

Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial nos atos normativos do Ministério da Saúde – Brasil

Riverside and River Family Health Teams in regulatory acts of the Ministry of Health - Brazil

Ednilza Ribeiro dos Santos, Cláudia Moura Santiago, Vivian Esni Voltolini Fernandes, Zanandrea Bianca Sena Mota, Giane Zupellari dos Santos-Melo, Maria de Nazaré de Souza Ribeiro, Amélia Nunes Sicsú, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Autoria

Metadados

RESUMO

Objetivou-se identificar os temas centrais dos atos normativos referentes às equipes de Saúde da Família Ribeirinha e de Saúde da Família Fluvial e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais. Trata-se de estudo documental realizado em três etapas: 1) busca dos atos normativos do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; 2) análise categorial temática; 3) interpretação/reflexão. Foram acessadas 108 portarias, e a maioria dos atos foi dirigida às Unidades Básicas de Saúde Fluviais. Houve uma evolução ascendente do número de portarias ao longo do período. A análise é dividida em duas categorias: “Da invisibilidade à visibilidade das populações ribeirinhas”; e “Proposições para as equipes de Saúde da Família Ribeirinha e de Saúde da Família Fluvial e Unidades Básicas de Saúde Fluviais”. Os conteúdos normativos versaram sobre composição das equipes, regime de trabalho e financiamento, e tiveram como finalidade o credenciamento e habilitação dos municípios para recebimento de incentivos financeiros, alteração do tipo de equipe, estabelecimento de critérios para registro nos sistemas de informação, e suspensão de incentivo financeiro. Conclui-se que a Política Nacional de Atenção Básica de 2011 se constituiu em um marco temporal para visibilidade e possibilidade de garantia do acesso ao direito à saúde das populações ribeirinhas. A descontinuidade de transferência financeira demonstra ser um obstáculo a ser superado.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Equipe Interdisciplinar de Saúde. Acesso Universal aos Serviços de Saúde. Saúde de Grupos Específicos.

ABSTRACT

The aim was to identify the central topics of the regulatory acts referring to Riverine Family Health and Riverine Family Health teams and Riverine Basic Health Units. This is a documentary study carried out in three stages: 1) search of regulatory acts of the Brazilian Ministry of Health and the National Council of Municipal Health Departments; 2) thematic categorical analysis; 3) interpretation/reflection. A total of 108 ordinances were accessed, and most of them were directed at Riverine Basic Health Units. The number of ordinances increased over the period. The analysis is divided into two categories: “From invisibility to visibility of riverine populations”; and “Proposals for Riverine Family Health and Riverine Family Health teams and Riverine Basic Health Units”. The regulatory content addressed team composition, work arrangements, and financing, and aimed to accredit and qualify municipalities to receive financial incentives, change team types, establish criteria for registration in information systems, and suspend financial incentives. The conclusion is that the 2011 Brazilian National Primary Care Policy constituted a timeframe for visibility and the possibility of guaranteeing access to the right to health for riverside populations. The discontinuity of financial transfers proves to be an obstacle that must be overcome.

KEYWORDS: Primary Health Care. Family Health Strategy. Interdisciplinary Health Team. Universal Access to Health Services. Health of Specific Groups.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base dos sistemas de saúde em todo o mundo, e enfrenta múltiplos desafios para atender às especificidades das diferentes regiões e países¹. No Brasil, muitos investimentos têm sido realizados, mas ainda há desigualdades a serem superadas, como reconheceu o “Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?”, apontando que ainda há necessidade de políticas, estratégias e iniciativas para parte da população sob risco, como indígenas, quilombolas e populações ribeirinhas².

Inúmeras políticas têm sido estabelecidas para tentar atender essas populações, tendo como referência o arcabouço legal brasileiro, que é composto por atos jurídicos distribuídos em: normas constitucionais; normas infraconstitucionais, que não podem prever nada além do que dita o texto constitucional (leis, decretos, tratados, entre outros); e normas infralegais, que surgem da normatização interna da administração pública e buscam a execução da lei, detalhando sua aplicação em termos que se possa materializar na prática. Fazem parte desse último grupo as portarias, resoluções, e instruções normativas e operacionais³.

As desigualdades sociais, econômicas e geográficas interferem negativamente na universalidade do acesso à saúde⁴. A APS, desde os anos 1990, tem sido a face mais notável do acesso universal aos serviços de saúde para grande parte da população brasileira⁵. Com a instituição e o aumento do número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo as equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFRs) e as equipes de Saúde da Família Fluvial (eSFFs), houve subsequente expansão territorial e acesso da população aos serviços de saúde e, como era esperado, melhora dos indicadores gerais de saúde, reconhecidos nacional e internacionalmente^{6,7}. De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS) até setembro de 2023, na Amazônia Legal, havia 52 Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSFs) ativas e 69 eSFRs, sendo em maior número nos estados do Amazonas e do Pará⁸.

A eSFR foi instituída pela primeira vez por portaria específica em 2010, sendo revogada pela portaria de instituição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 (PNAB de 2011)⁹. A eSFF e UBSFs também foram instituídas inicialmente através de portarias específicas¹⁰⁻¹³. A PNAB revisada de 2017¹⁴ incluiu em suas disposições as duas novas modalidades de equipe, bem como as UBSFs.

As eSFRs, eSFFs e UBSFs são, respectivamente, arranjos organizacionais e estabelecimentos de saúde da APS instituídos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) na última década e direcionados ao atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e do Pantanal do Mato Grosso do Sul. As eSFRs e eSFFs desempenham suas funções em unidades de saúde localizadas em comunidades, cujo acesso se dá por rios, necessitando de

embarcações de pequeno porte ou de UBSF. As UBSFs, embarcações que comportam a estrutura física de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) convencional, providas de ambiência, mobiliário e equipamentos necessários para atender à população ribeirinha, devem funcionar, no mínimo, 20 dias por mês, com pelo menos uma eSFF. Ou seja, em uma UBSF, pode atuar mais de uma eSFF e com equipe de Saúde Bucal Fluvial¹⁴.

Esses arranjos organizacionais, adicionados aos já existentes da APS no Brasil, apesar de tardios em relação ao marco legal da “saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (Constituição Federal de 1988 e Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990)^{15,16}, aspiraram a garantia desse direito, materializado nos desdobramentos práticos dos princípios doutrinários do SUS: universalidade (acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência); integralidade (conjunto articulado e contínuo das ações, e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema); e equidade (sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie)^{15,16}.

Com o reconhecimento da importância das políticas de saúde para atender à população ribeirinha, surgiu a seguinte indagação: quais são as decisões formuladas nos atos normativos do MS dirigidos à APS ou especificamente às eSFRs, eSFFs e UBSFs para o provimento de atenção à saúde da população ribeirinha? Assim, teve-se o objetivo de identificar os temas centrais dos atos normativos referentes às eSFRs, eSFFs e UBSFs.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa documental, na qual foram caracterizados como documentos as formulações do MS, promulgadas em atos normativos, para proporcionar às populações ribeirinhas o direito de acesso à saúde. O estudo foi organizado em três etapas: (1) busca dos atos normativos; (2) análise (organização dos conteúdos); (3) interpretação e reflexão (resultados).

A estratégia de busca dos atos normativos ocorreu em dezembro de 2023 em portais oficiais do MS, como Sistema de Legislação da Saúde (<https://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>), e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais, como interface “Legislação Diária” (<https://portal.conasems.org.br/legislacao-diaria>). Em ambos os portais, foram utilizados os recursos de pesquisa disponíveis (preenchimento do formulário e uso dos filtros). As seguintes palavras-chave isoladas e agregadas foram utilizadas: “Equipe de Saúde da Família Ribeirinha”, “Equipe de Saúde da Família Fluvial” e “Unidades Básicas de Saúde Fluvial”. Os critérios de inclusão foram delineados quanto ao tipo de ato normativo, sendo leis, decretos, portarias ou resoluções; quanto à finalidade e especificidade da legislação, quando abordasse

expressamente as eSFRs, eSFFs e UBSFs; e quanto ao ano de publicação, incluindo-se o ato normativo de interesse mais antigo, sendo a primeira portaria específica para eSFR (agosto de 2010), ao mais atual (dezembro de 2023). O processo de busca foi conduzido por dois autores, inicialmente de forma independente e posteriormente juntos. Nessa fase, as amostras obtidas foram conferidas mutuamente, excluindo-se as duplicidades e, ao fim, criando o *corpus* de dados.

O material foi organizado em planilha do *Microsoft Excel* estruturada, a partir de um roteiro composto dos seguintes itens: ano de publicação; objeto (eSFR, eSFF ou UBSF); tipo de documento (lei, decreto, portaria ou resolução); título e número do documento; ementa; disposições principais; tema central.

Para análise, utilizou-se a técnica de análise temática categorial¹⁷. Na fase de pré-análise, os materiais foram nomeados (codificados), ordenados cronologicamente e de acordo com o tipo de equipe (eSFR, eSFF) ou UBSF. Em seguida, os materiais foram submetidos à leitura flutuante (contato direto e intenso com o material). Na fase de exploração do material, os atos normativos foram classificados nos períodos pré- e pós-PNAB de 2017 em função da historicidade e da análise com ênfase nos atos mais recentes e vigentes. Esse processo permitiu a construção de categorias temáticas, as quais são descritas na forma de resultado e reflexão sobre o tema.

RESULTADOS

De acordo com os preceitos da busca realizada, a totalidade do material obtido era do tipo portaria. Para o período pré-PNAB de 2017, foram obtidas dez portarias, e para o período pós-PNAB de 2017, incluindo a mesma, foram acessadas 108 portarias (Tabela 1). Como esperado, em geral, houve uma evolução ascendente do número de portarias ao longo do período, chamando a atenção para os anos 2015 e 2022, nos quais não houve publicação de atos normativos específicos ou que incluíssem as eSFRs, eSFFs e UBSFs. Também é notório que o maior número de atos foi dirigido à UBSF.

Tabela 1 – Distribuição do número de atos normativos (portarias) específicos ou que também dispõem sobre as equipes de Saúde da Família Ribeirinha, equipes de Saúde da Família Fluvial e Unidades Básicas de Saúde Fluvial, 2010-2023

(Continua)

| ANO | UBSF | eSFF | eSFR | TOTAL |
|------|------|------|------|-------|
| 2010 | - | - | 1 | 1 |
| 2011 | 1 | - | 1 | 2 |
| 2012 | 1 | - | - | 1 |
| 2013 | 1 | 1 | - | 2 |

| ANO | UBSF | eSFF | eSFR | (Conclusão) |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| | | | | TOTAL |
| 2014 | 1 | - | 2 | 3 |
| 2015 | - | - | - | - |
| 2016 | - | - | 1 | 1 |
| 2017 | 6 | 3 | 6 | 15 |
| 2018 | 20 | 2 | 4 | 26 |
| 2019 | 13 | 4 | 5 | 22 |
| 2020 | 7 | 1 | 7 | 15 |
| 2021 | 13 | - | 8 | 21 |
| 2022 | - | - | - | - |
| 2023 | 5 | 1 | 3 | 9 |
| TOTAL | 68 | 12 | 38 | 118 |

Legenda: UBSF - Unidade Básica de Saúde Fluvial; eSFF - equipe de Saúde da Família Fluvial; eSFR - equipe de Saúde da Família Ribeirinha.

Fonte: elaborada pelos autores

Do conjunto das informações, foram criadas duas categorias temáticas: 1) Da invisibilidade à visibilidade das populações ribeirinhas nos atos normativos da Atenção Primária à Saúde; 2) Proposições normativas para as equipes de Saúde da Família Ribeirinha e de Saúde da Família Fluvial e Unidades Básicas de Saúde Fluviais a partir da Política Nacional de Atenção Básica de 2017. Essas categorias tiveram como referência a declaração específica de atenção às populações ribeirinhas estabelecida na PNAB¹⁴.

Da invisibilidade à visibilidade das populações ribeirinhas nos atos normativos da Atenção Primária à Saúde

Tratando-se das populações ribeirinhas, os primeiros atos normativos se originaram do MS para o financiamento do atendimento a essa população específica a partir de 2010, quando foram instituídos critérios diferenciados para a implantação, financiamento e manutenção das eSFRs. No ano seguinte, com a publicação da PNAB de 2011, as eSFRs e eSFFs foram referidas como “equipes de atenção básica para populações específicas”, porém os valores do incentivo financeiro e as regras de composição das equipes, funcionamento e monitoramento seriam normatizados por meio de atos específicos e em outro momento⁹.

Considerados os atos específicos, no que tange às definições e diferenciações desses dois tipos de equipes, ficou estabelecido que as eSFRs desempenham a maior parte de suas funções em UBSs localizadas nas comunidades, cujo acesso da equipe se dá por meio fluvial; as eSFFs, por sua vez, desempenham suas atividades laborais em comunidades com as mesmas características, porém o deslocamento da equipe e o atendimento acontecem em UBSF⁹.

Foram também estabelecidas normas relativas à composição das equipes, carga horária de seus componentes, regime de trabalho, condicionantes para seu funcionamento, exigências relativas ao delineamento dos planos de trabalho, entre outros aspectos. Para as UBSFs, foram definidos parâmetros relativos à estrutura física mínima das embarcações e equipamentos para solicitação de custeio mensal. Sobre esse último ponto, destaca-se que, devido às iniciativas já em andamento ou implementadas por gestores locais, foram instituídas três modalidades de custeio: incentivo mensal para as eSFRs; ampliação da composição mínima das eSFRs e eSFFs; e implantação de novas eSFRs e eSFFs⁹.

Em atos normativos subsequentes, foram revisados os valores de financiamento das eSFRs e eSFFs, sendo estabelecidos os critérios para habilitação das UBSFs^{10,14}. Até 2013, não havia fomento do MS para a construção de UBSF, o que foi instituído no início daquele ano. Essa despesa foi vinculada ao programa Requalifica UBS, programa que visava melhorar a estrutura física das UBS por meio de construção de novas UBS, ampliação ou reforma¹¹. Razão pela qual, a partir de 2013, aumentou o número de municípios da Amazônia Legal e do Pantanal que apresentaram projetos ao MS para a construção de UBSF.

Ainda na linha da historicidade de cobertura sistemática das populações ribeirinhas com eSFRs e eSFFs, outros atos normativos dispuseram sobre adequações de componentes já normatizados^{12,13}. Com essas formulações e adequações, as eSFRs, eSFFs e UBSFs foram incorporadas à PNAB de 2017¹⁴. A UBSF tornou-se um dos três tipos de unidades de saúde da APS (UBS, UBSF e Unidade Odontológica Móvel). Por causa da longa distância entre as comunidades e a UBS de referência, as eSFRs e eSFFs puderam incorporar, a partir de então, unidades de apoio, onde profissionais atendem a população por ocasião da visita. No Quadro 1, são apresentados, cronologicamente, os atos normativos que dispuseram sobre as eSFRs, eSFFs e UBSFs antes da publicação da PNAB de 2017.

Quadro 1 – Atos normativos do Ministério da Saúde anteriores à Política Nacional de Atenção Básica de 2017, nos quais há decisões ou recomendações explícitas dirigidas às equipes de Saúde da Família Ribeirinha, equipes de Saúde da Família Fluvial e Unidades Básicas de Saúde Fluvial

(Continua)

| PORTARIA | EMENTA |
|------------------------|---|
| Portaria nº 2.191/2010 | Institui critérios diferenciados com vistas à implantação, financiamento e manutenção da ESF para as populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul. |
| Portaria nº 2.488/2011 | Aprova PNAB, estabelecendo revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, ESF e PACS, incluindo definição, composição e atuação das eSFRs, eSFFs e UBSFs, e assegurando a necessidade de normatização específica. |

(Conclusão)

| PORTARIA | EMENTA |
|---|---|
| Portaria nº 2.490/2011 | Define valores de financiamento das eSFRs e custeio das UBSFs, mediante a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, instituídos pela PNAB. |
| Portaria nº 1.591/2012 | Estabelece critérios para habilitação de UBSF para fins de recebimento do incentivo mensal de custeio a que se refere o art. 4º da Portaria nº 2.490/GM/MS, de 21 de outubro de 2011. |
| Portaria nº 290/2013 | Institui o componente “construção de UBSF” no âmbito do programa Requalifica UBS. |
| Portarias nº 3.204/2013 e nº 2.301/2014 | Credencia municípios a receberem os incentivos referentes às eSFRs. |
| Portaria nº 837/2014 | Redefine o arranjo organizacional das eSFRs e eSFFs dos municípios da Amazônia Legal e do Pantanal do Mato Grosso do Sul. |
| Portaria nº 1.229/2014 | Define valores de incentivo financeiro mensal de custeio das eSFFs e UBSFs. |
| Portaria nº 2.533/2016 | Suspende transferência de incentivos financeiros referentes aos municípios com irregularidades no cadastro de profissionais no CNES. |

Legenda: ESF – Estratégia Saúde da Família; CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; eSFR - equipe de Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - equipe de Saúde da Família Fluvial; UBSF - Unidade Básica de Saúde Fluvial; PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PNAB - Política Nacional de Atenção Básica.

Fonte: elaborada pelos autores.

Proposições normativas para as equipes de Saúde da Família Ribeirinha e de Saúde da Família Fluvial e Unidades Básicas de Saúde Fluviais a partir da Política Nacional de Atenção Básica de 2017

Os atos normativos analisados referentes ao período pós-PNAB de 2017 foram interpretados quanto ao conteúdo (diretrizes) e à finalidade. No que tange ao conteúdo, foram identificados três componentes temáticos: composição das equipes; regime de trabalho; e financiamento.

A equipe mínima da eSFR é composta por um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem. A inclusão de outros profissionais é facultada ao gestor, quais sejam um cirurgião dentista, um técnico ou auxiliar em saúde bucal e, a depender da extensão do território, até 24 agentes comunitários de saúde (ACS), até 12 agentes de combate às endemias (ACE), até 11 auxiliares ou técnicos de enfermagem, mais um auxiliar ou técnico de saúde bucal e até dois profissionais de saúde de nível superior.

Ressalta-se que, além dos ACS, os auxiliares ou técnicos de enfermagem da equipe devem residir nas respectivas áreas de atuação. A equipe mínima da eSFF se diferencia da eSFR apenas pela inclusão de pelo menos um técnico de laboratório ou bioquímico. Para a

eSFF, também é facultado ao gestor a inclusão de ACS e de ACE, ambos sem especificação de teto, um cirurgião dentista, um técnico ou auxiliar em saúde bucal e até dois profissionais de saúde de nível superior.

Quanto ao regime de trabalho, não há especificidades para uma e outra equipe. Às eSFRs, são previstos, no mínimo, 14 dias mensais de atendimento à população, com carga horária equivalente a oito horas diárias. É preconizado um circuito de deslocamento da equipe que garanta o atendimento a todas as comunidades do território adscrito pelo menos uma vez a cada 60 dias. Para os ACS e auxiliares ou técnicos de enfermagem (incluídos por decisão do gestor e necessidades do território), a carga horária é de 40 horas semanais. Como não há detalhamento sobre o regime de trabalho das eSFFs, fica subentendida a extensão das mesmas regras para carga de trabalho.

O financiamento específico para a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas, através das eSFRs e eSFFs, é previsto na forma de incentivo de custeio para logística, que supõe a existência de até quatro das equipes, até quatro unidades de apoio ativas e até quatro embarcações de pequeno porte, exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde. Ambas as estruturas (unidades de apoio e embarcações) devem estar ativas e devidamente informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Tratando-se do custeio para UBSF, supõe-se sua existência, ter cadastro ativo e informações atualizadas no CNES.

Sob a ótica da finalidade, foram encontradas as seguintes classes temáticas: credenciamento de municípios para recebimento de incentivos financeiros; habilitação de estados e municípios para construção de UBSF; alteração do tipo de equipe; estabelecimento de regras para registro no CNES; adequação desses arranjos às regras instituídas; incentivo financeiro e incorporação de adicional, incluindo proposta de ampliação ou reforma de UBSF; e suspensão de incentivo financeiro.

A maioria dos atos normativos versa sobre a suspensão de transferência de incentivos financeiros a municípios com irregularidades no cadastro de profissionais ou com ausência de atualização de dados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Outros dois temas frequentes, plausíveis e esperados são os referentes ao credenciamento e habilitação de estados e municípios para receber os incentivos e adicionais financeiros necessários à operação das eSFRs, eSFFs e UBSFs. No Quadro 2, é apresentada a síntese temática dos enunciados dos atos normativos publicados a partir da PNAB de 2017, agregados pelo componente principal da finalidade, mostrando o número (n) de portarias relacionadas ao tema, em geral e por ano de publicação.

Com exceção de 2022, a partir de 2017, houve credenciamento de municípios em todos os anos, com maior concentração em 2018 e 2023. Os atos relativos à suspensão de incentivos

financeiros incidiram com maior frequência nos anos 2018, 2019 e 2021. Nesses três anos, foram publicadas 43 das 56 portarias relativas a esse tema.

Quadro 2 – Finalidade principal e número (n) de portarias correlatas, ano e quantidade de portarias por ano, e síntese das respectivas ementas dos atos normativos referentes às equipes de Saúde da Família Ribeirinha, equipes de Saúde da Família Fluvial e Unidades Básicas de Saúde Fluvial publicados no período de setembro de 2017 a dezembro de 2023

(Continua)

| FINALIDADE DOS ATOS NORMATIVOS (n)* | ANO DE PUBLICAÇÃO (n)* | SÍNTESE DOS CONTEÚDOS |
|--|--|---|
| Credenciamento de estados e municípios (25) | 2017 (2); 2018 (6); 2019 (3); 2020 (4); 2021 (4); 2023 (6) | Credencia municípios que fizerem jus à transferência de incentivo financeiro federal de custeio referente à UBSF e incorporação de componentes adicionais. |
| Habilitação de estados e municípios para construção de UBSF (11) | 2017 (4); 2018 (5); 2021 (2) | Possibilita que estados e municípios da Amazônia Legal e do Pantanal do Mato Grosso do Sul recebam recursos referentes à construção de UBSF no âmbito do programa Requalifica UBS. |
| Alteração de equipe da ESF para eSFRs e eSFFs (5) | 2017 (2); 2020 (1); 2023(2) | Altera o tipo de ESF para eSFR, conforme regras instituídas pela Portaria nº 837/GM/MS, de 9 de maio de 2014, e regras instituídas pela Seção III do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, convertendo os códigos referentes às INE homologados como ESF pela Portaria SAPS/MS nº 49, de 27 de dezembro de 2019, para incluir as eSFRs. |
| Regras para registro no CNES (2) | 2017 (1); 2019 (1) | Define e homologa códigos referentes às INE ao CNES das equipes ou serviços de APS credenciados e cadastrados no CNES para fins de transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação, incluindo as eSFFs e eSFRs. |
| Adequação da eSFR às regras instituídas (5) | 2019 (2); 2020 (3) | Adequar as eSFRs às regras instituídas pela Seção III do Capítulo II das equipes de ESF do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017; incorporar eSFRs e componentes das unidades de apoio e profissionais acrescidos à equipe, de acordo ao Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que redefine o arranjo organizacional das eSFRs e eSFFs dos municípios da Amazônia Legal e do Pantanal do Mato Grosso do Sul. |

(Conclusão)

| FINALIDADE DOS ATOS NORMATIVOS (n)* | ANO DE PUBLICAÇÃO (n)* | SINTESE DOS CONTEÚDOS |
|--|---|--|
| Incentivo financeiro (5)* | 2017 (1); 2018 (1); 2019 (1); 2020(1) | Define valores do incentivo financeiro mensal de custeio das eSFRs, eSFFs e UBSFs; altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre incentivo financeiro mensal de custeio das eSFRs e UBSFs; incorpora às eSFRs adicional de unidades de apoio e acréscimo de profissionais de saúde; estabelece incentivo financeiro referente ao adicional de embarcação de pequeno porte para o deslocamento dos profissionais de saúde no atendimento às comunidades e unidades de apoio para atenção de forma descentralizada da UBSF, conforme o arranjo organizacional instituído pela Seção III do Capítulo II das equipes de ESF do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, acrescentando profissionais à composição mínima da equipe. |
| Proposta de ampliação ou reforma da UBSF (1) | 2019 (1) | Propõe transferência de recursos financeiros para ampliação, construção e reforma da UBSF. |
| Suspensão de incentivo financeiro (56) | 2017 (5); 2018 (14); 2019 (14); 2020 (6); 2021 (15); 2023 (1) | Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às eSFRs, eSFFs e UBSFs em municípios com irregularidades no cadastro de profissionais no CNES e/ou com ausência de alimentação de dados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica ou que apresentaram duplicidade no cadastro de profissionais no CNES. Ainda, torna sem efeito o credenciamento de municípios ao recebimento de incentivo mensal de custeio de UBSF, realizado por ato legal revogado (Portaria GM/MS nº 287, de 28 de fevereiro de 2013). |

Legenda: ESF – Estratégia Saúde da Família; CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; eSFR - equipe de Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - equipe de Saúde da Família Fluvial; UBSF - Unidade Básica de Saúde Fluvial; APS – Atenção Primária à Saúde; GM – Gabinete do Ministro; MS – Ministério da Saúde; INE - Identificações Nacionais de Equipe; SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde; *Número de portarias acessadas e incluídas na análise por componente temático e por ano.

Fonte: elaborada pelos autores.

DISCUSSÃO

A saúde, como direito fundamental de todos os brasileiros, deve ser garantida pelo Estado^{15,16} por meio de políticas públicas de saúde, em virtude de suas finalidades e especificidades, mas também por meio de políticas públicas em diversas áreas da ordem social (economia, assistência social, ciência e tecnologia, para citar algumas). Além da assistência às condições de doenças ou agravos, desempenhada por ofício pelo setor saúde, todas as ações públicas devem convergir para promover a saúde individual e coletiva, para reduzir riscos de

doenças evitáveis e suas complicações.

O acesso universal aos serviços de saúde não atende, isoladamente, a todas as demandas desse direito fundamental. Assim, a disponibilidade dos pontos da Rede de Atenção à Saúde em todos os territórios é imprescindível para produção do cuidado e tratamento de doenças, para medidas de prevenção específica, e para proteção e promoção da saúde. Isso requer uma oferta compatível com as demandas, em todos os territórios de forma integrada, cujos recursos e prestação de serviços incluem os cidadãos sem distinção¹⁶.

A universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, além de ser um dos princípios organizativos e doutrinários do SUS, traz consigo forte ancoragem ética⁴. Entre os principais empecilhos para o alcance da universalidade no SUS, têm maior peso as desigualdades socioeconômicas e de saúde vigentes no país, agravadas pela limitada governança das autoridades sanitárias nos municípios e regiões menos favorecidas, o que se aplica à região Norte¹⁸.

Com base em estudos prévios¹⁹⁻²², fica evidente o aumento de cobertura da APS, com a inclusão de famílias ribeirinhas, porém persistem fragilidades e desafios a serem enfrentados, como a descontinuidade do financiamento, o impacto da conjuntura política de determinados momentos da história, como parece ter ocorrido em 2015 e 2022, a qualificação profissional para o atendimento a populações ribeirinhas, entre outros aspectos.

Estudo conduzido em contexto amazônico analisou o desempenho das eSFRs e eSFFs por meio de serviços ofertados por oito municípios do Amazonas (cobertura das ações de atenção básica, ações individuais e coletivas das equipes de saúde). Os resultados mostraram que a implantação das eSFRs e eSFFs promoveu a inclusão de populações de áreas territoriais de baixa densidade demográfica e longínquas dos centros urbanos municipais¹⁹, confirmando a relevância das equipes, das UBSFs e das embarcações de pequeno porte.

Outro estudo, com trabalhadores de saúde que atuam em UBSF e população ribeirinha residente nos municípios de Manaus e de Novo Airão, ambos no estado do Amazonas, mostrou que eSFFs e UBSFs representam avanço em termos de acessibilidade à APS, com potencial para conduzir o trabalho menos biomédico e mais interativo no território. A efetividade mostrou-se mais adequada para ações, como pré-natal de risco habitual, que exigem consultas periódicas. Entretanto, para as condições que exigem continuação da atenção, o atendimento se mostrou prejudicado, indicando a necessidade de adequação de organização do cuidado instituído no âmbito dos territórios cobertos por UBSF. Verificou-se também a subutilização da força de trabalho dos ACS e o descompasso entre suas tarefas e as dos outros membros da equipe multiprofissional. Com essas conclusões, os autores alertaram para o risco de replicação, sem a devida crítica, das rotinas adotadas em serviços localizados em espaços urbanos²⁰.

A partir das questões abordadas nos atos normativos atinentes à composição das eSFRs

e eSFFs, não há novidade sobre a equipe mínima em relação às equipes de ESF (médico, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem), mas é facultado ao gestor a inclusão de outros profissionais, incluindo a equipe de saúde bucal e ACS. Ressalva-se a obrigatoriedade da inclusão do técnico de laboratório ou bioquímico na equipe mínima da eSFF. Se, por um lado, a “liberdade” prevista ao gestor local de ditar a composição das eSFRs e eSFFs é plausível por causa das peculiaridades territoriais, por outro, é passível de crítica. A depender do nível de comprometimento dos gestores locais com a saúde das populações dispersas, a composição de equipes ampliadas pode ser negligenciada, mesmo sendo imprescindível para aumentar a capacidade de solução de problemas gerados por demandas reprimidas, bem como para execução de ações de prevenção de doenças ou piora de quadros clínico (individual) e/ou epidemiológico (comunitário/coletivo) no território de responsabilidade sanitária da equipe¹⁴.

Em geral, os ACS integram as eSFRs, conforme demonstrado no número de portarias que dispuseram sobre o financiamento relativo à inclusão ou aumento desse profissional nessa modalidade de equipe. Já em relação às eSFFs, a inclusão do ACS deve ser observada, ponderando a implantação de outros tipos de equipes nos territórios atendidos pelas eSFFs, os quais já podem dispor de cobertura de ACS das eSFRs ou da estratégia ACS. Nesses cenários, a eSFF realiza os atendimentos com forte participação dos ACS de suas respectivas áreas. Destaca-se ainda que a função do ACS é imprescindível na APS em todos os territórios. Em áreas rurais remotas e ribeirinhas, as visitas domiciliares constituem a principal ação dos ACS, sendo a forma mais importante de contato dos serviços de saúde com os usuários e, muitas vezes, o único recurso de saúde acessível²³. Foi demonstrado que o tempo mais largo de experiência como ACS resulta em robusto conhecimento e forte vínculo com o território. Os agentes também possuem habilidades para (re)construir práticas intersetoriais associadas aos determinantes sociais, micropolíticos e culturais do processo de saúde-doença²⁴.

A carga horária dos profissionais da eSFR e eSFF é expressa nos termos de “regime de trabalho”, diferentemente da descrição para os profissionais que compõem a eSF. A PNAB revisada de 2017 estabelece carga horária de 40 horas semanais obrigatória para todos os profissionais da ESF, o que significou uma mudança em relação à PNAB de 2011 (revogada), na qual havia exceção para o profissional médico da ESF, que poderia ter carga horária de 20 horas semanais^{9,14}. No que tange ao regime de trabalho, embora haja uma previsão de atuação das eSFRs e eSFFs de pelo menos 14 dias mensais de atendimento em áreas ribeirinhas, com carga horária diária equivalente a oito horas, com um circuito de deslocamento das eSFRs e eSFFs que garanta o atendimento às comunidades pelo menos uma vez em 60 dias, a prática pode ser diversa. Estudo realizado município de Borba, estado do Amazonas, descreve a experiência do trabalho de uma eSFF, mostrando que, em área composta de 23 comunidades, o tempo de percurso e trabalho tem duração mínima de 12 dias e máxima de 20 dias,

dependendo do nível das águas, e que o retorno da equipe nas mesmas comunidades ocorre em cerca de 40 dias¹⁴.

No que tange aos profissionais, no presente estudo, não foram encontrados dispositivos nos atos normativos sobre processo de trabalho e qualificação. Isso ocorreu tanto nos atos específicos para eSFRs, eSFFs e UBSFs quanto naqueles de abrangência da APS que incluem parâmetros para essas equipes. Os atos normativos analisados tratam da composição e do regime de trabalho dessas equipes, como fora mencionado. Embora imprescindível, só a disponibilidade de recursos humanos e físicos (UBSF, embarcações de pequeno porte, insumos entre outros) não garante a produção de saúde.

A dimensão profissional, caracterizada como o encontro privado entre o profissional e o usuário (indivíduo, família ou comunidade), pode ser qualificada na perspectiva de três elementos essenciais: construção de vínculo entre ambos; qualificação técnica do profissional; e posicionamento ético do profissional perante necessidades e sofrimento do usuário²¹. Em relação à construção de vínculo entre trabalhador e usuário, em estudo que envolveu trabalhadores da APS, foi identificado que o vínculo está associado ao acolhimento e, este, por sua vez, ao processo de trabalho. Nessa perspectiva, a relação de confiança instituída no momento de acolhimento traduz o significado e necessidade da aplicação do acolhimento como tecnologia e instrumento para a intervenção. Por conseguinte, seus efeitos na prática determinam e dão ao acolhimento centralidade no processo de trabalho das equipes²².

A qualificação dos profissionais de todos os níveis de formação que compõem as eSFRs e eSFFs deve ser contemplada e priorizada. Somente assim será possível a superação de lacunas na formação e reprodução acrítica do modelo assistencial biomédico. A qualificação, nas suas diversas formas (educação continuada ou permanente, *lato sensu* ou *stricto sensu*), pode ser a chave para a produção de um cuidado integral, territorializado (relação entre prevenção, cuidado e promoção da saúde) e para a organização de processos de trabalho mais democráticos e participativos (participação dos trabalhadores no planejamento das ações, definição e discussão das metas e prioridades das equipes)⁵.

O posicionamento ético decorre das escolhas individuais e da formação do profissional, mas, também, está atrelada à instituição (seus objetivos, suas prioridades e estratégias, os métodos utilizados para o alcance dos resultados, o tipo de gestão) e às condições objetivas para os profissionais desempenharem as funções que legalmente lhes são atribuídas. Em estudo, realizado com profissionais de UBS (Clínicas de Família) do município do Rio de Janeiro²⁵, foram identificados problemas que envolviam equipe, família e usuário; membros da equipe; equipe e gestão; e sigilo profissional. As principais consequências de natureza (bio)ética desses problemas foram ruptura do respeito e da confiança entre usuário e equipe, e prejuízos para o relacionamento interpessoal necessário para o alcance de resultados do trabalho em

equipe.

Por extensão, acredita-se que quaisquer desses problemas éticos e suas consequências observadas no âmbito da APS de um centro urbano, quando presentes no contexto das eSFRs, eSFFs e UBSFs, podem ter efeitos potencialmente mais deletérios, tanto para os usuários, porque não têm outra alternativa de serviço ou de profissional para recorrer nas suas demandas de atendimento, quanto para os profissionais, porque, em período de atendimento em comunidades dispersas e longínquas, podem estar mais suscetíveis a atitudes indesejadas para si, para a equipe e para os usuários.

Ainda em relação à qualificação profissional, no âmbito da APS e de sua cobertura em áreas de difícil acesso, destaca-se a promulgação da última edição do Programa Mais Médicos (PMM)²⁶, visto que tem como finalidade “incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade”. Essa intenção abrange os territórios das comunidades ribeirinhas.

Como fora mencionado, com maior expressão em número, a principal finalidade dos atos normativos foi a suspensão de transferência financeira do âmbito federal para os municípios que apresentaram irregularidades no registro de informações no CNES, segundo regras estabelecidas. Certamente, essa é uma questão a ser explorada em estudo com delineamento apropriado para identificar as circunstâncias e possíveis causas desse desfecho. É notória a existência de descompasso entre a necessidade de assistência das populações ribeirinhas, a disponibilidade de incremento financeiro para o atendimento dessa população e, ao mesmo tempo, a descontinuidade do atendimento e/ou do gerenciamento de informações no nível municipal, a ponto de comprometer o repasse de recursos financeiros previstos.

Também foram alvo dos atos normativos os critérios para credenciamento ao recebimento de incentivos e adicionais financeiros, bem como a adesão dos municípios. Com base no número de atos que suspendem a transferência de recursos financeiros, supõe-se que haja necessidade de sistema de monitoramento e acompanhamento da adesão municipal que contemple particularidades da gestão em saúde, problemas relativos à manutenção das equipes de saúde e particularidades dos territórios²⁷. Estudo de revisão identificou que, entre os desafios a serem superados na saúde disponibilizada às populações ribeirinhas, estão a desorganização e o despreparo das equipes para atuar nessas áreas.

Os atos relativos às mudanças do tipo de equipe eram esperados, visto que, antes da instituição das eSFRs e eSFFs, o atendimento às populações ribeirinhas era desempenhado pela ESF e, por isso, houve adequação de parte delas às regras estabelecidas referentes às eSFRs e eSFFs. Além disso, as portarias que trataram da alteração de ESF para eSFR decorreram da necessidade de embarcações de pequeno porte para o deslocamento dos

profissionais de saúde no atendimento às comunidades e do incremento de profissionais à composição mínima da equipe, além das unidades de apoio para atenção de forma descentralizada ou também por necessidade de adequação das eSFRs existentes às regras instituídas para as eSFFs.

A incorporação de adicional financeiro para custeio de unidades de apoio e acréscimo de profissionais à composição mínima da equipe supõe a existência das equipes, unidades de apoio ativas e embarcações de pequeno porte, exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde. Ambas as estruturas (unidades de apoio e embarcações) devem estar ativas e devidamente informadas no CNES. Tratando-se do custeio para UBSF, supõe-se sua existência, ter cadastro ativo e informações atualizadas no CNES. A lógica desses incrementos, além da cobertura e acesso, é a solução de problemas no âmbito do território comunitário e garantia de assistência aos casos que requerem atenção especializada. Entretanto, estudos²⁷ demonstram a persistência dos determinantes sociais de doenças prevalentes, como doenças parasitárias e outras condições sensíveis à atenção primária, como acidente vascular cerebral. Estudo que avaliou os atributos da APS na saúde fluvial identificou que o pior deles foi a orientação comunitária²⁸.

Na atualidade, ao tratar-se de qualquer aspecto do financiamento do SUS para APS, é necessário considerar e decompor o Programa Previne Brasil²⁹, pela sua pertinência ao tema e pelo impacto que exerce sobre a atenção à saúde de populações dispersas. Esse programa estabelece um modelo de financiamento de custeio para APS¹⁴. As mudanças introduzidas no financiamento da APS, com o Programa Previne Brasil, foram parte da implantação do pacote econômico que esteve em curso no Brasil a partir de 2016³⁰. Destacam-se as seguintes mudanças: (1) fim do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo (transferência federal *per capita* para todos os municípios, considerando suas populações estimadas e características socioeconômicas); (2) fim do PAB variável relativo ao número e tipo de ESF implantada, e ao desempenho por um sistema de avaliação que incluía o processo de autoavaliação das equipes e avaliação externa, como se deu com o Programa para a Melhoria da Qualidade da Atenção Básica; e (3) fim do financiamento para os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica³⁰.

Em vez desses parâmetros, o novo modelo de financiamento da APS previa o pagamento com base em um componente de captação relativo à população cadastrada por equipe no sistema de informação da APS, sem diferenciação entre equipe de ESF e equipe de Atenção Básica; também previa o pagamento por desempenho, considerando o resultado de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no CNES. Apesar da falta de objetividade, esses indicadores ainda foram classificados como sendo: (1) de processo e resultados intermediários das equipes; (2) resultados em saúde; e (3) indicadores “globais” em APS^{14,30}.

Há um componente com incentivos para ações estratégicas, com subcomponentes de especificidades, que inclue as UBSFs. Entretanto, em geral, não há indicação sobre a forma de cálculo das metas a serem alcançadas pelas equipes e de que modo seriam contempladas as diversidades que caracterizam o imenso território brasileiro^{14,30}. Isso, em particular, diz respeito às populações ribeirinhas, que vivem em áreas dispersas, em territórios de baixíssima densidade demográfica, quando comparadas aos que vivem nas sedes municipais ou mesmo em seus distritos rurais.

O Programa Previne Brasil se assenta em críticas do governo federal do período 2019-2022 ao modelo anterior de financiamento da APS e em argumentações em favor do aumento da flexibilidade e autonomia para os gestores, além de maior eficiência e valorização do desempenho. Autores consideraram que se tratavam de medidas privatizantes, mercantis e seletivas que apontavam para a direção de contrarreformas em relação às políticas de ampliação da cobertura e do acesso³¹. Ademais, com esse programa, buscava-se promover mudança no modelo assistencial e maior controle do gasto público. Entretanto, a conjuntura política mudou, e sobre o momento em curso, destaca-se relançamento do PMM, referido anteriormente, no contexto da qualificação profissional²⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os atos normativos recrutados e analisados permitem a identificação de caminhos já percorridos e outros possíveis de serem trilhados ou deles afastados, no sentido de aperfeiçoamento permanente das ações específicas relativas à atenção às populações ribeirinhas. O atraso no desenvolvimento e implantação das eSFRs, eSFFs e UBSFs em relação à instituição da ESF indica que, apesar dos incrementos quantitativos, em especial de cobertura e financiamento, e dos incrementos qualitativos, no que concerne à melhora dos indicadores, satisfação dos usuários e trabalhadores, havia uma lacuna de cobertura, entre diferentes territórios, no que diz respeito à oferta de serviços de saúde e acesso da população a esses serviços, com notável desvantagem para a população ribeirinha e dos outros grupos específicos referidos nas PNAB de 2011 e PNAB de 2017.

Tratando-se das populações ribeirinhas, a PNAB de 2011 se constituiu em um marco temporal relevante para visibilidade e possibilidade de garantia do acesso ao direito à saúde dessas populações. Os atos normativos publicados a partir de 2010, específicos ou de abrangência da APS, que trataram das eSFRs, eSFFs e UBSFs, assim como as práticas correlatas bem-sucedidas nos territórios onde as populações ribeirinhas vivem e trabalham, foram decisivos para sua manutenção na PNAB revisada de 2017, o que é louvável. Contudo, cabe destacar o atraso de pelo menos 20 anos em relação à instituição e normatização do SUS

para formulação de normas específicas e primeiras experiências de implantação das eSFRs e eSFFs nos territórios a que se destinam.

A frequente ocorrência de portarias visando à suspensão de repasses financeiros para fins de funcionamento de eSFRs, eSFFs e UBSFs em razão de irregularidades relacionadas ao cumprimento de normas previamente estabelecidas aponta para a necessidade de processos de monitoramento da gestão municipal e das equipes de saúde que incluam processos de autoavaliação e avaliação externa nos moldes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. Murphy P, Burge F, Wong S. Measurement and rural primary health care: a scoping review. *Rural Remote Health* [Internet]. 2019 [acesso em 2024 jan. 27];19(3). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31365828/>
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília : OPAS. [Internet] 2018 [acesso em 2024 fev. 20]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>
3. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG, Mendonça FF. A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016 [acesso em 2024 jan. 27]; 32(3):e00181314. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nQjYRqwSB84YfJGfNqRtNPs/?lang=pt>
4. Menezes ELC, Scherer MDA, Verdi MI, Pires DP. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. *Saúde Soc* [Internet]. 2017 [acesso em 2024 fev. 20]; 26(4):888–903. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MxGqmyYkCy9yjkVnpNz3VbP/?lang=pt>
5. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 [acesso em 2024 nov. 18];42(116):11–24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>
6. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 [acesso em 2024 Jan.15]; 42(spe1):208–23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s114>
7. Mendes EV. A atenção Primária à Saúde no SUS: avanços e ameaças. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). [Internet] 2021 [acesso em 2024 jan.15]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/conass-documenta-38/>
8. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Plano Nacional de Saúde, Período 2024-2027. [Internet] 2024 [acessado em 2024 fev. 21]. Disponível em: <https://diginusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/W2jOMcLWqx1wLMZMqx7Y6MMVFCjxGgR1WzGIcOqC.pdf>
9. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. [Internet] 2011 [acesso em 2023 dez. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
10. Ministério da saúde (Brasil). Portaria GM/MS Nº 1.591, de 23 de julho de 2012. Estabelece

- os critérios para habilitação de UBSF. [Internet] 2012 [acesso em 2023 dez 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1591_23_07_2012.html
11. Ministério da saúde (Brasil). Portaria GM/MS Nº 290, de 28 de fevereiro de 2013. Institui o componente ‘construção de UBSF’ no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). [Internet] 2013 [acesso em 2023 dez. 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0290_28_02_2013_comp.html
12. Ministério da saúde (Brasil). Portaria GM/MS Nº 837, de 9 de maio de 2014. Redefine o arranjo organizacional das ESFR e das ESFF dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. [Internet] 2014 [acesso em 2023 dez. 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html
13. Ministério da saúde (Brasil). Portaria GM/MS Nº 1.229, de 6 de junho de 2014. Define os valores do incentivo financeiro mensal de custeio das ESFR, das ESFF e das UBSF. [Internet] 2014b [acesso em 2023 dez. 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1229_06_06_2014.html
14. Ministério da saúde (Brasil). Portaria GM/MS Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. [Internet] 2017 [acesso em 2023 dez. 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
15. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF): Senado Federal. [Internet] 1988 [acesso em 2023 dez. 20]. Disponível em: <https://www4.planalto.gov.br/legislacao/>
16. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. D.O.U de 20/09/1990, pág. nº 18055. [Internet] 1990 [acesso em 2024 jan. 05]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 416 p.
18. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 [acesso em 2024 jan. 05]; 22(4):1225–34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>
19. Lima RTS, Fernandes TG, Martins Júnior PJA, Portela CS, Santos Junior JDO, Schweickardt JC. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. Cien Saude Colet [Internet]. 2021 [acesso em 2024 jan. 07];26(6):2053–64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PvFjywqqXgsPy5Phds5XyRq/?lang=pt>
20. Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR, Correia PC, Torres MV, Herkrath FJ. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. Int J Equity Health [Internet]. 2020 [acesso em 2024 jan. 07];19(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-020-01171-x>
21. Costa LA, Carneiro FF, Almeida MM, Machado MFAS, Dias AP, Menezes FWP, et al. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. Saúde em Debate [Internet]. 2019 [acesso em 2024 jan. 11]; 43(spe8):36–49. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8jK7WwBqCBRpBPcg8WNZyFM/?lang=pt>
22. Feitosa MVN, Candeias R, Feitosa AKN, Melo WS, Araújo FM, Carmo JF et al. Práticas e saberes do acolhimento na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde. [Internet] 2021, 13(3):e5308-e5308 [acesso em 2024 fev. 15]. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5308/4290>

23. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Almeida PF. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 ago. 18]; 37(8):e00247820. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00247820>.
24. Baldoino M, Herkrath F, Horta, Garnelo Luiza. Modos de vida e organização do trabalho de agentes comunitários de saúde de unidades fluviais na Amazônia. *Trabalho, Educação e Saúde* [Internet]. 2023 [acesso em 2025 ago. 18]; 21, e02470231. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2470>.
25. Simas KBF, Simões PP, Gomes AP, Costa AAZ, Pereira CG, Siqueira-Batista R. (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 [acesso em 2024 fev. 15]; 21(5):1481–90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/D8DcdNyT4GLxR3L7SpSyZbt/?lang=pt>
26. Ministério da saúde (Brasil). Lei Nº 14.621, de 14 de julho de 2023 - Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos e dá outras providências. D.O.U de 14/07/2023, pág. nº 1. [Internet] 2023 [acesso em 2024 jan. 05]. Disponível em: Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14621.htm
27. Santos IO, Rabello RED, Corrêa RG, Melo GZS, Monteiro ÂX. Avanços e desafios na saúde das populações ribeirinhas na região amazônica: uma revisão integrativa. *Rev APS* [Internet]. 2022 2016 [acesso em 2024 fev. 15]; 24. DOI: <http://dx.doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.34823>
28. Figueira MCS, Silva WP, Marques D, Jennifer Bazilio J, Pereira JA, Vilela MFG, Silva EM. Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos. *Saúde em Debate* [Internet]. 2020 [acesso em 2024 jan. 20]; 44 (125): 491-503. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012516>
29. Ministério da saúde (Brasil). Portaria GM/MS Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. [Internet] 2019 [acesso em 2024 jan. 05]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
30. Melo EA, Almeida PF, Lima LD, Giovanella L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 [acesso em 2024 jan. 05];43(spe5):137–44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n5ftgSYH5bsBBJpbxR7L5RN/?lang=pt>
31. Seta MHD, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cien Saude Colet* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 jan. 30]; 26(suppl 2):3781–6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzsfhTgn9zjcrhC/?lang=pt>

| Autoria | | | |
|--|---|---|---|
| Nome | Afiliação institucional | ORCID  | CV Lattes  |
| Ednilza Ribeiro dos Santos | Universidade do Estado do Amazonas (UEA) | https://orcid.org/0000-0002-3188-0114 | http://lattes.cnpq.br/1444498067613214 |
| Cláudia Moura Santiago | Faculdade Estácio do Amazonas (ESTÁCIO AMAZONAS) | https://orcid.org/0000-0002-8811-7777 | http://lattes.cnpq.br/6699154935598702 |
| Vivian Esni Voltolini Fernandes | Universidade do Estado do Amazonas (UEA) | https://orcid.org/0000-0001-7694-2174 | http://lattes.cnpq.br/6526723430627467 |
| Zanandrea Bianca Sena Mota | Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH) | https://orcid.org/0000-0002-5226-9672 | http://lattes.cnpq.br/4278671568233611 |
| Giane Zupellari dos Santos-Melo | Universidade do Estado do Amazonas (UEA) | https://orcid.org/0000-0003-1161-8677 | http://lattes.cnpq.br/7048020974666865 |
| Maria de Nazaré de Souza Ribeiro | Universidade do Estado do Amazonas (UEA) | https://orcid.org/0000-0002-7641-1004 | http://lattes.cnpq.br/2548588402135708 |
| Amélia Nunes Sicsú | Universidade do Estado do Amazonas (UEA) | https://orcid.org/0000-0001-5217-3710 | http://lattes.cnpq.br/9318836166239188 |
| Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva | Universidade do Estado do Amazonas (UEA) | https://orcid.org/0000-0003-2139-083X | http://lattes.cnpq.br/3119871825560752 |
| Autora correspondente | Ednilza Ribeiro dos Santos  ersantos@uea.edu.br | | |

| Metadados | | |
|--|--|------------------------------------|
| Submissão: 5 de abril de 2024 | Aprovação: 8 de agosto de 2025 | Publicação: 18 de novembro de 2025 |
| Como citar | Santos ER, Santiago CM, Fernandes VEV, Mota ZBS, Santos-Melo GZ, Ribeiro MNS, et al. Equipes de saúde da família ribeirinha e fluvial nos atos normativos do Ministério da Saúde – Brasil. Rev. APS [Internet]. 2025; 28 (único): e282544071 DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2025.v28.44071 | |
| Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS | As autoras mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo. | |
| Conflito de interesses | Sem conflitos de interesses. | |
| Financiamento | Com apoio financeiro, para revisão e tradução, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM). | |
| Contribuições dos autores | Concepção, planejamento e campo do estudo: ERS, GZS; Análise ou interpretação dos dados: CMC, VEVF, ZBSM, MNSR, ANS; Elaboração do rascunho: ERS, GZS; Revisão crítica do conteúdo: MNSR, ANS, DMGVS. As autoras aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho. | |

[Início](#)