mitigating the risk of imported infections amid the COVID-19 pandemic, monkeypox outbreak and other emerging diseases. *Travel Med Infect Dis*. 2022;50:102450. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2022.102450>
13. Zandi M, Alizadeh I, Mousavi FS, et al. Dengue virus and the 2024 Paris Olympics. *Front Public Health*. 2024;12:1452758. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1452758>
14. Lefèvre L, Vincent-Titeca C, Garcia-Marin C, et al. Paris 2024 Olympic Games: a risk enhancer for autochthonous arboviral diseases epidemics? *Int J Infect Dis*. 2024;146:107191. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2024.107191>
15. Baumgaertner JF. Nos rastros da Copa do Mundo FIFA 2014: reflexões críticas sobre a produção do espaço urbano em Itaquerá, São Paulo, SP. *Rev Dep Geogr*. 2023;43:e210082. DOI: <https://doi.org/10.11606/eISSN.2236-2878.rdg.2023.210082>
16. Schmidt T, Beebejaun K, Latta A, et al. Mass gathering events and COVID-19: lessons learnt from the 2020 European football championship. *Bull World*

- Health Organ. 2024;102(11):803-812. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.23.290044>
17. Ferreira ACC, Lima LD. Planos de contingência e ordenação estadual do SUS na pandemia de COVID-19. *Saúde Debate*. 2024;48(142):e9229. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241429229P>
18. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31:13-27.
19. Sevalho G. Determinação social da saúde, complexidade, colonialidade e longa duração. *Cad Saúde Pública*. 2025;40(12):e00035724. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT035724>
20. Paim JS. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis*. 2008;18(4):625-644. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>
21. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
22. Almeida-Filho N. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim!. *Cad Saúde Pública*. 2021;37:e00237521. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237521>
23. Leff E. Ecologia política: da desconstrução do capital à territorialização da vida. Campinas: Unicamp; 2021.
24. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander E, organizador. A colonialidade do saber: etnocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: Clacso; 2000. p. 107-126.
25. Khan AA, Sabbagh AY, Ranse J, et al. Mass gathering medicine in soccer leagues: a review and creation of the SALEM tool. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):9973. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18199973>
26. Samaja J. A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
27. Fearnside PM, Filho WL. COP 30: as políticas brasileiras devem mudar. *Science*. 2025;387(6740):1237. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.adu9113>
28. Garcia MHDO, Paula Júnior FJD, Barbosa JR, et al. Copa do Mundo FIFA Brasil 2014: vigilância ativa e perfil dos atendimentos de saúde na cidade-sede de Fortaleza, Ceará. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25:499-510. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000300006>
29. Silva LGT, Espírito Santo ÁN, Campos AGS. Atrativos vs. infraestrutura para o desenvolvimento do turismo como alternativa econômica nos territórios: um estudo de caso da Região Metropolitana de Belém-PA, antecedendo a COP 30. *Rev Bras Observ Tur*. 2024;3(1):322-331. DOI: <https://doi.org/10.59776/2764-5835.2024.6402>
30. Porto MFS. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. *Ciênc saúde coletiva*. 2008;13(3):865-874. DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.133>
31. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):898-906. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Cidades e estados [Internet]. 2022 [acesso em 2026 mar 31]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>
33. Faier-Pereira A, Finamore-Araujo P, Brito CRDN, et al. The development of a one-step RT-qPCR for the detection and quantification of viable forms of *Trypanosoma cruzi* in açai samples from areas at risk of Chagas disease through oral transmission. *Int J Mol Sci*. 2024;25(10):5531. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms25105531>

34. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6):e00115320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>
35. Santos SS, Maciel FB, Sabino W, et al. Populações “das águas”: ambiente-saúde a partir da perspectiva da determinação social e da política de saúde na região do Baixo Amazonas-PA. *Ciênc saúde coletiva*. 2025;30(1):e19462022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.19462022>
36. Miguez SF, Souza R da CB, Pinheiro R. Territórios da gestão socioambiental e saúde na Amazônia. *Saúde Debate*. 2024;48(Esp 1):e8734. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E18734P>

Recebido em 26/05/2025

Aprovado em 10/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0424725782547579>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523>, e-mail: lenauralobato@uol.com.br