



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**TÁSSILA DA COSTA LIMA**

**EXPRESSÕES DA CONTRARREFORMA DAS POLÍTICAS SOCIAIS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAMPINA GRANDE-PB  
2023**

TÁSSILA DA COSTA LIMA

**EXPRESSÕES DA CONTRARREFORMA DAS POLÍTICAS SOCIAIS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
(Artigo) apresentado à Coordenação do  
Curso de Serviço Social da  
Universidade Estadual da Paraíba,  
como requisito parcial à obtenção do  
título de Bacharela em Serviço Social.

**Orientadora:** Dra. Kathleen Elane Leal Vasconcelos

**CAMPINA GRANDE-PB  
2023**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L732e Lima, Tassila da Costa.  
Expressões da contrarreforma das políticas sociais na estratégia saúde da família [manuscrito] / Tassila da Costa Lima. - 2023.  
29 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2023.

"Orientação : Profa. Dra. Kathleen Elane Leal Vasconcelos, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA. "

1. Atenção primária à saúde. 2. Estratégia saúde da família. 3. Contrarreforma. I. Título

21. ed. CDD 361.61

TÁSSILA DA COSTA LIMA

EXPRESSÕES DA CONTRARREFORMA DAS POLÍTICAS SOCIAIS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)  
apresentado à Coordenação do Curso  
de Serviço Social da Universidade  
Estadual da Paraíba, como requisito  
parcial à obtenção do título de Bacharela  
em Serviço Social.

Aprovada em: 26/03/2023.

BANCA EXAMINADORA

Kathleen Vasconcelos

Prof. Dra. Kathleen Elane Leal Vasconcelos (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Maria do Socorro P. de Souza

Prof. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Nara Rúbya Barreto Paiva

Nara Rúbya Barreto Paiva

Assistente Social da Unidade Básica de Saúde Wesley Cariry Targino

A meu pai Inácio Pereira (*in memoriam*)  
pois fostes a base da minha educação  
essa conquista é em sua homenagem,  
DEDICO-O.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Quadro 1** - Síntese comparativa dos aspectos organizativos e funcionais nas edições das PNAB 2011 e 2017.....16

**Quadro 2** - Instrumentos legais e normativos orientadores das mudanças em curso na atenção, publicados pelo Ministério da Saúde, entre agosto de 2019 e janeiro de 2020.....20

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CASAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EC	Emenda à Constituição
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SISREG	Sistema de Regulação
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 O SUS E A APS .....</b>	<b>8</b>
<b>3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: BREVES CONSIDERAÇÕES ..</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Estratégia Saúde da Família: modelo de organização da Atenção Básica</b> <b>.....</b>	<b>11</b>
<b>4 REFLETINDO A CONTRARREFORMA DA ESF: DA NOVA PNAB 2017 AO</b> <b>PREVINE BRASIL .....</b>	<b>15</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>27</b>

# EXPRESSÕES DA CONTRARREFORMA DAS POLÍTICAS SOCIAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Tássila da Costa Lima<sup>1</sup>

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde, em especial a Estratégia Saúde da Família, nos últimos anos, por via de medidas dos governos ultraneoliberais de Michel Temer e de Jair Bolsonaro, sofreram muitos ataques através de dispositivos legais, o que aprofundou e ampliou o cenário contrarreformista de desmonte e precarização da APS no país. O objetivo do artigo é analisar os rebatimentos da contrarreforma da saúde na Atenção Primária, especificamente na ESF, através de instrumentos legais sobre a ESF publicados no período de 2017 a 2019, período em que se deram os maiores influxos da contrarreforma na APS. Para realização do estudo, foi adotada a revisão de literatura narrativa. A investigação demonstrou que, no governo Temer e Bolsonaro, a APS foi objeto de várias normativas que inflexionaram seu direcionamento, organização dos serviços, financiamento e seus princípios fundamentais. Deste modo, constatou-se que a publicação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB 2017), somada à implantação do Previne Brasil e à criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) vem desmantelando a ESF e são parte de uma estratégia mais ampla de ataques ao SUS e às políticas sociais. O estudo mostrou que, através dessas iniciativas, houve retrocessos em direção ao modelo biomédico. Neste sentido, é de suma importância que tais dispositivos sejam revistos com brevidade, no intuito de proporcionar e de preservar os princípios fundamentais da ESF, garantindo sua expansão, acesso, promoção e prevenção à saúde a toda a população brasileira.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Contrarreforma.

## ABSTRACT

Primary Health Care, in particular the Family Health Strategy, in recent years, through measures by the ultraneoliberal governments of Michel Temer and Jair Bolsonaro, have suffered many attacks through legal provisions, which deepened and expanded the counter-reformist scenario of dismantling and precariousness of PHC in the country. The objective of the article is to analyze the impact of the health counter-reform in Primary Care, specifically in the ESF, through legal instruments on the ESF published in the period from 2017 to 2019, the period in which the greatest influxes of the counter-reform in PHC took place. To carry out the study, the narrative

---

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Bacharelado em Serviço Social (UEPB). E-mail: [tassila.lima@aluno.uepb.edu.br](mailto:tassila.lima@aluno.uepb.edu.br)

literature review was adopted. The investigation showed that, in the Temer and Bolsonaro governments, PHC was the object of several regulations that inflected its direction, organization of services, funding and its fundamental principles. Thus, it was found that the publication of the National Primary Care Policy (PNAB 2017), in addition to the implementation of Previner Brasil and the creation of the Agency for the Development of Primary Health Care (ADAPS) has been dismantling the ESF and are part of a broader strategy of attacking the SUS and social policies. The study showed that, through these initiatives, there were setbacks towards the biomedical model. In this sense, it is of the utmost importance that such devices be reviewed soon, in order to provide and preserve the fundamental principles of the ESF, guaranteeing its expansion, access, promotion and prevention of health to the entire Brazilian population.

**Keywords:** Primary Health Care. Family Health Strategy. Counter-Reformation. Counter-reformation.

## 1 INTRODUÇÃO

Com o avanço do neoliberalismo no Brasil, a partir dos anos 1990, na contramão dos direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988, defrontamo-nos com sucessivos ataques às políticas sociais em geral, inclusive a de saúde, que vêm sendo denominados de “contrarreformas”<sup>2</sup>.

Na última área, estas vêm sendo sentidas através do subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), do sucateamento dos serviços, entre outros, o que vem a prejudicar a qualidade da prestação de serviços aos usuários. O objetivo deste estudo é justamente nos debruçarmos sobre rebatimentos progressivos e gradativos da contrarreforma da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), em especial na Estratégia Saúde da Família.

A partir da minha vivência de trabalho como Agente Comunitária de Saúde (ACS) no município de Campina Grande-PB e como estagiária do curso de Serviço Social na Unidade de Saúde Básica (UBS) da Família Wesley Cariry Targino, situada no bairro de Nova Brasília, no mesmo município, pudemos observar que, ao tempo em que houve avanços significativos na forma como o usuário adentram a UBSF através de um acolhimento e escuta qualificada, testemunhamos as inflexões da contrarreforma no cotidiano dos serviços, especialmente através das repercussões da implementação da nova Política Nacional da Atenção Básica PNAB (BRASIL, 2017); da terceirização dos serviços; do sucateamento do patrimônio, da falta de insumos básicos, medicamentos e até de profissionais que deveriam compor a equipe básica da ESF. Tais vivências nos instigaram a buscar analisar os rebatimentos da contrarreforma da saúde na Atenção Primária, especificamente na ESF, no cenário de governo Bolsonaro (2019-2022). Para tanto, buscamos discutir as modificações introduzidas na nova PNAB para a ESF e a nova política de financiamento da APS.

Consideramos que é fundamental problematizar tais transformações, que estão associadas ao aprofundamento da falta periódica de materiais básicos para curativos, medicação; à maior demora na marcação de consulta e exames; e até mesmo ao esvaziamento da UBSF com o novo sistema implementado pela Secretaria de Saúde do município de Campina Grande (o programa “Saúde de Verdade”<sup>3</sup>), que, em nossa avaliação, estão também relacionadas com as modificações advindas da nova PNAB, bem como o novo modelo de financiamento da APS - o Previne Brasil; o que a grosso modo representa perdas significativas no bom funcionamento e atendimento aos usuários na ESF.

Conforme Vasconcelos, Silveira e Xavier (2018), os retrocessos na APS são peças importantes no agressivo desmonte do SUS, daí a relevância de um estudo que se debruce sobre a temática.

Para elaboração deste artigo, fizemos uso da revisão de literatura narrativa, (ELIAS et al. 2012) que nos permite estabelecer relações com produções teóricas

---

<sup>2</sup> Para Behring (2003), contrarreforma é o contrário de reforma do Estado, visto que esta possui uma conotação positiva, de ampliação de direitos sociais, enquanto aquela se fundamenta em elementos fiscais e atua na regressão de tais direitos.

<sup>3</sup> Configura-se como um novo modelo de gerenciamento da APS no município de Campina Grande, em substituição a alguns sistemas utilizados anteriormente, como o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), o Guia Eletrônico do Sistema de Regulação (SISREG); tem como objetivo a integralização de toda a rede de atendimento do município desde a atenção básica à alta complexidade. O programa terceiriza o agendamento das consultas para uma empresa privada.

anteriores, identificando temáticas recorrentes, apontando novas perspectivas, consolidando uma área de conhecimento de uma forma crítica. Buscou-se refletir especialmente sobre os dispositivos publicados a partir do governo de Michel Temer (2016) até meados do governo de BOLSONARO (2020), período em que se deram os maiores influxos da contrarreforma na APS.

O presente artigo se organiza a partir de uma breve discussão sobre o SUS, os ataques e conquistas que vem sofrendo ao longo de sua existência. Em seguida, trazemos algumas considerações em torno da Atenção Primária; logo após, fazemos uma contextualização da Estratégia Saúde da Família, sua organização, importância no processo de prevenção e promoção da saúde e finalizamos analisando os principais dispositivos construtivos no processo de contrarreforma da ESF: A PNAB 2017, que traz novas diretrizes e orientações para APS, o Previne Brasil, que é o novo modelo de financiamento da APS, e a Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária a Saúde (ADAPS). Para encerrar, traçamos algumas considerações finais.

## 2 O SUS E A APS

A priori, vale lembrar que, antes do SUS, apenas as pessoas que trabalhavam com carteira assinada e seus dependentes tinham acesso ao atendimento médico da Previdência Social. A imensa maioria dos brasileiros, sem direitos previdenciários, contava com a caridade de hospitais filantrópicos e postos de saúde e hospitais de estados ou municípios (PAIM, 2009). A atuação estatal se voltava para a “saúde pública”, especialmente através de campanhas.

Com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, o Art.196 dispõe que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988)”. Sendo assim, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo.

Deste modo, a Carta Magna consagrou um modelo de saúde que busca uma atenção à saúde universal, igualitária, integral, descentralizada e participativa, que significou um grande avanço no aspecto legal no que diz respeito ao acesso à saúde, conforme Paim (2009). Não podemos deixar de ressaltar que essa tão importante conquista para os brasileiros deve ser atribuída às lutas e ao grande esforço do Movimento de Reforma Sanitária, a partir de meados da década de 1970 (ibidem).

A busca da construção de um sistema universal em saúde passou a ser implementado a partir de diversas medidas estruturais que permitiram ampliar o acesso e implantar serviços voltados para as necessidades em saúde da população.

De acordo com Mendes (2011), os sistemas de atenção saúde:

Constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares (2011, p. 45).

O SUS, criado através da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90 e nº 8.142/90),

é considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na “citada” Constituição. Tal sistema, apesar de todos os desafios que enfrenta, tornou-se um sistema de saúde “dito padrão”, admirado no mundo inteiro por buscar ser um modelo democrático e acessível de cuidados à saúde da população, sem qualquer distinção, seja social ou financeira (PAIM, 2009).

Apesar da importância do SUS, este vem sendo recorrentemente atacado em seus preceitos originais. Assim, observamos que, ao longo dos anos, um trinômio é recorrente: focalizar, descentralizar e precarizar a saúde e, por conseguinte, o SUS, tornando-o fraco sobre a óptica econômica e inviável para o financiamento do Estado. Dessa forma, fica coerente para o mercado vender planos de saúde acessível aos trabalhadores com baixa renda e deixar a saúde pública para a população que se encontra em extrema pobreza (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

A partir da turbulenta conjuntura política que o Brasil vivenciava em 2016, com o Impeachment da então presidenta Dilma Rousseff; e, por conseguinte, com a condução do seu vice presidente golpista Michel Temer à Presidência e com a posterior eleição de Bolsonaro, nota-se um brutal fortalecimento de uma pauta vinculada à lógica mercadológica e de cerceamento dos direitos sociais brasileiros.

Testemunhamos uma série de diligências, em curso, sob o pretexto de enfrentar o desequilíbrio fiscal, atribuído ao descontrole das contas públicas decorrentes de “políticas paternalistas”, que teriam agravado a crise econômica (MOROSINE et al, 2018). A ordem do momento era redefinir o destino dos recursos do fundo público, restringindo as políticas sociais, facilitando a redução da dimensão pública do Estado e aumentando a presença do setor privado.

Nessa onda gigantesca de ofensivas contra a classe trabalhadora, as quais, muito bem articuladas, atacam os direitos trabalhistas e previdenciários; existiu solo fértil no poder legislativo para uma proposta que, a partir de então, vem sendo um forte golpe para as principais políticas públicas do país: a Emenda Constitucional nº 95/2016, a famosa emenda do “Teto dos Gastos”, que congelou por 20 anos os recursos públicos, dentre eles a saúde, o que, por conseguinte, afeta diretamente o custeio e a manutenção do SUS.

Vale também ressaltar a Lei nº13.467, de 13 de julho de 2017, tratada como a Reforma Trabalhista, que alterou vários pontos da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com a falácia de que geraria mais empregos. Contudo, o que se observou foi um aumento da precarização do trabalho, pois a forma de contratação desses trabalhadores foi bastante flexível, com poucas garantias contratuais, bem como a promessa de novos postos de trabalho não se cumpriu, pelo contrário, o índice de desemprego no país cresceu vertiginosamente.

Outra medida contrarreformista, executada no governo de Jair Bolsonaro, foi a Emenda Constitucional nº103, de 12 de novembro de 2019, intitulada de Reforma da Previdência, que, por sua vez, trouxe muitas mudanças, dentre as quais podemos destacar: aumento da idade mínima para aposentadoria e do tempo de contribuição, que por sua vez são fatores que podem incidir na saúde do trabalhador, acarretando assim ônus para o SUS, uma vez que longas jornadas de trabalho afetam a qualidade de vida e o seu estado de bem estar em geral.

Neste cenário, a política de saúde, desde o governo Temer, vem passando pela adoção de diversas medidas que se contrapõem aos principais objetivos da Reforma Sanitária e vem cada vez mais atendendo aos interesses do capital financeiro (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006). Uma expressão desse processo foi a fala de um ex-Ministro, Ricardo Barros, que defendeu a redução do SUS, visto que,

segundo ele, “o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para suprir todas as garantias” (BRAVO, PELEZ, PINHEIRO, 2018, p.14).

Dessa forma, o governo de Temer iniciou o processo de adoção de uma forma mais rigorosa de neoliberalismo, através de propostas que foram enviadas ao Congresso Nacional, e em grande parte foram aprovadas, caracterizando-se como uma profusão contrarreformista.

Com o governo Bolsonaro não seria diferente, já que seu programa de governo, durante o pleito de 2018, não informava programas que pudessem melhorar ou ampliar o SUS, ao contrário, a palavra em destaque era privatizar.

Durante a Pandemia da Covid-19, o governo Bolsonaro foi na contramão das orientações da ciência e criticava o uso de máscaras de proteção, do distanciamento social, bem como incentivava e proporcionava aglomeração de pessoas. Foi contra a compra das vacinas e de qualquer medida de proteção contra o vírus, o que acabou proporcionando um aumento exponencial do contágio pelo vírus e, por consequência, um grande número de mortes no país, revelando seu perfil negacionista e de necrófilo.

Essa breve contextualização das contrarreformas que foram sendo impostas nesses últimos anos e seus rebatimentos é fundamental para compreendermos como elas se apresentam particularmente na saúde, para podermos contextualizar o cenário atual de desmonte e mercantilização da saúde, e, em nosso caso, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Para tanto discutiremos a seguir o que é a APS e como a Estratégia se situa em tal contexto.

### **3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: BREVES CONSIDERAÇÕES**

Para discorrer sobre a APS, é importante mencionar que, de acordo com Oliveira, (2021) a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, realizada em Alma-Ata, em 1978, na qual a APS recebe um conceito assertivo e com base doutrinária, com deliberação explícita em relatórios com o objetivo de incentivar a adoção de práticas de cuidados primários à saúde como estratégia para ampliação do acesso aos serviços de saúde. No evento, a APS é definida como:

(...) la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social e económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS, 1978, p.4, apud VASCONCELOS, 2011, p. 95).

As propostas advindas na citada conferência motivaram a adoção da atenção primária em alguns países, incluindo o Brasil. Os princípios que suscitaram a criação

do SUS, resultado das lutas do Movimento de Reforma Sanitária, possuem como elo com os da Atenção Primária, que são: universalidade, acessibilidade, integralidade da atenção, equidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização e participação social (BRASIL, 2012).

Nesse nível de atenção, o atendimento deve ser abrangente, acessível e pode responder, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida. (OPAS, 2018). É na APS que são desenvolvidas muitas ações já consolidadas ao longo dos anos, como, por exemplo, as campanhas de vacinação em todo o território nacional, que, durante muitos anos e até o governo Bolsonaro, era modelo para outros países.

Na sua essência, a APS não deve vislumbrar apenas o indivíduo no processo saúde/doença: deve ir além, enxergar o contexto em que ele está inserido. A proposta da APS expressa questionamentos ao modelo biomédico e requisita mudanças na organização dos serviços de saúde (VASCONCELOS et al, 2017).

A partir desse conceito, vão surgindo propostas para superação do modelo tradicional biomédico, hospitalocêntrico, buscando a reorientação do modelo proposto pelo SUS, priorizando a atenção primária, mas sem desconsiderar a integralidade da atenção primária (CARNEIRO, 2011).

Deste modo, constatamos que, no Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>4</sup> passou a ser valorizada apenas a partir da década de 1990: depois de muitos anos priorizando a atenção hospitalar, esse nível de atenção passou a ser a área de concentração de esforços, programas, investimentos por meio de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita<sup>5</sup> (BRASIL, 2002) (o que foi modificado no governo Bolsonaro, como veremos adiante), especialmente através da implantação da ESF, preconizada para a consolidação e a ampliação da APS no País, como veremos a seguir.

Cumprir situar que, antes da ESF, no Brasil, a APS possuía características seletivas, como se pôde verificar na criação do Programa Saúde da Família (PSF), que, na sua gênese, era focalizado nas populações mais pobres com restrição de serviços e pouca articulação com as demais redes de assistência. Subsequentemente, a adoção da Saúde da Família como estratégia conferiu à APS, no Brasil, um caráter mais amplo, como modelo para a atenção básica no SUS, que deve estar articulada aos demais níveis e conduzir a reestruturação do sistema. Diferentemente da APS tradicional, a ESF preconiza uma equipe de caráter multiprofissional, que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

### **3.1 Estratégia Saúde da Família: modelo de organização da Atenção Básica**

---

<sup>4</sup> É importante destacar que a PNAB 2017 em seu parágrafo único diz que: “considera os termos Atenção Básica – AB e Atenção Primária à Saúde – APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento” (BRASIL, 2017).

<sup>5</sup> Morosini, Fonseca e Lima (2018) vão ressaltar que a trajetória da Política de Atenção Básica possui como importante marco a Norma Operacional Básica (NOB/96), que instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas.

A criação do PSF proporcionou a ampliação da cobertura em saúde, inicialmente em um movimento focalizado apenas para a parcela da população brasileira em situação de maior vulnerabilidade social, conforme mencionado. Caracterizou-se uma forma de compor a equipe e de sistematizar o processo de trabalho, a partir do território e responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012). Como conceitua PAIM (2009):

A Saúde da Família foi estruturada pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, por meio do PSF. Busca a integração entre ações preventivas e curativas [...] em territórios definidos, contando com o trabalho de equipes constituídas, basicamente, por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)<sup>6</sup>. (PAIM, 2009, p.76).

Podemos dizer que, a partir do PSF, a forma de atender a uma população adscrita no território passa a ser diferenciada, pois inicia-se um processo de contato muito mais próximo com os usuários e a comunidade, visto que a Estratégia deve eleger como ponto central o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997, p.7).

Ultrapassando o caráter de Programa, o PSF passou a ser adotado como uma estratégia, nomeada de Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir de 2006. A Portaria nº GM/648, de março do citado ano, foi o marco legal para a expansão e consolidação a nível nacional da Estratégia, buscando reorganizar a Atenção Básica no Brasil, através da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a qual defende a Saúde da Família (SF) como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS.

No documento, a APS é definida como o nível básico de saúde no país e suas principais características são a promoção e prevenção à saúde, tanto individual quanto coletiva. É considerada a principal porta de entrada do SUS, através da ESF. Na atual PNAB, a Atenção Básica está definida como:

O conjunto de ações de saúde de individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 2).

A Atenção Básica à Saúde deveria ser o ponto inicial que o usuário do SUS busca para ser atendido na situação de saúde/doença. Conforme a PNAB 2017, a ESF “[...] um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade” (BRASIL, 2017, p.6).

É pertinente destacar que a ESF propõe novas práticas profissionais, mas sem desmembrar a parte clínica da promoção e prevenção da saúde; dessa forma é

---

<sup>6</sup> “O ACS mora na comunidade em que atua e é um personagem-chave do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), vinculado à Unidade de Saúde da Família (USF). Ele liga a equipe à comunidade, destacando-se pela comunicação com as pessoas e pela liderança natural. É um elo cultural do SUS com a população e seu contato permanente com as famílias facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde” (PAIM, 2009, P.76).

primordial a sua capacidade de prestar um serviço integral, contínuo, que traga resolutividade para a população adscrita em seu território de abrangência e, assim, contemple as necessidades reais da comunidade.

Segundo o Ministério da Saúde, a equipe (antes chamada de “mínima”) responsável por cada área de abrangência, durante vários anos, deveria ser composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde (ACS) e, se for uma equipe ampliada, acrescenta-se um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e/ou técnico em higiene dental (BRASIL, 2007). Porém, no próximo item veremos que, com a PNAB 2017, essa configuração de modelo de equipe muda e põe em xeque a formação da Equipe de Saúde da Família (ESF), bem como a participação dos Agentes Comunitários de Saúde em sua composição.

É também na APS que está inserido um dos maiores programas do Ministério da Saúde e a única categoria profissional exclusiva do SUS<sup>7</sup>, a dos Agentes Comunitários de Saúde, que, desde sua criação, em 1991, contribui com a promoção da saúde, educação em saúde, junto à comunidade, adscrita através da territorialização, com visitas domiciliares. Esse profissional é considerado o elo entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) (BRASIL, 2000).

Dessa forma, a ESF vinha, ao longo dos anos, se consolidando como uma base forte da saúde pública no Brasil, conforme evidenciado por Medina e Aquino (2002 (apud por CARNEIRO, 2011), em virtude de sua escalada numérica das equipes, do seu fortalecimento enquanto instituição no âmbito do SUS, bem como no vínculo com o usuário, pois deposita na ESF a confiança na hora do atendimento em saúde.

Conforme dados do e-GESTOR AB<sup>8</sup>, em dezembro de 2020, a cobertura da ESF, em nível nacional, estava em 63,62%. No município de Campina Grande essa cobertura aumenta para 85,04%, número que representa 348.450 pessoas que possuem cadastro nas UBS locais.

Deste modo, com a expansão<sup>9</sup> da ESF por todo o país, observou-se um salto importantíssimo na ampliação e no acesso dos usuários aos serviços de promoção e prevenção à saúde na comunidade, melhorando a qualidade de vida da comunidade e promoveu melhorias nos resultados em saúde (MASSUDA, 2020). Em concordância com esta autora, observamos que muitos aspectos que permeiam a saúde dos brasileiros foram melhorados através da ESF, como a brusca queda da desnutrição e mortalidade infantil, aumento da cobertura vacinal; índice esse que culmina com a erradicação de várias doenças do nosso território, bem como também melhoria na assistência ao pré-natal, contribuindo para a redução das mortes materno-infantil, redução de agravos da hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Apesar da falta de enfrentamento efetivo da pandemia e da falta de coordenação quanto ao papel da APS em tal processo, o papel da ESF ficou ainda

---

<sup>7</sup> Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são exclusivamente trabalhadores do SUS, não existe esse profissional na rede privada.

<sup>8</sup> É uma plataforma que dá acesso aos vários sistemas de informação da Atenção Primária à Saúde (APS).

<sup>9</sup> Em 10 de dezembro de 2021, o Ministério da Saúde sofreu um “apagão” de dados, o problema foi causado por um ataque hacker que derrubou sites, aplicativos e sistemas de informação do governo federal. [...] O ConecteSUS, que reúne os dados sobre vacinas, medicamentos e atendimentos nas unidades de atenção básica também ficou fora do ar (RADIS, 2022).

mais evidente durante a Pandemia da Covid-19<sup>10</sup>, quando a forma de atender e de se relacionar das equipes com os usuários teve que ser reinventada, diante da demanda da população, em busca de maiores informações, de como agir, o que fazer caso fosse diagnosticado com o vírus, conforme Medina et al (2020):

O modelo brasileiro, com suas equipes de saúde da família e enfoque territorial, apresentou impactos positivos na saúde da população e tem papel importante na rede assistencial de cuidados, além de poder contribuir vigorosamente para a abordagem comunitária, necessária no enfrentamento de qualquer epidemia. (MEDINA et al, p.3, 2020)

Em meio a tantas incertezas e medos, a ESF foi fundamental nesse processo, mesmo enfrentando muitas dificuldades, tais como a falta de uma coordenação nacional e municipal quanto ao enfrentamento da pandemia; a falta de equipamentos de proteção individual<sup>11</sup> (como luvas, capotes, máscaras cirúrgicas, materiais esses básicos para garantir a mínima proteção dos profissionais), entre outros.

Toda a rotina das UBS foi alterada: até mesmo a forma realizar as visitas domiciliares dos ACS, que encontraram nos aplicativos de mensagens, dentre eles um muito popular foi o Whatsapp<sup>12</sup>; que se configurou como uma forma segura de comunicação com seus usuários, possibilitando, assim, seguir realizando seu trabalho de acompanhamento diário<sup>13</sup>.

Apesar da Covid-19 mostrar, de forma direta, a importância da APS e da ESF, nesse contexto turbulento, como a porta de entrada do SUS com um alto grau de resolutividade, o governo federal não poupou as mãos do mercado privado, pelo contrário seguiu em frente com seu projeto mercadológico da saúde pública no país, como afirmam Medina et al (2020):

Essas ameaças recentes foram somadas a problemas cronicamente enfrentados na APS brasileira. A precariedade das relações trabalhistas em grande parte das equipes, a prática de contratação de organizações sociais e de outras formas de privatização da gestão de unidades básicas de saúde que mercantiliza as relações e fragiliza vínculos, problemas organizacionais com baixa integração entre a APS e outros níveis de atenção na rede regionalizada comprometendo a coordenação e continuidade com a fragmentação do cuidado, a insuficiente mediação de ações intersectoriais para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades, são alguns dos obstáculos para a exigida atuação da ESF neste momento. (MEDINA et al, p. 3, 2020)

---

<sup>10</sup> É uma infecção respiratória aguda causada pelo Coronavírus SARS - CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global (BRASIL, 2021).

<sup>11</sup> Conforme dados da revista RADIS apenas 34%# dos profissionais das equipes de Atenção Primária informaram ter recebido capacitação sobre Covid-19 e o uso de equipamento de proteção individual (EPI) e, mesmo assim, não se abstiveram de proporcionar o melhor atendimento aos seus usuários.

<sup>12</sup> Aplicativo de mensagem instantânea do grupo META, que foi muito importante para a comunicação durante a pandemia da Covid-19, entre os usuários que estavam infectados e a unidade de saúde, bem como aqueles possuem alguma comorbidade e que se mantiveram em isolamento domiciliar para evitar contrair o vírus.

<sup>13</sup> Esse pequeno relato foi algo vivenciado com muita intensidade, porque antes de procurar outro serviço de saúde oferecido pelo município, os usuários nos buscavam, pois consideravam mais seguro, por se tratar de um local onde estavam acostumados a realizar atendimentos em saúde e por conhecerem toda a equipe de profissionais.

Isso significa o fortalecimento de um projeto de atenção primária à saúde em que o capital passa a desempenhar um papel destacado, aniquilando o SUS público, universal, integral e de qualidade. É a partir desse movimento privatista, através de mecanismos pelos quais o próprio governo federal foi o protagonista contra a APS totalmente pública, que seguiremos nossa análise.

#### **4 REFLETINDO A CONTRARREFORMA DA ESF: DA NOVA PNAB 2017 AO PREVINE BRASIL**

Como demonstramos, fica evidente a importância da ESF na promoção, prevenção, educação em saúde e no enfrentamento do processo/saúde doença da população. Não obstante, ela vem sofrendo fortes ataques, ao longo dos últimos anos, com a ofensiva ultraneoliberal, no contexto pós-golpe parlamentar midiático.

Conforme Vasconcelos, Silveira e Xavier, (2017 p.229-248) “[...] a contrarreforma na saúde traz novos elementos que tendem a aprofundar as limitações da ESF e a fragilizar não apenas a APS, mas o SUS como um todo”.

A seguir, discutiremos importantes iniciativas, que, em nossa análise, expressam esses retrocessos na ESF: a revisão da PNAB (2017), o Programa Previne Brasil e a Carteira de Serviços da APS.

É importante situar que a PNAB, publicada em 2006, foi revisada inicialmente em 2011 (através da portaria Nº 2.488 de 21 de outubro) e em 2017 (através da Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro). Também vale mencionar, a título de informação, que em 2020 houve uma breve alteração na PNAB, que cria as Unidades de Saúde da Família (USF) com composição mínima de um médico, enfermeira, técnico de enfermagem e um ACS; bem como instaura a teleconsulta.

Cumpramos destacar que, na PNAB de 2017, algumas modificações significativas foram realizadas que fazem parte de um conjunto de medidas que visam o desmonte da ESF, as quais vão na contramão ao fortalecimento de uma APS pública e de qualidade. Deste modo, consideramos que tal documento é uma das grandes molas da contrarreforma na APS.

É de suma importância trazermos um quadro organizativo para melhor visualização e compreensão do que mudou entre PNAB 2011 e 2017. Melo et al. (2018, p. 44) apresentam o seguinte quadro:

**Quadro 1** - Síntese comparativa dos aspectos organizativos e funcionais nas edições das PNAB 2011 e 2017.

Dimensões de análise/ Comportamento	Aspectos organizativos e funcionais das equipas e unidades de saúde
Continuidades	<p>Permanece a afirmação discursiva da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modalidade prioritária de implantação da AB no Brasil.</p> <p>Os tipos de profissionais das Equipas de Saúde da Família (EqSF) e suas atribuições (com exceção dos ACS), no geral, permanecem.</p> <p>Os tipos de equipas especiais e para populações específicas (consultório na rua, ribeirinhas etc.) continuam, embora seja sinalizada a perspectiva de progressiva incorporação nas modalidades mais usuais de equipas.</p> <p>As possibilidades de composição dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) são mantidas, mas a carga horária não está detalhada.</p> <p>O denominador para cálculo do número de equipas por município permanece sendo 2.000 (na PNAB de 2011, era 2.400, mas a portaria 2.355 de 2013 já havia modificado para esse denominador).</p> <p>Ambas sugerem considerar elementos como o risco e a vulnerabilidade social como parâmetros para definição do número de pessoas/equipe.</p>
Descontinuidades	<p>A PNAB 2017 reconhece outras formas de organização da AB para além da saúde da família.</p> <p>O número recomendado de pessoas por EqSF passa a ser a faixa de 2.000-3.500 pessoas, sem a recomendação de 3.000 pessoas/equipe (como média recomendada) da PNAB anterior. A PNAB 2011 indicava apenas o limite máximo de 4.000/equipe, sem mínimo.</p> <p>O número mínimo de ACS/equipe, que era de 4 na PNAB anterior, não está definido na atual, passando, portanto, a ser de 1 ACS/equipe.</p> <p>Passa a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos usados nesta definição), e não mais 100% da população da EqSF.</p> <p>Foi retirada da PNAB de 2017 a previsão de que parte da carga horária dos profissionais (8 horas semanais) pudesse ser destinada para atividades de formação.</p> <p>Foi retirada a possibilidade de EqSF terem médicos com carga horária de 20 horas e 30 horas, ficando apenas 40 horas para todos os profissionais.</p> <p>As Equipas de Saúde Bucal passam também a poder cobrir as unidades básicas tradicionais.</p> <p>Os Nasf passam a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), suprimindo a noção de 'apoio'.</p> <p>Ainda que a PNAB 2017 traga a educação permanente como importante para o processo de trabalho da atenção básica, é dada menor ênfase.</p> <p>O Programa Saúde na Escola (PSE) na PNAB 2017 está apenas como um dos itens que devem ter financiamento federal, sem especificações.</p>
Agregações	<p>A PNAB 2017 traz como responsabilidade tripartite a garantia do transporte em saúde para equipas e usuários.</p> <p>A introdução dos conceitos de 'padrão essencial' e 'padrão ampliado' na conformação e classificação das ações e serviços, sem detalhamento.</p> <p>A PNAB 2017 possibilita a incorporação do ACE como parte da EqSF.</p> <p>As Equipas de Atenção Básica (EqAB) estão previstas com cargas horárias mínimas de 10 horas dos seus profissionais, sem obrigatoriedade de ACS na sua composição, com indicação de novo financiamento de custeio.</p> <p>Integração entre vigilância e atenção básica com recomendação de unificação das ações dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias.</p> <p>Novas competências dos ACS, por meio de formação específica, assistidos por profissional de nível superior.</p> <p>Os Nasf-AB passam a cobrir também as chamadas unidades básicas tradicionais.</p> <p>Recomendação de que as UBS tenham 4 equipas para atingirem o seu potencial resolutivo (PNAB anterior recomendava o máximo de 12.000 pessoas por UBS com ESF em áreas urbanas, e de 18.000 pessoas para UBS tradicionais).</p> <p>Profissionais da ESF só podem atuar em uma equipe.</p>

Fonte: Melo et al., 2018

Dentre as mudanças que essa portaria traz para a ESF está uma redefinição na estrutura e composição básica das equipes, que, a partir de agora, passa a ser composta por:

No mínimo por um médico, preferencialmente da especialidade Medicina de Família e Comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate a endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e auxiliar ou técnico em saúde bucal” (BRASIL, 2017, p.10).

Como se pode verificar, nessa nova composição, não fica claro ou mesmo estabelecida a obrigatoriedade do ACS na equipe, uma vez que a quantidade de tais profissionais por equipes terá condicionantes que serão aplicados de acordo com a vulnerabilidade, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos (Ibidem, p.10). Essa mudança impacta direta e negativamente na categoria de ACS, que passa a enxergar um horizonte desafiador, pois, a longo prazo, pode até levar à extinção da profissão<sup>14</sup>, o que seria muito grave devido às grandes contribuições e ao papel que o ACS exerce dentro da ESF, como o “elo” entre a equipe e a comunidade.

Vale situar que, atualmente, esse papel de certa forma secundário dos ACS na equipe já está em curso há alguns anos: ao menos em Campina Grande/PB, na ausência de ACS pelos mais variados motivos (adoecimento ou morte, por exemplo), não são repostos outros profissionais para ocupar aquela vaga. Não foram realizados concursos públicos para tal cargo.

Isto acaba por desencadear uma quebra de informação fidedigna muito significativa na ESF, para com seu real aspecto epidemiológico e sociodemográfico, uma vez que esses dados deveriam ser atualizados periodicamente, alimentados pelos ACS. A fragilidade nos dados acaba prejudicando a realização de um bom planejamento pela equipe. Além disso, em alguns casos, como pudemos observar durante o estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social no período de março de 2021 à setembro do mesmo ano, acaba-se requisitando demandas que são do ACS para outros profissionais. Assim, a falta desse profissional causa um "desequilíbrio" qualitativo na ESF, prejudicando todo ciclo informativo entre equipe e os usuários, e quem mais é prejudicado é a população, pois acaba sofrendo sem ter acesso a informações importantes do funcionamento a UBSF, sem as visitas domiciliares, dentre tantas outras atribuições<sup>15</sup> que apenas esse profissional exerce.

<sup>14</sup> O que vai de encontro aos ganhos recentes com relação aos vínculos empregatícios de tais profissionais e a mais recente conquista da categoria a Emenda à Constituição (EC) 120/22, que institui o piso nacional dos ACS em todo o país.

<sup>15</sup> Conforme determina a PNAB 2017, são atribuições do ACS: 1- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; 2- Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; 3- Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantindo o sigilo ético; 4- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos

Vale ressaltar que, como outros instrumentos normativos, as portarias são transitórias e mutáveis, fruto das correlações de forças políticas; e vão também em acordo com o viés político do momento, o que antes era visto como inovador e que traria melhoria para a população, hoje é visto como dispensável e por consequência logo é deposto. No caso das equipes do NASF, por exemplo, estavam previstas no financiamento da PNAB 2017 e que pouco tempo depois foi desagregado por outra publicação, o Previne Brasil. Ou seja, o desmonte segue o fluxo na APS, quer seja diretamente na ESF, quer seja em seus apoiadores multiprofissionais.

Ao lado da PNAB, outros dispositivos, como o Previne Brasil, a criação da Agência para o Desenvolvimento da atenção Primária à Saúde (ADAPS) e da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) foram publicados no governo de Jair Bolsonaro, principalmente a partir do ano de 2019. Tais iniciativas possuem um caráter ainda mais neoliberal, que agudiza, ao nosso ver, o desmonte da APS:

Esse conjunto de medidas aprofunda o sentido das mudanças estabelecidas pela PNAB 2017 e delinea uma alteração significativa no cenário político e institucional da atenção básica. O Previne Brasil, a ADAPS e a CaSAPS, combinados sinergicamente, ampliam as possibilidades de privatização da saúde e integram um novo processo de acumulação, [...]. A articulação entre seus conteúdos e a velocidade com que esses documentos foram oficializados sugerem que a arquitetura da nova política para a atenção básica vem sendo produzida com clareza de interesses (MOROSINE et al 2020, p.3).

O primeiro dispositivo, o Previne Brasil, modificou o critério de financiamento do custeio e a forma do funcionamento da APS. Tal medida, firmada por gestores municipais, estaduais e federais, não contou com a aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

---

sociais ou coletividades; 5- Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames solicitados; 6- Participar dos processos de regulação a da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados; 7- Exercer outras atribuições, que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência. 1- aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos; 2- realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica; 3- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar; 4- realizar técnicas limpas de curativos, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e 5- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa; 6- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e 7- exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação. (BRASIL, 2017, p. 19). Cabe no entanto destacar que este último parágrafo gerou muita polêmica entre o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), bem como outras entidades representativas da Enfermagem; junto ao Ministério da Saúde (MS), pois essas são consideradas atribuições dessa categoria, portanto fogem completamente das atribuições dos ACS.

A portaria passou a vigorar em dezembro de 2019 e substituiu os pisos de transferência de recursos por um modelo condicionado ao número de pessoas cadastradas em cada equipe de Saúde da Família, o que implicou na redução de recursos dos municípios. Ou seja, acabou com a fonte de financiamento mais estável. Tal análise fica substanciada por Morosini, Fonseca e Baptista (2020, s/p, apud OLIVEIRA, 2021), quando afirmam que o Previne Brasil

[...] altera de forma estrutural a lógica indutiva de organização da política de saúde e aporta três mudanças principais para a atenção básica: extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho.

O segundo dispositivo é a Carteira de Serviços da Atenção Primária (CaSAPS), lançado pelo Ministério da Saúde, em 18 de dezembro de 2019, que vem a ser uma lista de serviços clínicos e de vigilância em saúde que podem ser ofertados na APS, ou seja, é uma forma de limitar os serviços prestados à população, como uma forma de garantir apenas o “essencial” ou o “básico”. Também pode ser considerada mais uma porta ao setor privado; uma vez que determinados serviços ofertados pelo SUS ficam limitados, os usuários praticamente terão que buscar na iniciativa privada tais “procedimentos” que lhes foram negados.

Nesse contexto, o terceiro dispositivo é a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Esta foi criada através da Medida Provisória nº890 de 2019 (MP 890), que implanta o Programa Médicos pelos Brasil (que substituiu o extinto Programa Mais Médicos), com o objetivo oficial de viabilizar o acesso de serviços médicos a lugares de grande vulnerabilidade social via APS. Entretanto, a medida acaba criando também a ADAPS, com a justificativa de gestão do PMM, que vem a ser uma entidade privada que assume a gestão da Atenção Básica e que vai viabilizar o acesso do setor privado ao montante de recursos financeiros que são provenientes da União e de outras fontes (MOROSINE et al, 2020) apud OLIVEIRA, 2021).

Em nosso entendimento, as atribuições da agência são amplas, pois incluem a execução de políticas e a prestação de serviços de APS, o que facilitaria a mercantilização pelo setor privado da APS, ou seja, a privatização, uma vez que que esses dispositivos podem ser geridos pelo setor privado em parceria com o público que o contrata. Isto evidencia que este processo de privatização está amparado por leis e portarias que foram justamente elaboradas com o intuito de ampliar os horizontes de empresas privadas, inseridas anteriormente em alguns setores do SUS (como, por exemplo, em hospitais) e que agora passaram a vislumbrar para a APS como mais “produto” a ser negociado com o setor privado.

Para termos uma melhor clareza de como esses dispositivos atuam como sendo veículos para a mercantilização da APS, faz-se conveniente evidenciar, no Quadro a seguir (Quadro 2), onde cada um desses dispositivos vai atuar e promover as mudanças, porque são também instrumentos que mexem na gestão do SUS e no modelo de atenção à saúde.

**Quadro 2** - Instrumentos legais e normativos orientadores das mudanças em curso na atenção, publicados pelo Ministério da Saúde, entre agosto de 2019 e janeiro de 2020.

Instrumentos legais e normativos	Objetivo	Destques	Comentários principais
<b>Lei nº 13.958</b> <sup>14</sup> , de 18 de dezembro de 2019 – convertida da <b>Medida Provisória nº 890</b> <sup>13</sup> , de 1º de agosto de 2019	Institui o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).	<p>O PMB será executado pela ADAPS.</p> <p>A ADAPS tem como modelo o Serviço Social Autônomo - direito privado sem fins lucrativos.</p> <p>A estrutura institucional da ADAPS prevê: Conselho Deliberativo, Diretoria Executiva e Conselho Fiscal.</p> <p>São atribuições da ADAPS: prestação de serviços de APS, ações de formação e qualificação profissional, pesquisa e extensão, incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão, monitoramento e avaliação das atividades de saúde e a execução do PMB.</p> <p>A ADAPS poderá firmar contratos de prestação de serviços com pessoas físicas ou jurídicas.</p> <p>O Poder Executivo federal poderá prestar apoio técnico aos projetos e aos programas desenvolvidos pela ADAPS, por meio de acordos de cooperação, convênios ou instrumentos congêneres.</p> <p>São fontes de receita da ADAPS: os recursos que lhe forem transferidos em decorrência de dotações consignadas no orçamento geral da União, nos créditos adicionais, em transferências ou em repasses; as rendas e os emolumentos provenientes de serviços prestados a pessoas jurídicas de direito público ou privado; os recursos provenientes de acordos e convênios realizados com entidades nacionais e internacionais, públicas ou privadas; os rendimentos de aplicações financeiras realizadas pela ADAPS; as doações, os legados, as subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado; e as rendas e as receitas provenientes de outras fontes.</p>	Permite importante transferência de responsabilidades gestoras do Ministério da Saúde para a ADAPS. Torna a atenção básica espaço para a atuação direta das empresas privadas de saúde na assistência, com acesso a fontes públicas, estáveis e volumosas de financiamento.

Instrumentos legais e normativos	Objetivo	Destques	Comentários principais
<b>Portaria nº 2.539</b> <sup>19</sup> , de 26 de setembro de 2019	Institui a equipe de atenção primária (eAP) e dispõe sobre o financiamento da equipe de saúde bucal (eSB).	<p>Estabelece que a eAP pode ser constituída somente por médico e enfermeiro.</p> <p>Flexibiliza a carga horária e a população adscrita das eAP em:</p> <p>Modalidade I – 20h semanais e população adscrita correspondente a 50% da população adscrita para uma equipe de saúde da família (eSF);</p> <p>Modalidade II – 30h semanais e pop. adscrita correspondente a 75% da população adscrita para uma eSF.</p> <p>Permite a participação de profissionais das eAP e de eSB (Modalidade I com carga horária diferenciada) em mais de uma equipe.</p> <p>Permite a composição de eSB na Modalidade I, nos seguintes termos:</p> <p>Modalidade I – 20h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 horas semanais e cadastrados em uma mesma unidade de saúde, com população adscrita correspondente a 50% da população adscrita para uma eSF; ou</p> <p>Modalidade I – 30h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 horas semanais e cadastrados em uma mesma unidade de saúde, com população adscrita correspondente a 75% da população adscrita para uma eSF.</p>	Permite e favorece a criação de equipes compostas somente por médicos e enfermeiros, com carga horária e cobertura populacional flexibilizadas em relação às eSF, contribuindo para enfatizar o enfoque biomédico e enfraquecer a perspectiva territorial na AB.

Instrumentos legais e normativos	Objetivo	Destakes	Comentários principais
<b>Portaria na 2.979 12, de 12 de novembro de 2019</b>	Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.	<p>O financiamento federal de custeio da atenção primária à saúde (APS) será constituído por:</p> <p>I – capitação ponderada; II – pagamento por desempenho; e III – incentivo para ações estratégicas.</p> <p>O cálculo dos incentivos financeiros da capitação ponderada considera: I – a população cadastrada na equipe de saúde da família (eSF) e equipe de atenção primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); II – a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP; III – o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e IV – classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).</p> <p>O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho será efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).</p> <p>O cálculo para a definição dos recursos financeiros para incentivo às ações estratégicas deverá considerar: I – as especificidades e prioridades em saúde; II – os aspectos estruturais das equipes; e III – a produção em ações estratégicas em saúde.</p>	Extingue o piso de atenção básica fixo (PAB fixo), eliminando o único mecanismo de repasse de recursos <i>per capita</i> . A capitação ponderada por lista de pacientes favorece a contratação de serviços ao setor privado e afasta-se da perspectiva do direito universal à saúde. A lógica do pagamento por desempenho deixa de ser complementar e firma-se como um dos eixos centrais.

Instrumentos legais e normativos	Objetivo	Destakes	Comentários principais
<b>Portaria nº 3.222 20, de 10 de dezembro de 2019</b>	Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.	<p>Apresenta apenas sete indicadores da clínica/ epidemiologia para o "Pagamento por Desempenho", relativos às ações estratégicas de saúde da mulher, pré-natal, saúde da criança e hipertensão arterial e diabetes mellitus para 2020:</p> <p>I – proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; II – proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; III – proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; IV – cobertura de exame citopatológico; V – cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; VI – percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e VII – percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.</p> <p>Define as ações estratégicas para 2021 e 2022:</p> <p>I – ações multiprofissionais no âmbito da atenção primária à saúde; II – ações no cuidado puerperal; III – ações de puericultura (crianças até 12 meses); IV – ações relacionadas ao HIV; V – ações relacionadas ao cuidado de pessoas com tuberculose; VI – ações odontológicas; VII – ações relacionadas às hepatites; VIII – ações em saúde mental; IX – ações relacionadas ao câncer de mama; e X – indicadores globais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente.</p>	Adota poucos indicadores que, embora relevantes, restringem-se ao escopo de ações tradicionais que não ultrapassam a prevenção de base biomédica. Não contribui para a valorização da promoção à saúde e da abrangência do cuidado.
<b>Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), de 18 de dezembro de 2019 16</b>	Descrever, para a população, para os demais níveis do sistema, para os gestores e para os profissionais que atuam na APS, a lista de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde ofertados no âmbito da APS brasileira.	<p>Define o leque de serviços disponíveis e ofertados pelas unidades de APS, separados da seguinte forma: "Vigilância em Saúde", "Promoção à Saúde", "Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso", "Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente", "Procedimentos na APS" e "Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal".</p> <p>Faculta ao gestor municipal acrescentar ou retirar itens da Carteira de Serviços.</p>	A carteira de serviços é fundamental para a precificação, condição para o processo de contratação de serviços ao setor privado. Tem um caráter indicativo (sugestivo) e seu conteúdo converge para a ideia de segmentação do cuidado e estabelecimento de mínimos, típicos da APS seletiva.

Como podemos observar no Quadro 2 a partir de suas datas de publicação, tanto as leis quanto às portarias complementam-se, ou seja, não foi algo aleatório, mas muito bem arquitetado e planejado, baseado na política mercantilista, onde o privado aparece ainda mais sobreposto ao público, o que é bastante característico no governo Bolsonaro.

Dessa forma, esses mecanismos aqui tratados, que abrangem a PNAB 2017, a ADAPS, a Carteira de Serviços e o Previne Brasil, compõem, em nossa análise, os dispositivos legais para facilitar a participação do setor privado em muitos segmentos da APS, os quais antes eram geridos pelo Ministério da Saúde. Eles vão desde a gestão e financiamento até a orientação da composição de equipes na ESF, por consequência, causando o seu desmonte.

Isto acaba por se traduzir em serviços focalistas, os quais restringem e até dificultam o acesso da população ao seu direito à saúde de qualidade na sua integralidade, bem como promove um déficit na qualidade dos serviços prestados, porque a partir do momento que os atendimentos ficam condicionados a metas e/ou desempenho, como o que é proposto pelo Previne Brasil, ações de promoção e prevenção a saúde logo ficam comprometidas, pois os profissionais acabam por se voltarem a trabalhar em torno desses indicadores e, assim, a ESF volta a “laborar” no velho modelo biomédico.

Isto é o que está posto a partir desses instrumentos legais e que muitos gestores estão pondo em prática com todo afincamento diariamente, tanto para os trabalhadores como para a população.

Deste modo, vem ocorrendo um desmonte gradativo e progressivo da ESF, seja com a falta de insumos básicos ou no processo das parcerias público/privadas, onde o privado vem gerindo o público de forma gradativa.

Exemplo claro desse processo é que, no nosso dia a dia de trabalho como Agente Comunitária de Saúde (ACS) no município de Campina Grande, bem como no campo de Estágio Supervisionado em Serviço Social na ESF, pudemos ir observando o quanto a saúde estava sendo fragilizada, em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), através de portarias, que vêm sendo publicadas, ao longo do nosso período analisado, que vai do governo golpista de Michel Temer, com a PNAB 2017 e a Emenda à Constituição número 95 (que congela os investimentos em saúde, educação dentre outros setores por vinte anos; e que, na nossa óptica, afeta diretamente a qualidade na prestação dos serviços no âmbito do SUS e, por conseguinte, na APS), perpassando o Previne Brasil, que configura-se à partir de agora como o novo modelo de financiamento da APS, bem como as outras iniciativas citadas.

Estas se traduzem no aprofundamento da falta periódica de materiais básicos para curativos, medicação, demora na marcação de consulta e exames e até mesmo no esvaziamento da UBSF com o novo sistema implementado pela Secretaria de Saúde do município de Campina Grande; o “Saúde de Verdade”.

Em nossa avaliação, este programa municipal está relacionado com as modificações advindas da nova PNAB, bem como o novo modelo de financiamento da APS, o Previne Brasil; o que, a grosso modo, representa perdas significativas no bom funcionamento e atendimento aos usuários na ESF.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos anos 1990, boa parte da população brasileira passou a ter acesso à saúde pública no Brasil através da Atenção Básica, que tem por princípios a

universalidade, a integralidade e a equidade. Na disputa entre tendências privatistas, que priorizam a focalização de programas e serviços que atendem ao ideário neoliberal, a Estratégia Saúde da Família vem se caracterizando como um veículo de acesso e de materialização do direito à saúde.

Com o status de estratégia para reorganizar o modelo de atenção à saúde, há que correr um longo caminho e superar muitos obstáculos, principalmente depois de governos ultraneoliberais, como foram os de Michel Temer e Jair Bolsonaro, nos quais sofreu sucessivos ataques através de decretos, leis e portarias que eram emitidas em total alinhamento ao modelo privatista, o qual esteve em disputa com o modelo sanitaria); significando um grande retrocesso para a APS.

Podemos observar, através desse estudo, que todas essas medidas formam um arcabouço para o desmonte da ESF, com destaque para a PNAB 2017, a ADAPS e o Previne Brasil, que culmina com a sua descaracterização, precarização nos serviços ofertados à população, bem como volta ao modelo biomédico, deixando de priorizar as ações de prevenção, promoção e educação em saúde em segundo plano.

É importante frisar que, a partir desse novo cenário político, com a vitória de Lula na eleição de 2022, vislumbra-se a possibilidade de uma nova fase na saúde do Brasil, voltada para a valorização da ciência e na defesa do SUS.

Nesse sentido, faz-se ainda mais necessário que haja resistência e luta da classe trabalhadora da saúde, bem como dos usuários, para que, nessa correlação de forças, a contrarreforma da ESF seja revertida, e que possamos avançar em pautas progressistas no intuito de aprimorar e expandir o acesso para todas que a busquem, pois, mesmo com a sua dilapidação ao longo dos anos, ela mostrou ter força e potencial para seguir oferecendo serviço de qualidade e excelência para seus usuários.

## REFERÊNCIAS

- BEHRING, E. R. **Brasil em Contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.
- BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, ano 1987, n.26 esp. , p.25-27, 2006.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2017.
- BRAVO, M. I.; PELAEZ, E.J; MENEZES, J. S. B. **A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado**. Anais. Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 16º. Brasília, 2019.
- CARNEIRO, T. S. A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande -PB. Dissertação de Mestrado. UFPE: Recife, 2011.
- ELIAS, C.S.et al. Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. *SMAD: Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, v. 8, n. 1, p. 48-53, 2012.
- GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2019.
- MASSUDA. A. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no sistema de saúde brasileiro**: avanço ou retrocesso? Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/mudancasno-financiamento-da-atencao-p-primaria-a-saude-no-sistema-de-saude-brasileiro-avanco-ou-retrocesso/17536?id=17536>
- MEDINA, M. G.; GIOVANELLA L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M.; AQUINO, R. **Cadernos de Saúde Pública**: Atenção primária à saúde em tempos de COVID -19: o que fazer? (Julho, 2020). [Citado em 31/01/2023]. Está disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>
- MELO, E. A. et al. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica**: entre retrocessos e desafios. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, V.42, Número Especial 1, p. 38-51, set 2018.
- MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis – RJ: Editora: Vozes, 1993.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2002

Ministério da Saúde. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em: 07/12/2022.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/geral/Pnab.pdf>. Acesso em: 23/11/2022.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: **Uma Estratégia para a Reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde, Ministério Saúde, 2000, 3º edição, 2000 Revista ampliada e atualizada, Brasília, 2000.

MOROSINI, M. V. G. U.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. **Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: a radicalização da política de privatização da atenção básica?** Cadernos de Saúde Pública, 2020, v.36, n 9.

MOROSINI, M. V. G. U.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde Debate. RJ, V42 n 116, p. 11-24, jan – mar, 2018.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1.ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, T. F. **As inflexões da contrarreforma na política de Atenção Primária à Saúde no Governo Bolsonaro: implicações sobre a Estratégia saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) UEPB, 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde  
<https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>.

PAIM, J. S.: **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S.: **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Editora Fiocruz, 2008.

REVISTA RADIS. A corrida pela vacina: **O longo Caminho da Ciência Para a Vacina Contra a Covid-19 Chegar Até Você**. Nº 216 setembro, 2020. P. 7

\_\_\_\_\_. Inclusão é para todo mundo. **Edição 232. Janeiro 2022. P. 6**  
REZENDE, C. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal**. In: Bravo, Maria et al (org). Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: ADUFJ, 2008.

Saúde amanhã: A crise por trás da Nova PNAB, 2017. Fiocruz, setembro, 2017.

VASCONCELOS, K. E. L.; SILVEIRA, S. A. S.; XAVIER, A. B. Contrarreforma na Atenção Primária à Saúde: A Estratégia Saúde da Família em Foco.

**Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: As Inflexões na Política da Saúde.** In: SILVA, A. X.; NÓBREGA, M. B. e MATIAS, T. S. C. (org). Campina Grande: EDUEPB, 2017 p. 229- 248.

VASCONCELOS, K. E. L., & SCHMALLER, V. P. V.(2012). **Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil.** Sociedade Em Debate,17(1), 89 -118.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por tantas bênçãos derramadas em minha vida, por ter me sustentado em momentos tão difíceis, onde por vezes duvidei de minha capacidade, mas o Senhor segurou na minha mão e guiou os meus caminhos e passos, e sustentou-me até aqui. Gratidão, meus Deus.

Aos meus avós, Severina e Inácio (in memoriam), que foram os grandes impulsionadores da minha vida, os quais tenho como mãe e pai, e que até hoje são minha base de vida e ensinamento. Através deles descobri o mundo da educação, é por eles que também cheguei até aqui.

A minha mãe Maria das Graças, que sempre me defendeu em todas as circunstâncias da vida e que me apoiou incondicionalmente em todos os momentos da minha trajetória.

Aos meus filhos, que são minha vida, Eduardo e Ivna, que foram meus companheiros inseparáveis nesses anos de graduação; e que, se cheguei até aqui hoje, depois de tanta adversidade, foi por eles, para ser exemplo não apenas de mãe, mas de mulher que vence na vida e que consegue alcançar os seus objetivos e sonhos.

Ao meu companheiro André Luís, que, mesmo com nossos altos e baixos, me forneceu suporte logístico nas tantas idas e vindas para à UEPB à noite.

Aos meus amados irmãos Daniel e Gabriel, ao meu padrasto Djalma, que sempre estiveram ao meu lado torcendo por mim.

A minha sogra Maria Arlete e minhas cunhadas, minha gratidão, bem como Valdecira, que sempre valorizou tudo que faço. Muito obrigada por tanto amor, respeito e consideração.

Às minhas grandes amigas que a UEPB presenteou, Samara Raquel e Alexandra Pereira, vocês foram fundamentais para mim. Muito obrigada pela amizade, companheirismo todos esses anos, que sigamos sempre juntas pela vida; nossa dupla de três.

Aos meus colegas de turma, que tornaram minhas noites na universidade muito mais agradáveis.

Aos meus amigos de trabalho da UBSF Horacina de Almeida, por todo apoio e incentivo nos meus estudos.

A minha querida supervisora de estágio Nara Rubya, muito obrigada por tanto ensinamento e aprendizado durante o estágio.

A minha orientadora Kathleen Elane, por suas orientações acadêmicas, que só enriqueceram meu estudo.

A assistente social Luzimar Lacerda, que foi fonte de inspiração e exemplo para a escolha do curso de Serviço Social.

E a todo o Departamento de Serviço Social, na pessoa da professora Maria do Socorro Pontes.