



lab.pex

em parceria com



Caos sanitário é mantido invisível na Amazônia

27 de agosto, 2026

“As evidências e os documentos oficiais convergem para uma explicação que é multifatorial, onde determinantes sociais, infraestrutura, acessibilidade, força de trabalho, organização em rede e capacidade institucional se inter-relacionam.”

Policy Paper

INTRODUÇÃO

A Amazônia é foco de atenção nacional e global, especialmente devido sua relevância ambiental e ao aumento do desmatamento. Embora essa centralidade seja justificável, ela não é suficiente para abordar todas as questões públicas da área. Milhões de pessoas sofrem com desigualdades persistentes em saúde, saneamento e capacidade de acesso territorial aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), que tendem a receber menos atenção política do que a pauta ambiental. Neste texto, o termo “caos sanitário” é usado de maneira crítica para evidenciar a gravidade e a permanência dessas disparidades; não se trata de uma categoria epidemiológica oficial nem indica que todos os territórios amazônicos enfrentem a mesma situação.

A hipótese que guia a análise é que os resultados negativos observados na Amazônia Legal não são frutos de uma única causa nem podem ser atribuídos apenas à distância geográfica. Eles se alinham à interação entre os determinantes sociais, a falta de saneamento, a dispersão da população, as barreiras fluviais e terrestres, a interrupção dos cuidados, as dificuldades para contratação e fixação de profissionais, além das disparidades nas capacidades institucionais entre os entes federativos. Este texto não tenta estimar o peso causal de cada um dos fatores, uma vez que se trata de uma análise descritiva que se baseia em dados secundários agregados.

O objetivo geral é apresentar algumas desigualdades em saúde e em condições de vida na Amazônia Legal e refletir sobre suas consequências para a organização territorial do SUS. De forma mais específica, pretende-se: estabelecer limites para os conceitos e a área em questão; comparar os indicadores de progresso social, mortalidade infantil, expectativa de vida e acesso ao saneamento; verificar a compatibilidade do diagnóstico com as orientações do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); e elaborar recomendações que possam ser implementadas por meio de políticas públicas.

O direito à saúde é respaldado pela Constituição Federal e pela Lei nº 8.080/1990, bem como por tratados internacionais que o Brasil ratificou, incluindo o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Indicadores negativos, por si só, não evidenciam a transgressão de uma norma jurídica específica. No entanto, quando desigualdades persistentes e evitáveis ocorrem, isso pode indicar uma falta de capacidade para cumprir progressivamente, de maneira equitativa e sem discriminação, o direito à saúde, especialmente quando existem barreiras conhecidas e uma resposta pública insuficiente.

1. Dimensões territoriais, definições e fronteiras da análise

“Amazônia” é uma palavra que tem diferentes significados geográficos, ecológicos, sociais e políticos. Para garantir que os dados sejam comparáveis com os das principais bases de dados utilizadas, este estudo adota como unidade de análise a Amazônia Legal, que inclui os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, além da parte ocidental do meridiano 44° no Maranhão. Não se trata da Região Norte. Se uma fonte adota uma abordagem diferente, isso é claramente indicado.

É também preciso distinguir saúde, condição sanitária e saneamento. A saúde é compreendida de forma ampla, influenciada por fatores sociais, econômicos, ambientais e pelo acesso aos serviços de saúde. Conjunto de condições que influenciam a saúde pública, chamado de “situação sanitária”. “Saneamento básico” é uma categoria jurídica e institucional mais abrangente que inclui abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos, além de drenagem e manejo das águas pluviais urbanas. O indicador de “saneamento adequado” empregado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) combina critérios selecionados e não é suficiente, por si só, para avaliar a integralidade, a continuidade ou a qualidade desses serviços.

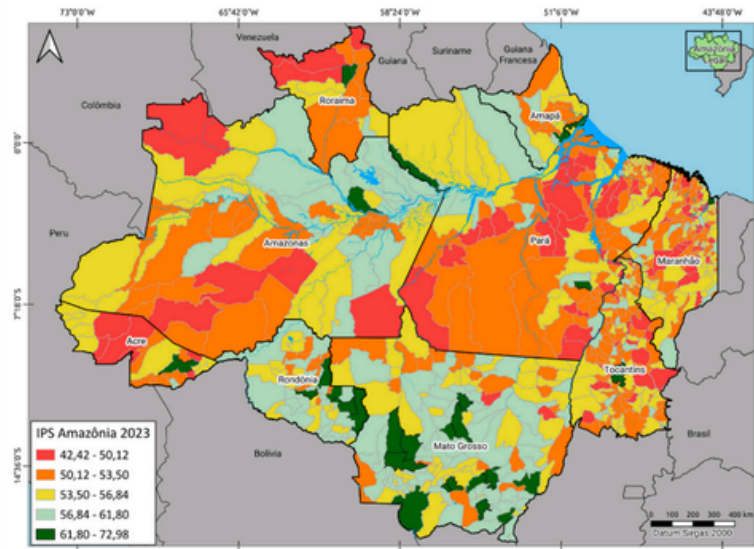
A pesquisa se baseia em dados secundários provenientes do IPS Amazônia 2023, do painel Amazônia Legal em Dados, do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil e de documentos oficiais. As séries têm diferentes anos de referência, métodos e unidades. Daí que se tratem como evidências convergentes de desigualdade territorial, e não como fatores de um único índice causal. Os meios de comunicação estaduais ou regionais podem mascarar as particularidades entre os municípios, bem como entre as zonas urbanas, rurais, indígenas, ribeirinhas, quilombolas, de fronteira e as periferias urbanas. A diminuição da expectativa de vida em 2020 e 2021 deve ser vista, ainda, no contexto extraordinário da pandemia de Covid-19.

2. Evidências selecionadas

2.1 Progresso social: utilidade e limites do IPS

O Índice de Progresso Social (IPS) Amazônia 2023 compilou 47 indicadores, distribuídos em três dimensões: necessidades humanas básicas, fundamentos do bem-estar e oportunidades. É útil para contextualizar a saúde dentro de uma perspectiva multidimensional, mas o IPS não é um índice puramente sanitário e não deve ser visto como um substituto para indicadores epidemiológicos ou avaliações da rede de atenção à saúde.

Figura 1 – Distribuição municipal do IPS na Amazônia Legal, 2023



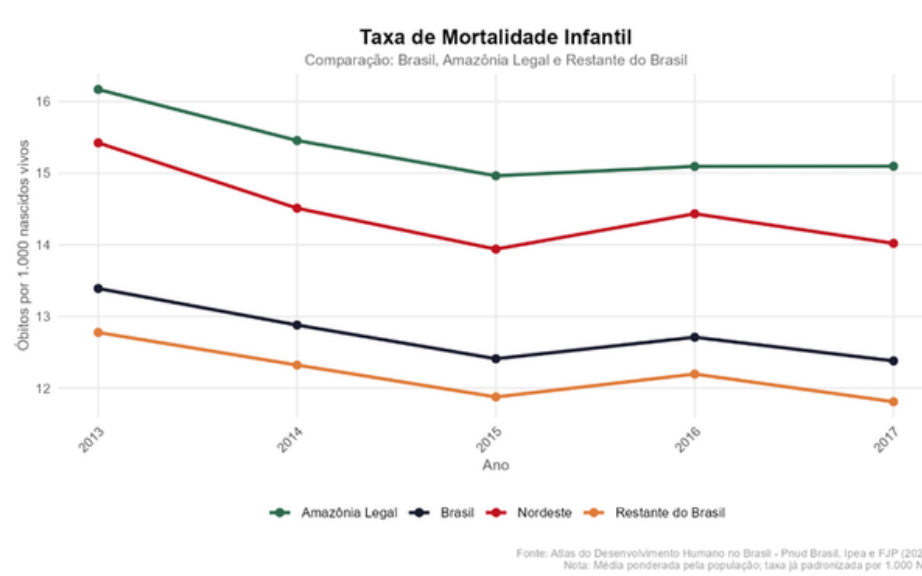
Fonte: Santos et al. (2023), IPS Amônia 2023

A Amazônia Legal pontuou 54,32, enquanto a média nacional foi de 67,94. Essa diferença, em relação à pontuação nacional, é de aproximadamente 20%; por isso, não se deve dizer que é 25% menor. Para ilustrar, podemos comparar a situação com o Malawi: os dados da Amazônia Legal são similares aos deste país africano. Entretanto, essa aproximação não deve ser feita de maneira leviana, pois, como já foi mencionado, ela posiciona pontuações compostas, não sendo um indicativo de equivalência entre estruturas sociais, epidemiológicas ou institucionais. O que realmente se destaca é o fato de que, em nível estadual, nenhum dos nove estados conseguiu ultrapassar a média nacional do índice, mesmo com a grande diversidade interna (Santos et al., 2023).

2.2 Mortalidade infantil

Em 2023, foram registrados 6.782 óbitos de crianças menores de um ano residentes na Amazônia Legal; 67% ocorreram em três estados. Roraima apresentou a maior taxa regional, de 23,9 óbitos por mil nascidos vivos. Esses números são derivados de bases do Ministério da Saúde, organizadas pelo painel Amazônia Legal em Dados (Amazônia Legal em Dados, [s.d.]b). A taxa de mortalidade infantil estima o risco de um nascido vivo morrer antes de completar um ano e é influenciada por múltiplos fatores: condições de vida, atenção pré-natal e ao parto, vacinação, nutrição, saneamento, oportunidade do atendimento e qualidade da informação.

Figura 2 – Taxa de mortalidade infantil: Amazônia Legal, Brasil, Nordeste e restante do Brasil, 2013–2017



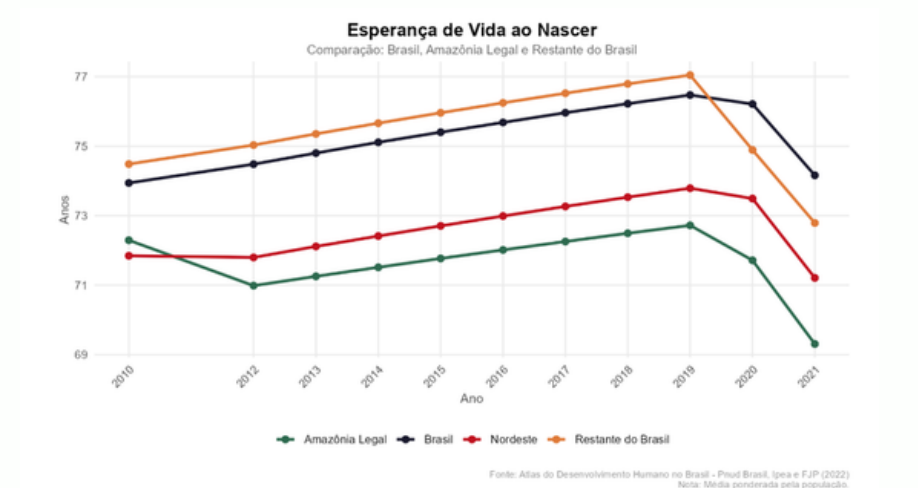
Nota: médias ponderadas; a série histórica encerra-se em 2017 e não deve ser confundida com o dado pontual de 2023

A série de 2013 a 2017 indica que a Amazônia Legal está constantemente acima da média nacional e do resto do país. Ela defende que há desigualdade territorial no período em questão, mas não deixa atribuir essa disparidade a uma única causa. A mortalidade infantil, de acordo com o Ministério da Saúde, é influenciada tanto pelas condições socioeconômicas quanto pela qualidade da atenção primária, do pré-natal, do parto e dos cuidados no primeiro ano de vida (Brasil, 2021). Ao fazer comparações ao longo do tempo, é importante levar em conta as mudanças na cobertura e na qualidade dos sistemas SIM e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

2.3 Expectativa de vida ao nascer

A expectativa (esperança) de vida ao nascer resume os padrões de mortalidade em todas as idades e não se limita a avaliar apenas o funcionamento dos serviços de saúde. Ao longo da série, a média da Amazônia Legal ficou abaixo da média nacional e da média das demais regiões do Brasil.

Figura 3 – Esperança de vida ao nascer:
Amazônia Legal, Brasil, Nordeste e restante do Brasil, 2010–2021



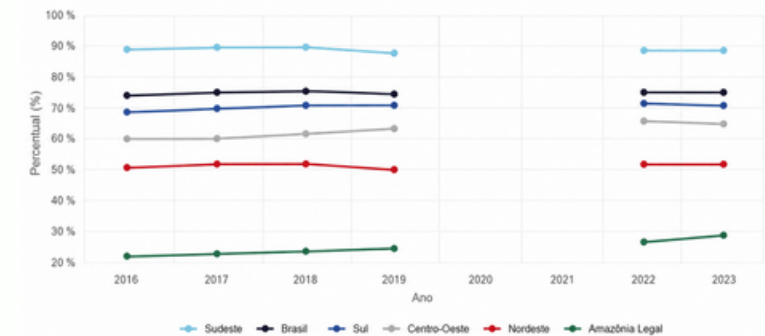
Nota: médias ponderadas; a queda em 2020–2021 deve ser interpretada no contexto da pandemia de Covid-19

O indicador revela uma desvantagem regional geral, mas não é possível afirmar que toda a população da Amazônia esteja exposta ao mesmo risco. A idade, a renda, o ambiente, a violência, as doenças infecciosas e crônicas, o acesso à assistência e eventos inesperados como a pandemia podem influenciar o resultado. Os rankings estaduais também podem variar de acordo com o ano e a fonte; por isso, o texto não estabelece uma ordem fixa entre os estados.

2.4 Saneamento adequado e riscos à saúde

Em 2023, 6.700.484 lares na Amazônia Legal eram considerados sem acesso a um saneamento adequado. O painel revela que apenas 29,5% tinham acesso a um saneamento classificado como adequado, o que implica que cerca de 70,5% não se enquadravam no critério utilizado, ou seja, cerca de sete em cada dez domicílios. O Pará teve o menor percentual entre os estados, com 20,5% (Amazônia Legal em Dados, [s.d.]).

Figura 4 – Percentual de domicílios com saneamento adequado, 2016–2023



Fonte: elaboração dos autores com dados da PNAD Contínua, organizados pelo painel Amazônia Legal em Dados. Nota: ausência de pontos em 2020 e 2021 na série apresentada; o indicador não mede todos os componentes do saneamento básico

O déficit é significativo para a saúde, visto que a água insegura ou de má qualidade, o esgotamento inadequado e o manejo deficiente de resíduos aumentam a exposição a agentes patogênicos e a outros perigos. Porém, a conexão entre saneamento e resultados como a mortalidade infantil é mediada por fatores como renda, moradia, nível educacional, alimentação, acesso e qualidade dos serviços de saúde. Portanto, o saneamento deve ser visto como um importante determinante estrutural, mas não como a única explicação.

3. Interpretação territorial e institucional

Os documentos do Ministério da Saúde (MS), da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde se alinham ao diagnóstico de que a cobertura formal não é o bastante: acesso é ter os serviços necessários, com qualidade, quando precisam ser usados, sem entraves financeiros, geográficos, culturais ou administrativos. É necessário que haja redes regionalizadas e contínuas, não só missões esporádicas, para que isso seja compreendido. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas leva em conta as particularidades do território, assim como as diferenças culturais, de gênero, de geração, raciais e

étnicas, e também a importância da participação social, da inter-setorialidade e de dados desagregados (Brasil, 2024). As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais, assim como as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), são respostas estruturadas da atenção primária, e não meras intervenções de emergência. Segundo o MS, a UBSF é o serviço que presta consultas, vacinações, fornece medicamentos, faz acompanhamento de gestantes e crianças e controla doenças transmissíveis e crônicas; a regulamentação mais recente ampliou a área de atuação das equipes ribeirinhas e fluviais (Brasil, 2025; 2026).

A literatura sobre atenção primária em territórios rurais remotos da Amazônia fluvial mostra que a sustentabilidade do cuidado depende de articulação entre unidade, equipe, transporte, comunicação, abastecimento, referência especializada e gestão municipal e regional; uma embarcação isolada não constitui uma rede de atenção (Fausto et al., 2022). Essa conclusão é compatível com a orientação da OPAS de fortalecer uma atenção primária centrada nas pessoas e integrada a redes de serviços (OPAS, 2019).

A OMS também afirma que sistemas resilientes devem garantir a continuidade dos serviços essenciais em meio a crises e integrar os riscos climáticos ao planejamento de infraestrutura, recursos humanos, informações, água, saneamento, energia e cadeias de suprimento (OMS, 2021, 2023). Na Amazônia, secas, inundações, incêndios e ondas de calor podem interromper os percursos, afetar a qualidade da água, elevar a demanda e tornar o funcionamento das unidades mais complicado. Embora esses mecanismos sejam possíveis e amplamente documentados, o estudo atual não mensura o quanto cada um deles contribui para os indicadores analisados.

A atuação das Forças Armadas pode ser pertinente, por exemplo, em situações de emergência, calamidade e apoio logístico, sempre sob a coordenação civil e dentro das competências legais. Entretanto, ações militares auxiliares não devem assumir a responsabilidade contínua do SUS, nem servir como justificativa para uma ampliação indiscriminada das funções de segurança sobre as comunidades. A atenção regular deve continuar a ser liderada pela saúde, com uma forte ênfase nos direitos humanos, na autonomia dos povos indígenas, na proteção de dados e na não criminalização de territórios, populações ou atividades econômicas que sejam legais.

4. Conclusão

Os dados analisados reforçam as grandes disparidades entre a Amazônia Legal e o restante do Brasil. A região obteve uma pontuação mais baixa no IPS, teve uma mortalidade infantil mais alta nas comparações entre séries, uma expectativa de vida menor e uma proporção muito alta de lares sem acesso a saneamento adequado. Esses achados não permitem uma caracterização uniforme de toda a Amazônia, nem estabelecem, por si sós, relações causais específicas. Trata-se de evidências persistentes de desigualdade no espaço, que merecem ser investigadas e enfrentadas com ações públicas como prioridades.

Em termos gerais, a hipótese do estudo se sustenta, mas não como uma prova de causalidade: as evidências e os documentos oficiais convergem para uma explicação que é multifatorial, onde determinantes sociais, infraestrutura, acessibilidade, força de trabalho, organização em rede e capacidade institucional se inter-relacionam. A resposta correta, assim, não é simplesmente aumentar o número de navios ou realizar operações emergenciais. Requer atenção primária contínua, referências locais, infraestrutura de saneamento, informações precisas, mão de obra capacitada, capacidade de resistência às crises climáticas, financiamento consistente e envolvimento da comunidade.

O combate a essas desigualdades deve garantir a universalidade e a integralidade do SUS, reconhecer as diferenças regionais sem estigmatizar grupos populacionais e preservar a liderança civil das políticas de saúde. A verdadeira questão não é a dicotomia entre proteger o meio ambiente e promover a saúde humana, mas sim a integração de agendas que, na realidade da Amazônia, são inseparáveis.

RECOMENDAÇÕES

As recomendações a seguir decorrem do diagnóstico apresentado e devem ser implementadas de forma articulada, com responsabilidades definidas, participação social, salvaguardas de direitos e indicadores públicos de acompanhamento.

1. Instituir um sistema integrado de informação para superar a fragmentação dos dados epidemiológicos, assistenciais, ambientais, de saneamento e de acesso aos serviços

A liderança deve caber ao Ministério da Saúde, por meio das áreas de vigilância, atenção primária, saúde indígena e informação, com participação das secretarias estaduais e municipais de saúde, do IBGE, do Ipea, da Fiocruz, de universidades, do Conass, do Conasems, dos conselhos de saúde e de organizações representativas das populações do campo, da floresta e das águas. Em curto prazo, deverá ser disponibilizado um painel público que explicita conceitos, fontes e periodicidade e permita desagregações territoriais, urbano-rurais, por raça ou cor, sexo, idade e condição indígena, quando isso for técnica e juridicamente possível; em médio prazo, o sistema deverá incorporar tempos de deslocamento e interrupções sazonais de rotas. A implementação deverá observar a Lei Geral de Proteção de Dados, impedir a identificação de pessoas e pequenas comunidades e validar as categorias territoriais de forma participativa. O acompanhamento poderá considerar a proporção de bases atualizadas no prazo, a cobertura das variáveis desagregadas, o percentual de municípios com dados consistentes e o número de decisões de planejamento fundamentadas no painel.

2. Consolidar a atenção primária fluvial e rural para assegurar cuidado contínuo

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde deve liderar a iniciativa em articulação com estados e municípios, envolvendo equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais, Unidades Básicas de Saúde Fluviais, equipes de Saúde da Família, agentes comunitários de saúde, serviços de urgência, regulação, laboratórios regionais e unidades de referência. Em curto prazo, deverão ser mapeados os territórios sem cobertura regular e publicados calendários de rotas; em médio prazo, equipes e embarcações deverão ser ampliadas conforme as lacunas identificadas, com cada rota vinculada a transporte sanitário, teleconsultoria, exames e referências de média e alta complexidade. A execução deverá respeitar calendários socioculturais, garantir acessibilidade, consentimento informado e comunicação adequada às línguas e práticas locais, sem confundir presença física episódica com cobertura efetiva. Os indicadores poderão incluir a proporção da população adscrita com calendário cumprido, o tempo mediano de atendimento e encaminhamento, a continuidade do pré-natal e do cuidado às condições crônicas e o número de rotas canceladas.

3. Fortalecer a linha de cuidado da gestação ao segundo ano de vida

Isso é necessário para reduzir mortes maternas, fetais e infantis evitáveis e diminuir desigualdades territoriais. A liderança deve ser compartilhada pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais, com execução municipal e dos distritos sanitários especiais indígenas, além da participação da Rede Alyne, da atenção primária, das maternidades de referência, do Samu, da vigilância de óbitos, dos laboratórios e dos comitês de prevenção. Em curto prazo, devem ser revistos os fluxos de estratificação de risco, remoção e comunicação; em médio prazo, os municípios prioritários deverão dispor de referências pactuadas, transporte sanitário e investigação oportuna dos óbitos. As ações não devem atribuir automaticamente culpa a mulheres, famílias ou profissionais e precisam garantir cuidado culturalmente adequado, confidencialidade e análise sistêmica das causas. O monitoramento deverá abranger o início do pré-natal no primeiro trimestre, a adequação do número de consultas, o tempo de remoção obstétrica e neonatal, a proporção de óbitos investigados e as taxas de mortalidade materna, fetal, neonatal e infantil por território.

4. Ampliar o acesso à água segura, ao esgotamento sanitário, ao manejo de resíduos e à drenagem, priorizando comunidades isoladas e periferias urbanas expostas a maiores riscos

A condução deve ser conjunta entre os ministérios das Cidades e da Saúde, com estados, municípios e a Funasa, quando aplicável, e participação de prestadores, agências reguladoras, secretarias de meio ambiente, Defesa Civil, comunidades, instituições de pesquisa e financiadores. Em médio prazo, os territórios deverão ser selecionados segundo critérios de risco sanitário e vulnerabilidade; em até oito anos, no máximo, deverão ser implantadas soluções centralizadas ou descentralizadas definidas com base em estudos hidrogeológicos, ambientais, climáticos e de capacidade operacional. A escolha tecnológica deverá ser precedida de consulta e participação social, evitar soluções incompatíveis com cheias, secas e capacidades locais, proteger mananciais e prevenir tarifas excludentes. A avaliação deverá considerar a continuidade e a qualidade da água, a cobertura de coleta e tratamento de esgoto, o manejo de resíduos, a incidência de doenças relacionadas ao saneamento e a funcionalidade das soluções após dois e cinco anos.

5. Reduzir vacâncias e rotatividade da mão de obra e ampliar a capacidade resolutiva local, usando recursos digitais como apoio, sem substituir o atendimento presencial necessário

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação devem liderar a medida com estados, municípios, universidades e institutos federais da Amazônia, hospitais de ensino, Telessaúde, conselhos profissionais e escolas de saúde pública. Em curto prazo, deverão ser mapeadas as especialidades e os territórios críticos; em médio prazo, deverão ser combinadas políticas de provimento e retenção, carreira, residência, educação permanente, moradia, conectividade e supervisão. A telessaúde deverá observar segurança da informação, consentimento, acessibilidade digital e protocolos assistenciais, sem servir para reduzir equipes mínimas nem transferir custos aos usuários. Os resultados poderão ser medidos pelas taxas de vacância e rotatividade, pela retenção após dois anos, pelo tempo de espera, pela resolutividade da atenção primária e pela proporção de teleconsultorias com devolutiva documentada.

6. Aumentar a resiliência climática dos serviços para preservar atividades essenciais durante secas, cheias, incêndios, ondas de calor e falhas de energia ou comunicação

O Ministério da Saúde e os estados devem liderar a ação em articulação com a Defesa Civil, os municípios, prestadores de serviços essenciais, órgãos ambientais, comunidades e operadores logísticos, podendo contar com a Marinha e as Forças Armadas, quando formalmente requisitadas para apoio subsidiário. Em médio prazo, deverão ser avaliadas as vulnerabilidades de unidades, rotas e cadeias de suprimento; em até 36 meses, deverão estar implantados planos de continuidade, estoques estratégicos e redundâncias de energia, água, comunicação e transporte. A liderança civil da saúde, a proporcionalidade, a transparência, os direitos humanos e a proteção de dados devem ser preservados, e o apoio militar deve permanecer limitado ao mandato legal e à necessidade demonstrada. Os indicadores poderão incluir a proporção de unidades com plano testado, as horas de interrupção, as perdas de vacinas e medicamentos, o tempo de recuperação e a cobertura mantida durante eventos extremos.

7. Fortalecer a governança regional, o financiamento estável e a participação social para reduzir a fragmentação municipal e garantir controle público sobre a execução

A liderança deve caber ao Ministério da Saúde, à Comissão Intergestores Tripartite e aos estados, com participação dos municípios, regiões de saúde, consórcios públicos, Conass, Conasems, distritos sanitários especiais indígenas, conselhos de saúde, Grupo da Terra e organizações indígenas, ribeirinhas, quilombolas, extrativistas e urbanas. As metas deverão ser incorporadas anualmente aos planos de saúde e aos orçamentos e, em até dois anos, deverão ser consolidadas redes regionais com custos, responsabilidades e mecanismos de prestação de contas definidos. A participação precisa ser informada, acessível e representativa, com consulta livre, prévia e informada quando aplicável, e as medidas não podem promover discriminação nem criminalização automática de comunidades ou atividades econômicas legais. O acompanhamento deverá considerar a execução física e financeira, a regularidade das transferências, o cumprimento das metas, a participação dos usuários e as respostas formais às deliberações do controle social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMAZÔNIA LEGAL EM DADOS. Percentual de domicílios com saneamento adequado (%). [S. l.], [s. d.]a. Disponível em: https://amazonialegalemdados.info/dashboard/perfil.php?area=Saneamento_23&indicador=TX_PNAD_DOM_SANEAMENTO_UF_23®iao=Amaz%C3%B4nia+Legal. Acesso em: 30 jul. 2026.
- AMAZÔNIA LEGAL EM DADOS. Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). [S. l.], [s. d.]b. Disponível em: https://amazonialegalemdados.info/dashboard/perfil.php?area=Sa%C3%BAdade_67&indicador=TX_DATASUS_MORT_INFANTIL_UF_67®iao=Amaz%C3%B4nia+Legal. Acesso em: 30 jul. 2026.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jul. 2026.
- BRASIL. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 7 jul. 1992. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 30 jul. 2026.
- BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 22 nov. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm. Acesso em: 30 jul. 2026.
- BRASIL. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 16 set. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm. Acesso em: 30 jul. 2026.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 jul. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade infantil no Brasil. Boletim Epidemiológico, Brasília, DF, v. 52, n. 37, out. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf. Acesso em: 30 jul. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 10/2024-CGMA/DEMAS/SEIDIGI/MS: por uma sistemática de monitoramento e avaliação para a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/notas-tecnicas-e-informativas/nota-tecnica-no-10-2024-cgma-demas-seidigi-ms>. Acesso em: 30 jul. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Mais Saúde da Família: guia de ampliação e qualificação no seu município. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-ampliacao-e-qualificacao-no-seu-municipio-mais-saude-na-familia.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 2/2026-COASV/CGAEQ/DESF/SAPS/MS: municípios elegíveis para adesão de equipe de Saúde da Família Ribeirinha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/notas-tecnicas-e-informativas/nota-tecnica-no-2-2026-coasv-cgaeq-desf-saps-ms>. Acesso em: 30 jul. 2026.
- FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1605-1618, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.44122020>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: WHO position paper. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL-PHC-SP-2021.01>. Acesso em: 30 jul. 2026.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081888>. Acesso em: 30 jul. 2026.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Países devem reduzir barreiras ao acesso e aumentar financiamento na atenção primária. Washington, DC: OPAS, 12 dez. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/12-12-2019-paises-devem-reduzir-barreiras-ao-acesso-e-aumentar-financiamento-na-atencao>. Acesso em: 30 jul. 2026.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD); INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília, DF: PNUD; Ipea; FJP, 2022. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 30 jul. 2026.
- SANTOS, Daniel et al. Índice de Progresso Social na Amazônia brasileira: IPS Amazônia 2023. 4. ed. Belém: Imazon; Amazônia 2030, 2023. Disponível em: <https://amazonia2030.org.br/wp-content/uploads/2023/07/IPSAmazonia2023.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2026.



lab.pex

em parceria com

