

Edla Hoffmann
Tatiana Reidel
Larisse de Oliveira Rodrigues
Organizadoras

As implicações do ajuste fiscal na efetivação das políticas sociais, no agravamento da pobreza e na desigualdade social



Edla Hoffmann
Tatiana Reidel
Larisse de Oliveira Rodrigues
Organizadoras

**As implicações do ajuste fiscal na efetivação
das políticas sociais, no agravamento da
pobreza e na desigualdade social**



ALEXA
Embu das Artes - SP
2023



© by Alexa Cultural

Direção

Gladys Corcione Amaro Langermans
Nathasha Amaro Langermans

Editor

Karel Langermans

Capa

Klanger

Revisão Técnica

Edla Hoffmann, Tatiana Reidel e Larisse de Oliveira Rodrigues

Revisão da Língua Portuguesa

Edla Hoffmann, Tatiana Reidel e Larisse de Oliveira Rodrigues

Revisão da Língua do Prefácio

Héricka Karla Alencar de Medeiros

Editoração e Projeto Gráfico

Alexa Cultural

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

H711- HOFFMANN, Edla R359 - REIDEL, Tatiana
R696 - RODRIGUES, Larisse de Oliveira

As implicações do ajuste fiscal na efetivação das políticas sociais, no agravamento da pobreza e na desigualdade social. Edla Hoffmann, Tatiana Reidel e Larisse de Oliveira Rodrigues (orgs), São Paulo: Alexa Cultural, Manaus: EDUA, 2023.

14x21cm - 282 pgs

ISBN - 978-85-5467-361-1

1. Serviço Social 2. Assistência Social, 3. Desigualdade Social, 4. Pobreza, 5. Políticas Públicas, I-Título, II-Sumário, III-Bibliografia

CDD - 360

Índices para catálogo sistemático:

1. Serviço Social
2. Políticas Públicas
3. Assistência Social
4. Desigualdade Social

Todos os direitos reservados e amparados pela Lei 5.988/73 e Lei 9.610
Os artigos publicados são de inteira responsabilidade de seus autores. As opiniões neles emitidas não exprimem, necessariamente, o ponto de vista da editora e dos organizadores

Alexa Cultural Ltda
Rua Henrique Franchini, 256
Embú das Artes/SP - CEP: 06844-140
alex@alexacultural.com.br
www.alexacultural.com.br
www.alexaloja.com

Editora da Universidade Federal do Amazonas
Avenida Gal. Rodrigo Otávio Jordão Ramos,
n. 6200 - Coroado I, Manaus/AM
Campus Universitário Senador Arthur Virgílio Filho,
Centro de Convivência – Setor Norte

A Política de Saúde no Rio Grande do Sul em tempos de austeridade ultraneoliberal: impactos do ajuste fiscal

Tatiana Reidel¹

Laís Duarte Corrêa²

Anderson da Silva Fagundes³

Camila da Silva Rocha⁴

1 Introdução

Fruto de um processo de construção e de busca pela efetivação de um Estado democrático de direito, a Constituição Federal do Brasil, de 1988, estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O financiamento desse projeto foi preconizado, por meio da constituição de um fundo público, com recursos do orçamento da seguridade social (OSS), advindos da União, dos estados, do Distrito

1 Assistente Social. Mestre e Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Pós Doutora em Serviço Social (UCM/Espanha). Professora Associada do Departamento de Serviço Social e Programa de Pós Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul(UFRGS). Bolsista Produtividade CNPQ. Líder Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão sobre Trabalho, Formação e Ética Profissional em Serviço Social (GEPETFESS). E-mail: tatyreidel@gmail.com

2 Assistente Social. Doutoranda em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), bolsista do CNPq. Professora do Curso de Serviço Social da Universidade de Caxias do Sul (UCS). Integrante do Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão sobre Trabalho, Formação e Ética Profissional em Serviço Social (GEPTFESS). E-mail: duarte.lais@hotmail.com

3 Assistente Social. Especialista em Saúde da Criança pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Mestre em Política Social e Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGPSSS/UFRGS). Integrante do Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão sobre Trabalho, Formação e Ética Profissional em Serviço Social (GEPETFESS) E-mail: anderson.fagundes@outlook.com

4 Assistente Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Residente no Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência, Instituto Santos Dumont (ISD). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Questão Social, Política Social e Serviço Social (GEP-QP-SOCIAL - UFRN). E-mail:camilasroccha@gmail.com

Federal e dos municípios, além de outras fontes. Desta forma, foi possível a garantia da “[...] canalização de recursos próprios e exclusivos para as políticas de saúde, da previdência e da assistência social, além do seguro-desemprego, distinto daquele que financia as demais políticas de governo” (Salvador, 2017, p.430).

O foco deste estudo, o SUS, é compreendido como uma das conquistas mais relevantes na história da saúde pública deste país, uma vez que trata-se de um novo projeto de saúde pública, universal e democrática, garantida como direito e reconhecida como uma das políticas públicas mais inclusivas praticadas no Brasil. A atenção às ações de assistência, à prevenção e à promoção à saúde possibilitam a participação social, com o controle social das ações de educação em saúde, entre outros.

No entanto, em uma sociedade capitalista como a que vivemos, reconhecemos que, historicamente, o capitalismo fortalece a transformação das coisas em valor de troca ou, como podemos dizer, promove a universalização da mercadoria. Transforma em mercadoria, inclusive, serviços primordiais para a promoção da vida, como os de saúde. Isso, por sua vez, incide, diretamente, no financiamento na garantia pública. Dessa forma, favorece um projeto privatista, excludente e lucrativo, que é incompatível com a concepção de SUS, inscrita na carta constitucional. Nesta perspectiva, encontramos desafios concretos e emergentes da afirmação e da luta para que o SUS se mantenha como direito de todos e dever do Estado.

As críticas e a indignação da sociedade, frente às aviltantes desigualdades e à mercantilização da saúde, iniciam-se com a organização do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, como parte do movimento maior pela democratização do país, desde a década de 1970, em plena ditadura civil-militar. Conforme Behring e Boschetti (2010), foi a ditadura que abriu espaços para a saúde, a previdência e a educação privadas.

Com a reconfiguração capitalista, a lógica privatista se fortalece, sobretudo a partir dos anos de 1980, quando a ideologia neoliberal provoca alterações profundas na pauta sobre a gestão pública e a própria ação pública (Dardot; Laval, 2016). Com isso, o neolibe-

ralismo fortalece a perspectiva de retração do Estado na economia; e favorece a liberalização do mercado. A política de saúde, por meio do SUS, depara-se, neste contexto, com uma crescente pressão para corresponder e se adequar à lógica do mercado, resultando em desafios para a manutenção de seus princípios originais. Além disso, as políticas de ajuste fiscal, desde 1993, operam o desmonte do OSS (Salvador, 2017), necessárias para equilibrar as contas públicas. Desarte, gera tensões no financiamento e na sustentabilidade do SUS.

A máxima do ajuste fiscal do Estado, proferida globalmente, por diversos organismos internacionais, como o Banco Mundial e o FMI, defendia a redução dos gastos do Estado e a potencialização de sua “eficiência”, por meio do mote concorrencial do mercado. Essa postura exalta a gestão empresarial e emite diretrizes para a gestão pública incorporá-las em suas práticas. Esse movimento ficou conhecido como “Nova Gestão Pública” nos países centrais.

Rapidamente, esse ideal avançou para os demais países. Vale ressaltar que o ideal era preconizar uma redefinição do papel do Estado e implantar mecanismos de gestão, oriundos da iniciativa privada na administração pública (Paula, 2005). Dessa forma, priorizava-se a redução do papel social do Estado e o fomento ao mercado, além de alterar as políticas públicas e a ação desse em si, cada vez mais submetida ao controle e aos parâmetros de uma suposta eficiência mercadológica.

Com essa ideologia, os problemas e as contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo/gerencial e de gestão, que intensificam a justificativa do estabelecimento de parcerias público-privadas para gerenciar a saúde, instaurando, portanto, possibilidades factíveis para a utilização direta do fundo público pela lógica privada.

Em meio a este contexto, este capítulo apresenta os achados da pesquisa “As implicações do ajuste fiscal na efetivação das políticas sociais, no agravamento da pobreza e na desigualdade social”, com apoio e financiamento do CNPQ. Pretendemos evidenciar os dados e a problematização sobre as expressões do ajuste fiscal na política de saúde, com ênfase ao estado do Rio Grande do Sul. A pesquisa ana-

lisa o contexto de desfinanciamento do SUS e recrudescimento ultraneoliberal, entre os anos de 2014 e 2019, de caráter interestadual, que, conforme já mencionado na apresentação do livro, faz interlocução entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

O processo teórico-metodológico dispõe, como sustentáculo, a pesquisa documental, considerando os programas, as metas, as ações e o orçamento destinado para a execução. Nesse sentido, a análise pressupõe a coleta de informações, dispostas no Sistema Integrado de Orçamento Público da Saúde (SIOPS), no Portal da Transparência do Rio Grande do Sul (RS) e nos documentos oficiais de gestão, tais como Planos Plurianuais (PPAs) (2012-2015) e (2016-2019), Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDOs), Leis Orçamentárias Anuais (LOAs), no íterim dos anos investigados. Ademais, foram analisados os Relatórios Anuais de Gestão do governo estadual do Rio Grande do Sul (RS), disponibilizados nas plataformas oficiais do estado⁵.

Na análise documental sobre as refrações do ajuste fiscal na política de saúde gaúcha, foram investigadas as metas dos programas selecionados, no recorte histórico temporal de dois quadriênios. No período de 2012 a 2015, observamos a partir dos Programas Gestão, Financiamento e Infraestrutura do SUS, e Qualificação da Rede de Atenção à Saúde no RS. Entre 2016 e 2019, voltamos a estudar o Programa intitulado Qualificação e financiamento da rede de atenção à saúde, consolidando a regionalização da saúde no RS.

Os resultados advêm de um processo acurado de análises sobre metas, objetivos e prioridades orçamentárias do estado do Rio Grande Sul na política de saúde, que serão abordadas ao longo deste capítulo. Para isso, uma seção foi desenvolvida, cujo foco é a abordagem sobre os impactos do ajuste fiscal na Política de Saúde, no estado do Rio Grande do Sul. Dessarte, ainda, subdividimo-la em Reflexões sobre a Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Rio Grande do Sul e a política de saúde mental gaúcha.

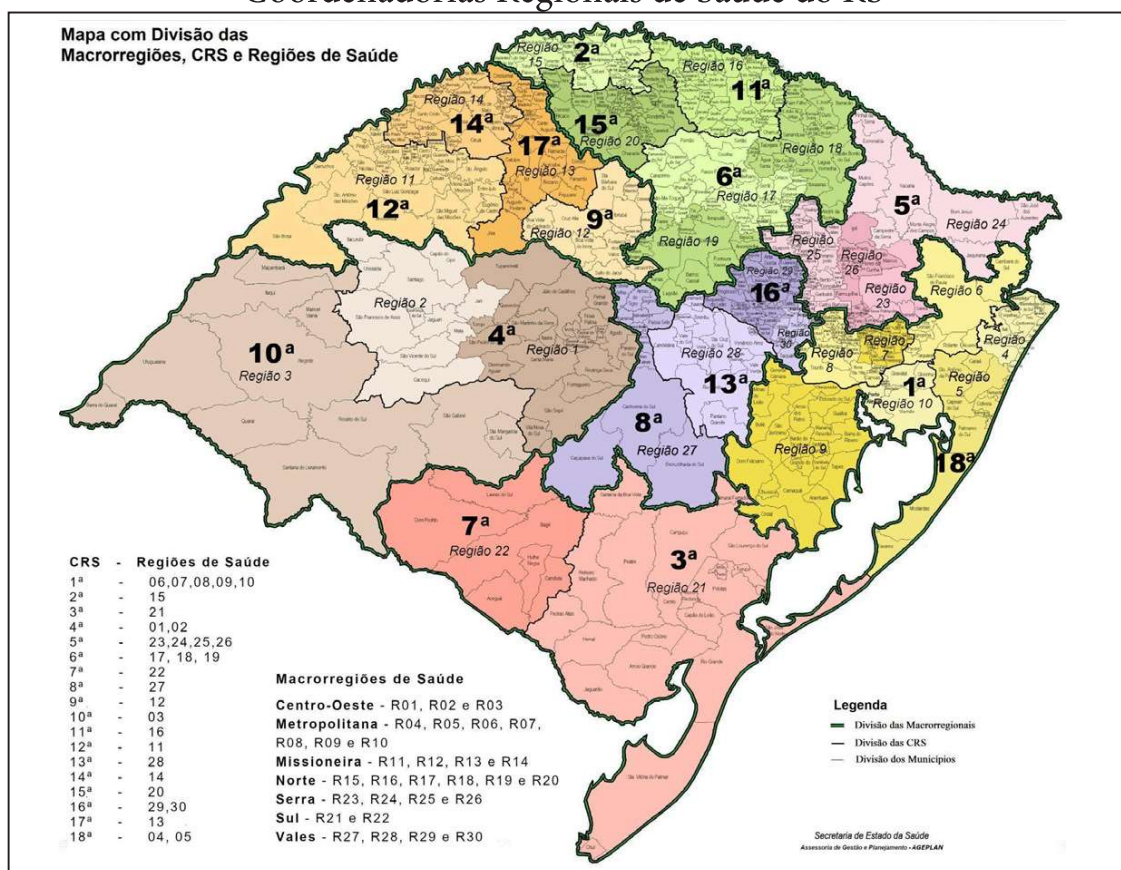
⁵ No quadriênio 2016-2019, apenas o relatório de gestão referente ao ano de 2016 foi disponibilizado pelo governo estadual do RS.

2 Os impactos do ajuste fiscal na Política de Saúde no estado do Rio Grande do Sul

O Rio Grande do Sul é um estado com 10.880.506 habitantes, segundo o Censo 2022 do IBGE. A estrutura institucional, para a gestão da saúde, é marcada por desafios e contradições, bem como por iniciativas de contrarreformas, que se vinculam aos princípios neoliberais. Atualmente, existem 18 (dezoito) Coordenadorias Regionais de Saúde, responsáveis pelo gerenciamento das ações de saúde. Além disso, 30 Regiões de Saúde são determinadas por aspectos culturais, econômicos, sociais e de infraestrutura, que visam integrar a gestão e as ações de saúde.

O RS também conta com 7 Macrorregiões de Saúde (Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Sul, Serra e Vales), estabelecidas desde 2002, pela Resolução CIB/RS N° 192/2002 e revalidadas, em 2018, pela Resolução CIB/RS N° 188/2018, como pode ser visualizado na imagem 1.

Imagem 1 - Regiões, Macrorregiões e Coordenadorias Regionais de Saúde do RS



Fonte: SES (2022).

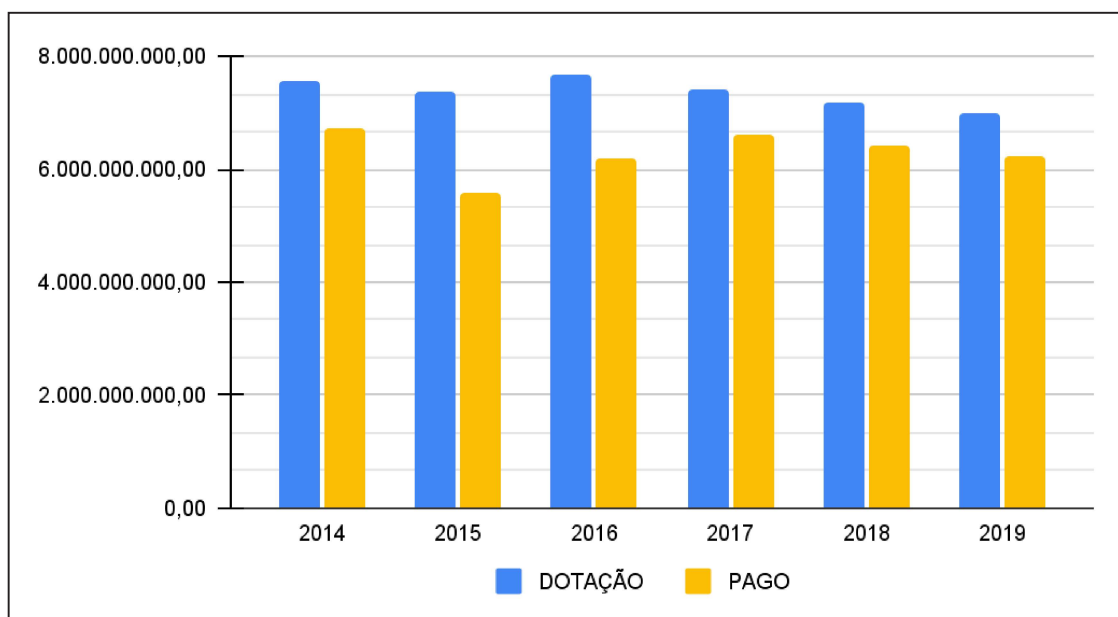
Até o ano de 2017, a administração e a gestão da Política de Saúde, no Rio Grande do Sul, era papel da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS). Contudo, durante o governo 2015-2018, de José Ivo Sartori (MDB), houve a implementação de políticas de austeridade e de contrarreformas. Isso culminou na ampla diminuição da participação do Estado na sociedade. Este mesmo governo aderiu, fielmente, aos preceitos neoliberais e sancionou a extinção de treze órgãos estaduais, sendo: dez fundações; duas companhias e uma autarquia, inclusive, da FEPPS, por meio da Lei nº 14.977, de 16 de janeiro de 2017.

A FEPPS, até então, realizava a administração de cinco departamentos técnicos, sendo estes: o Laboratório Central do Estado - Lacen (diagnósticos de doenças e análises laboratoriais), o Laboratório Farmacêutico do RS - Lafergs (produção de medicamentos), o Centro de Informação Toxicológica - CIT/RS (orientação frente a acidentes tóxicos), o Hemocentro do Estado do RS - Hemorgs e o Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CDCT (pesquisa em biotecnologia e diagnósticos moleculares de doenças).

Com a sua extinção, a maioria das atividades foram absorvidas pela SES/RS, exceto o Lafergs, que passou a ser gerenciado pela Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência e Tecnologia. Tais alterações também refletiram no processo de planejamento da política de saúde no estado, bem como trazem subsídios centrais para a análise crítica acerca das contrarreformas implementadas, além dos efeitos que o ajuste fiscal gerou na política de saúde pública.

Considerando, entretanto, que a política de saúde, conforme já referido, é financiada pelos três entes federados, apresentamos, no gráfico a seguir, o dispêndio orçamentário federal destinado à política de saúde nos anos investigados, representado pela “Função Saúde”.

Gráfico 1 - Investimento Público Federal - Função Saúde do RS (2014 - 2019)



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Portal da Transparência RS. Valores Deflacionados pelo IPCA (referência dez.2019).

A partir desses dados, percebemos nuances entre os anos de 2014 e 2019, tendo como pressuposto os valores da dotação final e os valores pagos pelo governo federal. A princípio, há discrepância entre a dotação, que é prevista para o investimento em saúde, e os valores efetivamente pagos em todos os anos. Sobretudo, em 2015, cujo montante inicial estava na casa dos R\$ 7 bilhões e, apenas, pouco mais de R\$ 5,6 bilhões custearam ações e serviços em saúde no Rio Grande do Sul.

A maior dotação aconteceu no ano de 2016, com R\$ 7,6 bilhões. Em contrapartida, somente R\$ 6,2 bilhões foram pagos pelo governo federal, ou seja, uma redução de investimento de aproximadamente 1,4 bilhão de reais no SUS. Os valores da dotação final nos anos seguintes decrescem de R\$ 7,4, em 2017, para R\$ 7,1, em 2018. Posteriormente, para R\$ 6,9 bilhões. Os valores pagos, por sua vez, seguem a mesma tendência nos respectivos anos: de R\$ 6,6 para R\$ 6,4 e, em seguida, no último ano do PPA (2016-2019), foram pagos R\$ 6,2 bilhões de reais.

A progressiva redução dos gastos com saúde expressa as conformações do cenário de desfinanciamento das políticas da segu-

ridade social, quando são acirradas as estratégias de canalização do fundo público. Isso ocorre com vistas: à ampliação e à prorrogação da Desvinculação dos Recursos da União (DRU), de 20% para 30% para a retirada do OSS para o Orçamento Fiscal (OF) até o ano de 2023 pela Emenda Constitucional nº 93/2016; à Emenda Constitucional nº 95/2016, que impôs um Novo Regime Fiscal, conhecido como “teto de gastos”, o que impede o investimento em despesas primárias, sem limites no decurso de vinte anos. O teto de gastos instaura uma nova fase no processo de dilapidação do SUS, pois o orçamento é sufocado desde o seu nascedouro, com a EC 95. Com isso, o subfinanciamento crônico do SUS assume o patamar de desfinanciamento (Mendes, Carnut, 2020).

Nesse bojo, é mister destacar que, no Brasil, a crise e a retirada de direitos devem ser interpretadas como uma relação entre economia e política. Em termos amplos, isso se traduz na relação entre capital e Estado. O mecanismo de acumulação capitalista, embora primeiramente percebido como um aspecto econômico, carrega, em sua essência ontológica, uma dimensão política, tornando indissociáveis os conceitos de político e econômico (Mendes; Carnut, 2023).

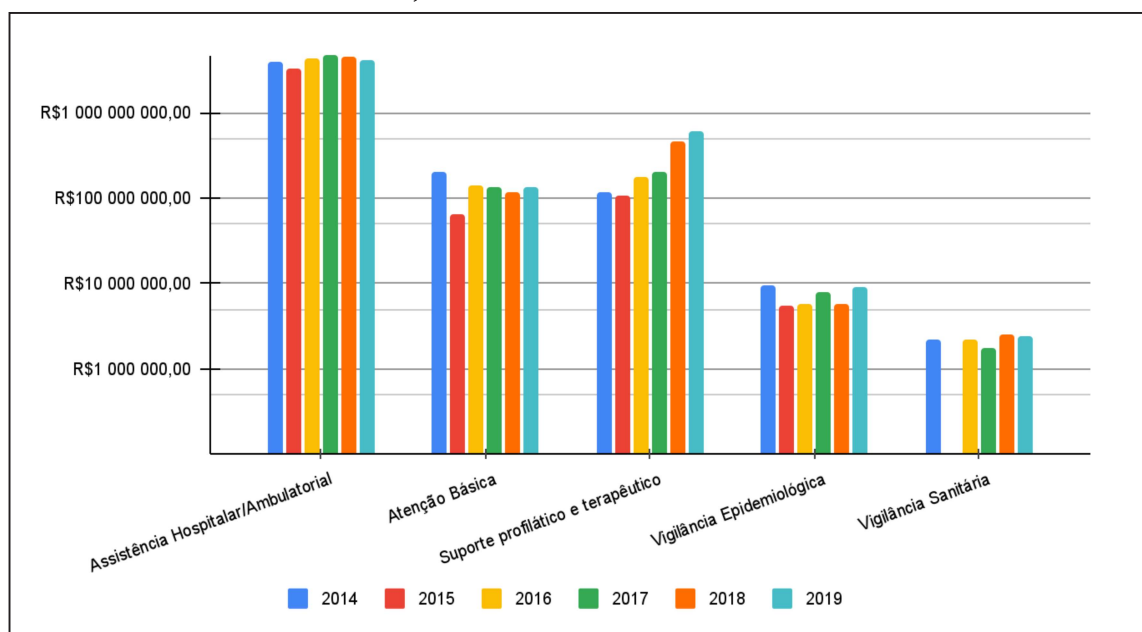
Esses mecanismos, avalizados pelo Estado, deslocam os investimentos nas políticas sociais e obedecem à lógica do capital financeiro, parasitário. Além disso, impõem limites à materialização de serviços públicos e, por conseguinte, do acesso aos direitos sociais. Nesse sentido, compreendemos que a incidência desses mecanismos tenha corroborado, dentre outros fatores, para a extinção na FEPPS no RS.

Por ser o fundo público das políticas sociais, é permeado por disputas de interesses antagônicos. Sendo assim, requer analisar, em pormenores, quais os destaques e as prioridades dos governos, no que concerne a direção com os gastos públicos. Neste ponto, concordamos com Salvador (2012, p.8), quando afirma que “o dimensionamento desses gastos permite compreender e mensurar a importância dada a cada política pública no contexto histórico da conjuntura econômica, social e política vivenciada no país”. Para tanto, identificar as subfunções dentro da função saúde, no RS, é importante para

analisar quais as áreas prioritárias na política de saúde entre os anos investigados.

No gráfico 2, a seguir, apresentamos os valores pagos destinados a cada subfunção e subdivisão dentro da função saúde, entre 2014 e 2019. São considerados os eixos: assistência hospitalar/ambulatorial, atenção básica, suporte profilático terapêutico, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.

Gráfico 2- Subfunções do Rio Grande do Sul (2014-2019)



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Portal da Transparência RS. Valores deflacionados pelo IPCA (referência dez.2019).

No gráfico 2, observamos uma disparidade na distribuição de recursos entre atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial. Essa discrepância de investimento chega a atingir uma diferença de 95,5% a menos para a atenção básica, cujos valores estão na casa dos R\$100 milhões reais em comparação com a assistência hospitalar e ambulatorial, em que os valores ficam em torno dos R\$4 bilhões de reais.

Ademais, os impactos decorrentes do descaso com o investimento na Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde (APS), evidencia seu sucateamento no constante processo de precarização, vinculado às medidas de austeridade fiscal, adotadas nos últimos

anos, orquestrada pela racionalidade neoliberal autoritária, que impera no Estado brasileiro ao longo dos últimos anos.

Entre os anos 2014 e 2019, as outras subfunções também sofreram reduções significativas ou acréscimos mínimos nos recursos alocados. Por exemplo, a subfunção “Suporte profilático terapêutico” recebeu, apenas, um aumento mínimo no financiamento. No que diz respeito à subfunção “Vigilância Epidemiológica”, notamos que o orçamento de 2014 foi o mais elevado, cerca de R\$ 9 milhões de reais, em comparação com os anos posteriores, os quais sofreram uma redução drástica na alocação de recursos. Da mesma forma, na subfunção “Vigilância Sanitária”, não houve um aumento significativo no orçamento.

2.1 Reflexões sobre a Atenção Básica no Rio Grande do Sul

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é vinculada ao SUS, congrega um conjunto de diretrizes, normas e estratégias, estabelecidas pelo Ministério da Saúde brasileiro. Dessa forma, orienta a organização e o funcionamento da Atenção Básica, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Não obstante, são estabelecidas diretrizes e mecanismos de financiamento para a área, isto é, a principal porta de entrada do SUS. Para orientar e coordenar essas questões, é fundamental o cuidado, ao longo de todo o sistema de saúde. Somente, assim, há a garantia do acesso universal, integral e de qualidade à saúde, ou seja, a equidade e a participação da comunidade são promovidas, sobretudo, por meio de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

Essa política estabelece as responsabilidades dos gestores de saúde em níveis federal, estadual e municipal, além de orientar a estruturação das equipes de saúde da família, a definição de territórios de atuação, a organização da rede de atenção à saúde e a integração com outros níveis de assistência. A PNAB também influencia a definição de políticas, programas e ações de saúde, que são implementados na Atenção Básica, como a Estratégia Saúde da Família, o Programa Mais Médicos e outros, objetivando qualificar o acesso, a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde.

A Atenção Básica deve priorizar o mais alto grau de descentralização e capilaridade; ocorrer no local mais próximo da vida das pessoas; ser a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2017). Um dos princípios utilizados, para reorganizar o modelo de atenção à saúde no Brasil, refere-se ao investimento na Atenção Primária à Saúde.

Nesta perspectiva, a respeito da atenção básica, no estado no Rio Grande do Sul, vale refletir sobre os impactos decorrentes do descaso com o investimento à Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde (APS), evidenciando o sucateamento no processo de precarização, vinculado às medidas de austeridade fiscal, adotadas nos últimos anos, conforme mencionado.

Ademais, ressaltamos que a rede básica desempenha um papel fundamental no Sistema Único de Saúde (SUS), porque facilita a prestação de cuidados integrais e ampliados, mesmo para usuárias/os que fazem uso de serviços de saúde de média e alta complexidade. No entanto, com frequência, a atenção básica é percebida, como nível de atenção para questões de saúde “mais simples”. Isso, por sua vez, gera uma sensação de lacuna na partilha de cuidados entre a população usuária e as equipes de saúde dos outros níveis de saúde.

O discorrido fica ainda mais evidente ao tentar transformar a rede básica em um coordenador efetivo do cuidado, pois, dessa forma, se reproduz a noção de que a atenção primária em saúde não dispõe das condições, tanto materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais) quanto simbólicas (valores, significados e representações), para desempenhar um papel central na coordenação das redes de saúde (Cecílio et al., 2012). Essa visão pode ser analisada pelo viés do planejamento estratégico, da alocação de recursos e da execução das metas previstas, neste nível de atenção à saúde.

No estado do Rio Grande do Sul, além da falta de prioridade orçamentária e de investimento na política de saúde, que incide no atendimento, também evidencia-se o retrocesso na melhoria dos serviços de Atenção Básica, assim como no investimento e na capacitação de profissionais da saúde.

Isso posto, identificamos, como desafios que a Atenção Básica enfrenta no estado: a falta de profissionais de saúde, em que a

escassez de recursos humanos pode incidir na qualidade do atendimento prestado para a população, ao passo que também pode gerar sobrecarga de trabalho aos profissionais que trabalham na área; a precarização da infraestrutura evidencia problemas, em virtude do comprometimento das instalações, falta de equipamentos e dificuldade para o acesso aos serviços; considerando a expansão geográfica do RS, outra barreira que se coloca se refere às desigualdades de acesso aos serviços de saúde, vivenciadas por habitantes de regiões urbanas e rurais, tendo em vista a compreensão de que a Atenção Básica, *a priori*, deveria ser capaz de atender às demandas de saúde de todas as comunidades; o envelhecimento da população e as doenças crônicas, uma vez que o Rio Grande do Sul manteve o primeiro lugar entre os estados brasileiros no índice de envelhecimento, na idade mediana da população, de 65 anos e que, com o aumento da longevidade no estado, há também o aumento das doenças crônicas, representado como desafio significativo para este nível de atenção, já que demandam cuidados de longo prazo e especializados.

Outro desafio de enfrentamento é a fragilidade nos processos de gestão e de coordenação do cuidado, que envolve diferentes níveis de atenção à saúde e à integração com outros serviços de saúde, fundamentais para o sucesso do Sistema. Há, ainda, o gargalo referente à gestão e à coordenação do cuidado, da gestão eficaz dos serviços de Atenção Básica.

A coordenação do cuidado entre diferentes níveis de atenção à saúde e a integração com outros serviços da mesma área são fundamentais para o sucesso do Sistema. Sendo assim, a falta de coordenação ocasiona lacunas no atendimento e falta de continuidade no cuidado. Por último, observamos as dificuldades da Atenção Básica, no estado do Rio Grande do Sul, em promover a educação em saúde e prevenir doenças, o que envolve o processo permanente de contribuição para conscientização da população.

No contexto do Rio Grande do Sul, esse cenário é mais evidente, quando observamos as metas e o orçamento direcionados para a atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), em ambos os quadriênios, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 1- Metas para subfunção Atenção Básica no RS (2012-2019)

SUBFUNÇÃO	META PREVISTA (2012-2015)	META ALCANÇADA (2012-2015)	META PREVISTA (2016-2019)
Atenção Básica	75 Unidades de Saúde da Família (USF) construídas	47	72
	75 USF equipadas	97	20
	2.215 Equipes de Saúde da Família implantadas nos municípios	1.889	2.019*
	497 municípios com Estratégia de Saúde da Família implantada	470	-
	1.772 Equipes de Saúde Bucal implantadas nos municípios	912	1.012
	Municípios beneficiados com recursos para qualificação da atenção básica	-	497

* Meta mantida e implementada.

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos Relatórios de Gestão do Rio Grande do Sul.

Conforme o quadro, entre os anos de 2012-2015, apenas uma meta para a Atenção Básica conseguiu ser alcançada e superada. Nesse sentido, a partir da ação Fortalecimento da Infraestrutura do SUS, no RS, destacam-se as metas de 75 Unidades de Saúde da Família (USF), construídas e 75 USF equipadas. No que concerne às metas, foram construídas 47 USF, 97 foram equipadas, ambas realizadas apenas no ano de 2014 do quadriênio em questão.

No ano de 2015, não houve nenhuma criação de USF. Com isso, esta meta ficou com déficit de 28 unidades. É possível, portanto, inferir que a redução de recursos aportados, para o ano de 2015, inviabilizou a construção de novas USF. Houve, ainda, a superação no equipamento das USFs existentes, dado relevante para o período de expoente sucateamento dos equipamentos sociais públicos.

No quadriênio 2016-2019, a ação de qualificação da Atenção Básica teve, como metas: 72 Unidades de Saúde da Família construídas, ampliadas e/ou reformadas e 20 Unidades de Saúde da Família equipadas. Essas metas diminuíram, em relação ao quadriênio anterior, que previa a construção de 75 USF e ampliação também de 75. O quantitativo não alcançado, no quadriênio anterior em relação à construção de USF (28), não foi acrescido à meta do PPA 2016-2019.

Os dados refletem a priorização de ações curativistas e assistenciais, em detrimento de medidas de promoção e de prevenção à saúde. Dessa maneira, prejudica-se a efetividade das políticas de saúde no estado. O cenário reforça, ainda, a necessidade de uma revisão nas estratégias de alocação de recursos e de prioridades para garantir que a atenção básica receba o investimento e o apoio necessário para desenvolver seu papel fundamental na promoção da saúde da população.

No que concerne à ação de Fortalecimento da Atenção Básica, foram selecionadas as seguintes metas: implantação de 2.215 Equipes de Saúde da Família nos municípios; 497 municípios com Estratégia de Saúde da Família implantada; e 1.772 Equipes de Saúde Bucal implantadas nos municípios. Para a análise dos resultados das metas desta ação, há dificuldade na compreensão dos dados, a partir da metodologia utilizada, para o registro nos relatórios anuais do PPA, pois não há a diferença dos valores realizados por ano dos acumulados. No entanto, compreendemos que os valores foram cumulativos, uma vez que crescem gradativamente. Para melhor visualizar o exposto, serão apresentadas as Tabelas 1, 2 e 3, a seguir.

Tabela 1 - Meta Implantação de Equipes de Saúde da Família 2012-2015

Realizado 2012	Acumulado	Realizado 2013	Acumulado	Realizado 2014	Acumulado	Realizado 2015	Acumulado
1.348	1.348	1.417	1.417	1.704	1.704	1.889	1.889

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos Relatórios de Gestão do Rio Grande do Sul (2012-2015).

Conforme é possível visualizar na Tabela 1, referente à meta de implantação de 2.215 Equipes de Saúde da Família, os valores cresceram gradativamente, apesar de não haver diferenciação entre o realizado e o acumulado. Com base nessa compreensão, a meta nos municípios não foi atingida, chegando, em 2015, a 1.889 implantações, ou seja, 85% em relação ao previsto, o que resulta no déficit de 326 ESF.

No PPA 2016-2019, foram previstas 2.019 Equipes de Saúde da Família mantidas e implantadas. Ao se comparar ao quadriênio anterior, houve uma perda de 196 unidades, em relação à meta prevista de 2.215 unidades de equipes de saúde da família, implantadas no quadriênio 2012-2015. Ademais, inferimos que se a meta busca manter as 1889 equipes, já implantadas, e se o quantitativo restante corresponde à implantação de 130 equipes, a quantidade é inferior ao déficit de 326 equipes, que não foram implantadas do quadriênio 2012-2015.

Quanto à meta de implantação de Estratégias de Saúde da Família (PPA 2012-2015), segue a Tabela 2.

Tabela 2 - Meta Implantação de Estratégias de Saúde da Família 2012-2015

Realizado 2012	Acumulado	Realizado 2013	Acumulado	Realizado 2014	Acumulado	Realizado 2015	Acumulado
424	424	432	432	465	465	470	470

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos Relatórios de Gestão do Rio Grande do Sul (2012-2015).

Conforme Tabela 2, a meta de 497 municípios, com Estratégia da Saúde da Família implantadas entre 2012-2015, não foi atingida, visto que, em 2015, o quantitativo chegou a 470 (94%), ou seja, 27

unidades a menos do que o previsto. Mesmo não havendo o alcance, no PPA 2016-2019, não houve previsão de implantação de ESF nos municípios que não foram contemplados no quadriênio anterior.

Na Tabela 3, são apresentados os dados da meta de implantação de Equipes de Saúde Bucal.

Tabela 3 - Meta Implantação de Equipes de Saúde Bucal 2012-2015

Realiza- do 2012	Acumu- lado	Realiza- do 2013	Acumu- lado	Realiza- do 2014	Acumu- lado	Realiza- do 2015	Acumu- lado
774	774	791	791	869	869	912	912

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos Relatórios de Gestão do Rio Grande do Sul (2012-2015).

O objetivo a ser alcançado, no quadriênio 2012-2015, era de 1.772 Equipes de Saúde Bucal, implantadas nos municípios. Mais uma vez, notamos que ele não foi atingido, visto que foram implantadas 912, ou seja, apenas 50% do previsto no PPA 2012-2015.

No quadriênio 2016-2019, o objetivo era 1.012 equipes de Saúde Bucal, mantidas e implantadas. Entretanto, ocorreu uma perda de 760 unidades, em relação ao quadriênio anterior, que tinha previsão de 1.772 unidades de equipes implantadas. Neste ponto, vale ressaltar que a meta anterior não foi atingida, uma vez que foi realizada apenas em 50%, e não houve incremento no planejamento previsto em 2016-2019.

No que tange à meta de 497 Municípios beneficiados, com recursos para qualificação da Atenção Básica, não prevista no PPA 2012-2015, buscava-se, segundo os dados, contemplar todos os municípios gaúchos. Entretanto, 27 municípios não foram beneficiados, conforme registro nos relatórios de avaliação do exercício 2012-2015.

Esses dados refletem o processo de dilapidação da saúde e, ainda, a corrosão no âmbito da ordenadora do cuidado no SUS, à medida que, no ínterim do acirramento ultraneoliberal, pós-golpe civil e parlamentar, a Política Nacional de Atenção Básica passou por reformulação, com a publicação da Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017.

Sob o comando do presidente Michel Temer, houve as contrarreformas nas políticas sociais, sobretudo na saúde, com a implementação da chamada “nova PNAB”. Assim, instaurou-se um novo episódio nos retrocessos da Atenção Básica, com a alteração das formas de composição das equipes de saúde, ao admitir a possibilidade de formação de equipes, sem ser da ESF. Com isso, “oficializa a focalização, em contrariedade ao princípio de universalidade do SUS ao prever a cobertura apenas para segmentos da população em dispersão territorial e sob risco ou vulnerabilidade social, assumindo, assim, a política como ‘saúde pobre para pobres” (Cislaghi, 2021, p.20).

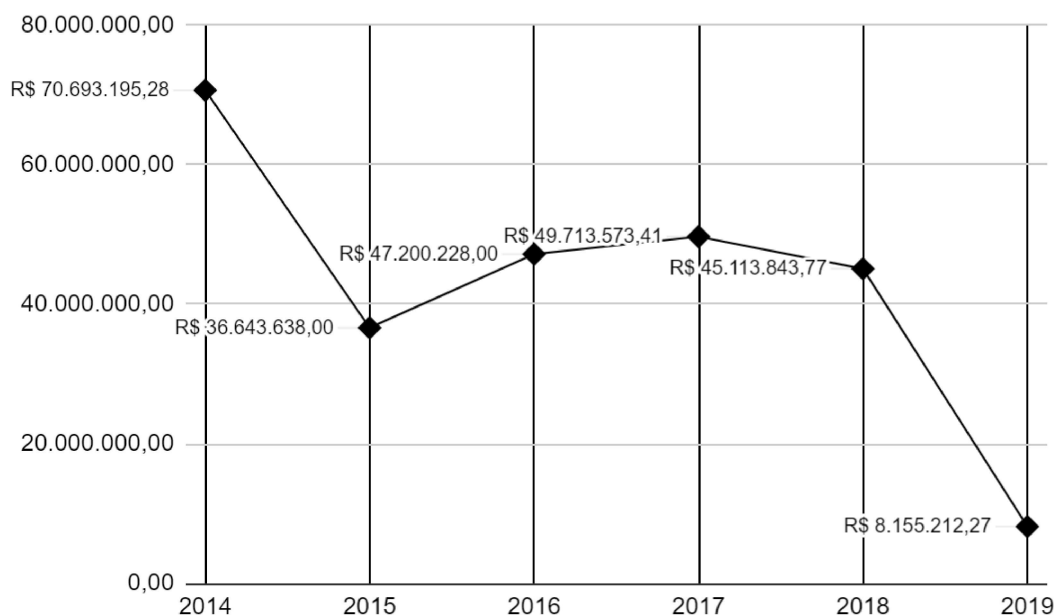
A “nova PNAB” promove, portanto, a orientação da saúde, em direção a um modelo de mercado livre, privilegia um aprofundamento da privatização da saúde no país e direciona a Atenção Básica para assumir um caráter residual e assistencialista, afastando-a de sua função ordenadora do cuidado, no âmbito do SUS (Mendes; Carnut; Guerra, 2018).

A perda da centralidade da ESF, após a nova PNAB, foi acentuada com a mudança no financiamento deste nível de atenção, com o programa Previne Brasil, implementado na gestão de Jair Messias Bolsonaro. Sob a Portaria nº 2.979/2019, as transferências do governo federal pelos Pisos de Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável foram extintas e substituídas pela captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (Brasil, 2019). Nesse sentido, o recurso agora é repassado aos municípios pela população cadastrada por ESF, diferente lógica do PAB Fixo, que destinava orçamento, com base na quantidade de população adscrita no território, independente de cadastramento nas ESF.

Em 2014, foram investidos R\$70 bilhões na ampliação e na qualificação na Estratégia Saúde da Família. Em 2015, esse número reduz em pouco mais da metade, cerca de R\$36 bilhões. Nos anos de 2016 e 2017, foram registrados acréscimos de R\$47 bilhões e, posteriormente, de R\$49 bilhões, respectivamente. Todavia, a partir do ano de 2018, ocorreram reduções significativas: de R\$ 45 bilhões, valor inferior ao ano de 2016; e, em 2019, por conseguinte, quando foram investidos apenas R\$ 8.155.212,27 bilhões, como pode visua-

lizado no Gráfico 3. Em ambos os períodos, estavam, em vigência, as alterações organizativas e financeiras para a formação de equipes, em virtude da “nova PNAB” e Previne Brasil.

Gráfico 3 - Ampliação e Qualificação da Estratégia Saúde da Família - 2014-2019



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Portal da Transparência do RS. Valores Deflacionados pelo IPCA (referência dez.2019).

Essas medidas reiteram a lógica focalista e seletiva, que impe- ra sobre os desmontes na política de saúde. No âmbito da Atenção Básica, “numa perspectiva de prolongada restrição orçamentária, que agravará o subfinanciamento público da saúde no Brasil, a nova política pode contribuir para reverter conquistas históricas de redu- ção de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implantação do SUS e da ESF” (Massuda, 2020, p.1186).

A partir dos achados na pesquisa, diante as análises de metas e objetivos para subfunção Atenção Básica no RS, bem como o or- çamento direcionado para sua execução, observamos que este nível de atenção, no SUS, tem sido suprimido, em detrimento da atenção hospitalar, dado que revela a prioridade da ação dos governos na saúde centrada na doença, sob a perspectiva curativista, individual e

privatista. Para visualizar melhor o exposto, o próximo item apresenta reflexões sobre a atenção hospitalar e ambulatorial no RS.

2.2 Reflexões sobre a Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Rio Grande do Sul

No âmbito da Média e Alta complexidade do SUS, foi possível pormenorizar os investimentos, a partir da análise da subfunção Atenção Hospitalar/Ambulatorial, subdivididos em: Rede de Atenção à Urgência e Emergência e a Saúde Mental. Os relatórios da gestão do Rio Grande do Sul apontaram algumas metas previstas e alcançadas no período de 2012 a 2015, bem como a previsão expressa para o quadriênio 2016-2019.

Concernente à Rede de Urgência e Emergência, o quadro síntese, abaixo, apresenta as metas previstas e alcançadas:

Quadro 2 - Metas Subfunção Atenção Hospitalar e Ambulatorial: Rede Urgência e Emergência (2012-2019)

META PREVISTA (2012-2015)	META ALCANÇADA (2012-2015)	META PREVISTA (2016-2019)
6 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) construídas	32	-
24 UPAs equipadas	42	-
Implantar 30 UPA	27	-
87 unidades referentes à Base Municipal SAMU-192	5	35
Ampliação de 30 unidade de Leito em UTI adulto, pediátrica e neonatal em maternidade regional que realiza 1.000 e mais partos/ano	211	-

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos Relatórios de Gestão do Rio Grande do Sul.

Quanto ao PPA 2012-2015, foram previstas 6 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), construídas, e 24 UPAs, equipadas, ambas superadas no quadriênio analisado, com 32 unidades construídas e 42 equipadas.

Entre 2012 e 2013, foram construídas 3 UPAs e 19 foram equipadas. Em 2014, foram construídas 28 e 19 equipadas. Em 2015, a quantidade foi a menor do período, sendo 1 unidade construída e 4 equipadas.

Diante dos dados mostrados, a quantidade de UPAs equipadas, em 2014, foi correspondente à soma de 2012 e 2013. Além disso, a construção de UPAs, em 2014, foi superior, se comparado aos primeiros dois anos de governo.

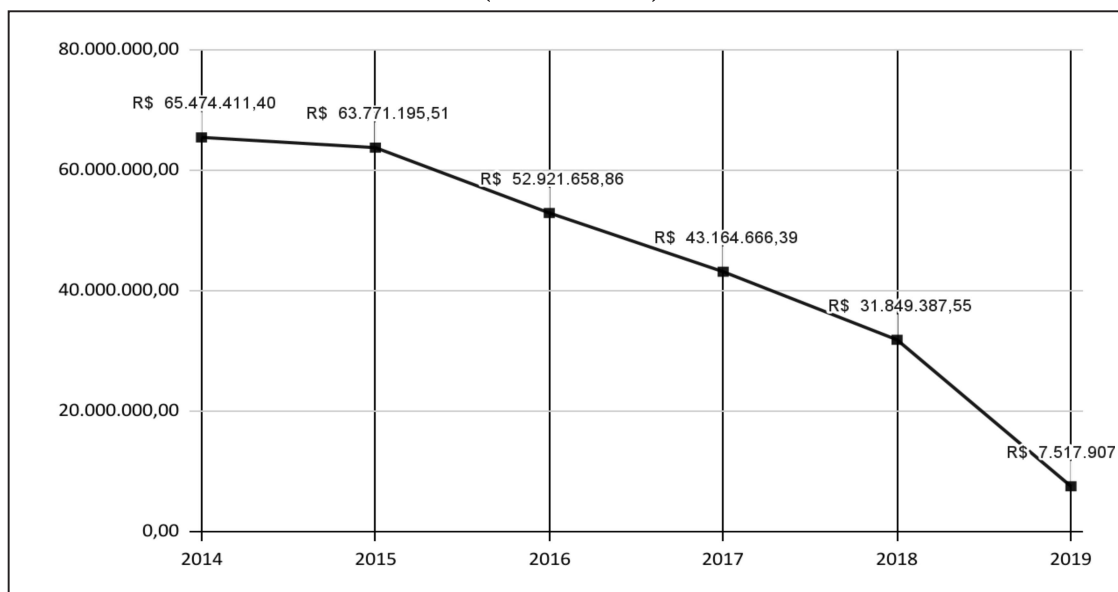
No PPA 2016-2019, a meta era de 29 UPAs 24h construídas e equipadas. Vale referir que, no PPA de 2012-2015, a meta estava dividida entre 6 construídas e 24 equipadas, podendo-se observar que, no PPA 2016-2019, foram agrupadas em uma única meta, perdendo vinte e sete unidades, em relação às previstas no quadriênio anterior. Quanto aos resultados, em 2016, 2 unidades foram feitas.

No PPA 2012-2015, foi prevista a implantação de 30 UPAs. Todavia, a quantidade atingida foi de 27 unidades (2012-6, 2013-7, 2014-13, 2015-1), ou seja, não foi atingida, pois houve um déficit de 3 unidades.

O ano com menor implantação de UPAs, em comparação aos demais, foi 2015, com apenas uma unidade implantada. Mesmo que a meta não tenha sido alcançada, no PPA 2016-2019, não houve previsão de meta nem tampouco para contemplar as unidades não implantadas no quadriênio anterior.

Considerando o orçamento público como peça fundamental para a materialização de uma política pública, investigamos os investimentos em relação às metas de Urgência e de Emergência nessa subfunção. Nesse sentido, como pode ser visualizado no Gráfico 4, houve uma tendência de decréscimo na alocação de recursos para a Rede de Urgência e de Emergência (RUE), entre os anos de 2014 e 2019. Cenário também evidenciado, no Gráfico 5, mais adiante.

Gráfico 4 - Valores pagos na Rede de Urgência e Emergência do RS
(2014-2019)



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Portal da Transparência RS. Valores Deflacionados pelo IPCA (referência dez.2019).

A partir do levantamento de dados orçamentários, no ano de 2014, o investimento na RUE do Rio Grande do Sul apresentou um quantitativo aproximado na casa dos R\$ 65 bilhões para custear ações, serviços hospitalares e ambulatoriais, sendo este o maior investimento observado entre os dois PPAs. Todavia, no ano seguinte, os valores pagos representaram um continuum regressivo: de R\$ 63 bilhões, em 2015; R\$ 52 bilhões, em 2016; R\$ 43 bilhões, em 2017; R\$ 31 bilhões, em 2018; R\$ 7 bilhões, em 2019.

Ainda que a Assistência Hospitalar reúna os maiores orçamentos na saúde, quando comparados a outras subfunções, como visualizado no gráfico 2, é importante ressaltar as reduções significativas entre os anos dessa investigação.

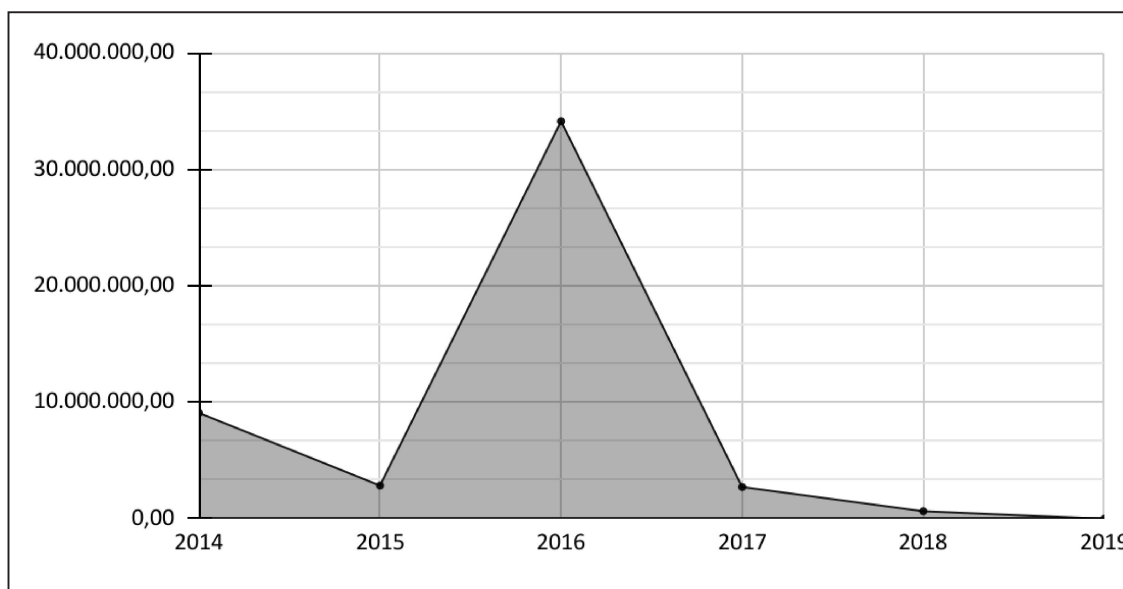
Esse desinvestimento aponta para metas que não alcançam o quantitativo esperado. Em relação à ação de ampliação e de qualificação da atenção secundária e terciária, denominada Rede de Urgência e Emergência, no PPA 2012-2015, foi analisada a meta de implantação de 87 unidades referentes à Base Municipal SAMU-192. Das 87 unidades previstas, foram implementadas apenas 5 (5,74%), sendo: 3, em 2012; 1, em 2014; e 1, em 2015. Não houve nenhuma

unidade em 2013. Observamos, portanto, um déficit de 82 unidades.

No PPA 2016-2019, a meta foi de 35 bases municipais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência implantadas. Houve um decréscimo de 52 unidades, em relação a 2012-2015. Além da perda, 82 unidades não foram implantadas anteriormente e não foram acrescidas no PPA de 2016-2019.

Ao pormenorizar o orçamento referente a RUE, é possível identificar um panorama que coaduna com o resultado dessas metas, mediante o direcionamento do projeto de ampliação e de qualificação da Rede.

Gráfico 5 - Valores pagos destinados ao Projeto Ampliação e Qualificação da Rede de Urgência e Emergência (2014- 2019)



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Portal da Transparência RS. Valores Deflacionados pelo IPCA (referência dez.2019).

A partir dos dados orçamentários, que considerou os valores pagos para a execução do Projeto de Ampliação e de Qualificação da RUE, percebemos que o destino de recursos não acontece de forma linear. Em 2014, foram investidos pouco mais de R\$9,086 bilhões, quando, em 2015, o quantitativo retraiu para R\$2,850 bilhões. Isso representa mais de R\$6 bilhões, que deixaram de ser investidos na RUE.

Outrossim, no ano de 2016, foram investidos R\$34,125 bilhões, sendo este o maior investimento nos anos investigados de

2014 a 2019. O ano subsequente apresenta um retrocesso nesse nível de atenção, sendo investidos R\$2.725 bilhões, um orçamento inferior ao último ano do 1º quadriênio, 2014, como pode ser observado no gráfico. Há uma tendência de subtração orçamentária, em 2018, com R\$647.500 mil, e, em 2019, que não teve nenhum investimento nessa área.

Os valores denotam os resultados das metas nos anos investigados, como a meta de ampliação de 30 unidades de Leito em UTI adulto, pediátrica e neonatal em maternidade regional, que realiza 1.000 e mais partos/ano, prevista no PPA 2012-2015. Essa meta foi superada em 703%, visto que foram ampliados 211 leitos no total. Dos quais, 16 foram no ano de 2012, e 195, em 2013. Não ocorreu, portanto, ampliação em 2014 e 2015. Com a superação da meta, não houve previsão no quadriênio seguinte.

Apesar de um grande investimento, em 2016, as metas, que foram analisadas nesta pesquisa, não foram privilegiadas com esses recursos, tendo em vista que somente a referente à implantação de base municipal, do SAMU, foi prevista no PPA 2016-2019. No ano de 2016, no único relatório de gestão disponível, nenhuma unidade prevista foi realizada.

Em seguimento às análises da subfunção Atenção Hospitalar/Ambulatorial, consideramos a subdivisão com as metas relacionadas às ações e aos serviços de Saúde Mental, no contexto gaúcho.

2.2.1 Considerações sobre a saúde mental gaúcha

A saúde mental, no Brasil, apresenta raízes históricas ligadas à lógica manicomial, arraigada no segregacionismo. Durante anos, o modelo predominante foi o das grandes instituições hospitalares, marcado pela burocratização e por uma abordagem verticalizada do cuidado. Tanto nas relações interpessoais como na perpetuação da violência asilar, essas práticas tinham como objetivo principal manter e sustentar um sistema excludente e segregador (Brandão *et al.*, 2018).

É sabido que, historicamente, os hospitais psiquiátricos eram vistos como a única alternativa para o “tratamento” de sujeitos con-

siderados “loucos”. Contudo, por volta dos anos 1970, denúncias de abusos e de violações de direitos humanos, juntamente com uma reavaliação das práticas psiquiátricas e a sugestão de um modelo de atenção comunitária, contraposto ao enfoque hospitalar, revelaram que o atendimento em saúde mental, muitas vezes, estava associado a ambientes de violência, de opressão, de óbitos, de isolamento e de marginalização social (Romanini et al., 2022).

Mesmo que tenha sido garantida, a partir de muitas lutas, uma política de saúde mental alicerçada nos princípios da reforma psiquiátrica e sanitária, com serviços substitutivos aos manicômios, conforme disposto na portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, ainda convivemos com uma permanente disputa pela hegemonia destes distintos projetos de atenção em saúde mental, tendo em vista que a sua implementação é bastante recente.

Nesta perspectiva, o Quadro 3 apresenta metas constantes nos PPAs 2012-2015 e 2016-2019, relacionadas à política de saúde mental no RS, estado pioneiro na implementação desta política no Brasil, que determinou, desde a Lei estadual nº 9.716, de 07 de Agosto de 1992, a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, além de determinar regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias.

Quadro 3 - Subfunção Atenção Hospitalar e Ambulatorial - Saúde Mental (2012- 2019)

META PREVISTA (2012-2015)	META ALCANÇADA (2012-2015)	META PREVISTA (2016-2019)
Implantação de 842 unidades de leitos de álcool e drogas em hospital geral	671	2.316
Implantação de 2.015 unidades de leitos psiquiátricos em hospital geral	875	-
Metas agregadas para 1295 unidades*	1546 (-1311)	-
Implantar e manter 200 unidades de CAPS	189	-
16.000 atendimentos a pacientes portadores de transtorno mental e do comportamento no Hospital Psiquiátrico São Pedro	22.769	880.000 Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital Sanatório Partenon, Hospital Colônia Itapuã, Ambulatório de Dermatologia Sanitária

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos Relatórios de Gestão do Rio Grande do Sul.

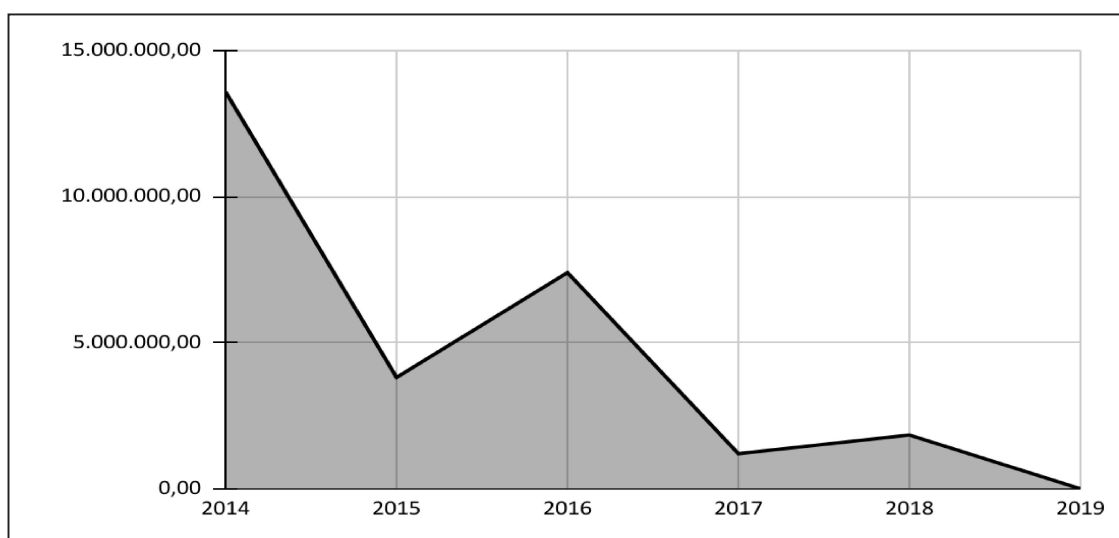
Contraditoriamente à história do Rio Grande do Sul e à reforma psiquiátrica, os dados relacionados à subfunção “atenção hospitalar/ambulatorial”, do Rio Grande do Sul, indicam uma predominância de investimentos em cuidados focados no indivíduo, no âmbito hospitalar, em detrimento de investimentos na implementação e na manutenção de CAPS.

Os CAPS, por sua vez, apresentam um papel estratégico na política de saúde mental e são considerados “um dos elementos centrais do que há de mais inovador nas propostas da Reforma Psiquiátrica” (Machado, 2009, p.242). Isso porque, em ambos os qua-

driênios, notamos uma expansão específica de leitos hospitalares, destinados a atender pessoas usuárias de álcool e outras drogas, seja em hospitais gerais, com leitos psiquiátricos, ou em hospitais psiquiátricos específicos.

A partir do detalhamento sobre orçamento voltado à política de saúde mental, percebemos um cenário de retrocesso à luta anti-manicomial, como pode ser visualizado a seguir.

Gráfico 6 - Valores pagos para Linha de Cuidado Aos Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Portal da Transparência RS. Valores Deflacionados pelo IPCA (referência dez.2019).

Entre os anos de 2014 e 2019, os achados da pesquisa revelam uma tendência de retração no orçamento, no âmbito da linha de cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, que teve um forte investimento no ano de 2014, com R\$13.593.467 bilhões. Contudo, os valores, nos anos subsequentes, reiteram a falta de prioridade para serviços de saúde mental numa perspectiva mais integral sobre as demandas dessa natureza.

Em 2015, foram investidos R\$3.811.288, em 2016, ou seja, um acréscimo com R\$7.402.014 nos valores pagos. Em 2017, 2018 e 2019 notamos um desinvestimento nesta linha de cuidado, com R\$1.198.455 R\$1.838.980 e R\$ 0,00, respectivamente.

A redução de investimentos, na linha de cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, conforme Gráfico 6, revela a con-

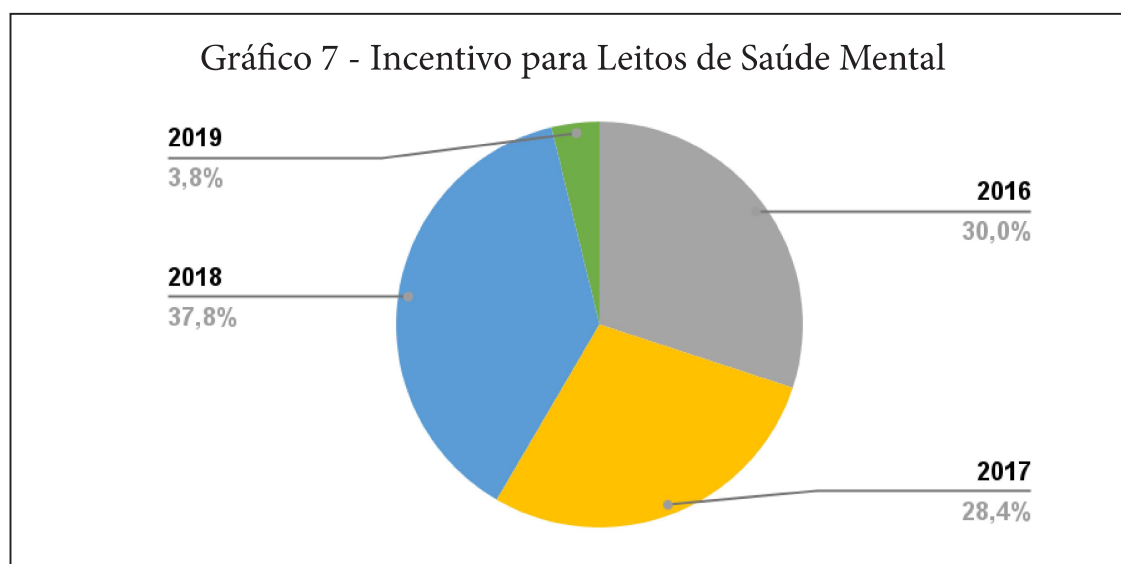
traposição do atendimento realizado no território, alinhado à política de redução de danos e em colaboração com o controle social e os movimentos sociais, em momento de profundos investimentos e centralidade nas comunidades terapêuticas e no âmbito hospitalar.

Nesta perspectiva, no Plano Plurianual (PPA) de 2012-2015, foi estabelecida a meta de implantar 842 leitos em hospitais gerais dedicados ao tratamento de álcool e de drogas. Ao observarmos o desempenho ao longo desses anos, constatamos que, em 2012, foram implantadas 671 unidades. Em 2013, o mesmo número se repetiu; seguido por 194 unidades, em 2014. Contudo, em 2015, não houve novas implantações. Assim, ao final do quadriênio, o total de leitos implantados atingiu 1.536 unidades. Isso significa que não só a meta proposta foi atingida, como foi, consideravelmente, superada durante esse período.

No PPA 2012-2015, foi prevista a meta de implantação de 2.015 unidades de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. No ano de 2012, 875 leitos foram implantados. No entanto, nos anos subsequentes, a meta foi revista, de acordo com a Lei 14.374, de 19 de dezembro de 2013, especificamente no artigo 12. A revisão agregou as metas de leitos psiquiátricos e para tratamento de álcool e outras drogas, criando uma categoria denominada “Leito Psiquiátrico/Saúde Mental Integral incentivado em Hospital Geral”, com uma nova meta de 1.295 unidades, conforme consta na 2ª revisão do PPA 2012-2015.

Essa revisão é notável pois, embora aparentemente uma nova meta tenha sido superada quando somada à anterior, isso mascara uma redução significativa na quantidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Isso ocorreu porque, originalmente, a soma das metas separadas totalizou 2.411 unidades, enquanto a revisão realizada resultou em uma redução líquida de 1.562 unidades, em relação à previsão inicial. Portanto, apesar da aparente superação da meta no relatório da 2ª revisão do PPA, a realidade é que houve uma perda substancial na implantação de leitos em hospitais gerais, em comparação com a meta inicial, conforme pode ser visto no quadro de metas nº3.

A Portaria nº 3088, de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento psicossocial e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Em seu art. 10, destaca que, na Saúde Mental, o cuidado hospitalar, na Rede de Atenção Psicossocial, se refere à “enfermaria especializada em Hospital Geral”, destinada às pessoas em sofrimento psíquico ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Essa enfermaria atende casos graves, especialmente de abstinências e de intoxicações severas, conforme diretrizes da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e acolhe pessoas em regime de “curtíssima ou curta permanência”. Dessa forma, a proposta é priorizar a implementação de leitos em Hospitais Gerais ao invés de internações em hospitais psiquiátricos, cujos inventivos, no quadriênio 2016-2019, podem ser visualizados no Gráfico 7.



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Portal da Transparência RS. Valores deflacionados pelo IPCA (referência dez.2019).

Nos anos de 2016-2019, ocorreu um incremento orçamentário nos leitos de saúde mental, de forma linear, com exceção do ano de 2019. Em 2016, foram investidos pouco mais de R\$15 bilhões; em 2017, R\$14 bilhões; em 2018, R\$18 bilhões; e, em 2019, diferente dos anos anteriores, foram pagos R\$1.908.269,50 bilhões em leitos. Não foram encontrados valores para 2014 e 2015. Por isso, não foram analisados.

Conforme mostra o PPA 2016-2019, houve uma prioridade no que concerne à disposição de leitos hospitalares, com cerca de 30% em média em cada ano, em relação aos incentivos para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo.

No PPA 2016-2019, previu-se a manutenção de 2.316 leitos de saúde mental em Hospital Geral e Hospital Especializado. A meta é inferior, em termos quantitativos, 541 unidades, se comparada àquelas previstas separadamente no PPA 2012-2015 (842 unidades de leitos de álcool e drogas e 2.015 unidades de leitos psiquiátricos). Vale lembrar que as metas, ao serem unificadas em revisão do referido PPA, tiveram redução, ou seja, não foram alcançadas, não havendo, portanto, o incremento destas unidades no PPA 2016-2019, ainda que tenha sido alocado recurso.

Em relação aos Centros de Atenção Psicossocial, no PPA 2012-2015, a meta do governo do RS foi implantar e manter 200 unidades de CAPS, mais uma vez, ela não foi atingida, chegando a 189 unidades, em 2015, atingindo, desta forma, 94,5%, conforme a Tabela 4.

Tabela 4- Meta Implantação e manutenção de CAPS de 2012-2015

Realizado 2012	Acumulado	Realizado 2013	Acumulado	Realizado 2014	Acumulado	Realizado 2015	Acumulado
152	152	158	158	186	186	189	189

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos Relatórios de Gestão do RS 2012-2015.

De acordo com a Tabela 4, observamos que, apesar de não haver diferenciação quanto aos valores realizados e acumulados, há um acréscimo gradativo de 2012 a 2015. Isso permite interpretar que os dados foram acumulados no decorrer dos anos. Neste sentido, observamos que, em 2015, houve a menor incidência, com apenas 3 unidades de CAPS implantadas e mantidas.

No PPA seguinte (2016-2019), não houve previsão de meta relacionada à implantação/manutenção deste dispositivo no estado, o que reforça a compreensão de que houve priorização do atendimento em âmbito hospitalar e nas comunidades terapêuticas.

Apesar de os leitos em saúde mental, nos Hospitais Gerais, estarem previstos na RAPS, o cuidado realizado, neste âmbito, deve ter curta duração, privilegiando o cuidado no território, prioritariamente nos CAPS, os quais demonstram “[...] efetividade na substituição da internação de longos períodos, por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade” (Schrank; Olschowsky, 2008, p.128).

Os CAPS são dispositivos estratégicos e centrais, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, visam a atenção integral aos sujeitos usuários do serviço de saúde mental. A abordagem, em saúde mental, sob a ótica da saúde mental coletiva, busca superar a visão tradicional de isolamento social/cura, típica do modelo biomédico centrado no indivíduo, na medicalização e nos sintomas. A abordagem adotada pelos CAPS segue uma perspectiva ampliada de saúde, alinhada aos princípios do SUS, levando em conta o contexto econômico, político, social e cultural, englobando aspectos, como saneamento, alimentação, educação, moradia e acesso ao lazer.

Os PPAs do RS pouco avançaram nesta perspectiva de saúde mental coletiva, haja vista que o comparativo do investimento na atenção hospitalar/ambulatorial é substancialmente maior do que o investimento em implantação e manutenção de CAPS.

Na ação do PPA 2012-2015 para a Ampliação e a Qualificação da Atenção Secundária e Terciária: Serviços Próprios, foram estudadas as metas relacionadas ao atendimento ambulatorial, prestado em diferentes instituições de saúde. No Hospital Psiquiátrico São Pedro, a meta era de 16.000 atendimentos aos/às usuários/as em sofrimento psicossocial. No Hospital Colônia Itapuã, o número estabelecido era de 4.800 atendimentos a pacientes. Já no Hospital Sanatório Partenon, a meta era de 180.000 atendimentos a pacientes.

A meta de atendimento ambulatorial, para atendimentos aos/às usuários/as em sofrimento psicossocial no Hospital Psiquiátrico São Pedro, foi superada. Em 2012, houve 12.204 atendimentos; em 2013, foram 13.093; em 2014, 14.052; e, em 2015, 22.769. O total de atendimentos entre 2012 e 2015 foi de 62.118, o que significa um aumento de 288,23%, em comparação com a meta originalmente estabelecida.

Dentre os anos, observa-se que, em 2012 e 2015, houve maior incidência de atendimentos do que nos anos anteriores. É importante acrescentar que, em 2013, ainda havia 240 pessoas residentes fixas no Hospital São Pedro, conforme reportagem de maio do Jornal Extraclasse (2013).

A meta inicial, para o Hospital Colônia Itapuã, era de atender 4.800 pacientes. Contudo, segundo o relatório de avaliação, não houve atendimentos registrados nos anos de 2012 e 2013. Em 2014, o hospital atendeu 2.359 pacientes e, em 2015, esse número saltou para 4.950. Assim, entre 2014 e 2015, o total foi de 7.309 usuários/as atendidos/as, ultrapassando a meta em 52,27%. Ocorreu um expressivo aumento de atendimentos, em 2015, mais que o dobro, em relação à 2014.

A meta de atendimentos, prevista para o Hospital Sanatório Partenon, era de 180.000 usuários/as atendidos/as. Porém, ao analisarmos os dados entre 2012 e 2015, identificamos que houve 54.654 atendimentos, em 2012; 119.080, em 2013; 116.264, em 2014; e 104.500, em 2015. Assim, o total de atendimentos, no período, foi de 394.498, superando a meta em 119,16%.

No período subsequente, os alvos foram unificados em uma única projeção, estabelecendo 880.000 atendimentos ambulatoriais entre o Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital Sanatório Partenon, Hospital Colônia Itapuã e Ambulatório de Dermatologia Sanitária. Esses atendimentos seriam realizados, por meio da “assistência qualificada e resolutiva”, incorporando programas de reabilitação, para usuários/as internos/as e externos/as, como “oficina de criatividade, cooperativa de geração de renda e clube da amizade”. A previsão do quantitativo de atendimentos, para esse alvo, superou a soma dos relativos aos atendimentos nos respectivos Hospitais, com exceção do Ambulatório de Dermatologia Sanitária, constantes no PPA 2012-2015.

A construção de uma rede integrada de atenção em Saúde Mental, sob a perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira, enfrenta grandes desafios. Contudo, para promover o cuidado com a liberdade, é imperativo que haja uma priorização de investimentos e uma alocação adequada de recursos.

Fazendo o exposto, é possível garantir um atendimento de qualidade e universal para a população. Não obstante, alguns desafios atuais incluem a necessidade da superação da lógica persistente manicomial; a desospitalização de usuárias/os; o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), do ponto de vista técnico e financeiro. Além disso, é necessário combater o estigma, em relação ao sofrimento mental; promover a educação permanente de profissionais de saúde mental; e garantir uma estrutura de cuidados que preserve e amplie os direitos e a dignidade humana.

Em suma, depreendemos que o trabalho em saúde mental é complexo e exige um trabalho multi e interprofissional, assim como o compromisso público de contínuo investimento e alocação de recursos para garantir a efetiva construção de uma rede de atenção em Saúde Mental, que proporcione o cuidado em liberdade e com qualidade.

3 Considerações Finais

Ao finalizar este capítulo, ressaltamos que o percurso percorrido mostra a dificuldade do acesso à informação para conseguir evidenciar a realidade do investimento. Em outras palavras, deparamos com a falta de transparência, inacessibilidade e inconsistência de informações no portal de transparência do RS (2012 a 2019).

Este processo foi desgastante e adoecedor, visto que a coleta ocorreu durante a crise sanitária da pandemia da Covid-19, com todos os seus impactos na vida da população brasileira, professores/as e estudantes, especialmente do ensino público.

Quanto aos documentos utilizados, principalmente no que se refere aos PPAs e aos relatórios anuais, identificamos discrepância metodológica entre eles e no íterim do mesmo documento. Isso dificultou a análise e a compreensão dos dados. Outro desafio do trilhar da pesquisa foi a não divulgação dos relatórios do último quadriênio (2016-2019). Mais uma vez, esse fato representa uma falta de transparência, o que dificulta a avaliação do desempenho das políticas de saúde no estado do RS.

Quanto aos achados, manifestamos preocupação ao observar que, nos últimos anos, houve uma redução das metas de saúde nos PPAs, assim como um processual desinvestimento, sendo que, em algumas áreas, o orçamento final pago foi valor igual a R\$ 0,00 (zero), o que aponta para o descaso e a inoperância do Estado a um setor essencial para a vida da população gaúcha.

Diante da lógica ultraneoliberal de ajuste fiscal permanente, o Sistema Único de Saúde encontra limites estruturais que atravessam sua consolidação e agudizam no tempo presente, após golpe jurídico-parlamentar, que escancarou as estratégias de transferências de recursos ao capital predatório. A intensificação do projeto ultraneoliberal resvala na dilapidação dos serviços públicos e na expropriação de direitos que, por conseguinte, contribui para os aviltamentos das condições de vida e saúde da classe trabalhadora.

Neste estudo, a análise dos números evidenciou que o investimento na saúde gaúcha segue uma lógica curativista, assistencial e privatista, com o investimento massivo em serviços hospitalares e ambulatoriais da atenção terciária, em detrimento da promoção e da prevenção em saúde, especialmente no nível de Atenção Básica, que foi fortemente impactada com as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica e, sobretudo, no que concerne à ESF.

Essa mesma lógica, como foi possível observar, ressoa nos dispositivos da RAPS, sobretudo nos CAPS e nos residenciais terapêuticos, que desempenham um papel crucial na assistência às pessoas em sofrimento psicossocial. Conforme os dados da pesquisa, esses dispositivos sofrem com a falta de investimento e com a não previsão de metas para a sua implantação e manutenção no estado, em um contexto profundamente preocupante de incremento de investimentos em comunidades terapêuticas.

Essa tendência se contrapõe aos princípios da reforma psiquiátrica, que busca a humanização do tratamento de pessoas com sofrimento psicossocial em meio aberto, em contraposição à lógica manicomial e institucionalizada reforçada no tratamento realizado nas comunidades terapêuticas. O fortalecimento dessa lógica é, particularmente, surpreendente e preocupante em um estado historica-

mente progressista e pioneiro na discussão e na implementação da reforma psiquiátrica.

Nesse sentido, cabe reiterar o compromisso com a consolidação da reforma psiquiátrica e a melhoria dos cuidados destinados aos/às usuários/as de serviços de saúde mental, álcool e outras drogas. Para tanto, reafirmamos a necessária incorporação de uma perspectiva de ampliação e de consolidação da rede substitutiva pública e estatal, capaz de sustentar uma ação integral e antimanicomial, centrada no território, sob perspectiva de direitos humanos, garantindo o orçamento público para Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em contraposição à lógica privativa e às comunidades terapêuticas.

Essas prioridades do governo estadual, em alguns em setores da saúde de alto custo com enfoque no indivíduo e na doença, expressam os interesses antagônicos envolvidos na concepção de saúde e na alocação de recursos públicos, que, por sua vez, desembocam na materialização de uma assistência fragmentada, pontual e, cada vez mais, precarizada.

Cabe ressaltar que, embora os serviços e as ações hospitalares tenham sido priorizados nos anos investigados, decréscimos sucessivos foram identificados ano a ano. Isso denota expressões do desfinanciamento na saúde em nos diversos setores, em obediência ao rito da austeridade ultraneoliberal, incompatível com o SUS constitucional.

Considerando o exposto nesta sistematização, múltiplas foram as possibilidades de correlação para o aprofundamento dos dados aqui apresentados, assim como a necessidade de realizar novos estudos que possam, além de investigar as realidades estaduais, também aprofundar análise com outras regiões, bem como todo território nacional.

Em meio a todos desafios, que se impuseram no processo de coleta e análise de dados, nutrimos esperança à possibilidade de os dados serem desocultados e socializados, possibilitando, assim, coletivizá-los.

Outrossim, ressaltamos a luta entre técnicos e usuários/as do SUS na vigilância e na defesa do fortalecimento deste Sistema. So-

mente dessa forma, será possível promover a saúde em seu sentido ampliado, de forma integral, em contraposição à lógica privatista, manicomial, curativista, e excludente em disputa.

Infelizmente, o cenário analisado é o de radicalização do princípio de ajustamento das necessidades sociais à lógica econômica concorrencial, que visa o desmonte do sistema de proteção social, fundado na solidariedade e, em particular, à desconstrução de um sistema de saúde universal, que sequer chegou a constituir os instrumentos adequados de financiamento.

Em meio ao contexto de enxugamento e de retração do Estado, em que o orçamento público é utilizado e priorizado os interesses do mercado, acompanhamos impactos nocivos do desfinanciamento, que se torna evidente no enfraquecimento; e a precarização do SUS, colocando em xeque a premissa da universalidade e da integridade de um sistema universal de saúde, como direito de cidadania.

Por fim, compreendemos que o que une o Rio Grande do Sul e o Rio Grande do Norte não é apenas nosso direcionamento ético, político, o trabalho e o afeto, mas também a luta em defesa do SUS! Assim seguimos, pois queremos reforçar a defesa de que “A nossa luta é todo dia, saúde pública não é mercadoria!”

Referências

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamento e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRANDÃO, V. M. P. et al. Formação e Trabalho dos/das assistentes sociais na saúde mental. In: CLOSS, T. T.; BRANDÃO, V. M. P.; LIMA, J. F. **Serviço Social e residências em saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Movimento, 2018.

CECILIO, L. C. DE O. et al.. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893–2902, nov. 2012.

CISLAGHI, J.F. Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais. Revista **Humanidades & Inovação: Política**

de Saúde e Lutas Sociais em tempos de Pandemia da Covid-19 (Edição Especial), Palmas, v.8 n.35, fev. 2021.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A Nova Razão do Mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal; tradução de Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016 [2009].

EXTRACLASSE. São Pedro: onde a Reforma Psiquiátrica ainda não chegou. Por Adriana Machado / Publicado em 24 de maio de 2013. Disponível em: <https://www.extraclasse.org.br> **Extra Classe**. Acesso em Novembro de 2023.

PAULA, Ana Paula Paes. **Por uma Nova Gestão Pública**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2005.

MACHADO, Graziela Scheffer. O trabalho do Serviço Social nos CAPS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8 n. 2, p. 241-254, jul./dez. 2009.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde Brasileiro: Avanço ou Retrocesso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2020.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Ofensivas contra a saúde pública à luz do debate derivacionista: o caso da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 22, n. 1, 2023. DOI: 10.15448/1677-9509.2023.1.43437. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/43437>. Acesso em: 24 out. 2023.

MENDES. A, CARNUT L, GUERRA L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 224-243, setembro 2018.

ROMANINI, M. et al.. Saúde mental, direitos humanos e sistema penal: reinventando a extensão em tempos pandêmicos desmedidos. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 1, p. e210391, 2022.

SALVADOR, Evilásio. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serv. Soc. Soc.** 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.117>. Acesso em Novembro

de 2023.

SCHRANK G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 127-34, 2008. Disponível em: . Acesso em: 24 fev. 2022.