



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS CENTRO DE CIÊNCIAS EM SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Brenda Karolayne Machado da Silva

Entre o território e o serviço de saúde: Transformações no processo de trabalho
do Agente Comunitário de Saúde no Brasil

Florianópolis

2026

Brenda Karolayne Machado da Silva

Entre o território e o serviço de saúde: Transformações no processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Orientador: Roger Flores Ceccon

Florianópolis

2026

Silva, Brenda Karolayne Machado da

Entre o território e o serviço de saúde: Transformações no processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Brasil / Brenda Karolayne Machado da Silva ; orientador, Roger Flores Ceccon, 2026.

32 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA, Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Saúde da Família. 2. Enfermagem. 3. Política Nacional de Atenção Básica. 4. Agente Comunitário de Saúde. 5. Cuidado territorial. I. Ceccon, Roger Flores. II. Universidade Federal de Santa Catarina. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA. III. Título.

Brenda Karolayne Machado da Silva

Entre o território e o serviço de saúde: Transformações no processo de trabalho do
Agente Comunitário de Saúde no Brasil

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de
especialista e aprovado em sua forma final pelo Programa de Residência Multiprofissional
em Saúde da Família.

Florianópolis, 10 de fevereiro de 2025.

Prof. Dr. Roger Flores Ceccon
Coordenação do Curso

Banca examinadora

Prof. Roger Flores Ceccon, Dr.
Orientador

Prof.(a) Keli Regina Dal Prá
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Michelle Kuntz Durand
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 2026

Dedico este trabalho à minha mãe, por ser minha base, minha força e minha maior inspiração.

AGRADECIMENTOS

Nenhuma caminhada é feita sozinha. Este trabalho nasceu de encontros que ofereceram apoio, palavras de incentivo e gestos de compreensão, sustentando e amparando nos momentos de incerteza. Cada passo dado até aqui carrega a marca daqueles que confiaram, acolheram e contribuíram para a realização deste percurso. Entre essas presenças, minha família ocupa lugar central. Agradeço aos meus pais, irmã e irmãos, que foram meus primeiros apoiadores durante toda a minha trajetória acadêmica. De forma muito especial, registro minha gratidão à minha mãe Marilei, inspiração direta deste estudo. Sua atuação como Agente Comunitária de Saúde, marcada por compromisso, sensibilidade e entrega, ensinou-me que o cuidado ultrapassa atribuições formais: é escuta, empatia e defesa de direitos. Ao promover acesso, informação e dignidade a pessoas invisibilizadas, ela realizou mais do que sua função, construiu cidadania. Estendo o agradecimento familiar aquele que comigo compõe nossa família de duas pessoas como gostamos de falar, meu namorado. Obrigado por me oferecer acolhimento, serenidade e sensatez com suas palavras nos momentos mais difíceis, e refúgio nos períodos de exaustão. Também estive ao meu lado como suporte técnico diante das dificuldades com o computador, sempre disponível para solucionar problemas e tornar o caminho menos árduo. Seu incentivo foi decisivo para que eu continuasse. Expresso minha gratidão ao meu orientador, que me acolheu e conduziu quando eu me sentia sem direção, com escuta atenta, paciência e rigor metodológico ao longo de todo o processo de construção deste trabalho. Sua orientação foi essencial. Às amigas que conheci durante a residência, com quem dividi desafios, aprendizados, risos e afetos, contribuindo para que o trajeto se tornasse mais leve e possível. Minha eterna R2 que mesmo estando longe é presença constante com seus ensinamentos, e apoio, caminhar com você fez diferença nesta experiência. Registro, ainda, minha gratidão às professoras e aos professores que acreditam na residência como um espaço potente de formação crítica, compromisso com o SUS e transformação do cuidado, e que, com dedicação, mantêm vivo esse projeto formativo. Às minhas três preceptoras, cada uma com seu modo singular de ensinar, que contribuíram de forma decisiva para meu desenvolvimento profissional. Estendo meu agradecimento aos Agentes Comunitários de Saúde que convivi nos dois Centros de Saúde onde atuei como residente; com eles compreendi, na prática, o valor do território, do

vínculo e do cuidado construído no cotidiano. A eles e a todas e todos os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, deixo meu reconhecimento por fazerem desse espaço não apenas um local de atuação profissional, mas um compromisso ético, político e coletivo com a vida.

Não há cuidado em saúde fora do território, porque é nele que a vida acontece.

Milton Santos

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde constitui a base do sistema público de saúde brasileiro, desempenhando papel central na organização do cuidado, na promoção da saúde e na prevenção de agravos. Nesse contexto, destaca-se a atuação do Agente Comunitário de Saúde, profissional responsável por aproximar os serviços de saúde da realidade dos territórios e acompanhar as condições de vida da população. Este estudo tem como objetivo analisar as transformações ocorridas no processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Brasil ao longo dos últimos 20 anos, induzidas pelas diferentes versões da Política Nacional de Atenção Básica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio de revisão bibliográfica e análise documental das versões da PNAB publicadas em 2006, 2011 e 2017. Os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo desenvolvida por Minayo, envolvendo leitura exploratória, identificação de eixos temáticos e construção de categorias analíticas, o que possibilitou uma análise comparativa das permanências, inflexões e reconfigurações no processo de trabalho e na identidade profissional dos ACS ao longo das reformulações da política. O corpus documental foi composto pelas três versões oficiais da PNAB, produzidas pelo Ministério da Saúde e acessadas nos portais institucionais e no Diário Oficial da União. Os resultados indicam que, apesar de sua relevância histórica na consolidação da Atenção Primária à Saúde, o Agente Comunitário de Saúde enfrenta desafios relacionados à redução de equipes, ao aumento de responsabilidades e à fragilização do cuidado territorial. Conclui-se que o fortalecimento e a valorização desse profissional são fundamentais para a garantia do acesso universal, da integralidade do cuidado e da redução das desigualdades em saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; agente comunitário de saúde; cuidado territorial.

ABSTRACT

Primary health care is the foundation of the Brazilian public health system and plays an essential role in the organization of care, health promotion, and disease prevention. Within this model, the community health worker stands out as a key professional responsible for connecting health services to the realities of local communities and monitoring the population's living conditions. This study analyzes the importance of this professional and the effects of recent changes in public health policies on their work. The research was conducted through a literature review and analysis of official documents. The results indicate that, despite their historical relevance in strengthening primary health care, community health workers face challenges related to team reductions, increased responsibilities, and the weakening of territorial care. It is concluded that strengthening and valuing this professional is fundamental to ensuring universal access, comprehensive care, and the reduction of health inequalities.

Keywords: primary health care; community health worker; territorial care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Processo de trabalho do ACS nas PNABs (2006, 2011 e 2017).....	20
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
USFC	Universidade Federal de Santa Catarina
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	METODOLOGIA.....	18
4	RESULTADOS.....	20
5	DISCUSSÃO.....	24
6	CONCLUSÃO.....	28
	REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha papel estratégico na coordenação do cuidado e na promoção da integralidade da atenção à saúde (Giovanella; Mendonça, 2012). Nos últimos anos, contribuiu significativamente para a melhoria da saúde da população, com redução da mortalidade infantil e controle de doenças crônicas (Victora *et al.*, 2011). Apesar dos avanços, a APS no Brasil enfrenta desafios complexos, como o subfinanciamento e a precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde (Massuda *et al.*, 2018).

A APS no Brasil foi expandida a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994. Com equipes compostas por médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, a ESF representou uma mudança paradigmática ao levar os serviços de saúde para mais perto das comunidades, atuando na identificação de necessidades, promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico oportuno, tratamento, cura, reabilitação e redução de danos (Giovanella *et al.*, 2009).

Estruturada para atender a diversidade e singularidade das necessidades de saúde da população brasileira, a ESF se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais e considera as especificidades territoriais, culturais e sociais, desenvolvendo ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. A implementação da ESF foi impulsionada por políticas públicas federais que ofereceram incentivos financeiros e diretrizes para a organização das equipes e dos serviços. Ao longo dos anos, passou por diversas fases de expansão, tornando-se a principal forma de organização da APS no Brasil (Campos; Malik, 2008).

Nesse cenário, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é responsável por estabelecer vínculos entre a comunidade e os serviços de saúde e atuar na promoção, prevenção e acompanhamento das condições de vida e saúde da população adstrita (Nunes; Trad, 2002). Ainda, atua como elo entre a equipe e a comunidade, fortalecendo o cuidado mais próximo das realidades locais, principalmente por meio da prática da visita domiciliar (Escorel *et al.*, 2007).

A visita domiciliar é uma ação em saúde essencial para garantir atenção resolutiva, capaz de atender às necessidades de saúde da maioria da população e

reduzir a demanda por serviços especializados e hospitalares. Ainda, contribui para a melhoria da qualidade de vida e da saúde em âmbito individual e coletivo (Giovanella *et al.*, 2021).

O ACS surge no cenário da saúde pública brasileira como uma figura-chave na reorientação do modelo assistencial. Historicamente, iniciativas embrionárias já existiam, mas foi com a formalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 que a profissão ganhou contornos mais definidos, sendo posteriormente integrada à ESF. O ACS emerge da necessidade de aproximar os serviços de saúde da realidade das comunidades, atuando como uma ponte cultural e social entre a equipe e a população adscrita, facilitando o acesso, a adesão e a compreensão das ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde (Oliveira *et al.*, 2022).

Conceitualmente, o ACS é um trabalhador da saúde que reside na própria comunidade em que atua, o que lhe confere conhecimento singular sobre as dinâmicas sociais, culturais e geográficas do território. Sua atuação se baseia em visitas domiciliares (VD) regulares, onde realiza atividades de educação em saúde, identificação de necessidades e demandas, acompanhamento de grupos específicos (gestantes, crianças, idosos, pessoas com doenças crônicas), promoção de hábitos saudáveis e articulação com outros serviços e recursos da comunidade (Oliveira *et al.*, 2022).

As políticas públicas que sustentam a atuação dos ACS foram se consolidando ao longo dos anos, com a definição de diretrizes, formação, financiamento e incorporação da profissão no âmbito do SUS. Os ACS enfrentam diversos desafios no cotidiano de seu trabalho, e questões como a precarização dos vínculos empregatícios, a necessidade de formação e educação permanente adequadas, a sobrecarga de trabalho, as dificuldades de acesso a alguns territórios, a falta de reconhecimento e valorização profissional e o desvio das funções originais são obstáculos a serem superados em diversos municípios do Brasil (Oliveira *et al.*, 2022).

Desde a criação da profissão, o processo de trabalho do ACS tem passado por transformações significativas, especialmente em decorrência das mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). As versões publicadas em 2006, 2011 e 2017 introduziram alterações normativas, organizacionais e de financiamento que impactaram no cotidiano de atuação desses profissionais (BRASIL, 2006; BRASIL,

2011; BRASIL, 2017). Se, por um lado, a literatura tende a valorizar os aspectos positivos da atuação do ACS, por outro, ainda são escassos os estudos que aprofundam os desafios, contradições e tensões que permeiam sua prática, revelando uma lacuna acadêmica a ser preenchida.

Nesse sentido, este trabalho busca responder à seguinte questão de pesquisa: Quais transformações ocorreram no processo de trabalho dos ACS e que foram induzidas pelas diferentes versões da PNABs dos anos de 2006, 2011 e 2017 no Brasil?

A relevância deste estudo reside, portanto, em sua proposta de trazer ao debate os aspectos críticos e estruturais que precisam ser reconhecidos e enfrentados para o aprimoramento efetivo das condições laborais desses profissionais. Ao analisar as mudanças na PNAB nas versões de 2006, 2011 e 2017, a pesquisa busca compreender como as transformações políticas, normativas e de financiamento moldaram a realidade cotidiana dos ACS e o modo como esses trabalhadores se inserem na dinâmica da APS.

Essa análise histórica e comparativa é um passo fundamental para identificar de que forma as políticas públicas relacionadas à APS contribuíram para os desafios e potencialidades hoje presentes na atuação dos ACS. Assim, o estudo oferece uma contribuição teórica privilegiando uma perspectiva que valoriza o protagonismo desses profissionais no SUS. A partir dessa análise histórica e comparativa, espera-se contribuir para o fortalecimento do debate sobre o papel do ACS e para a construção de estratégias que garantam melhores condições de trabalho e valorização profissional, reconhecendo sua centralidade para o futuro da Atenção Primária no Brasil.

Este estudo tem como objetivo analisar e discutir as transformações que ocorreram no processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Brasil nos últimos 20 anos induzidas pelas diferentes versões da Política Nacional de Atenção Básica.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental com abordagem qualitativa que busca realizar uma análise crítica das diferentes versões da PNAB no Brasil. A pesquisa toma documentos oficiais como material empírico, compreendendo-os como

expressões de racionalidades de governo, relações de poder e sentidos de política que orientaram as transformações no processo de trabalho dos ACS ao longo das reformulações da PNAB, publicadas nos anos de 2006, 2011 e 2017.

O corpus documental da pesquisa será composto pelas três versões oficiais da PNAB (2006, 2011 e 2017), produzidas e publicizadas pelo Ministério da Saúde. O período temporal de análise compreenderá de 2006 a 2017, contemplando a publicação das políticas supracitadas. Os documentos foram acessados por meio dos portais oficiais do Ministério da Saúde e do Diário Oficial da União. O recorte temático se delimita à APS, com foco específico nas transformações do processo de trabalho dos ACS em decorrência das alterações introduzidas pelas versões da PNAB.

No processo de análise documental, foram coletadas informações relativas aos atributos do trabalho do ACS presentes nas normativas, tais como: o vínculo do agente às equipes de saúde; os parâmetros de cobertura populacional; as atribuições formais estabelecidas; o papel político e social atribuído ao profissional; a integração com a vigilância em saúde; as diretrizes de educação permanente; a identidade profissional conferida ao ACS; e a diretriz predominante que orienta o modelo de atenção em cada versão da política. Esses elementos foram sistematizados de forma comparativa, permitindo identificar permanências, inflexões e reconfigurações no lugar ocupado pelo ACS no âmbito da APS ao longo do período analisado, conforme apresentado no quadro de resultados.

A análise dos dados foi conduzida a partir da Análise de Conteúdo do tipo temática, conforme proposta de Minayo (2014), buscando interpretar criticamente o conteúdo dos documentos. O processo analítico envolveu três momentos principais: leitura exploratória dos textos, visando à familiarização com o conteúdo e à constituição do corpus analítico; identificação dos eixos temáticos relacionados às mudanças nas atribuições, funções e identidade profissional dos ACS, conforme as reformulações da PNAB; e construção e interpretação das categorias de análise, articulando com o referencial teórico da APS e das políticas públicas brasileiras. Essa abordagem permitiu compreender as disputas políticas e institucionais envolvidas nas sucessivas revisões da PNAB e seus impactos sobre o processo de trabalho e o protagonismo dos ACS.

Por se tratar de uma pesquisa documental, baseada exclusivamente em fontes de domínio público e sem envolvimento direto de seres humanos, o estudo

não requer submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. O trabalho foi desenvolvido pela pesquisadora vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), respeitando integralmente os princípios éticos de rigor científico, integridade e transparência no uso e interpretação das fontes consultadas.

4 RESULTADOS

As transformações no processo de trabalho do ACS propostas nas versões de 2006, 2011 e 2017 da PNAB evidenciam mudanças de orientação política e gerencial ao longo do período analisado, e que impactaram fortemente a atuação desse profissional, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1 – Processo de trabalho dos ACS nas PNABs (2006, 2011 e 2017)

Atributos	PNAB 2006	PNAB 2011	PNAB 2017
Vínculo do ACS	Membro obrigatório da ESF	Mantém a obrigatoriedade do ACS nas equipes da ESF	Facultativo nas equipes de Atenção Básica (EAB) não organizadas como ESF.
Cobertura populacional	Até 750 pessoas por ACS	Reafirma o limite de 750 pessoas, com adequação conforme o território	Retira o número fixo, permitindo flexibilização segundo a gestão local.
Atribuições principais	Cadastramento, visitas domiciliares, vigilância e ações educativas	Ampliação das ações em todas as fases do ciclo de vida	Ênfase técnico-operacional nas atribuições
Papel político e social	Mediador entre saber técnico e popular; articulador comunitário	Reforça o papel de mobilizador social e promotor da participação popular	Reduz a ênfase do papel político, priorizando atividades técnicas

Integração com vigilância em saúde	Presente de forma indireta.	Integração ampliada entre atenção e vigilância.	Formaliza a integração com vigilância epidemiológica e ambiental.
Educação permanente em saúde	Formação continuada vinculada à prática	Ênfase na formação técnica e apoio matricial	Mantém a educação permanente, mas com foco operacional
Identidade profissional	Figura central da ESF e base da APS	Consolidação como trabalhador essencial do SUS	Redefinição do lugar do ACS, com menor destaque
Diretriz predominante	Fortalecimento do modelo comunitário e territorial	Integração e ampliação da integralidade	Flexibilização e racionalização de recursos

Fonte: adaptado de PNAB [2006, 2011 e 2017]

A trajetória do ACS na PNAB espelha a própria oscilação da prioridade dada à ESF e ao modelo de cuidado centrado no território. O quadro comparativo revela uma progressiva descaracterização do componente social e comunitário do trabalho do ACS, culminando em uma ênfase mais técnico-operacional.

As diferentes versões da PNAB revelam transformações significativas na organização do trabalho em saúde, especialmente na atuação do ACS. Em 2006, a APS é fortalecida como eixo estruturante do SUS, sustentada por uma lógica territorial e comunitária, o que posiciona o ACS como protagonista central na mediação entre o serviço e a população. Essa concepção é preservada na PNAB 2011, que mantém a obrigatoriedade da categoria, reafirmando sua essencialidade para APS. No entanto, com a PNAB de 2017 inicia-se um processo de reconfiguração das equipes, permitindo arranjos que prescindem desses trabalhadores, sinalizando um enfraquecimento institucional do papel estratégico do ACS.

Essa reorientação institucional também se manifesta na regulação da cobertura populacional do ACS. Se nas versões de 2006 e 2011 prevalece a definição de parâmetros nacionais de até 750 pessoas por agente, com certa flexibilidade territorial em 2011, e a versão de 2017 rompe com essa padronização ao delegar aos gestores locais a definição da cobertura. Esse deslocamento reforça a inflexão presente na PNAB 2017, pois a flexibilização da cobertura, embora amplie

a autonomia municipal, abre espaço para desigualdades e compromete a lógica comunitária que sustentava a ESF.

As atribuições do ACS também acompanham esse movimento. Em 2006, predomina uma atuação voltada para ações comunitárias, como cadastramento, visitas, vigilância e educação em saúde, que reforçam o vínculo territorial. Em 2011, esse escopo é ampliado para todas as fases do ciclo de vida, reconhecendo a complexidade do cuidado, mas aumentando a carga de responsabilidades.

Já em 2017, observa-se a transição para um conjunto de tarefas predominantemente técnico-operacionais, tais como: cadastramento e atualização de dados das famílias e indivíduos; registro das ações nos sistemas de informação em saúde; realização de visitas domiciliares orientadas por protocolos; monitoramento e acompanhamento de grupos e condições prioritárias; repasse de orientações padronizadas de promoção e prevenção; apoio às ações de vigilância epidemiológica e ambiental; e encaminhamento de usuários conforme fluxos assistenciais definidos pela gestão. Esse conjunto de atribuições contribui para a redução do protagonismo comunitário do ACS e aproxima sua atuação de um trabalho mais instrumental, em consonância com a tendência de flexibilização e racionalização de recursos presente nessa versão da política.

Esse deslocamento funcional repercute diretamente no papel político e social do ACS. Enquanto 2006 o reconhece como mediador entre saber popular e técnico, articulador comunitário e incentivador da participação social, a PNAB 2011 aprofunda essa característica ao enfatizar sua atuação como mobilizador social e sujeito político. Com a versão de 2017, porém, há uma redução dessa dimensão política, à medida que ganham centralidade as tarefas técnico-operacionais e diminuem os espaços para ações educativas e de mobilização, evidenciando um processo de despolitização do trabalho do ACS.

A relação do ACS com a vigilância em saúde segue a mesma direção. Em 2006, essa integração aparece apenas de forma indireta; em 2011, torna-se mais robusta, reconhecendo que vigilância, território e cuidado são dimensões indissociáveis da APS. Em 2017, apesar do avanço organizacional ao formalizar de maneira explícita a articulação com vigilâncias epidemiológica e ambiental, a tecnificação crescente do trabalho do ACS cria o risco de transformar a vigilância em atividade burocrática, desconectada da perspectiva territorial ampliada que caracteriza a ESF.

A educação permanente é outro eixo que revela esse processo. Em 2006, priorizava-se uma formação crítica e contextualizada, articulada ao território e ao cotidiano do trabalho. Em 2011, essa concepção é expandida por meio da interdisciplinaridade, do apoio matricial e da qualificação técnica. No entanto, em 2017, embora mantida como diretriz, a educação permanente adquire um caráter predominantemente operacional, limitado à execução de tarefas, o que reduz as possibilidades de formação crítica necessárias para sustentar a atuação comunitária do ACS.

Esse conjunto de transformações impacta diretamente a identidade profissional do ACS. A centralidade atribuída em 2006, na qual o agente é visto como pilar da APS e figura chave da ESF, é reforçada em 2011, que o consolida como trabalhador essencial na articulação entre cuidado, vigilância e território. Contudo, em 2017 essa identidade se fragiliza, seja pela flexibilização da obrigatoriedade, seja pela perda de centralidade no arranjo organizacional, o que contribui para a diluição do seu papel comunitário e político.

As diretrizes que orientam cada versão da PNAB evidenciam o sentido dessas mudanças. Tanto 2006 quanto 2011 reafirmam o modelo comunitário, territorializado e integral da APS, no qual o ACS desempenha papel estruturante. Já a PNAB 2017 privilegia a flexibilização organizacional e a racionalização de recursos, fortalecendo um modelo de cuidado fragmentado, menos ancorado ao território vivo e na participação social, o que se alinha às transformações observadas nos demais eixos analisados.

Assim, a leitura crítica e integrada das três versões da PNAB traz uma reflexão sobre prioridades, e revela um deslocamento progressivo do modelo comunitário e participativo da APS para um modelo mais técnico e flexível, cujas implicações se expressam de forma clara no trabalho do ACS. As mudanças relacionadas ao vínculo, à cobertura, às atribuições, à vigilância, à educação permanente e à identidade profissional convergem para um mesmo eixo: o enfraquecimento do papel comunitário e político do ACS e, conseqüentemente, da própria lógica territorial que estruturou a APS brasileira. Dessa forma, o ACS torna-se a materialização do custo “dispensável” de um projeto de atenção à saúde no país, revelando o quanto as mudanças normativas expressam escolhas políticas sobre o futuro da APS e sobre o lugar da comunidade no SUS.

5 DISCUSSÃO

O ponto crucial de inflexão na trajetória do ACS é representado pelo momento em que a balança de prioridades se inclina decisivamente para a flexibilização da composição das equipes na APS. A mudança mais drástica e simbólica, evidenciada no Quadro 1, reside na flexibilização do vínculo do ACS, que transita de membro obrigatório da ESF nas PNAB de 2006 e 2011 para profissional facultativo nas Equipes de Atenção Básica a partir da PNAB de 2017. Essa alteração não se limita a uma reconfiguração administrativa, mas expressa um deslocamento paradigmático que fragiliza o modelo da ESF e tensiona diretamente a concepção de cuidado produzida no âmbito do “trabalho vivo em ato”, conforme formulado por Merhy (2002), ao subordinar a produção do cuidado às lógicas instrumentais, procedimentais e mensuráveis do modelo biomédico.

A figura do ACS pode ser compreendida como a materialização das tecnologias leves, acolhimento, escuta, vínculo e responsabilização compartilhada no interior das equipes, sendo o profissional que sustenta a ponte afetiva, simbólica e política entre os serviços de saúde e os territórios. Seu papel historicamente se alicerça na mediação entre o saber técnico e o saber popular, ampliando a capacidade da equipe de reconhecer necessidades que escapam à lógica estritamente clínica. Ao retirar sua obrigatoriedade, a política abre espaço para o fortalecimento de um modelo de atenção centrado na produtividade, na mensuração essencialmente numérica e na padronização de procedimentos, convergindo com a hegemonia do modelo biomédico. Nesse movimento, o trabalho vivo tende a ser progressivamente substituído pelo chamado trabalho morto, comprometendo a produção de um cuidado singular, integral e resolutivo, bem como a capacidade das equipes de sustentar vínculos longitudinais com a comunidade (Franco e Merhy 2003).

Conforme apontam Morosini *et al.*, (2018), a reconfiguração das equipes, ao tornar o ACS um componente opcional, abre brechas para o afrouxamento da cobertura populacional, especialmente em função dos parâmetros da relação equipe/população. Essa dinâmica repercute diretamente no acesso da população aos serviços de saúde e favorece a reatualização de um modelo assistencial tradicional, centrado na lógica queixa-conduta, historicamente criticado por sua baixa

resolutividade e por sua incapacidade de enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Nesse contexto, o foco do trabalho, anteriormente orientado para a mobilização comunitária, a escuta qualificada das necessidades sociais e a intervenção sobre os determinantes sociais de saúde, é progressivamente deslocado para a coleta de dados, o cumprimento de indicadores e a vigilância estritamente biomédica. Tal deslocamento reforça a fragmentação do cuidado e desvaloriza a dimensão política e social do trabalho do ACS, reduzindo sua atuação a funções instrumentais e enfraquecendo o potencial transformador da APS. A persistência do modelo biomédico, portanto, não se apresenta como um resíduo histórico, mas como uma racionalidade funcional à reorganização neoliberal da política de saúde, ao privilegiar práticas padronizáveis, controláveis e compatíveis com formas gerenciais de controle do trabalho.

No Brasil, a incorporação do ideário neoliberal promoveu uma reconfiguração profunda das políticas públicas, incidindo de maneira particularmente intensa sobre o campo da saúde. Longe de significar uma simples retração do Estado, esse processo implica uma redefinição seletiva de sua atuação, orientada por políticas de austeridade fiscal, pelo enxugamento das funções sociais e pela garantia das condições de reprodução do capital. Nesse cenário, a saúde deixa progressivamente de ser concebida como um direito social universal e passa a ser tratada segundo critérios de custo-benefício, eficiência e produtividade (Andrade; Carvalho; Oliveira, 2022).

A adoção sistemática de políticas de contenção de gastos, racionalização de recursos e ajuste fiscal fragiliza os sistemas públicos universais, ao mesmo tempo em que favorece a expansão de mecanismos de privatização e mercantilização da saúde. Esse reordenamento impacta diretamente o processo de trabalho em saúde, intensificando a precarização dos vínculos laborais, a sobrecarga de tarefas e a desvalorização dos trabalhadores. Tais transformações se expressam de forma desigual nos territórios, aprofundando iniquidades no acesso, na qualidade do cuidado e na efetivação do princípio da integralidade da atenção (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

Como demonstram Paim (2018), Fleury (2017) e Bravo; Matos (2016), essa racionalidade neoliberal redefine prioridades institucionais e desloca o cuidado para um modelo gerencial centrado em metas, indicadores e resultados mensuráveis.

Nesse contexto, práticas centrais da APS, como o vínculo comunitário e o trabalho territorial, passam a ser deslegitimadas por sua suposta baixa mensurabilidade. De modo semelhante, a vigilância em saúde tende a ser ressignificada como mera atividade de monitoramento e coleta de dados, afastando-se da compreensão crítica do território como construção social e política, conforme defendem (Nogueira 2010; e Silva; Dalmaso, 2002).

Essa reorganização da política e da gestão da saúde não produz efeitos apenas no plano institucional, mas incide diretamente sobre as formas de subjetivação e sobre a experiência cotidiana do trabalho. Conforme analisam Safatle, Silva Júnior e Dunker (2020), o neoliberalismo opera como um dispositivo de gestão do sofrimento psíquico ao deslocar para os indivíduos a responsabilidade por lidar com a escassez estrutural, a intensificação do trabalho e a fragilização das condições laborais. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, esse processo manifesta-se de forma particularmente aguda no trabalho dos ACS, submetidos a avaliações constantes por indicadores de desempenho, enquanto enfrentam a redução de recursos humanos, a ampliação de atribuições e a erosão dos vínculos com os territórios. O sofrimento decorrente dessa dinâmica tende a ser interpretado como falha individual de adaptação ou eficiência, despolitizando as causas estruturais da precarização do trabalho e convertendo conflitos coletivos em problemas individuais de desempenho e gestão emocional (Andrade; Carvalho; Oliveira, 2022).

Esse movimento estrutural encontra expressão concreta no ciclo político inaugurado a partir de 2016, com o governo Temer, e aprofundado durante o governo Bolsonaro. As mudanças normativas representadas pela PNAB de 2017 não podem ser compreendidas de forma descontextualizada, pois se inscrevem nesse período marcado pela adoção explícita da agenda neoliberal, pela institucionalização da austeridade fiscal permanente e pela redefinição regressiva do papel do Estado na garantia dos direitos sociais. A Emenda Constitucional nº 95/2016, ao congelar os gastos sociais por vinte anos, institui um regime de escassez estrutural que rompe com os fundamentos constitucionais do SUS e subordina a política de saúde à lógica do ajuste fiscal e da contenção do gasto público (Paim, 2018; Funcia, 2019). Nesse cenário, a APS deixa de ser concebida como eixo estruturante de um sistema universal e passa a ser reorganizada segundo

critérios de custo, eficiência e focalização, criando as condições políticas e institucionais para a revisão da PNAB em 2017.

A PNAB de 2017 expressa, portanto, não um aprimoramento técnico da política, mas uma inflexão ideológica coerente com o projeto de Estado mínimo para os direitos sociais e máximo para o capital. Ao flexibilizar a composição das equipes e relativizar a centralidade da ESF, a política rompe com o modelo territorial e comunitário que historicamente orientou a APS no Brasil (Giovannella et al., 2018; Morosini; Fonseca; Lima, 2018). A possibilidade de constituição de Equipe de Atenção Básica sem a obrigatoriedade do ACS revela uma concepção de atenção que prescindem do território como espaço político e social, reduzindo-o a uma base operacional para a vigilância de agravos, a coleta de dados e a execução de ações clínicas pontuais. Trata-se de um deslocamento que reforça a hegemonia do modelo biomédico, centrado na doença, no indivíduo e no procedimento, em detrimento do cuidado longitudinal, relacional e socialmente situado.

Essa reorientação é aprofundada e radicalizada durante o desgoverno Bolsonaro, que não apenas mantém os marcos normativos herdados, como imprime ao campo da saúde um projeto abertamente hostil à ciência, à universalidade do SUS e à participação social. No campo da Atenção Primária à Saúde, evidencia-se um deslocamento intencional do cuidado ancorado no território e na adscrição populacional para um modelo assistencial orientado pelo cadastramento individual e pela mensuração de desempenho, tal como institucionalizado pelo Programa Previne Brasil, que redefine o financiamento e a organização do trabalho das equipes, fragilizando a lógica territorial e os princípios estruturantes do SUS (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Ao substituir o financiamento baseado na adscrição territorial por mecanismos de pagamento por desempenho, o governo desloca o eixo da política do cuidado coletivo para a responsabilização individual das equipes e dos usuários, penalizando territórios historicamente vulnerabilizados e aprofundando desigualdades no acesso aos serviços de saúde (Vieira; Benevides, 2021).

Nesse contexto, o ACS torna-se uma figura política e institucionalmente inconveniente e desnecessária. Sua atuação, fundamentada na leitura crítica do território, na mediação entre saberes e na explicitação dos determinantes sociais da saúde, entra em contradição direta com um projeto de APS reduzido à lógica do controle, da mensuração e da produtividade. A desvalorização do ACS não se dá

apenas pela flexibilização de seu vínculo, mas pela deslegitimação simbólica de sua função social, agora considerada pouco eficiente, pouco mensurável e excessivamente política para um modelo de gestão que busca neutralizar conflitos e invisibilizar desigualdades.

A convergência entre neoliberalismo e modelo biomédico opera, assim, como eixo estruturante da política de saúde durante os governos Temer e Bolsonaro. Ao mesmo tempo em que se reduz o financiamento e se fragiliza o suporte institucional, intensifica-se o controle sobre o trabalho em saúde, ampliam-se atribuições e impõem-se metas e indicadores que desconsideram a complexidade dos territórios e das necessidades sociais em saúde (CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015; e Cecílio, 2009). Esse processo subordina o trabalho vivo em ato a tecnologias duras e leve-duras, reforça hierarquias profissionais e esvazia práticas relacionais e comunitárias, particularmente aquelas desempenhadas pelos ACS.

Dessa forma, como apontam Morosini, Fonseca e Baptista (2020), as políticas implementadas nos governos Temer e Bolsonaro revelam um projeto de SUS progressivamente residual, seletivo e funcional às exigências do ajuste fiscal, em ruptura com os princípios de universalidade, integralidade e participação social inscritos na Reforma Sanitária Brasileira. A deslegitimação do ACS como sujeito territorial não constitui um efeito colateral dessas reformas, mas um elemento constitutivo do projeto em curso, na medida em que enfraquece a capacidade da APS de enfrentar os determinantes sociais da saúde e de produzir cuidado ancorado no território, no vínculo e na justiça social. Trata-se, portanto, de uma disputa profundamente política sobre o sentido do cuidado, o papel do Estado e as condições de possibilidade de um sistema de saúde verdadeiramente universal, democrático e socialmente comprometido.

6 CONCLUSÃO

As mudanças normativas introduzidas pela PNAB 2017 escancaram um projeto político de desmonte progressivo do lugar do ACS na APS no Brasil. Ao esvaziar suas atribuições comunitárias, subordinar seu trabalho a lógicas gerenciais e produtivistas e afastá-lo cada vez mais do território, essa política fragiliza o vínculo, a mediação social e a atuação cotidiana junto às populações. Tais mudanças revelam projetos distintos de Estado, de território e de comunidade.

Enquanto as versões de 2006 e 2011 se orientavam por uma concepção de saúde como produção social do cuidado, ancorada no território e na participação social, a PNAB 2017 desloca a APS para um modelo gerencial, centrado na flexibilização e na redução do papel comunitário. Ao reconfigurar o trabalho do ACS, a PNAB 2017 não apenas transforma uma categoria profissional, mas altera o próprio horizonte de sentido da APS no SUS, enfraquecendo seu caráter público, territorial e cidadão.

Esse deslocamento não ocorre de forma neutra. Ao contrário, produz um efeito cascata sobre o cotidiano de trabalho do ACS, impactando diretamente sua identidade profissional, suas atribuições e, sobretudo, o sentido do cuidado produzido no território. A incorporação crescente de demandas administrativas, metas e indicadores reforça a hegemonia do modelo biomédico e gerencialista, em detrimento das tecnologias leves que historicamente sustentaram o vínculo com os usuários. Nesse processo, o ACS perde um bem precioso. O tempo, tempo do encontro, da escuta, e da construção de vínculos, elemento marcante de sua prática e da própria história trilhada pela APS.

Conforme evidenciado na obra de Mesquita 2019, o discurso da eficiência e do equilíbrio fiscal tem sustentado a consolidação de um Estado gerencial, estruturado por instrumentos de controle, monitoramento e avaliação que passam a reconfigurar as políticas públicas segundo critérios predominantemente econômicos. Nesse contexto, instaura-se um paradoxo: ao priorizar mecanismos típicos da racionalidade neoliberal para ampliar a eficiência e o controle do trabalho, fragiliza-se justamente aquilo que historicamente conferiu potência à Estratégia Saúde da Família a capacidade de produzir cuidado enraizado no território vivo, nas relações e na mediação entre saberes técnicos e populares. A centralidade atribuída ao custo-benefício e à mensuração de resultados desloca o ACS de sua função estratégica de articulador comunitário para uma posição cada vez mais instrumentalizada, subordinada a protocolos e metas que pouco dialogam com a complexidade das necessidades sociais em saúde.

Dessa forma, as mudanças normativas analisadas não apenas reorganizam o processo de trabalho, mas também produzem uma reflexão sobre prioridades no âmbito das políticas públicas de saúde. Ao enfraquecer o trabalho vivo em ato e subordinar o cuidado a lógicas produtivistas, corre-se o risco de comprometer conquistas históricas, construídas a partir da valorização do território, da participação social e do vínculo longitudinal. Reconhecer essas transformações e

seus efeitos é fundamental para tensionar os rumos da PNAB e reafirmar o papel político e estratégico do ACS na defesa de um SUS público, universal e orientado pelas necessidades reais da população.

REFERÊNCIAS

- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/Abrasco, 2004. Disponível em: https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/livro_cuidado_apres.pdf. Acesso em: 14 dez. 2025.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 24 maio 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou informações identificáveis, ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581. Acesso em: 14 dez. 2025.
- 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). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 14 dez. 2025.
- 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). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 out. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 14 dez. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 mar. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html. Acesso em: 14 dez. 2025.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A política de saúde no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (org.). **Política social e democracia**. Rio de Janeiro: Cortez, 2016. Disponível em: <https://www.saude.mt.gov.br/storage/old/files/politica-de-saude-no-brasil-por-maria-ines-souza-bravo-%5B16-200511-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2025.
- CAMPOS, C. V. de A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro**, v. 42, n. 2, p. 347–368, 2008. DOI: 10.1590/S0034-76122008000200007. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10438/15016>. Acesso em: 14 dez. 2025.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; VIANA, Nildo; SOARES, Cassia Baldini. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. abr./jun., p. 82-91, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015S01007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01007>. Acesso em: 14 dez. 2025.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2009. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/sentidos-da-integralidade8edicao.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2025.

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, 2007. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9334>. Acesso em: 14 dez. 2025.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405–4415, 25 nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n12/4405-4415/>. Acesso em: 14 dez. 2025.

GIOVANELLA, Lígia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 14 dez. 2025.

GIOVANELLA, Lígia; BOUSQUAT, Aylene; SCHENKMAN, Simone; ALMEIDA, Patty Fidelis de; VASCONCELOS SARDINHA, Luciana Monteiro; PONTES VIEIRA, Maria Lúcia França et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 1, p. 2543–2556, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.1.43952020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26suppl1/2543-2556/>. Acesso em: 14 dez. 2025.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sergio; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575–625. Disponível em: https://www.espp.pr.gov.br/sites/escola-saude/arquivos_restritos/files/migrados/File/ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_ESF_Giovanella_L_Mendonca_MH.pdf. Acesso em: 14 dez. 2025.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783–794, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLjsqclYxFDf8Y6ktM4Gs3G/?lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2025.

MASSUDA, A.; HONE, T.; LELES, F. A. G.; CASTRO, M. C. de; ATUN, R. O sistema de saúde brasileiro em encruzilhada: avanços, crise e resiliência. **BMJ Global Health**, Londres, v. 3, n. 4, p. e000829, 2018. DOI: 10.1136/bmjgh-2018-000829. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6035510/pdf/bmjgh-2018-000829.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wvPxxpsmvrz7wrXPDQKW7Kb/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial, p. 11–24, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42n116/11-24/pt/>. Acesso em: 14 dez. 2025.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639–1646, 2002. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2002.v18n6/1639-1646/>. Acesso em: 14 dez. 2025.

OLIVEIRA, F. F. de; ALMEIDA, M. T. P. de; FERREIRA, M. G.; PINTO, I. C.; AMARAL, G. G. Importância do agente comunitário de saúde nas ações da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 46, n. 3, p. 291-313, 2022. DOI: 10.22278/2318-2660.2022.v46.n3.a3771. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3771/3132>. Acesso em: 14 dez. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/1/>. Acesso em: 14 dez. 2025.

SAFATLE, Vladimir; SILVA JÚNIOR, Nelson da; DUNKER, Christian Ingo Lenz (org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

SETA, Marismary Horsth; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, p. 3781–3786, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.01072020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26suppl2/3781-3786/pt>. Acesso em: 14 dez. 2025.

VIEIRA, Fabíola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **Os impactos do teto de gastos no financiamento do SUS**. Brasília: IPEA, 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2612.pdf. Acesso em: 14 dez. 2025.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, [s. l.], 9 maio 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_2.pdf. Acesso em: 14 dez. 2025.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. São Paulo: Hucitec, 2003. Disponível em: <https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/11PSF-contradicoes.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2026.

ANDRADE, H. S. de; CARVALHO, S. R.; OLIVEIRA, C. F. de. Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e320116, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2022.v32n1/e320116/pt>. Acesso em: 23 fev. 2026.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabíola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2303–2314, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZgbMjYykCWRkccrSPQrqWjx/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2026.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; FONSECA, Angélica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previsão Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00040220, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n9/e00040220/pt>. Acesso em: 23 fev. 2026.