

Repercussões da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 na cobertura de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

Rafael Bezerra Duarte

Enfermeiro, Mestre, Doutorando em Saúde Coletiva,

Universidade Estadual do Ceará, UECE,

Docente do Curso de Medicina, UECE, Campus Itaperi,

Pesquisador do Grupo de Pesquisa Fluxos, Redes e Cuidado (GPFRIDA),

Fortaleza, Ceará, Brasil

✉ rafael.duarte@aluno.uece.br

Olga Maria de Alencar

Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Doutora em Saúde Coletiva,

Universidade Federal de Tocantins, UFT,

Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE),

Docente do Programa de Resistência em Atenção Básica, Fiocruz Brasília,

Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Fluxos, Redes e Cuidado (GPFRIDA),

Palmas, Tocantins, Brasil

✉ olgaalencar17@gmail.com

Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho

Enfermeira, Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde,

Professora Adjunta, Universidade Regional do Cariri (URCA),

Pesquisadora do GPFRIDA (UECE) e GPTIS (URCA),

Servidora Estadual da Secretaria de Saúde do Ceará,

Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil

✉ mirna.neyara@urca.br

Eduardo Carvalho de Souza

Enfermeiro, Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde,

Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva,

Universidade Católica de Santos,

Membro do Grupo de Pesquisa Fluxos, Redes e Cuidado (GPFRIDA),

Santos, São Paulo, Brasil

✉ ecsouza@unisantos.br

Antonio Rodrigues Ferreira Junior

Enfermeiro, Doutor em Saúde Coletiva,

Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará (UECE),

Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UECE),

Fortaleza, Ceará, Brasil

✉ arodrigues.junior@uece.br

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva,

Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE),

Coordenadora do Grupo de Pesquisa Fluxos, Redes e Cuidado (GPFRIDA),

Coordenadora-Geral de Articulação Interfederativa, Ministério da Saúde,

Brasília, Distrito Federal, Brasil

✉ rocineide.ferreira@uece.br

Recebido em 18 de agosto de 2023

Aceito em 7 de outubro de 202

Resumo:

Objetivou-se analisar a cobertura de agentes comunitários de saúde no estado do Ceará, no Nordeste e no Brasil relacionando-a com a Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2017. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado em 2021 a partir de dados secundários, apresentados em gráficos e quadros. Para a análise dos dados, realizou-se a análise descritiva. No Brasil, percebe-se um aumento entre 2010 e 2015, sendo que

a partir de 2016 ocorreu um declínio na cobertura desses profissionais, que se estendeu de forma contínua até o ano de 2019. Em relação a região Nordeste, pode-se observar um movimento ascendente no que concerne a cobertura desses agentes até 2014, após esse período constatou-se oscilações desse quantitativo, porém, considerando-se o período entre 2014 e 2019, há um decréscimo importante dessa cobertura. Em se tratando do estado do Ceará, também ocorreu uma redução de cobertura, porém com destaque para o período entre 2017 e 2019. A redução das coberturas ocorre de forma heterogênea nas regiões do Brasil com diminuição mais significativa nas regiões Sul e Sudeste. Conclui-se que houve redução na cobertura de agentes comunitários de saúde entre 2010 e 2019, com variações entre as regiões do país. Embora o estudo não permita afirmar relação causal com a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, os achados indicam coincidências temporais que merecem investigação. Os dados podem subsidiar estratégias para o fortalecimento da atenção básica, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Atenção Básica, Cobertura de Serviços de Saúde, Política de Saúde.

Repercussions of the 2017 National Primary Care Policy on the coverage of Community Health Agents in Brazil

Abstract:

The aim of this study was to analyze the coverage of community health agents in the state of Ceará, in the Northeast region, and across Brazil, in relation to the National Primary Care Policy published in 2017. This is a cross-sectional, quantitative study conducted in 2021 using secondary data, which are presented in graphs and tables. Descriptive statistics were used for data analysis. In Brazil, coverage of community health agents increased between 2010 and 2015. However, from 2016 onward, a consistent decline was observed, continuing through 2019. In the Northeast region, coverage rose until 2014, followed by fluctuations. Despite these fluctuations, a significant decline in coverage was noted between 2014 and 2019. In the state of Ceará, a reduction in coverage was also observed, particularly between 2017 and 2019. This decrease occurred unevenly across the country's regions, with the most significant reductions in the South and Southeast. Overall, the findings reveal a nationwide decline in the coverage of community health agents from 2010 to 2019, with regional variations. While the study does not establish a causal link to the 2017 National Primary Care Policy, the temporal alignment suggests a potential association that warrants further investigation. The data can inform strategies to strengthen primary care, particularly in areas of greater social vulnerability.

Keywords: Community Health Agents, Primary Care, Health Services Coverage, Health Policy.

Repercusiones de la Política Nacional de Atención Primaria de 2017 en la cobertura de los Agentes Comunitarios de Salud en Brasil

Resumen:

El objetivo fue analizar la cobertura de los agentes comunitarios de salud en el estado de Ceará, en el Nordeste y en Brasil, relacionándola con la Política Nacional de Atención Primaria publicada en 2017. Se trata de un estudio transversal, cuantitativo, realizado en 2021 con datos secundarios, presentados en gráficos y tablas. Para el análisis de datos se realizó un análisis descriptivo. En Brasil, se observó un aumento entre 2010 y 2015, y a partir de 2016 hubo una disminución en la cobertura de estos profesionales, que continuó de forma continua hasta 2019. En relación a la región Nordeste, se puede observar un movimiento ascendente en la cobertura de estos agentes hasta 2014, después de este período hubo fluctuaciones en esta cantidad, sin embargo, considerando el período entre 2014 y 2019, hubo una disminución significativa en esta cobertura. En el estado de Ceará también hubo una reducción en la cobertura, aunque con énfasis en el período entre 2017 y 2019. La reducción de la cobertura ocurre de forma heterogénea entre las regiones de Brasil, con una disminución más significativa en las regiones Sur y Sudeste. Se concluye que hubo una reducción en la cobertura de los agentes comunitarios de salud entre 2010 y 2019, con variaciones entre regiones del país. Aunque el estudio no permite afirmar una relación causal con la Política Nacional de Atención Primaria de 2017, los hallazgos indican coincidencias temporales que merecen investigación. Los datos pueden apoyar estrategias para fortalecer la atención primaria, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad social.

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud, Atención primaria, Cobertura de Servicios de Salud, Política de Salud.

INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são atores fundamentais para a organização da Atenção Básica (AB), por integrarem as equipes de saúde e desenvolverem a partir de seu processo de trabalho um forte vínculo com as populações do território. Representam, para tanto, um elo significativo entre famílias, usuários e serviços de saúde, realizando atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos além da vigilância em saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Garcia *et al.*, 2019; Garcia *et al.*, 2019).

Estes trabalhadores têm contribuído para a ampliação de cobertura de serviços de saúde e a estruturação da AB no país, apresentando como atributos para este trabalho a competência cultural, a construção de vínculos e a orientação comunitária, relacionando-se cotidianamente com a população do seu território adscrito, transitando entre saberes populares e tecno-científicos (Alonso; Béguin; Duarte, 2018). Trata-se de uma categoria imprescindível no que diz respeito à redução da morbimortalidade materna e infantil, bem como para a busca de uma maior cobertura vacinal (Morosini; Fonseca; Lima, 2018; Pedebos; Rocha; Tomasi, 2018).

O trabalho do ACS é regulamentado pela Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006 e suas atividades e atribuições foram definidas pela portaria 648 de 2006, que aprovava a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b). Posteriormente, essa portaria foi substituída pela 2.488 de 2011 e, mais recentemente, estas atribuições estão contempladas na portaria 2.436 de 2017 (Brasil, 2011; Brasil, 2017).

Em dezembro de 2019 esta categoria somava 268.037 trabalhadores, presentes em 97% dos municípios brasileiros, integrando as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população por meio de ações de promoção e vigilância em saúde. No Brasil, atualmente, são mais de 265.000 ACS trabalhando na AB, sendo mais de 100.000 no Nordeste, e, no que se refere ao estado do Ceará, esse número ultrapassou 15.000 trabalhadores (Brasil, 2020).

Analizando-se as duas primeiras versões da PNAB (2006 e 2011), verifica-se que, dentre os itens necessários à implantação da ESF encontra-se uma única referência, o acesso

universal, o qual se construiu de forma mediada, representado pela relação entre o número previsto de ACS por equipe e a cobertura de 100% da população (Melo *et al.*, 2018).

No entanto, o texto da PNAB de 2017 contempla o fim da obrigatoriedade da cobertura universal dos ACS, sendo determinada cobertura de 100% apenas em populações que vivem em situação de vulnerabilidade social e em áreas de risco, ficando esta definição a cargo do gestor em conjunto com a equipe da AB e Conselho Municipal ou Local de Saúde (CMS/CLS) (Fonseca *et al.*, 2019). O número de ACS por equipe, na nova PNAB, não é definido de acordo com dados demográficos e legislação vigente, provocando inconformidade acerca do papel do ACS e universalidade de acesso (Morosini; Fonseca; Lima, 2018; Pinto, 2018; Silva *et al.*, 2020).

Além da redução de ACS nas equipes da ESF, outras mudanças propostas na última PNAB estão relacionadas à integração desse trabalhador com o Agente de Combate de Endemias (ACE), configurando-se assim numa categoria ampla, denominada de agente de saúde. Ademais, a portaria contempla a possibilidade de realização de procedimentos desenvolvidos até então pelo técnico e/ou auxiliar de enfermagem, descaracterizando o papel construído historicamente pelo ACS (Brasil, 2017; Batalha; Lavor, 2017).

A redução ou exclusão desse trabalhador no processo de trabalho das equipes de saúde da AB provoca alterações substanciais na organização do serviço e na dinâmica do território, suscitando dificuldades na realização de ações educativas em saúde, no monitoramento da adesão aos planos de cuidado dos usuários, acompanhamento de sinais de risco, em especial no tocante às doenças crônicas, além do comprometimento do vínculo com a comunidade (Pinto, 2018; Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Diante do exposto, a análise de como a cobertura do ACS tem ocorrido nos últimos anos, em especial com as publicações destinadas à PNAB, traduz-se num fenômeno oportuno a ser estudado, considerando sua implicação direta na consolidação da AB/ESF.

Nesse sentido, indaga-se: Como tem se dado a cobertura de ACS no estado do Ceará, no Nordeste e no Brasil? Que relações podem ser estabelecidas entre a cobertura de ACS no país e a PNAB de 2017?

A escolha do estado do Ceará e da macrorregião Nordeste, justifica-se devido serem o marco inicial do programa ACS, sendo posteriormente incorporado na PNAB, devido à sua importância estratégica para o SUS. Além disso, o Nordeste é a região do país que apresenta maior cobertura de ACS, o que contribuiu fortemente para a diminuição das iniquidades sociais, mortalidade infantil e doenças imunopreveníveis. Dessa forma, estudos apontam que a melhoria destes indicadores pode estar relacionada ao aumento da cobertura do PACS e ESF (Garcia *et al.*, 2019; Morosini; Fonseca; Lima, 2018; Brasil, 2020; Silva *et al.*, 2020).

Portanto, objetivou-se com esse estudo analisar a cobertura de ACS no estado do Ceará, no Nordeste e no Brasil relacionando-a com a PNAB publicada em 2017.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, do tipo transversal, realizado em 2021, a partir de dados secundários disponíveis na plataforma e-gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde. A busca foi sistematizada da seguinte forma: acesso ao e-gestor; opções de consulta > unidades geográficas por período; unidades geográficas > Brasil/ Região/ Estado/ Região de saúde; seleção do período desejado. A cobertura contemplada nesse estudo compreendeu o período entre 2010 e 2019.

Para tanto, foram coletados dados referentes à cobertura de ACS no estado do Ceará, no Nordeste e no Brasil disponíveis publicamente na plataforma e-Gestor, no endereço: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>.

Os dados foram apresentados em gráficos e quadros, após serem tabulados e estruturados a partir da utilização do programa *Excel* 2019 (Microsoft®). Posteriormente a organização, foi realizada a análise descritiva, tendo como documento orientador a PNAB de 2017, comparando-a com as portarias anteriores no que estas contemplavam acerca da cobertura de ACS por população/equipes de Saúde da Família e demais literaturas pertinentes à temática.

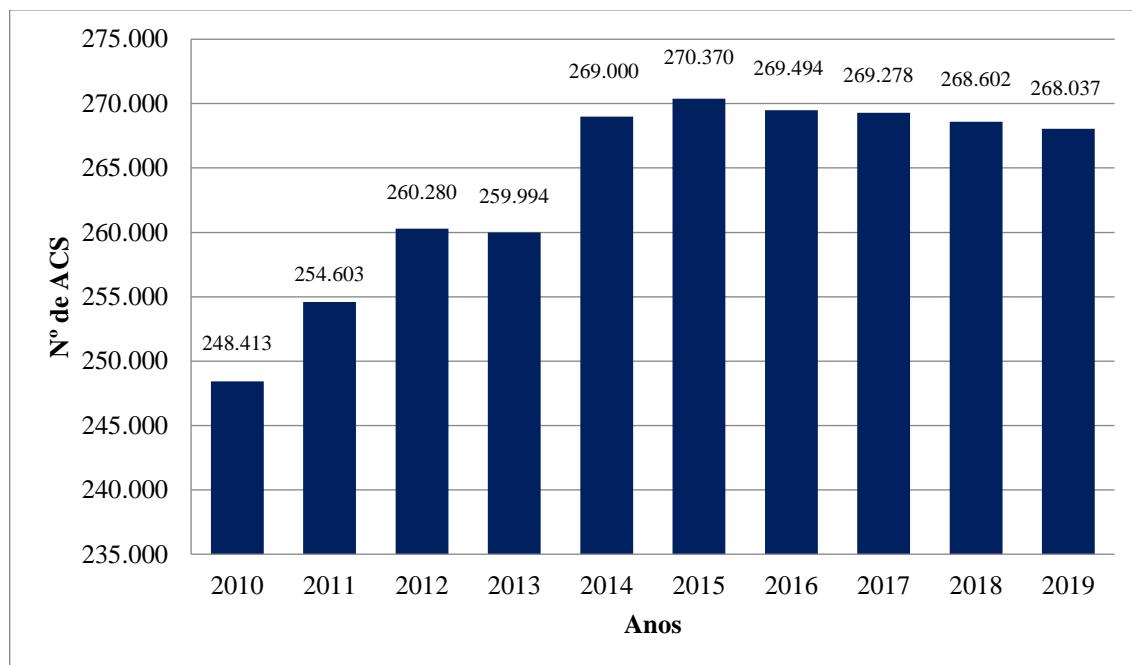
No que diz respeito aos aspectos éticos e legais da pesquisa em questão, aponta-se que não foi necessária a submissão desta ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que o procedimento de obtenção dos dados utilizados no trabalho foi em base de dados secundária disponível na Internet e de acesso público, como mencionado anteriormente. Além disso, destaca-se que a pesquisa não foi financiada por agências de fomento, assim como, declaram que não há conflitos de interesse.

RESULTADOS

Os resultados apresentados neste artigo permitem traçar um panorama da cobertura dos ACS ao longo de um período de 10 anos no contexto geográfico nacional, regional e do estado do Ceará.

Ao observarmos essa cobertura no Brasil referente ao período de 2010 a 2019, percebe-se um aumento entre 2010 e 2015, sendo que a partir de 2016 ocorreu um declínio que se estendeu de forma contínua até o ano de 2019. A análise do número absoluto de ACS demonstra que nos períodos entre 2017 e 2019 os serviços de AB perderam 1.241 ACS, conforme disposto no gráfico 1.

Gráfico 1 – Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, no período de 2010 a 2019.



Fonte: Brasil/MS/Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Departamento de Saúde da Família, 2020.
Elaborado pelos autores.

No que diz respeito à cobertura de ACS por regiões brasileiras, se levarmos em conta o pico no ano de 2015, percebe-se que ocorreu um decréscimo em todas as regiões do país, com destaque para a região Sul com a maior diminuição e para a região Nordeste com a menor diminuição na cobertura de ACS, como é possível observar no Quadro 1.

Quadro 1 - Proporção da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde nas macrorregiões do Brasil no período de 2010 a 2019.

Macrorregiões do Brasil	Período									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centro-Oeste	65,91	66,21	65,64	65,75	63,95	63,20	62,56	62,40	62,33	60,78
Nordeste	86,39	87,20	86,76	86,71	86,41	85,95	85,12	85	84,47	84,61
Norte	81,67	80,65	80,42	78,56	80,03	79,43	79,19	77,14	77,93	76,99
Sudeste	45,68	48,63	50,30	49,44	50,74	51,09	51,22	50,81	50,37	49,68
Sul	45,68	57,02	58,89	58,31	59,74	61	60,32	58,25	57,13	55,60

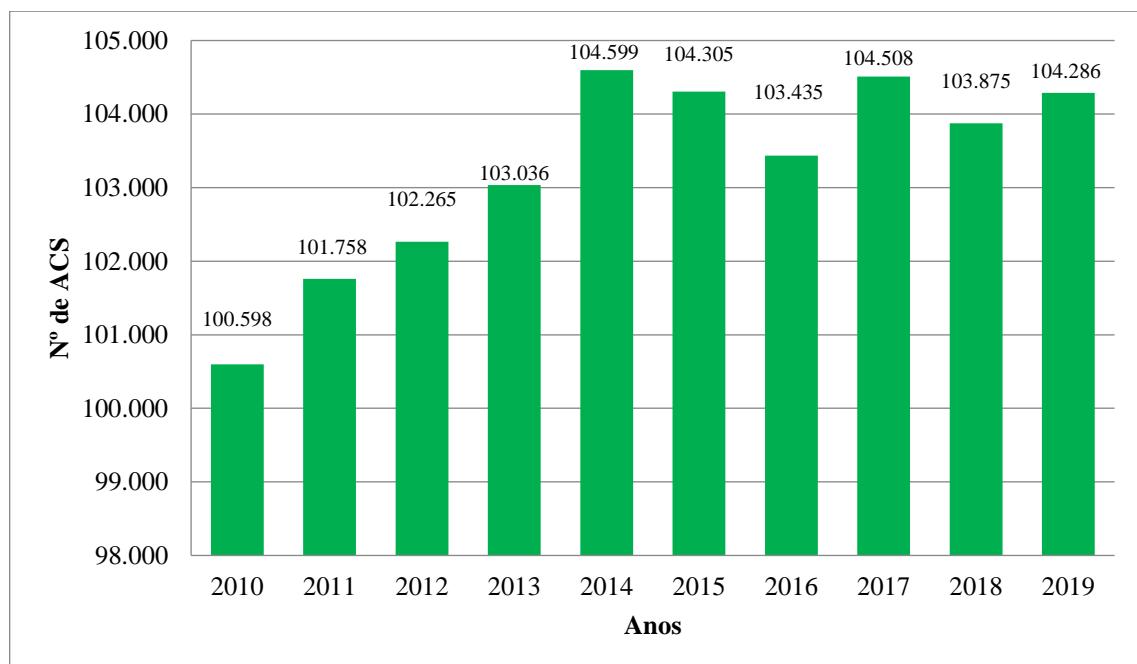
Fonte: Brasil/MS/Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Departamento de Saúde da Família, 2020.
Elaborado pelos autores.

Nesse contexto, é importante destacar que a região Nordeste é a que possui a maior cobertura de ACS do país. Essa pauta coloca em análise a disparidade inter-regional na distribuição dos ACS, considerando que a maior concentração desses profissionais encontra-se nas regiões Norte e Nordeste do país, o que coaduna com a proposta da política de ofertar esse serviço para as regiões com maior vulnerabilidade social.

Em relação a região Nordeste especificamente, no gráfico 2, pode-se observar que o movimento ascendente no que concerne a cobertura de ACS foi até 2014, após esse período constatou-se oscilações desse quantitativo, porém, considerando-se o período entre 2014 e 2019, há um decréscimo importante dessa cobertura.

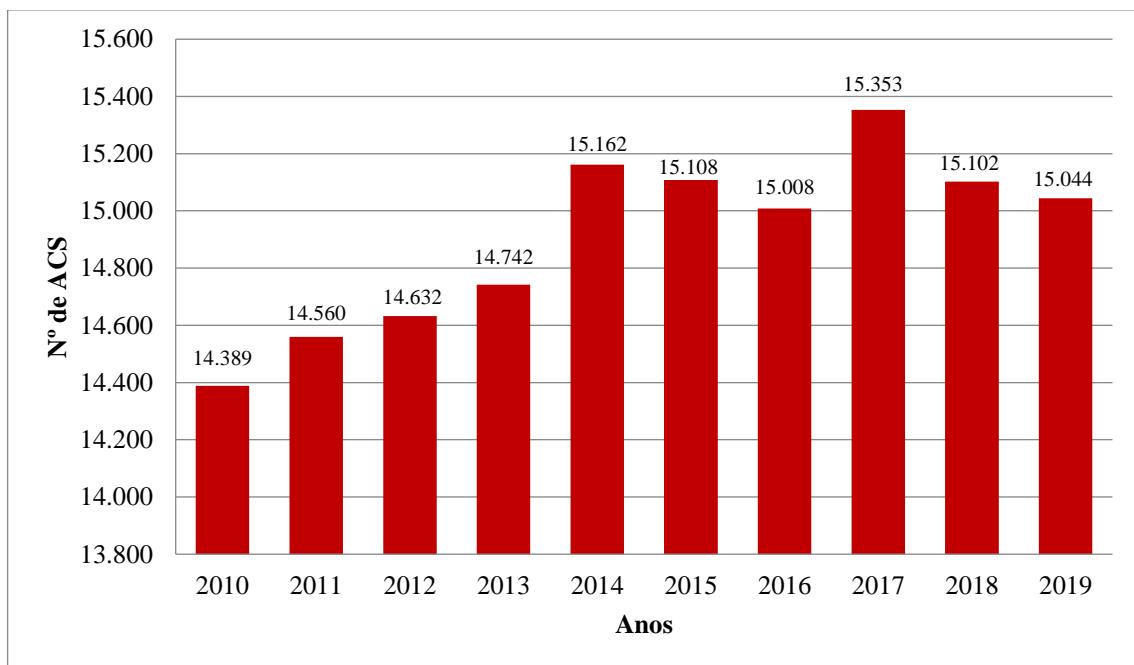
Em se tratando do estado do Ceará, também ocorreu uma redução de cobertura, porém com destaque para o período entre 2017 e 2019, com perda de 309 ACS (Gráfico 3).

Gráfico 2 – Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde na Macrorregião Nordeste do Brasil, no período de 2010 a 2019.



Fonte: Brasil/MS/Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Departamento de Saúde da Família, 2020.
Elaborado pelos autores.

Gráfico 3 – Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde no estado do Ceará, Nordeste, Brasil, no período de 2010 a 2019.



Fonte: Brasil/MS/Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Departamento de Saúde da Família, 2020.
Elaborado pelos autores.

Ao considerar os dispositivos das três PNAB que induzem, impedem ou condicionam alterações, pode-se evidenciar que um dos propósitos centrais da última política apresenta por destaque a diminuição do número ACS (Quadro 2).

Quadro 2 - Cobertura de ACS conforme as três PNAB publicadas.

PNAB 2006	PNAB 2011	PNAB 2017
O número de ACS precisa ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.	O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.	O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. Fica excluído o número máximo por equipe de Saúde da Família.

Fonte: PNAB 2006; PNAB 2011; PNAB 2017. Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

A redução no número de ACS no Brasil observado neste estudo encontra-se na contramão das evidências científicas, uma vez que a presença de ACS para a AB é retratada como indispensável nas ações de promoção à saúde, educação em saúde, vigilância à saúde e consequentemente, para a melhoria da qualidade de vida das populações, especial as que apresentam maior vulnerabilidade social (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020). Achados semelhantes ao nosso foi evidenciado por Freire *et al.* (2021) em seu estudo sobre coberturas de ACS no Brasil e sua relação com o Índice de Desenvolvimento Humano e regiões geográficas com maiores desigualdades sociais.

Esse modelo de organização da AB tem sido adotado ao longo do processo histórico por vários países no mundo como estratégia de ampliação da cobertura de serviços de saúde, e o Brasil tem ganhado notoriedade no cenário mundial, ao adotar em sua política de saúde o uso em larga escala de ACS (Almeida *et al.*, 2018).

Trata-se, pois, de uma estratégia que amplia e qualifica o acesso da população às unidades de saúde, considerando o desenvolvimento socio-histórico do sujeito, identidade e cultura, aspectos estes que se entrelaçam a arquitetura da vida com seus diferentes perfis epidemiológicos de produção e reprodução social.

Com efeito, a redução no número de ACS proposto pela PNAB-2017 coaduna com a proposta neoliberal que visa reduzir os gastos públicos deixando a cargo do Estado ações mínimas e focalizadas em programas específicos como vacinação e assistência às demandas de baixa densidade tecnológica (Leite; Fonseca, 2018; Göttems; Moll, 2020). Assim, a PNAB de 2017 propõe a desregulamentação do repasse financeiro do SUS e consequente desestruturação da AB, em especial criando “arranjos” que culminam com o sucateamento de recursos destinados às ações de ampliação de cobertura do ACS (Brasil, 2017).

Sem dúvidas, o golpe parlamentar de 2016 que depôs uma presidenta eleita democraticamente, foi a peça que faltava para se instaurar um plano de desmonte das políticas públicas e consequentemente atingir a ESF, refletindo substancialmente na configuração do PACS. Nos últimos anos, tem-se observado uma crescente diminuição da cobertura de ACS, não só no estado do Ceará e na região Nordeste, mas em todo o Brasil, em

que esta redução relaciona-se ao elevado número de ACS que se aposentaram, a ausência de seleção e concursos para a categoria, além do dimensionamento inadequado para o atendimento às necessidades da população, mediante as orientações falhas da PNAB 2017 ao considerar a possibilidade de configuração de equipes sem os agentes, denominadas de equipes de Atenção Primária (Brasil, 2020; Fonseca *et al.*, 2019).

O desfinanciamento do SUS aos seus programas e estratégias tem-se aprofundado ao longo dos anos, especialmente a partir de 2016 com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95. Pode-se constatar tal fato por meio do Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento nos anos de 2017 e 2018, ao que tange, por exemplo, à prevenção, controle e tratamento de doenças negligenciadas na AB, que teve decréscimo de 83,33% no orçamento para o ano 2018. O congelamento dos recursos por meio da EC nº 95, influenciou diretamente na proposta de expansão e consolidação da AB, porta de entrada do sistema de saúde, com decréscimo de 11,92% de investimentos em 2018, quando comparados ao ano de 2017 (Göttems; Moll, 2020; Silva *et al.*, 2018).

O desmonte da AB torna visível a possibilidade de retrocessos e a precarização de políticas públicas, sendo imprescindível defender a importância do papel do ACS não só como parte essencial da equipe da ESF, mas também como sujeito importante na consolidação dos direitos sociais, bem como garantia do acesso aos serviços de AB (Brasil, 2016).

Se levarmos em consideração a nova configuração proposta na PNAB de 2017, na qual cada ACS pode atender entre 450 e 750 pessoas em sua microárea, isso significa que essa redução poderá afetar entre 139.050 e 231.750 pessoas no Brasil. A visita domiciliar, principal tecnologia de trabalho do ACS para ofertar cuidado às famílias, na Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019, apontou uma redução significativa na proporção de domicílios visitados pelos ACS, passando de 47,2% (IC95%: 45,7-48,8) em 2013 para 38,4% (IC95%: 37,4-39,4) em 2019 (Giovanella *et al.*, 2021).

Embora o cenário de redução de ACS no Ceará acompanhe a tendência observada em outras regiões do país, o estado ainda apresenta esforços para preservar a atuação desses profissionais, em consonância com sua trajetória histórica de valorização da Atenção Básica. Desde a implantação inicial do PACS, o Ceará tem se destacado nacionalmente pela priorização de estratégias voltadas à promoção da saúde, o que contribuiu para melhorias expressivas em indicadores como mortalidade infantil, cobertura de pré-natal e incentivo ao

aleitamento materno (Carvalho *et al.*, 2019). Esse legado pode ajudar a explicar a menor intensidade da redução observada no estado no período analisado.

Não obstante, a consolidação da AB no país, e sem dúvida o aumento da cobertura de ACS é um passo fundamental para a manutenção dos serviços de qualidade. Os desafios ainda são inúmeros relativos à melhoria da gestão, integração da AB com a rede de serviços de saúde, financiamento, resolutividade, qualidade da atenção, dentre outros, o que é essencial para a garantia do atendimento equânime e integral (Malta *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

O estudo identificou uma redução da cobertura dos ACS no Brasil, com variações regionais, destacando-se a menor diminuição no Nordeste e um recuo mais expressivo nas regiões Sul e Sudeste. Embora a PNAB de 2017 e o desfinanciamento do SUS sejam frequentemente relacionados às mudanças na configuração das equipes de AB, o presente estudo, de caráter descritivo e baseado em dados secundários, não utilizou recursos metodológicos que permitam afirmar ou mensurar com precisão o grau de influência dessa política sobre a redução da cobertura dos ACS. Ainda assim, o período analisado evidencia que as modificações normativas coincidem com um processo de reconfiguração da força de trabalho na AB, o que merece ser aprofundado em investigações futuras.

Nessa perspectiva, este estudo contribui para o campo da saúde coletiva ao oferecer uma sistematização dos dados de cobertura de ACS entre 2010 e 2019 e ao destacar a necessidade de análises contínuas sobre os impactos das políticas públicas na organização e alcance da AB. Os achados podem subsidiar gestores e pesquisadores na formulação de estratégias para fortalecer o papel dos ACS como elo entre os serviços de saúde e as comunidades, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social. Entre os desdobramentos possíveis, destacam-se a realização de estudos qualitativos junto a gestores e trabalhadores da AB para compreender percepções sobre as mudanças institucionais recentes, bem como análises que incorporem indicadores epidemiológicos e socioeconômicos

a fim de explorar associações mais robustas entre políticas públicas e seus efeitos sobre o território.

Nesse sentido, embora os dados não permitam inferências causais, os resultados observados levantam hipóteses relevantes sobre os efeitos das mudanças na PNAB e do desfinanciamento do SUS na organização da AB. A diminuição da presença dos ACS nas equipes pode comprometer diretamente ações essenciais, como a educação em saúde, o acompanhamento de usuários e o fortalecimento do vínculo comunitário. Assim, os achados reforçam a importância de pesquisas futuras que aprofundem os impactos dessas transformações na efetividade da AB na garantia do cuidado nos territórios.

Prontamente, a principal limitação deste estudo está relacionada à natureza dos dados secundários, uma vez que estas informações sofrem variações ao longo do ano, devido a atualização mensal do número de ACS cadastrados. Além disso, algum grau de incompletude e subnotificação de informações podem afetar a qualidade destes dados. Destaca-se ainda como barreira a baixa publicação de estudos sobre a temática, dificultando uma discussão mais profícua do objeto de estudo ora apresentado.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Rafael Bezerra Duarte: Contribuiu com a conceituação, curadoria de dados, análise formal, metodologia, administração do projeto, visualização e redação (rascunho original).

Olga Maria de Alencar: Contribuiu com a análise formal, visualização e redação (revisão e edição).

Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho: Contribuiu com a análise formal, visualização e redação (revisão e edição).

Eduardo Carvalho de Souza: Contribuiu com a análise formal, visualização e redação (revisão e edição).

Antônio Rodrigues Ferreira Junior: Contribuiu com a redação (revisão e edição)

Maria Rocineide Ferreira da Silva: Contribuiu com a análise formal, metodologia, administração do projeto, visualização e redação (revisão e edição).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R.; SOUSA, A. N. A.; BRANDÃO, C. C.; CARVALHO, F. F. B.; TAVARES, G.; SILVA, K. C. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. v. 42, e. 180, p. 1-8, 2018.
- ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev Saude Publica*. v. 52, n.14, s/p, 2018.
- BATALHA, E.; LAVOR, A. Nova PNAB transforma atenção básica em atenção mínima ao reduzir saúde da família e criar cesta limitada de serviços. *Radis Comunicação e Saúde*, n. 183, p.11-15, 2017.
- BRASIL. **Emenda Constitucional 95, de 15 de novembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 2016.
- BRASIL. **Lei 11.350 de 5 de outubro de 2006.** Regulamentação da profissão Agente comunitário de saúde e de agentes de endemias. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde.** e-Gestor: Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Ministério da Saúde: 2020. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>>. Acesso em 17 de março de 2021.
- CARVALHO, F. C. D.; VASCONCELOS, T. B.; ARRUDA, G. M. M. S.; MACENA, R. H. M. Modificações nos indicadores sociais da região nordeste após a implementação da atenção primária. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. v. 17, n. 2, p. 1-21, 2019.
- FONSECA, J. C; MESQUITA, R.; OLIVEIRA, P.; FIRMO, W.; MARTINS, A. Nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Visão dos profissionais da atenção básica do município de São Mateus-MA. *Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer*, Goiânia, v.16, n.30; p. 711-722, 2019.
- FREIRE, D. E. W. G.; FREIRE, A. R.; LUCENA, E. H. G.; CAVALCANTI, Y. W. A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. *Rev Saude Publica*. v. 55, n. 85, p. 1-9, 2021.
- GARCIA, A. C. P.; LIMA, R. C. D.; GALAVOTE, H. S.; COELHO, A. P. S.; VIEIRA, E. C. L.; SILVA, R. C.; ANDRADE, M. A. C. Agente comunitário de saúde no espírito santo: do perfil às atividades desenvolvidas. *Trab. Educ. Saude*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 283-300, jan./abr. 2017.
- GARCIA, A. C. P.; LIMA, R. C. D.; LIMA, E. F. A.; GALAVOTE, H. S.; ANDRADE, M. A. C. Perfil e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *J. res.: fundam. care. online*, v. 11, n. esp, p. 339-344, 2019.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. E. M.; SCHENKMAN, S.; ALMEIDA, P. F.; SARDINHA, L. M. V.; VIEIRA, M. L. F. P. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, suppl 1, p. 2543-2556, 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020.

GOMES, C. B. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 4, p. 1327-1338, 2020.

GÖTTEMS, L. B. D.; MOLLO, M. L. R. Neoliberalism in Latin America: effects on health system reforms. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 54, n. 74, p. 1-11, 2020.

LEITE, C. K. S.; FONSECA, F. C. P. Nadando contra a maré: Impactos do Golpe Parlamentar de 2016 no campo das políticas públicas no Brasil. *Agenda Política*, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 116-133, 2018.

MALTA, D. C.; SANTOS, M. A. S.; STOPA, S. R.; VIEIRA, J. E. B.; MELO, E. A.; REIS, A. A. C. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MELO E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*. v. 42, n. 1, p. 38-51, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

PEDEBOS, L. A.; ROCHA, D. K.; TOMASI, Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 940-951, 2018.

PINTO, H. A. Análise da mudança da política nacional de atenção básica. *Saúde em Redes*. v. 4, n. 2, p. 191-217, 2018.

SILVA, H. P. R.; MENESES, M. N.; BUENO, D.; TOASSI, R. F. C. O papel do agente comunitário de saúde frente ao desafio da nova política nacional de atenção básica. *Saberes plurais: educação na saúde*, v. 2, n. 3, p. 83-90, 2018.

SILVA, T. L.; SOARES, A. N.; LACERDA, G. A.; MESQUITA, J. F. O.; SILVEIRA, D. C. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Saúde Debate*, Rio De Janeiro, v. 44, n. 124, p. 58-69, 2020.



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).