



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

**CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E SUAS IMPLICAÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: um recorte das unidades de saúde do direito Norte I e Norte II em Natal – RN.**

Bruna Karoline da Nobrega Gomes<sup>1</sup>

Edla Hoffmann<sup>2</sup>

Rute Peixoto do Nascimento Montenegro<sup>3</sup>

**RESUMO**

Este artigo tem como objetivo analisar os rebatimentos da crise estrutural do capital nas recentes mudanças ocorridas na Atenção Primária em Saúde e seus reflexos nos Distritos Sanitários Norte I e Norte II do município de Natal (Rio Grande do Norte). Esse estudo socializa resultados da pesquisa em andamento sobre a Organização da Atenção Primária e o direito à Saúde em Natal. Trata de um estudo de enfoque misto, referenciado no método dialético crítico, utilizando dados primários, por meio de entrevistas semiestruturadas direcionadas aos diretores locais das unidades de saúde e dados secundários com a utilização de documentos institucionais, portarias e consultas ao site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. A análise e interpretação dos dados foram realizadas a partir da técnica de Análise de Conteúdo. Os resultados apontam que a contrarreforma na saúde, traz implicações nos serviços de Atenção Primária em Saúde, devido ao sucateamento realizado pelo Estado, tanto pela redução de investimentos públicos e congelamentos dos orçamentos, quanto pelo incentivo à privatização da saúde. Nesse sentido, avança a precarização das políticas de saúde, que refletem nas condições e relações de trabalho do conjunto de trabalhadores/as do SUS, na qualidade da oferta dos serviços prestados, visto a escassez de recursos humanos e materiais necessários para o atendimento das necessidades sociais de saúde da população. Além da fragilização das condições de vida e de saúde da maioria da população, que tem o acesso limitado à porta de entrada prioritária do SUS e utilizado serviços com baixa qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária. Crise Estrutural. Precarização da Política Pública.

---

<sup>1</sup> Estudante do Curso de Bacharelado em Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa Questão Social, Política Social e Serviço Social. Bolsista de Iniciação Científica da pesquisa intitulada Atenção Primária e o Direito à Saúde em Natal.

<sup>2</sup> Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Questão Social, Questão Social, Política Social e Serviço Social-GEP-QSPSSS da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

<sup>3</sup> Estudante do Curso de Bacharelado em Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa Questão Social, Política Social e Serviço Social. Bolsista de Iniciação Científica da pesquisa intitulada Atenção Primária e o Direito à Saúde em Natal.

## 1 INTRODUÇÃO

---

O presente artigo tem como objetivo analisar os reflexos da crise estrutural do capital nas recentes mudanças ocorridas na Atenção Primária em Saúde e seus reflexos nos Distritos Sanitários Norte I e Norte II do município de Natal (Rio Grande do Norte). Para tal, evidencia as mudanças ocorridas nas ações e serviços ofertados pela atenção primária em Natal/RN, a partir da nova Política Nacional de Atenção Básica (2017). Este artigo é um recorte do Plano de Trabalho das bolsistas de iniciação científica da pesquisa intitulada "A Atenção Primária e o direito à saúde em Natal-RN"<sup>1</sup>, sob a coordenação da Dr. Edla Hoffmann.

Metodologicamente, a pesquisa parte de uma ampla revisão bibliográfica sobre a política de saúde, particularidades da Atenção Primária em Saúde. Trata de um estudo de enfoque misto, e utiliza dados primários, coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, direcionadas aos gestores/as distritais e locais das unidades de saúde, com e sem modelo assistencial de Saúde da Família. Também faz uso de dados secundários com acesso aos documentos institucionais, relatórios, políticas e portarias, bem como, consultas no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Porém, esse artigo faz o recorte na análise dos dados referentes aos distritos sanitários de Natal, Norte I e II, utilizando como dados primários as entrevistas realizadas com diretores/as locais das Unidades Saúde da Família, dos referidos distritos, aliando com análise documental.

A organização da atenção primária em saúde do município de Natal-RN, ocorre por meio de 56 (cinquenta e seis) unidades de saúde distribuídas em cinco distritos sanitários: Norte I e II, Sul, Leste e Oeste. Contempla uma amostra de 50% das unidades de saúde, por distritos, observando recortes de unidades com e sem Saúde da família, NASF, dentre outros, totalizando 29 Unidades de Saúde pesquisadas.

Esse artigo faz uma análise dos rebatimentos da crise estrutural do capital na saúde, no contexto de contrarreforma, e as recentes mudanças na Política de Atenção Básica (2017) e mudanças na realidade dos distritos sanitários de saúde, Norte I e II

---

<sup>1</sup> Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUOL), parecer nº 574.068.

em Natal. Sua estrutura se dará em quatro partes: a primeira esta introdução; em seguida uma breve contextualização da crise estrutural e seus reflexos na saúde, voltado para o desmonte do Estado, fortalecimento do mercado e os rebatimentos dessa crise na atenção primária; a terceira parte abordará as particularidades dos serviços, trazendo dados da pesquisa e dialogando com a realidade da saúde nos distritos; e por fim serão apresentadas as considerações finais da análise realizada pela pesquisa, bem como as referências que deram base a produção deste artigo.

## **2 CRISE ESTRUTURAL E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE**

---

Para Mészáros (2011), existe uma diferença entre a crise estrutural do capital e a crise não estrutural, ou seja, ao afirmar que a crise estrutural “afeta a totalidade de um complexo social em todas as relações com suas partes constituintes e em outros complexos a estes articulados”, aponta que a crise não estrutural “afeta apenas parte do complexo em questão” (SANTOS, 2016, p. 153)

As crises são constituintes do capital, através delas ele se retroalimenta, com suas durações e magnitudes, alcançando maiores patamares de lucratividade. Destaca Santos (2016), a notoriedade de que as crises capitalistas são oriundas do próprio capitalismo e sempre o deixando mais fortalecido, sendo esse ciclo um impulso para o crescimento diário do capital.

Entretanto, existe uma crise estrutural do capital que afeta todas as esferas da produção e reprodução, não se trata de mais um crise cíclica, mas se uma crise endêmica, permanente, cumulativa e crônica, indicando limites estruturais do sistema metabólico do capital. Uma crise, capaz de aprofundar a disjunção entre produção, necessidades sociais e autorreprodução do capital; amplia intensamente suas características destrutivas, através da subsunção do trabalho ao capital, ou seja, as necessidades da acumulação do capital em detrimento das necessidades sociais dos produtores, colocando o futuro da humanidade sob a ameaça, pela destruição da natureza (MÉSZÁROS, 2011).

Mészáros (2011) identifica quatro características principais da crise estrutural do capital, são elas: 1) seu caráter universal que consequentemente resulta em todas

as "esferas da atividade capitalista"; 2) o alcance global que ela assume por todo território do universo; 3) diferentemente das crises cíclicas e limitadas, a crise estrutural é "contínua e permanente"; e 4) seus desdobramentos são chamados "de rastejante" (SANTOS, 2016). Desta forma o capital sempre encontrará novos instrumentos para potencializar a sua função no Estado.

Com isso, ao apontar que a crise é "rastejante", Santos (2016) analisa que essa expressão pode ser entendida como algo que lentamente vai atingindo as esferas do sistema do capital, realizando ajustes limitados que não cessará o problema principal da crise, já que é estrutural. Como efeito da crise estrutural do capital, as ideias liberais ressurgiram atualizadas na teoria neoliberal que defendiam o mercado como "a única instância para resolver todos os problemas da humanidade" (SANTOS, 2016, p. 170), isto é, seria o mercado o responsável e o único com capacidade para direcionar os problemas sociais, seus investimentos, renda, oportunidades de empregos e os demais problemas da sociedade de caráter econômico e político.

Um dos aspectos do neoliberalismo é a necessidade da diminuição do Estado nos gastos sociais, já que o Estado tem como função no neoliberalismo apenas para "promover uma estrutura para o mercado e ofertar serviços que o mercado não pode oferecer" (SANTOS, 2016, p. 171). Com isso apontamos as transformações que as políticas sociais vêm assumindo diante da perspectiva de "restrição, seletividade e focalização" (BEHRING e BOSCHETTI, 2007).

Por isso, as tendências à desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social por parte do Estado. Há de se destacar também que a degradação dos serviços públicos e o corte dos gastos sociais levam a um processo de privatização nessa área, transformando as políticas sociais em negócios (SANTOS, 2016, p. 178).

Desta forma, podemos compreender que o controle do capital atinge a todas as esferas, extrapolando para além da esfera econômica, passa a intervir nas diversas políticas sociais como educação, habitação, assistência, trabalho e também na saúde, colocando a vida humana em constante ameaça.

Na saúde, especificamente, esses controles realizados pelo capital vêm caracterizado nas contrarreformas, legitimando-se através dos congelamentos dos

orçamentos, da precarização das políticas de saúde, das condições e relações de trabalho, contribuindo para o sucateamento da saúde, para a fragilização das condições de vida e de saúde da maioria da população e ainda, na qualidade dos serviços prestados nesse nos diversos níveis da saúde.

O ajuste estrutural do Estado, materializado nas contrarreformas, tem reproduzido os interesses de acumulação do capital através da priorização de políticas macroeconômicas e da privatização e mercantilização de políticas sociais, e que se destaca a política de saúde, esvaziando seu caráter público e universal, em que o capital no intuito de manter suas taxas de acumulação, tem se apropriado do fundo público por diversas formas (SANTOS, 2015, p.93).

É válido salientar que nesse momento a palavra "reforma" assume pela primeira vez um sentido contrário ao sentido original do termo que sempre estava associado a conquistas da classe trabalhadora, como por exemplo, a Reforma Sanitária Brasileira. Assim, "a partir dos anos oitenta do século XX, sob o rótulo de reforma(s), o que vem sendo conduzido pelo grande capital é o gigantesco processo de contrarreforma(s), destinado à supressão ou redução de direitos e garantias" (SANTOS, 2015, p. 94, apud, NETTO e BRAZ, 2008, p. 227). Consequentemente, essas reformas estão associadas aos desmontes e sucateamentos da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS.

Com a manutenção do papel do Estado em priorizar as necessidades do mercado, recai sobre as políticas sociais a fragilização da sua atuação. Soares (2010) afirma que no Brasil as características da contrarreforma possuem características que reafirmam alguns elementos da estrutura social e do Estado brasileiro, reafirmando traços da formação social, todavia essa discussão não será prolongada neste artigo.

Tivemos em 1988, a criação do sistema de seguridade social que segundo Santos (2015), no meio do pensamento liberal não achou espaço para se difundir esse concretizar. No Artigo 6º da Constituição Federal de 1988 estão garantidos a ter "a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a

segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição" (BRASIL, 1988).

Em 1990 com os ditames Banco Mundial ocorre um "redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal" (BRAVO, 2006, p. 13). Para transformar a direção da busca pelos direitos sociais na área da saúde em um projeto de disputa entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista.

Resultando em um ataque por parte do grande capital e seus investidores aos avanços que constava na Constituição Federal de 1988. Refletindo diretamente na superioridade liberal e sendo "responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação" (BRAVO, 2006, p. 14).

Bravo (2006), afirma que o Projeto da reforma sanitária se legitima com o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi fruto de lutas e mobilização de profissionais e dos movimentos populares, centralizado em um Estado democrático e de direitos. Enquanto o Projeto Privatista está voltado para o Mercado, baseado na Política de Ajuste a contenção de gastos e racionalização das ofertas, assumindo o Estado apenas o mínimo para quem não pode pagar e para quem tem acesso ao mercado é direcionado para o setor privado com ações focalizadas no usuário de forma individual (BRAVO, 2006).

Nesta disputa e na atual conjuntura do Brasil, o projeto privatista tem ganhado forças e os exemplos reais dessa contrarreforma estando entre eles: os papéis inversos do setor privado e sua participação no SUS, que ao invés de assumir apenas um papel de participação complementar vem ganhando espaço e se tornando o principal fornecedor dos serviços disponíveis pelo SUS, passando a ser suplementar; outro exemplo são os cortes realizados na saúde por meio da EC Nº 95 de 2016, que é responsável pelo congelamento do orçamento, contribuindo para a precarização das políticas sociais, das condições e relações de trabalho e diminuição gradativa do financiamento ao instituir um projeto de Estado Mínimo no país; e as novas mudanças da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela portaria nº 2.436/2017 que, embora traga a saúde da família como estratégia prioritária para expansão e

consolidação da atenção básica, reduz incentivos financeiros para os municípios, flexibiliza o modelo de cuidado em saúde, os tipos de equipes, carga horária e dentre outros.

Partimos do entendimento de saúde como direito de todos e dever do Estado, conquistado por meio de lutas sociais e formulado desde 1970 pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, de acordo com os marcos legais da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90.

Além disso, devemos lembrar que o SUS está organizado através das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que tem como objetivo atender de maneira integral a todas as necessidades de saúde dos/das usuários/as. Sendo organizado pelo princípio da regionalização e hierarquização, ou seja, organizado por regiões e em níveis de atenção (Baixa complexidade, média e alta). Com isso a atenção primária em saúde tem seu papel fundamental na saúde, por ser a porta de entrada prioritária da população aos serviços disponíveis pelo Sistema Único de Saúde.

No Brasil, conforme a Política Nacional da Atenção Básica (2017) os termos atenção primária e atenção básica, são tidos como equivalentes, no que se refere à concepção. A Atenção Primária tem como papel realizar os cuidados primários com a população de cada território, em uma perspectiva de baixo custo e baixa complexidade, todavia contribuindo para um bom acompanhamento e melhorias nas condições de saúde. Dessa forma, de acordo com o Art. 2º, da Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde 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 (PNAB, 2017).

Porém, a nova Política Nacional de Atenção Básica (2017) acaba por representar os retrocessos que a EC nº 95/2016 representa ao congelar os gastos, principalmente, ao recompor as equipes e possibilitar novos arranjos destas, que



reforçam o modelo assistencial biomédico e curativista. Embora afirme que tem a Saúde da Família como estratégia prioritária, flexibiliza a cobertura da população, por exemplo, ao diminuir drasticamente o quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde por equipe, de no mínimo 4 a 6 ACS passou a um.

Nesse sentido, é importante ressaltar que os rebatimentos da contrarreforma do Estado na Política de Atenção Básica, a partir de dados da realidade social local, afirma os desmontes e ajustes que chegam às portas de entradas prioritárias do SUS e acabam por enfraquecê-las. Abrindo espaço para fortalecimento e ampliação dos vazios assistenciais na oferta de ações e serviços de saúde, tanto pelo escasso quantitativo de Unidades de Saúde, quanto de recursos humanos nas equipes de saúde.

Por esse motivo, a APS tem sua atuação limitada pelo sucateamento realizado pelo Estado, limitando a total cobertura da população por meio das equipes, a falta de profissionais, o número de equipamentos e insumos incompatível com a realidade posta e dentre outras ações restritas pela falta de investimento. A seguir, iremos expor o cenário dos distritos Norte I e Norte II como reflexo da contrarreforma na Saúde e mais precisamente na Atenção Primária.

### **3 AS PARTICULARIDADES DOS SERVIÇOS**

---

Com o intuito de discutir as particularidades das ações e serviços voltados à atenção primária, apresentaremos a seguir um compilado de dados para que seja possível traçar uma caracterização do Distrito Sanitário Norte (I e II) e as composições de suas equipes.

A região administrativa Norte, do município de Natal, é composta por 07 bairros, sendo eles: Igapó, Salinas, Potengi, Nossa Senhora da Apresentação, Lagoa Azul, Pajuçara e Redinha, estando dividida em dois Distritos Sanitários: Norte I e Norte II. Vale destacar que a região norte é considerada como "à maior das regiões de Natal" (SEMURB/Natal-RN 2017). De acordo com o IBGE (2017), a população estimada para o ano de 2017 é de 360.122 habitantes.



Em relação aos equipamentos de saúde, o distrito sanitário Norte I dispõe de 11 Unidades de Saúde da Família (USF) para atender a sua população usuária, são elas USF África, USF Cidade Praia, USF Gramoré, USF José Sarney, USF Nordelândia, USF Nova Natal, USF Pajuçara, USF Parque das Dunas, USF Pompéia, USF Redinha e USF Vista Verde, localizadas nos bairros Redinha, Pajuçara e Lagoa Azul.

E o distrito sanitário Norte II é composto pelas USF Bela Vista, USF Igapó, USF Panatis, USF Parque dos Coqueiros, USF Planície das Mangueiras, USF Potengi, USF Santa Catarina, USF Santarém, USF Soledade I, USF Soledade II e USF Vale Dourado.

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) consultados em Novembro de 2018, estão distribuídas entre as Unidades de Saúde do distrito Norte I, 25 equipes de saúde, sendo elas Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESF c/ SB), Equipes de Saúde da Família Transitórias (ESFT) e Equipes de Saúde da Família Transitórias com Saúde Bucal (ESFT c/ SB). De acordo com a mesma fonte, as unidades de saúde do distrito norte I contam com 363 servidores, entre eles estão agentes comunitários de saúde (ACS), médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, dentistas e auxiliares de saúde bucal.

E o distrito Norte II, conta com 27 equipes, com os mesmos modelos de equipes, porém acrescida de uma equipe de Atenção Básica Prisional. As 11 unidades que compõem o distrito Norte II apresentam no total de servidores 194 agentes de Saúde, 36 Médicos, 42 enfermeiros, 74 Tec. ou Aux. De Enfermagem, 27 Dentistas e 26 auxiliar de Saúde Bucal.

Durante o ano de 2018 foram desativadas 07 (sete) equipes no distrito Norte I e 08 (oito) equipes no distrito Norte II, totalizando 15 (quinze) desativadas. Esse dado vem na contramão dos avanços que ocorreram na ampliação da cobertura nos últimos anos, pelo aumento do quantitativo de equipes, com a expansão da ESF. Embora, ocorressem melhorias, eram insuficientes diante da demanda, uma vez que a população está crescendo nos últimos anos e não se ampliam os números de Unidades de Saúde, situação que se agrava com a desativação dessas equipes SF. Visto que contribui para aumentar a demanda assistencial, precarizar as condições de

trabalho e fortalecer a prática curativa em detrimento da promoção e prevenção da saúde, contrariando os princípios da APS.

Nesse sentido, é necessário salientar que o ano de 2018 foi o segundo ano de vigência da EC nº 95/2016 e o primeiro em que o orçamento destinado à seguridade social foi o mesmo do ano anterior corrigido apenas pela inflação, causando uma estagnação das verbas destinadas à saúde e repercutindo nos serviços e ações destinados à população. Além disso, de acordo com a PNAB (2017), as equipes que se encontrarem desconsistidas (ausência de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes) por um período superior a 60 dias, haverá a suspensão do repasse dos recursos para a unidade.

Os dois distritos também contam com Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), se constituem enquanto equipes multiprofissional e interdisciplinar composta por diversos profissionais da área da saúde, devendo prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica. Em Norte I, localiza-se na USF África, no bairro da Redinha. O NASF funciona com uma equipe mínima de 02 (dois) fisioterapeutas gerais, 01 (um) psicólogo clínico, 01 (um) farmacêutico, 01 (um) Educador físico na saúde e 01 (um) assistente social, prestando suporte as USF de África, Cidade Praia e Redinha. Já o NASF de Norte II encontra-se na USF de Santarém e vincula-se às USF de Potengi, Planície das Mangueiras e Parque dos Coqueiros, sendo composto pela equipe mínima tal qual Norte I.

As dificuldades apontadas acabam sendo reações em cadeia que geram empecilhos no atendimento da população. De acordo com as informações obtidas através das entrevistas, as Unidades de Saúde elencaram que suas maiores dificuldades estão voltadas inicialmente para a falta de abastecimento frequente de medicações, materiais para realização de exames e procedimentos, internet para a marcação de consultas, entre outros. Essa escassez de insumos ou até mesmo a falta de reabastecimento acaba por refletir na atuação de alguns profissionais, uma vez que se torna custoso o desenvolvimento de suas funções causado pela falta dos equipamentos recomendados para utilizarem e até mesmo para a utilização dos/das

usuários/usuárias como é o caso das medicações e materiais para os devidos cuidados domiciliares.

Temos o problema da internet que de vez em quando falha, passa dois, três dias passa dois ou três dias [...] eles demoram no atendimento, e aí unidade necessita diariamente da internet visto que precisamos estar fazendo parte do SUS e está marcando consultas especializadas (fala do sujeito A1).

Porque a gente não pode parar o serviço, para aquele que o profissional entrou em recesso, entrou em férias, entrou em licença médica, então não pode parar aquela equipe porque um profissional saiu de férias ou outra atividade... a gente remaneja para outra equipe (fala do sujeito V1).

A estrutura física das unidades, muitas vezes precárias e que não atendem às necessidades dos serviços, são elencadas enquanto uma problemática que impacta nas condições de trabalho dos/as servidores/as, estando cada vez mais precarizadas e com a diminuição das equipes, intensifica o trabalho das existentes. E acaba por limitar o atendimento das demandas e dos profissionais devido a quantidade das salas disponíveis para os atendimentos e/ou consultas com a população. Além disso, existe uma insuficiência no quantitativo de profissionais inseridos nas unidades de saúde da atenção básica em relação à demanda que esta apresenta e a qualificação destes. Ou seja, diversos fatores recaem no atendimento que será ofertado à população, sendo indicadores que justificam a quantidade de usuários/usuárias que deixam de ser atendidos, medicados, acolhidos ou até encaminhados.

[...] como a área cresceu muito... cresceu muito, a gente precisaria vamos dizer de mais uma equipe, só que a estrutura física da nossa unidade não comporta... a estrutura física não comporta mais uma equipe, mas que a gente precisaria devido o grande aumento da nossa área depois que o PSF começou a funcionar... então, a gente tem agente comunitário de saúde com mais de 400 famílias e a gente sabe que não pode..." (fala do sujeito V1).

A partir das falas dos/as diretores/as das unidades, fica nítido a insatisfação com a quantidade de Unidades de Saúde existentes nos distritos, uma vez que esta quantidade não é compatível com o contingente populacional que busca atendimento, extrapolando, assim, os regulamentos da PNAB e onerando as ações de promoção e

prevenção à saúde que passam para segundo plano para que seja possível atender as demandas mais urgentes. Essa falta de cobertura em algumas áreas gera os chamados "vazios assistenciais", visto que parte da população fica descoberta, pois as Unidades existentes não conseguem atender toda a população da área de abrangência na qual ela está inserida, sendo necessário trabalhar com os chamados atendimentos de "demanda aberta".

Por questões físicas que não comporta, por limitação de pessoal, a gente não tem pessoal suficiente para a demanda, a gente tem uma população de aproximadamente 14 mil pessoas e 4 equipes, então você não consegue, por mais que você queira, você não consegue abarcar toda a população... (Fala do sujeito S2).

O bairro XXX é um conjunto, um bairro que está em expansão que tem vários terrenos baldios. Você passa hoje não tem nada, passa amanhã já construíram três casinhas. Então, você tem que ir lá e fazer o cadastramento, ai assim, hoje a gente está suportando, mas se continuar dessa forma a gente não vai (Fala do sujeito PQ2).

Logo, ao analisar tais questões, é válido, também, pontuar que uma parte significativa da população não consegue atendimento, devido ao processo de expansão populacional que algumas áreas vêm passando nos últimos anos. Porém, esse crescimento não foi acompanhado pela quantidade de unidades e equipes disponíveis para atendimento. O que acarreta a sobrecarga das equipes e consequentemente provoca problemas na execução dos serviços e fragilizam cada vez mais a Atenção Básica de Saúde que é a porta de entrada prioritária do SUS.

Disso decorre, o aumento do índice de procura na média e alta complexidade e consequentemente uma superlotação desses níveis de atenção, piorando cada vez mais a saúde da população. Modificando os determinantes sociais ao limitar o acesso da população mais pobre, e consequentemente mais necessitada de proteção social, deixando-as à mercê da saúde suplementar para atender as necessidades mais urgentes. Pois, quando a saúde pública deixa de ser financiada de forma adequada pelo Estado, ela passa a ser alvo de privatizações e desfinanciamento.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A Atenção Primária é responsável pela promoção a saúde e a prevenção das condições de saúde e de agravos, devendo ser a porta de entrada prioritária do SUS de forma regionalizada e hierarquizada. Sua localização é estrategicamente estabelecida de maneira que possibilite uma maior proximidade com comunidade, onde ela possa criar vínculos, garantir um acesso mais fácil e melhor organizar território. Centralizando o atendimento nas famílias, indivíduos e comunidade como é o caso das Unidades de Saúde da Família que possibilita uma identificação e acompanhamento mais qualificado das reais necessidades da população adscrita e consequentemente uma maior resolutividade das demandas. Assim como deve ser a responsável por coordenar o cuidado e ordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

As medidas de austeridades e ajustes fiscais que estão se alargando nos últimos anos acabam por rebater em aspectos essenciais da vida coletiva e privada dos sujeitos, como é o caso da saúde, em especial, a atenção primária à saúde. A redução de gastos públicos com a população e as suas necessidades mais básicas em momentos de crise do capital, negligencia o fato de que são nesses momentos em que a sociedade se encontra mais necessitada de proteção social, impedindo a viabilidade da promoção de direitos, acarretando em retrocessos sociais e acirramento das desigualdades no país, que afetam em primeira instância os níveis mais primários de atenção e a população que depende diretamente desses serviços.

Os cortes causados pela EC nº 95/2016 atacam ainda mais, o princípio da universalidade e impõe a necessidade de uma universalização seletiva, precarizando os serviços ofertados ao relativizar a cobertura universal e fazendo com que os profissionais sejam obrigados a escolher a quem será destinado às ações e serviços.

O congelamento de gastos na Atenção Primária impacta de todos os lados a assistência prestada, tanto quantitativa quanto qualitativamente, pois além da falta de insumos e de estrutura física, há a falta de profissionais para compor todas as equipes do território, sendo necessário que exista um rodízio dos profissionais entre as equipes existentes para que não seja suspenso o repasse realizado pelo Ministério da Saúde. Essa suspensão de recursos além de incidir na prestação de serviços,

corroborar para alargar as disparidades sociais no acesso às ações e serviços de saúde pela população, afetando mais significativamente a vida daqueles/as que não podem pagar a assistência privada e dependem unicamente do SUS.

Essa estratégia foi uma forma encontrada de garantir os recursos destinados à Atenção Básica, visto que estes já são insuficientes para a demanda. Porém, acabam por fragilizar os vínculos estabelecidos entre a comunidade e as Unidades de Atenção Básica, indo de encontro com os Princípios e Diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde a serem operacionalizados na Atenção Básica. Além dos impactos causados na atenção primária, a redução dos gastos reverberam nos demais níveis de atenção, pois ao ser negado o atendimento nas unidades básicas, os/as usuários/as tornam-se mais doentes e tendem a recorrer a média e alta complexidade, ressaltando que esta passa a ser mais onerosa para o SUS.

É imprescindível a revogação da EC nº 95, uma vez que ela se torna incompatível com o que é instituído pela Constituição Federal de 1988, na Seção II que trata da saúde. Além disso, a sua continuidade pode causar retrocessos inimagináveis em longo prazo para a saúde da população, pois acarreta o aprofundamento das iniquidades sociais em saúde banalizam a vida humana. Assim, as formas de resistência perpassam o fortalecimento da democracia através de fóruns e conselhos e organização da classe trabalhadora na defesa de seus direitos conquistados.

---

## REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 25 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília-DF, Ministério da Saúde, 21 mar.2017. Disponível em:



<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>.

Acesso em: 23 mar. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete [et al]. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

**CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS EM SAÚDE**. Disponível em:

<<http://www.cnes.datasus.gov.br>> Acesso em: 25 fev. 2019.

CORREIA, Maria V. C.; SANTOS, Viviane M. (Org). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde: Interesses do Capital em Curso**. Maceió: EDUFAL, 2015.

SANTOS, Milena. **Estado, política social e controle do capital**. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.