

GT – QUESTÃO SOCIAL, POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL  
Modalidade da apresentação: Comunicação oral

**AS CONTRARREFORMAS DO ESTADO BRASILEIRO NA POLÍTICA DE ATENÇÃO  
BÁSICA: a particularidade dos distritos sanitários de saúde oeste e sul de  
Natal-RN**

Izabel Pereira da Silva  
Viviane do Nascimento

**RESUMO**

O presente artigo tem como objetivo refletir sobre as contrarreformas do Estado brasileiro nas políticas sociais, particularmente, na Política de Atenção Básica à saúde. Serão analisados os rebatimentos dessas contrarreformas no funcionamento, na organização e na atuação das Unidades e equipes de Estratégia Saúde da Família nos Distritos Sanitários Oeste e Sul de Natal/RN. Neste sentido, este estudo é resultado dos aprendizados do projeto de pesquisa intitulado "A Atenção Primária e o direito à saúde em Natal-RN". Trata de um estudo misto, realizado por meio de coleta de dados secundários/documental e de dados primários, através de entrevistas semiestruturadas direcionadas a gestores/as distritais e locais das Unidades Básicas de Saúde, dos cinco Distritos Sanitários (Norte I, Norte II, Sul, Leste e Oeste). Nos resultados, observa-se que existem desafios e limitações no que concerne a efetivação das diretrizes e princípios da Política de Atenção Básica nos Distritos Sanitários agravados cada vez mais nesse contexto de retrocesso das lutas sociais e de restrição dos direitos sociais historicamente conquistados. Denota-se, frente a isso, a importância de traçar possibilidades de resistência aos avanços do neoliberalismo no contexto político, social e econômico tendo em vista os impactos na atuação dos profissionais na Atenção Básica.

**Palavras-chave:** Atenção Básica. Contrarreforma do Estado. Estratégia Saúde da Família.

**1 INTRODUÇÃO**

A tentativa de implantação do Estado Social no Brasil foi obstaculizada em virtude do redirecionamento do Estado pelo neoliberalismo que surge como uma ideologia econômica, política e social frente à crise da dominação burguesa e do Estado de Bem-Estar Social na década de 1970, mas que somente em 1990 é introduzida no contexto brasileiro.

Conforme apontado por Behring e Boschetti (2011), esse redirecionamento trouxe como consequência impactos na política social e nas relações sociais, através da flexibilização das relações de trabalho e do movimento de focalização, privatização e mercantilização da Política Social. Na perspectiva neoliberal, o Estado demonstra seu caráter mínimo para o desenvolvimento social e máximo para o desenvolvimento

econômico assim como corrobora no processo de contrarreformas marcado pela expropriação dos direitos, da democracia, da cidadania e ruptura com as conquistas sociais tensionando – não apenas, mas sobretudo – na saúde as condições de trabalho, a formação continuada, a organização e funcionamento dos serviços de saúde, nesse último caso, por meio das Unidades e equipes de estratégia Saúde da Família (eSF).

Nesse sentido, a Política de Atenção Básica (PNAB) tem sido alvo das contrarreformas do Estado brasileiro. Em 2017, a reformulação desta política proporcionou impactos no que concerne ao seu financiamento com “a perda de recursos federais destinados ao SUS” em virtude do “congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 5).

Por sua vez, atenção básica se intensifica a prevalência do modelo assistencial hegemônico, pautado no saber médico, assistência curativa em detrimento da promoção e prevenção à saúde. Além de ser uma ameaça aos agentes comunitários de saúde em função das novas determinações da PNAB que serão mais detalhadas no decorrer deste artigo. Essas fragilidades da nova PNAB já são observadas na realidade dos distritos sanitários de saúde, que apesar de apresentar melhorias no que tange ao seu funcionamento e atuação, ainda prevalecem com ações pautadas no modelo assistencial tradicional.

Com vistas a caracterizar a rede e as ações de saúde de Natal, tem-se que: atualmente o município dispõe de 56 unidades de saúde, ordenadas territorialmente em 5 distritos, sendo eles Norte I, Norte II, Sul, Leste e Oeste. Isso corresponde a um total de 853.928 habitantes, todavia, desse total, apenas 451.950 habitantes, que representa 53%, são contemplados pela Estratégia Saúde da Família, enquanto que 401.978 habitantes, que representa 47%, estão em áreas descobertas, em consonância a Cartilha de Serviços de Saúde de Natal.

Além disso, destas unidades, cerca de 10 ainda seguem o modelo de orientação de Unidade Básica, 41 das unidades aderiram à USF e 5 tornaram-se Unidades Básicas Ampliadas. Por fim, destas 56, apenas 3 são Equipes do Núcleo

Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) lotadas nos municípios da África, Santarém e Nazaré e 3 (três) são Equipes do Consultório de Rua (NATAL, 2014).

Por meio desse estudo, percebe-se claramente que o município vem priorizando as Unidades Saúde da Família (USF/ESF), as quais têm substituído as Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas ainda não tem conseguido dar conta dos vazios assistenciais. Isso fragiliza as portas de entradas prioritárias do SUS, seja pelo número escasso de Unidades de Saúde e de equipes SF, seja pela falta de oferta de determinados serviços essenciais, que não permitem o acesso de uma significativa população aos serviços de AB.

Nessa perspectiva, este artigo objetiva discutir sobre o contexto de contrarreformas do Estado brasileiro e seus rebatimentos na Política de Atenção Básica particularizando aspectos desse contexto de contrarreforma dos Distritos Sanitários Oeste e Sul que fazem parte do projeto de pesquisa intitulado "A Atenção Primária e o direito à saúde em Natal-RN", destacando os planos de trabalho de iniciação científica dos dois distritos enfatizados.

Como direcionamento foi empregada na construção deste artigo a matriz crítica dialética o que pressupõe, como afirma Zago (2013, p. 3), "uma visão totalizante do real, ou seja, por meio dela tenta-se perceber os diferentes elementos sociais como interligados a uma mesma totalidade". O método tem como categorias fundamentais a totalidade, a historicidade e a contradição, que permeiam todo o estudo. Os procedimentos metodológicos adotados foram à revisão bibliográfica e análise documental no site de Cadastro de estabelecimentos de saúde e em anais administrativos do Município de Natal, assim como a realização de entrevistas semiestruturadas com os gestores das unidades de saúde e com os diretores dos distritos sanitários localizadas nas regiões administrativas Oeste e Sul.

Este artigo se organiza em duas seções: a primeira discute sobre as contrarreformas do Estado brasileiro e os rebatimentos na política social e a segunda traz os impactos dessas contrarreformas na Política de Atenção Básica com a particularidade dos Distritos Sanitários Oeste e Sul de Natal/RN, por último traz as

considerações finais quer procuram responder aos objetivos do artigo, apontando proposições.

## **2 A CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO: OS IMPACTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE**

---

Para a compreensão dos aspectos que denotam a contrarreforma do Estado brasileiro, sobretudo na saúde, se faz necessário resgatar alguns elementos presentes no surgimento do neoliberalismo como ideologia política, econômica e cultural e seu impacto no processo global de reestruturação capitalista o Estado de Bem-Estar Social, *Welfare State*, no contexto europeu.

Nesses termos, o Estado de Bem-Estar Social, surge no consenso pós-guerra, nos países capitalistas da Europa Ocidental, introduzido pelo modelo fordista-keynesiano que resulta na ação do Estado por intermédio de um conjunto de intervenções – como a regulação da economia de mercado – com a finalidade de garantir o alto nível de emprego, a prestação de serviços públicos sociais e universais. Com isso, o desenvolvimento do capital nos anos de ouro pós-1945 foi garantido, no entanto, após a década de 1960, surgem os primeiros sinais de esgotamento e crise deste modelo.

Conforme Behring e Boschetti (2011) a crise do Capitalismo do início da década de 1970 foi de superprodução clássica, acentuada através da queda das taxas de lucro precedendo o choque do petróleo, o crescente desemprego e o endividamento público e privado pertinente à expansão de crédito associado à inflação. Conforme Mota (2009) As crises do sistema capitalista são indicam a instabilidade do desenvolvimento do Capital que no decorrer do processo histórico dialético já mostrou indícios das lacunas presente dentro do processo de reprodução social. Assim, o significado das crises do capitalismo está relacionado à forma que o Capital se reinventa e se reciclar para que haja garantia da sua reprodução em todas as esferas sociais.

Diante disso, é no contexto da crise de 1970 e 1980 que emerge o neoliberalismo como base do Capitalismo tardio, de reajustamento social e político para que haja a reestruturação produtiva e, dessa maneira, continuidade ao projeto de

reprodução da sociedade capitalista. Neste contexto, em consonância a Mota (2009) a adentrada do neoliberalismo é uma estratégia para garantir a reprodução do Capital que possibilitaram mudanças na função do Estado.

Conforme Mota (2009) O Estado neoliberal tem como base o fortalecimento das práticas de gestão da iniciativa privada no setor público estatal fundamentando, desta forma, a flexibilização e acumulação flexível. Ainda, este Estado tem como função a gerencialização dos processos da sociedade com o foco na eficiência, esse adere à concorrência como estratégia de gestão assim como é caracterizado pela redução de suas funções para as questões sociais em detrimento da sua maximização para o mercado. Ou seja, o Estado neoliberal se reduz a gerente no que tange as ações sociais deixando que a sociedade civil, as organizações privadas e o mercado executem os serviços que atendem as necessidades sociais, é uma retração da intervenção estatal. Além disso, é um Estado classista, que age tentando conciliar as classes irreconciliáveis, mas que favorece prioritariamente os interesses hegemônicos burgueses.

Enquanto o projeto neoliberal estava em ascensão no âmbito europeu, no Brasil se vivia a ditadura militar. Conforme apontado por Netto (2015) foi a solução burguesa para a manutenção do poder e neutralização das forças populares para dar continuidade a heteronomia econômica e política. O golpe militar de 1964 significou para o Brasil um regime político de associação ao capital monopolista e de privilégio as empresas internacionais, bem como, a modernização conservadora que possibilitou o desenvolvimento econômico até meados da década de 1980, isso porque a crise econômica da década de 1980, causada pela política econômica do regime militar intencionava o surgimento do neoliberalismo no Brasil como proposta de reestruturação burguesa.

De acordo com Netto (2015) Na década de 1980 o Brasil – assim como outros países da América Latina - enfrentava dificuldades para implementação de novas políticas econômicas de redistribuição de renda. Por conseguinte, o aumento da inflação – através da crise econômica – levou o país ao enfrentamento de uma

dívida interna e externa, além de provocar a queda do PIB e das exportações. Nesses termos, essa crise tornou várias dívidas das empresas privadas em dívidas públicas. E assim se configurou a década perdida para o desenvolvimento econômico, com apenas algumas conquistas sociais para o país. No período de reestruturação produtiva o Estado se pautou na restrição das políticas e dos direitos sociais divergindo da lógica empregada até então – de abertura política, universalização dos direitos, Constituição cidadã – e priorizando em absoluto o desenvolvimento econômico.

É de extrema importância ressaltar que a Constituição Cidadã de 1988 é fruto da luta e da resistência da população brasileira no processo de redemocratização do Brasil. Assim, essa representou garantia de direitos incontestáveis a sociedade brasileira e no contexto social, econômico e político que se vive tem sido alvo de avanços e retrocessos.

Nesta direção, as contrarreformas neoliberais no Brasil tiveram surgimento através da priorização de reformas orientadas para o desenvolvimento do mercado tendo em vista a crise econômica ser apontada como causa dos problemas sociais e econômicos. Dessa forma, o Estado se remodela desprezando as conquistas sociais de 1988 dando ênfase as privatizações.

Conforme Behring e Boschetti (2011) se nos países desenvolvidos o *Welfare State* significou o início de reformas que desenvolveram a legislação social, aqui no Brasil, significou uma tentativa fracassada de desenvolvimento de um Estado Social, pois esse ficou limitado e restringido ao controle e ao interesse da classe dominante. Sendo assim, não houve reformas sociais democráticas somente uma modernização conservadora ou revolução passiva.

Em suma, se as conquistas de 1988 apontavam uma necessária reforma democrática do Estado brasileiro e dos direitos sociais com mais de 40 anos de atraso, as condições internas e externas não favoreceram a efetivação deste Estado e uma Contrarreforma impossibilitou este feito. Nesse sentido, desse período até atualidade o que existe no Brasil é fruto dessa contrarreforma estatal que

impossibilita o desenvolvimento real das conquistas de 1988 e traz rebatimentos diretos para políticas sociais.

Em decorrência disso, há impactos na política de saúde e na configuração da questão social no Brasil atual, visto que as reformas trazidas pelo neoliberalismo representaram a continuidade dos direitos sociais sobre o viés da conservação. Em outras palavras, se a constituição de 1988 pretendia universalizar o direito a saúde isso não foi efetivado, haja vista que a saúde pública pode ser caracterizada pela “universalização excludente” visto que os princípios do Sistema Único de Saúde estão sendo minados pela precarização dos serviços, pela falta de recurso destinado a Seguridade Social e pela reatualização de práticas fundamentadas no saber médico curativo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A proposta de saúde pública e universal, na prática sofre um processo de privatização. Assim, os indicadores apontam para uma transgressão do Pacto Social baseado nos princípios da Seguridade Social firmado na Constituição. A contrarreforma não favoreceu nem fortaleceu a Seguridade Social visto que, apesar da implantação dos direitos sociais estabelecidos no art. 6 da Constituição Federal ter representado uma nova perspectiva de política social frente às tradições político-econômica e socioculturais, não houve efetividade desses direitos sociais na prática.

O sistema Seguridade Social atual encontra dificuldades de se concretizar, demonstrando o processo de ruptura e continuidade no que concernem os direitos sociais. O conjunto de direitos conquistados foi capturado pela lógica do ajuste fiscal fazendo permanecer uma forte defasagem ente o direito e a realidade. Por causa disso, há enorme diferença entre os indicadores sociais e econômicos acompanhado pela pauperização da política social, com o aumento das demandas por benefícios e serviços, restrição ao acesso universal o que propicia uma articulação entre o assistencialismo focalizado e o aumento da busca no mercado da oferta de serviços privatizados.

O processo da “publicização” com a separação entre formulação e execução das políticas públicas assim como o trinômio neoliberal para as políticas sociais – privatização, focalização e seletividade – apontam o significado da contrarreforma



estatal brasileira para as políticas sociais e o desenvolvimento social com o caos no serviço público, aprofundamento da questão social e baixos indicadores sociais.

Dessa forma, a política social, a política de saúde, os padrões universalistas e redistributivos de proteção social foram tensionados pela extração de superlucros, pela contração dos encargos sociais, pela supercapitalização com a privatização dos setores públicos e pelo desprezo burguês com o pacto social. Nesses termos, a proposta ousada de seguridade social estabelecida em 1988 foi incapaz de resistir ao avanço neoliberal.

A alocação de recursos do fundo público permite apenas a existência de mecanismos compensatórios que não alteram a estrutura da desigualdade, pois há poucos investimentos, fazendo cair à qualidade das políticas sociais e impossibilitando a implementação de políticas universais. Além disso, a possibilidade de controle democrático estabelecido na Constituição através dos Conselhos também é precarizada pelas práticas clientelistas/individualistas, pela falta de estrutura e pela questão orçamentaria, mostrando que o Estado neoliberal, capitalista e conservador coloca obstáculos para o controle democrático e para a tomada de decisões de interesse social. Incluem-se nesse cenário de contrarreformas estatais a política de saúde mental, os direitos trabalhistas, o financiamento público e a educação.

### **3 OS REBATIMENTOS DAS CONTRARREFORMAS DO ESTADO BRASILEIRO NA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA: A PARTICULARIDADE DO DISTRITO OESTE E SUL DE SAÚDE DE NATAL- RN**

---

Observa-se que na realidade dos Distritos Sanitários de Saúde Oeste e Sul de Natal há rebatimentos das contrarreformas estatais na política de atenção Básica, sendo assim, é imprescindível destacar os resultados das entrevistas com os gestores das unidades e dos distritos sanitários que comporam a amostra desse estudo. A apresentação desses dados é, sobretudo, para ilustrar os rebatimentos dessas contrarreformas na saúde do município.

Como dificuldades e desafios enfrentados pelas Unidades de Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde desses dois distritos temos as contrarreformas do Estado na Política de Atenção Básica que tem sido alvo de



retrocessos e sucateamentos – tanto no que envolve o congelamento e redução de gastos quanto aos ataques nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e na atenção primária. Infelizmente essa realidade não se difere de outra tantas, embora tenha suas particularidades.

As Unidades de Saúde das amostras da pesquisa apontam dificuldades e limitações também no que envolve a aquisição de profissionais e recursos humanos, resolutividade das demandas, estrutura e na segurança das Unidades. Esta situação tende a se agravar tendo em vista a contrarreforma na Política de Atenção Básica materializada na Portaria nº 2.436/2017, publicada pelo Ministério da Saúde. Esta Portaria traz impactos significativos nas condições de trabalho com a precarização e desvalorização profissional além do baixo financiamento público. Por esse motivo, a nova PNAB sofreu grandes críticas da ABRASCO e do CEBES, visto que ameaçam os princípios de universalidade, integralidade, equidade, participação social e se ajusta a lógica de congelamento dos gastos públicos.

Com isso, algumas prerrogativas da PNAB (2017) dificultará a realidade das Unidades de saúde, como é o caso do número de atendimentos mensais: na antiga PNAB uma unidade atendia 12.000 pessoas, agora não há um padrão em relação as unidades com saúde da família. Além disso, a quantidade de agente de saúde da Família e agente de endemias são opcionais, ou seja, uma equipe pode funcionar com 5 agentes de saúde, mas também, pode funcionar com 1 e isso traz consequências para a atuação dos profissionais e para efetivação do direito a saúde da população. As entrevistas realizadas nos Distritos e nas Unidades Estratégias saúde da Família que fazem parte deste estudo mostram que a falta de profissionais, a dificuldade de criação de vínculos entre os profissionais e usuários, a falta de recursos humanos ocasiona problemas no que envolve o funcionamento e atendimento integral a saúde dos usuários deixando lacunas e vazios assistenciais. Assim como a falta de estrutura das Unidades, as limitações no tocante à articulação com a rede, a fragilidade entre a referência e a contrarreferência, o predomínio de ações curativas em detrimento das ações preventivas dificultam o direito a saúde da população e opõem-se às diretrizes da Política de Atenção Básica postulada em 2006 com o

programa Estratégia Saúde da Família (ESF) que tinha como objetivo o rompimento do caráter curativo e assistencialista centrado no saber médico.

Observa-se em algumas Unidades dos distritos iniciativas de ações de promoção e prevenção de saúde e isso se coloca como uma possibilidade para os serviços tendo em vista que a concepção de saúde ampliada implica na consideração das diversas determinações políticas, sociais e econômicas que rebatem no processo saúde doença da população e que devem ser ressaltadas na atuação das Unidades básicas de saúde, no entanto, há ainda muito a ser feito.

Os(as) gestores(as) entrevistados(as), revelam formas utilizadas para que se mantenham atualizados na discussão da saúde e da atenção básica, como: por meio de reuniões, fóruns e capacitações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde e pelos Distritos Sanitários. Também apareceu as Rodas de conversas, Oficinas, Pesquisa ao site do Ministério da Saúde, ao Departamento de Atenção Básica e até mesmo comunicação pelo *WhatsApp*. Nesse sentido cabe indagar de que forma a educação permanente é contemplada pela gestão municipal.

Segundo Ministério da Saúde, a educação permanente se faz necessário ao passo em que o modelo assistencial com ênfase na Atenção Básica passa a exigir maior capacidade de análise, intervenção e práticas no funcionamento dos serviços e processos de trabalho. Sendo assim, a educação permanente emerge enquanto estratégia para qualificar os serviços. Por essa razão, a qualificação não se trata apenas de mudanças nas práticas das equipes profissionais, mas também a qualificação da gestão, especialmente no nível local, no que diz respeito às posturas e práticas (SAVASSI, 2012). Assim, os(as) gestores(as) necessitam de espaços para análises do contexto a qual estão inseridos, que evidenciem os tensionamentos e atores presentes, além dos recursos e estratégias para enfrentamento ao desmonte do SUS, sendo a educação permanente indispensável.

No que diz respeito à carga horária semanal, 6 gestores(as) trabalham 40 horas semanais e apenas 01 trabalha 30 horas semanais por ter outro vínculo empregatício no Estado. Todo s(as) os(as) gestores(as) responderam ter vínculo

efetivo, isto é, são servidores(as) públicos(as), estatutários, fato esse positivo, embora não impeça que as condições de trabalho nem sempre sejam favoráveis.

As entrevistas semiestruturadas revelam a condição precarizada do trabalho devido ao excesso de demandas que o(a) gestor(a) precisa dar conta. Isso é evidenciado a partir do horário de expediente que extrapola assim como a resolução de problemas fora do ambiente de trabalho que faz com que o(a) gestor(a) leve tarefas para casa devido aos prazos a cumprir. Tudo leva o(a) trabalhador(a) a ter uma carga horária extensa, inclusive, no período que deveria ser destinado ao seu descanso, colocando a saúde do trabalho em risco.

A gestão distrital, em entrevista, citou que existem 10 Unidades de Saúde no Distrito Sul, sendo duas Unidades Saúde da Família, seis Unidades Básicas de Saúde, um Pronto-Socorro e uma Policlínica. Ainda de acordo com a gestão, observa-se que nos bairros menos abastados da capital, as equipes de ESF se fazem mais presentes, já no Distrito Sanitário Sul (DSS) – cuja realidade de poder aquisitivo da população é maior – a “Unidade Básica Tradicional” aparece com mais ênfase, porém, grande parte da população (dos bairros pobres e com cobertura insuficiente de ESF) vai até as UBS/USF do DSS em busca de atendimento.

Os dados da pesquisa indicam a existência de um alto índice de população descoberta, resultado do número insuficiente de unidades de saúde e de equipes de saúde, tendo em vista que cada equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Básica (eAB) devem ter por população adscrita entre 2.000 e 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, para que sejam garantidos os princípios e diretrizes da Atenção Básica, conforme designado pela nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Em relação aos atendimentos mensais, alguns gestores tiveram dificuldades em responder. Apontaram a falta de recursos humanos e infraestrutura como principais problemáticas que interferem na quantidade de atendimentos e na ampliação da oferta de serviços. Os números reduzidos de atendimentos em algumas unidades com relação às outras evidenciam isso.

A PNAB preconiza que a AB deve ser “a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede” (BRASIL, 2017). Exatamente por ser, teoricamente, de “fácil” acesso dos usuários, por estar mais próxima de seu local de moradia e pela possibilidade da realização do cuidado longitudinal dos usuários que buscam os serviços básicos. Todavia, muitos gestores responderam que as Unidades não atendem a demanda de atendimentos mensais ou que é grande o percentual de demanda reprimida e população sem cobertura pelas eSF, pois embora o contingente populacional tenda a se expandir, o número de equipes não cresce. Nesse sentido, temos o caso do bairro Planalto, que conta com apenas três equipes de saúde da família com uma população adstrita de quase 100 mil habitantes, segundo apontado pela gestora da USF Planalto. Esse déficit resvala na Unidade Básica de Saúde da Cidade Satélite (Pitimbú) que tem quase 90%, de atendimentos voltados para a população do Planalto e ainda não dá conta. Questiona-se o porquê do bairro Planalto – que pertence administrativamente a Zona Oeste na Saúde – ainda pertencer ao Distrito Sanitário Sul cujas necessidades em saúde e contingente populacional são completamente diferentes dos demais bairros partícipes do DSS. Atualmente o bairro Planalto conta com duas Unidades de Saúde (eSF), enquanto que o bairro Neópolis cuja população e demanda é inferior se comparado ao bairro Planalto, conta com duas Unidades de Saúde e uma Policlínica (NUNES; LOPES JÚNIOR; ARAÚJO, 2018).

Conforme orientação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as equipes devem atender aos princípios e diretrizes em conformidade com a proposta da AB. Dessa forma, a gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB). Esse trabalho realizado junto às comunidades e domicílios, através de intervenções em prevenção, promoção e atenção à saúde, orientação e acompanhamento das famílias e dos indivíduos deverá considerar o contexto social e cultural na qual estão inseridas as populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas (BRASIL, 2017).

Os equipamentos de saúde que contam com ESF, devem ter suas equipes compostas por médico, enfermeiro, cirurgião dentista sendo eles preferivelmente com especialidade de Família e Comunidade; auxiliar ou técnico de enfermagem; técnico ou auxiliar em saúde bucal; além disso, pode ser acrescentado a equipe um profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) e um Agente de Combate às Endemias (ACE). Ademais, podem existir variações de formato das equipes, podendo conter outras categorias<sup>1</sup> – não necessariamente atuando na composição da equipe de ESF ou NASF, mas realizando atendimento à população.

No município de Natal, precisamente no DSS, tais categorias surgem na composição de grande parte das equipes de AB atuantes tanto nas UBS/UMS quanto nas USF. No entanto, como foi discutido anteriormente, o número insuficiente de profissionais ainda é um grande desafio para a ampliação da oferta e eficiência das ações de atenção básica. Segundo os gestores, categorias profissionais como os médicos, podem ser: estatutários, cooperados, Mais Médicos, PROVAB e/ou oriundo de Processo Seletivo/Contrato Temporário. Atualmente, uma boa parcela de trabalhadores da SMS é advinda do último Processo Seletivo realizado em 2018. Até dezembro, a Prefeitura de Natal convocou 647 aprovados no concurso público da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), previa a convocação de mais 500 pessoas no dia 11 de fevereiro de 2019 e outras 500 em 19 de março do mesmo ano (G1 RN, 2018).

Com relação à população adstrita de algumas Unidades, por se configurar “demanda aberta”, chama atenção que não apenas a população que compõe o território era atendida, como era o caso da UBS de Jiquí, no bairro Neópolis, que atendia usuários(as) dos mais diversos bairros do município, sendo alguns até mesmo de Parnamirim – cidade da região metropolitana de Natal.

É observado que a falta de atendimento em Unidades de Saúde gera o deslocamento dos usuários para outros locais, aumentando a demanda para uma dada Unidade e, conseqüentemente, para sua equipe, além de contrariar o

---

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutico, Profissional de Educação Física e entre outras profissões da área da saúde.

direcionamento da AB que prevê o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuário no território onde vivem a Unidade de Saúde atrai usuários que necessitam de atendimento médico, mas estes, provavelmente, não serão contemplados pela longitudinalidade do cuidado.

Todas as Unidades de Saúde, sejam Básicas ou de Saúde da Família, realizam consultas de rotina, em geral com o médico (clínico geral), algumas possuem também ginecologista e pediatra. De acordo com as entrevistas, há Unidades de Saúde com atendimento odontológico, consulta de Pré-Natal, Preventivo, Imunização, exames diversos, CD, grupos (idosos, gestantes, saúde mental, tabagismo, entre outros), Programas de apoio a pessoas obesas e sobrepeso, além de ações em saúde ("Hiperdia"; "Saúde na Feira" – USF Planalto; "Saúde na Praia" – UMS Ponta Negra, "Dançoterapia" – UBS Jiquí) e distribuição de medicamentos.

Apesar destas práticas, notoriamente positivas e pautadas na prevenção e promoção, ainda se observa uma grande dificuldade na superação da fragmentação e no aspecto curativo dos serviços de saúde. As principais ações ainda são centradas na atuação do profissional médico, contrariando a própria intenção preventiva da Atenção Básica.

Aliado a isso existem lacunas assistenciais, financiamento público insuficiente, distribuição inadequada dos serviços, com importante grau de trabalho precário e carência de profissionais para concretizar as propostas da ESF (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em algumas entrevistas, ficou evidenciado que oferta dos serviços não corresponde as reais necessidades dos usuários, pois há serviços básicos em falta, inexistência de outros profissionais essenciais – como assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo – contrastando com a concepção ampliada de saúde.

---

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica tem poder de resolução de aproximadamente 80% das necessidades de saúde da população (STARFIELD, 2002). Tem como uma de suas diretrizes de funcionamento a oferta de serviços mais próximos de seus usuários para

estabelecimento de vínculos e a continuidade do cuidado. No entanto, a realidade é que a busca desse "contato preferencial" ainda se dá de forma focalizada e, por vezes, excludente e isso é reflexo das contrarreformas estatais na Política de Atenção Básica.

Quando discutimos sobre acesso aos serviços de saúde, geralmente, a ideia que se tem de acesso é "dar entrada em determinado local" e/ou como o usuário se desloca até o serviço. Contudo, é importante especificar que acesso é diferente de acessibilidade. De acordo com Starfield (2012), a acessibilidade está ligada a possibilidade das pessoas chegarem até os serviços, já o acesso seria o uso oportuno dos serviços de forma a atender as necessidades do usuário. Acesso, portanto, corresponde a resolutividade das ações/intervenções da unidade e das equipes de AB numa dada população.

Tem-se o reconhecimento de que a Atenção Primária a Saúde (APS) apresenta resolutividade nos indicadores de saúde. No entanto, os serviços de APS no Brasil tem padecido com a lógica neoliberal que, desde 1990, tem diminuído os repasses de recursos financeiros, o que ocasiona um efeito cascata: sucateia os serviços, diminui a oferta, desvaloriza os profissionais, flexibiliza as relações de trabalho, entre outros. O modelo médico-curativo já "falido", em termos resolutivos em saúde, ainda gera lucro quando falamos da cobertura privada e/ou do uso da alta tecnologia e mais diversidades de especialidades médicas.

Dessa forma, é possível destacar que são muitas as dificuldades enfrentadas cotidianamente pelos diretores do distrito e das unidades, seja pela necessidade de Educação Permanente, pela carga horária de trabalho que sobrepõe as 40 horas semanais, número reduzido de profissionais, demanda intensa e diversificada, taxa elevada de população descoberta, além de problemas estruturais como falta de insumos e equipamentos. Além disso, a rotatividade decorrente dos diversos tipos de contratações dos profissionais das equipes, prejudicando a criação de vínculos entre usuários e equipes.

A dificuldade em acessar especialidades básicas (pediatra, ginecologista e psiquiatra), a necessidade de madrugar na porta na Unidade, a demora na marcação e



realização de exames, o fluxo e regulação ineficiente faz com que muitos usuários não optem pela Unidade de Saúde enquanto contato preferencial. Todavia, quando indagados acerca de como avaliariam as equipes de saúde, na percepção do gestor, todos (as) responderam de forma positiva, demonstrando que os profissionais apesar de trabalharem em situações adversas, ainda sim, conseguem exercer um trabalho satisfatório junto à população.

É consenso na literatura em saúde que é necessário rever processos de trabalho que centralizem no trabalho médico, devendo privilegiar o trabalho interdisciplinar absorvendo outras categorias profissionais partícipes do trabalho coletivo em saúde. No Brasil, mudanças tais como a criação do Sistema Único de Saúde e da Saúde da Família como estratégia de reorganização da assistência revela a intenção em construir novas formas de produzir saúde. No entanto, apesar da incorporação do trabalho interdisciplinar, as práticas fragmentadas ainda prevalecem em muitos serviços, quando cada profissional se responsabiliza em suas atividades de “núcleo”, não se abrindo para atividades de “campo”<sup>1</sup>.

---

## REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011. 213p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292p.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

G1 RN (Rio Grande do Norte). **Prefeitura de Natal convoca 647 aprovados no concurso da Saúde**. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rn/rio-grande-do->

---

<sup>1</sup> Os conceitos de Campo (saberes comuns a diversas profissões) e Núcleo (saberes de responsabilidade específica de cada profissão), sugeridos por Campos.



norte/noticia/2018/12/08/prefeitura-de-natal-convoca-647-aprovados-no-concurso-da-saude.ghml>. Acesso em: 12 abr. 2019.

GIOVANELLA L., MENDONÇA M.H. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 575-625.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da Federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de população para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros, com data de referência em 1º de julho de 2016**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

MOTA, A. E. **Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista** In: *Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*, Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

NATAL. **Carteira de Serviços da Atenção Básica de Natal**. Secretaria Municipal de Saúde, 2014, 57p.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social no Brasil pós-64**. 17ª edição. São Paulo: Cortez, 2015.

NUNES, Danielle Salviano S. N.; LOPES JUNIOR, Francisco; ARAÚJO, Carlos Virgílio Sales de. (orgs.). **ANUÁRIO NATAL 2017**. Natal: SEMURB, 2018, 570p.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. **Revista Urutágua - acadêmica multidisciplinar - DCS/UEM (online)**, v. 1, n. 24, pág. 132-146, 2011.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002, 726p.

ZAGO, Luis Henrique. O método dialético e a análise do real. **Kriterion: Revista de Filosofia**, [s.l.], v. 54, n. 127, p.109-124, 2013.