

MODO PETISTA DE GOVERNAR OS MUNICÍPIOS: TRANSFORMAÇÕES E DESAFIOS

Lumena Almeida Castro Furtado¹

Aparecida Pimenta²

Silvana Pereira³

Fausto Pereira dos Santos⁴

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), construída por um amplo movimento social pela reforma sanitária brasileira, aprovou a proposta de um sistema público universal de saúde e as diretrizes para a sua construção. Em 1988, tivemos a aprovação da Constituição Brasileira, após um longo período de ditadura militar. Na Constituição, mesmo com muitas disputas, foi possível aprovar, pela força dos vários movimentos sociais, a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um ano depois, tivemos eleições municipais em 1988. O Partido dos Trabalhadores (PT) assume neste momento a gestão de muitos municípios, e a saúde passa a ser uma importante marca no modo petista de governar. Construir o SUS ainda sem regulamentação e as políticas mais centrais com baixa formulação coletiva foi um desafio e um convite à invenção, criação e experimentação, o que ajudou na implementação de políticas locais inovadoras que, ao longo do tempo, foram dialogando com a formulação de políticas nacionais. Nestas mais de três décadas, as experiências municipais petistas têm enfrentado muitos desafios, disputado modelos de cuidado e apontado caminhos qualificados para a consolidação do SUS. Temos um

número imenso de pequenos e grandes municípios que desenvolveram experiências muito expressivas. De 1982 a 2016 o PT teve 2.255 gestões municipais.⁵

Aqui não conseguiremos retratar todas estas, mas buscamos dar visibilidade a múltiplos arranjos que foram desenvolvidos e que, com certeza, foram experimentados para além dos municípios aqui citados, configurando-se como marcas petistas.⁶

Neste artigo, vamos tratar de alguns aspectos que são muito importantes no modo petista de gerir a saúde nos municípios. Um primeiro, que unifica municípios grandes e pequenos, é a Atenção Básica (AB). Esta é um espaço de cuidado continuado, e está organizada em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) que devem cobrir todo o município, cada uma responsável por uma área geográfica, com responsabilidade pelo cuidado ao direito à saúde individual e coletiva, com ações assistenciais e de proteção e promoção. É um importante ponto da rede, buscando estabelecer relações com os outros serviços da saúde e unidades intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. Em muitos municípios, a Atenção Básica se estruturou a partir das equipes de saúde da família (ESF), compostas por um médico de saúde da família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe trabalha territorializada, o que facilita o conhecimento mais aprofundado do território nas suas diversidades e a construção de vínculos mais duradouros com as pessoas e com os movimentos sociais do local.

Um outro ponto desse artigo é o cuidado em saúde mental e álcool e drogas, na perspectiva antimanicomial, uma referência e um diferencial nas gestões petistas. A seguir, trataremos de dispositivos importantes no jeito de produzir o cuidado nos municípios, como o matriciamento, que pressupõe que um saber profissional possa ser compartilhado com outros profissionais a partir das necessidades que advêm da prática, no mesmo serviço ou entre serviços. O matriciamento se constituiu em um dispositivo importante, incorporado na política nacional, com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que, mesmo inicialmente vinculado à AB, tem sido um importante dispositivo de construção da rede como um todo. Trata-se da aposta de que a rede viva de cuidados tem que ser sempre produzida e não acontece apenas pela definição de protocolos e portarias.

Ao final, abordaremos arranjos de gestão que se mostram centrais no modo de qualificar a gestão do sistema de saúde nos municípios. Tudo isso visando um cuidado qualificado, que tenha a pessoa como centro, considere todas as dimensões, e não apenas aquelas relativas ao cuidado de doenças específicas.

Um desafio foi a impossibilidade de registrar todos os municípios pela enorme quantidade de experiências municipais com gestão petista ao longo dos mais de 30 anos do SUS. Buscamos representar alguma diversidade, com diferentes tamanhos, em tempos diferentes e em vários estados. Esperamos possibilitar com esta amostra uma reflexão sobre aspectos centrais no modo petista de governar na gestão municipal da saúde.

Cuidado qualificado na Atenção Básica

Uma das características centrais das administrações municipais petistas foi investir fortemente na ampliação e organização da Atenção Básica, buscando responder às singularidades de cada município. São centenas de gestões municipais petistas com experiências de implantação dos princípios e diretrizes do SUS no cotidiano dos serviços de saúde. As políticas implementadas em municípios de pequeno, médio e grande porte das diferentes regiões, apesar de todas as adversidades de financiamento e entraves burocráticos que fazem parte do desenvolvimento do SUS, mudaram a vida de milhões de brasileiros e impactaram positivamente alguns importantes indicadores de saúde no país. Um exemplo é São Bernardo do Campo, onde a mortalidade infantil em 2008 era de 12,2 e, em 2015, depois de sete anos da gestão petista, passou para 8,4.

Nos primeiros anos de implantação do SUS, os municípios sob gestão do PT buscaram construir uma AB qualificada e centrada nas pessoas, sendo a base reordenadora de toda a atenção à saúde. Em muitos municípios, as gestões petistas vinham depois de gestões descompromissadas com o SUS, e o desafio era fazer uma mudança radical.

Em Santos⁷ (1989 a 1996),⁸ houve um forte investimento na estruturação da rede de Unidades Básicas de Saúde e na construção de processos de trabalho centrados no acolhimento e resolutividade das equipes. Investimento na infraestrutura, informatização e ampliação do

quadro de pessoal, com admissão através de inúmeros concursos públicos, estabeleceu uma rede com 19 UBSs, chamadas “policlínicas”, em toda a cidade, com horários expandidos e equipes multiprofissionais. Buscando a qualificação do cuidado, houve um forte investimento na reorganização dos processos de trabalho, sob a coordenação de gerentes das unidades e apoio matricial da equipe que dirigia a Secretaria de Saúde, com definição de áreas de abrangência, implantação de acolhimento, contratação e formação de gerentes, discussão com os profissionais de protocolos de atendimento nas áreas de saúde da mulher, da criança e adultos. A gestão investiu em processos de educação permanente das equipes da AB, utilizando vários dispositivos de produção do cuidado. É importante ressaltar que esse trabalho na AB ocorreu de forma articulada com outras áreas, como foi o caso da atenção aos portadores de HIV, a articulação com a Saúde Mental, com o Programa de Atenção Domiciliar, com a Vigilância em Saúde, com o Centro de Valorização da Criança, entre outros.

Em Amparo⁹ (2001 a 2012),¹⁰ a AB foi organizada com a ESF, incluindo Saúde Bucal, atingindo 90% de cobertura, com uma rede com 14 UBSs, cada uma com duas ou três equipes de SF. Todos os profissionais foram concursados, as gerentes eram do quadro efetivo e recebiam função gratificada, com ampliação e valorização do quadro de funcionários públicos efetivos. Tratava-se de uma aposta de que isso permitiria que as ações tivessem continuidade, como legado para gestões futuras. Os eixos que orientaram esta organização foram: democratização da gestão com a criação do colegiado de gestão da AB, constituído por gerentes das UBSs, equipe de coordenação da AB e representantes da direção da Secretaria Municipal de Saúde e construção do trabalho multidisciplinar nas UBSs; desenvolvimento de um amplo processo de Educação Permanente com apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde (MS), com a utilização de inúmeros dispositivos de apoio matricial, cursos, oficinas, entre outros; incorporação do atendimento de saúde mental nas UBSs, através da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e apoio matricial, incorporação da saúde do trabalhador nas UBSs com apoio matricial do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). Foi muito importante no processo de educação permanente (EP) a parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas (Unicamp), que

possibilitou: a) a especialização de vários profissionais em SF, numa parceria com o MS; b) especialização em gestão de serviços e sistemas de saúde para gerentes e equipe dirigente da Secretaria, com uma turma exclusiva de Amparo; c) residência de saúde da família da Unicamp em Amparo e apoio dos docentes para as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF); e d) Pesquisa de Avaliação da Atenção Básica.

Assim, a ampliação da cobertura da AB e a qualificação do cuidado ocorreu em praticamente todos os governos municipais dirigidos pelo PT. Têm sido centrais estratégias como a ampliação da rede de saúde, a contratação dos profissionais para compor as equipes, a implantação da assistência farmacêutica nas unidades, a organização de serviços de apoio diagnóstico, as ações de educação permanente e as estratégias de articulação com outros pontos da rede de atenção à saúde, dentre outros arranjos.

Em Chapecó¹¹ (1997-2004),¹² o eixo que conduziu a reorganização da AB foi a humanização do atendimento nas UBSs, com implantação do acolhimento, capacitação e empoderamento de gerentes, formação/capacitação das equipes, buscando sempre colocar o usuário como sujeito no processo de produção do cuidado. Houve um grande investimento na estruturação da rede básica, com construção e reforma de prédios, aquisição de mobiliário e equipamentos, ampliação do quadro de pessoal a partir de concursos públicos, principalmente para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Esta qualificação passou pelo fortalecimento de dois modelos de UBSs. Foram ampliadas aquelas com ESF, que contam com profissionais generalistas que fazem atendimento a toda a população, considerando a realidade de cada território, tendo seus processos de trabalho reorganizados para atender com mais qualidade às necessidades da população. As UBSs que tinham equipes formadas por clínicos gerais, pediatras, ginecologistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e dentistas também tiveram um crescimento e um investimento na qualificação dos processos de trabalho.

Tão importante quanto a estruturação da rede básica para garantir a ampliação de cobertura foram as mudanças no processo de trabalho centrado no usuário e no acolhimento nas UBSs, com investimento nos processos de educação permanente e na inclusão dos trabalhadores da AB na construção de um novo jeito de cuidar. Foram marcas importantes das gestões municipais petistas as experiências voltadas para o acolhimento e

humanização na Atenção Básica; para a construção de projetos terapêuticos singulares; atendimento de população cadastrada; trabalhos comunitários; e responsabilização das equipes pela saúde dos usuários.

Em Aracaju¹³ (2001-2004), a implantação da rede de Equipes de Saúde da Família (ESF) construiu muitos dispositivos de ampliação e qualificação da Atenção Básica¹⁴. Foram fundamentais a implantação do acolhimento como ferramenta para um acesso equânime, organizado em sintonia com os procedimentos; o acolhimento de risco nos territórios; e o atendimento individual com adscrição territorial de todas as unidades. Rompia-se assim com a lógica de receber todos considerando apenas a ordem de chegada, considerando a singularidade de cada pessoa, situações de maior risco e a ampliação da oferta de cuidado para além da consulta médica, o que ajudou a qualificar esse processo e ampliar a equidade. As equipes de referência e o apoio matricial foram centrais para a conexão da AB com toda a rede, qualificando e mantendo o vínculo na rede básica. A implantação das gerências e das equipes de supervisão regionais, com maior profissionalização da gestão e do Conselho Local em cada unidade com participação dos usuários, ajudou a qualificar a gestão da rede de saúde da família.

Em Diadema¹⁵ (2009-2012),¹⁶ a característica principal da AB foi a ampliação da cobertura de Saúde da Família, que atingiu 90% da população. Houve importante investimento em educação permanente (EP), com muitas estratégias como o apoio matricial, cursos e capacitações, especialização em SF de enfermeiros, médicos e dentistas, numa parceria com a Unifesp e MS. Ainda a parceria com a Faculdade de Farmácia da Unifesp – campus Diadema e a implantação de um Programa de Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes, com apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) mostram a prioridade na formação dos trabalhadores, que foi uma estratégia central nessas várias parcerias.

A implantação de dois Planos Estratégicos e Intersetoriais com forte atuação das equipes de saúde da família foi central para o enfrentamento do crack e outras drogas e para o Plano de Promoção do Envelhecimento Saudável. Também muito importante ali, e uma marca das gestões petistas, é a participação popular, tanto no fortalecimento do Conselho Municipal de saúde como nos Conselhos Locais de Saúde e nas Conferências Municipais.

Em Poços de Caldas¹⁷ (2013-2016), o PT venceu as eleições municipais pela primeira vez em 2013, e o trabalho realizado foi de construção do SUS com quase 15 anos de atraso em relação ao início de sua implantação no país. A prefeitura aproveitou o conjunto de experiências de gestões petistas em outros municípios e investiu em construção e reforma de UBSs, realização de concursos para ampliação do quadro de pessoal, formação e qualificação das equipes, implantação de salas de vacinas em todas as UBSs, implantação da rede temática de saúde materno-infantil e a Rede Cegonha¹⁸, sempre com o objetivo central de qualificar o cuidado e humanizar o atendimento.

Vale destacar que as políticas nacionais mais relevantes formuladas pelo SUS – como o Programa de Saúde da Família (posteriormente Estratégia de Saúde da Família), a Política Nacional de Atenção Básica/PNAB, o Brasil Sorridente, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os consultórios na rua, a atenção domiciliar e outras – foram atravessadas e influenciadas pelas experiências municipais nas gestões petistas, ao longo dos 30 anos de existência do SUS.

Cuidar em liberdade: garantia de direitos

A organização que resultou na reforma psiquiátrica e o movimento da reforma sanitária disputaram a proposta do SUS e do modelo de cuidado em saúde mental, álcool e drogas, sendo parte das mobilizações que protagonizaram o processo de redemocratização do país.

A maioria das gestões estaduais e municipais do PT participou fortemente dessa disputa, tornando-se referência de modelos de cuidado em liberdade, respeitando os direitos humanos para adultos e crianças e construindo redes de fato substitutivas, com fechamento de milhares de leitos psiquiátricos em todo o Brasil. A guerra às drogas, movimentando um volume bastante importante de recursos, mantém, pela violência, exércitos de pessoas dependentes que ficam numa interminável circulação entre presídios e rua. A construção do modelo de cuidado às pessoas em uso intensivo de álcool e outras drogas nas nossas gestões tem se intensificado, apostando na ampliação, para além da saúde, de estratégias de acesso à moradia e geração de renda, tendo sempre o respeito aos direitos como orientador do cuidado.

Esta é uma das marcas do modo petista de governar. Neste tópico, vamos dialogar com esta perspectiva a partir de várias experiências municipais, que se expressam também em muitos outros municípios.

Movimentos antimanicomiais e os direitos humanos

A defesa e a formulação da produção do cuidado em saúde mental têm os movimentos sociais como protagonista. O movimento antimanicomial, na sua multiplicidade de vozes, atua junto aos movimentos de direitos humanos, desenvolvendo a temática do cuidado a pessoas em uso intensivo de álcool e drogas. Estes movimentos têm sido interlocutores fundamentais das administrações petistas na formulação e execução das políticas municipais relativas a este tema.

A necessidade premente de ruptura com o “jeito manicomial de cuidar”, caracterizado por concepções e práticas invalidantes, segregadoras e excludentes, exigiu a produção de novos paradigmas de cuidado que apostam na ampliação de protagonismo e na emancipação social da pessoa em sofrimento. Nesta perspectiva, o fortalecimento da relação com os movimentos e o apoio para a formação de movimentos com usuários e familiares nos próprios municípios têm tido um peso importante na efetivação da política.

O que há de mais peculiar na política de saúde mental de Belo Horizonte ¹⁹ é o protagonismo real e decidido das entidades da luta antimanicomial na sua construção e manutenção. Estes têm sido fundamentais no enfrentamento da ameaça de retrocesso em gestões municipais contrárias à política. Exemplos importantes são o Fórum Mineiro de Saúde Mental, a Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais e a Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos. Movimentos que, assim como em outros municípios, continuam como atores fortes mesmo depois de nossas gestões terminarem.

Formação e articulação de uma rede orientada pelos princípios antimanicomiais

Construir uma rede de cuidados integral e intersetorial em saúde mental e álcool e drogas na perspectiva antimanicomial é sempre a disputa de um projeto de vida, de cidadania, de respeito às diferenças.

Em muitos municípios, essa construção parte de uma realidade bastante adversa. Em Belém²⁰ (1997-2004),²¹ saindo de uma realidade onde a rede não tinha nenhum profissional de saúde mental, foi feita a aposta em uma rede com muitos pontos de cuidado. As UBSs foram espaços fundamentais, assim como a criação das Unidades de Atenção Psicossocial (UAPs), que seriam mais tarde as Casas Mentais, para as pessoas que podiam ser cuidadas em regime de assistência/dia, sem perder o contato com a família e a comunidade. Uma experiência que buscou inventar novas e possíveis formas de abordagens, sem um caminho predefinido. Um dispositivo central era a “assembleia” nos serviços, um espaço de escuta e reflexão, organizador da rotina do serviço, orientado pelos princípios do acolhimento, da solidariedade, da inclusão, da desinstitucionalização e da cidadania. Na segunda gestão em Belém, foi assumido o desafio de oferecer um cuidado integral, dia e noite, transformando o serviço em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), com a qualificação do cuidado intensivo e contínuo. O processo de educação permanente teve uma importante parceria com a Fiocruz e havia um profissional externo ao CAPS, que realizava o grupo de reflexão nos serviços, ainda antes da proposta do MS de Supervisão Clínico-Institucional.

Em Alegrete²² (2008-2016), vem sendo construída uma rede de cuidados em saúde mental antimanicomial,²³ estando entre os primeiros municípios do Rio Grande do Sul a trabalhar nesta perspectiva. Nos períodos em que o governo do estado era do PT, a ação desse se constituiu em um importante apoio. As ESFs foram ampliadas, consolidando a AB. Programas de Saúde Mental na AB foram fomentados, como por exemplo as Oficinas Terapêuticas em ESFs e os Grupos de Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental/GAS Mental. Foram construídas estratégias visando o empoderamento de usuários, como o Salão Maluco&Beleza na comunidade rural do Passo Novo e a Van Maluco&Beleza para outras comunidades rurais. Os usuários associavam ações de embelezamento e autocuidado com ações de acolhimento do sofrimento psíquico, com o apoio de técnicos da saúde ocupados em gestionar o cuidado, no território onde o sujeito está inserido. Os dispositivos foram sempre múltiplos: oficinas terapêuticas e de expressão; de cuidados com o corpo, com a voz e capoeira; as consultas; os grupos de convivência; o acompanhamento terapêutico domiciliar e hospitalar; a oficina pedagógica; de pintura; o mutirão para a construção de

casas; para a limpeza de pátios e jardins; as oficinas de horta e jardinagem; de canto; de teatro; de saúde mental coletiva; e o serviço de desenvolvimento infantil. A rede tem modificado a história de internações psiquiátricas “eternas”, abandonos e exclusão da loucura.

Em Belo Horizonte,²⁴ como já relatado, o PT teve várias gestões no município. Isso propiciou a consolidação de uma importante rede de cuidados em saúde mental na perspectiva antimanicomial. A rede espalhada por toda a cidade foi composta por Equipes de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde; oito Centros de Referência em Saúde Mental (Cersam); cinco Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Outras Drogas (Cersam AD); três Centros de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil (Cersami), todos com funcionamento dia e noite; dois Serviços de Urgência Psiquiátrica Noturno (SUP); quatro Equipes de Consultório de Rua; nove Centros de Convivência; nove Equipes Complementares de atenção em saúde mental de crianças e adolescentes; uma Unidade de Acolhimento Transitório Adulto (UAT), uma Unidade de Acolhimento Transitório Infanto-Juvenil (UATI); 33 Serviços Residenciais Terapêuticos; dez leitos de Saúde Mental em Hospital Geral; 52 oficinas para crianças e adolescentes do Programa Arte da Saúde; uma Incubadora de Empreendimentos Econômicos e Solidários. Além dos serviços previstos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), foram construídos novos serviços no município. Possui uma residência em saúde mental multiprofissional para médicos e demais profissionais de saúde que faz parte do projeto de qualificação e formação dos trabalhadores. Ou seja, a continuidade na gestão permitiu organizar uma rede de atenção e consolidá-la.

Em São Bernardo do Campo (SBC)²⁵ (2009-2016), a produção de uma rede de cuidados em liberdade na saúde mental foi uma prioridade da gestão municipal. Até então havia um cenário de desassistência e institucionalização, fortemente dependente de um grande ambulatório e da internação manicomial prolongada no Hospital Psiquiátrico Lacan. Muita tensão e desrespeito aos direitos humanos, profissionais acuados pela pressão da demanda e usuários ávidos por serem escutados e acolhidos. A RAPS²⁶ de SBC foi composta com as 34 Unidades Básicas de Saúde, quatro CAPS III (1), seis Residências Terapêuticas (Casas), dois CAPS Álcool e outras Drogas (AD III), duas Unidades de Acolhimento, adulto e infanto-juvenil

(Repúblicas), equipe Consultório de Rua, Pronto Atendimento Psiquiátrico (PA), Núcleo de Geração de Trabalho e Renda (Nutrarte). A atenção à Infância e Juventude conta com CAPS Infanto-Juvenil (IJ) e CAPS III Álcool e outras Drogas Infanto-Juvenil III (ADIJ). A rede cobria todo o território do município. As nove Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e o Pronto Socorro Central realizam ações de desintoxicação, cuidado às pessoas com síndromes de abstinência e demais cuidados clínicos de urgência necessários. A área hospitalar acolhia a pessoa em sofrimento mental com necessidades clínicas. O CAPS de referência em cada território exercia apoio matricial às equipes da urgência e hospitalar, e o cuidado compartilhado com a rede básica. Um importante dispositivo de cuidado foi a implantação do Consultório de Rua que, a partir da construção de vínculo, busca reconhecer necessidades, exercer ações de cuidado, ofertar e articular as redes de saúde e intersetorial no cuidado compartilhado, com um cuidado diferenciado à população em situação de rua.

Em alguns municípios como Campinas²⁷, a permanência de várias gestões petistas possibilitou a implantação na cidade de uma robusta rede de serviços substitutivos que ainda não existiam na política nacional, como as moradias e o apoio matricial feito pelos CAPS, dentro do Programa Paideia Saúde da Família²⁸, em 2001. Também foi estabelecido diálogo com outros municípios que se interessaram pela experiência. A cogestão entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o Serviço de Saúde Cândido Ferreira, um espaço de cuidado em saúde mental que se iniciou na primeira gestão do PT em 1990, tem sido um importante dispositivo na produção da rede até hoje.

Nas últimas duas décadas, ganhou centralidade em todo o Brasil a organização de redes de cuidado no SUS, na perspectiva antimanicomial, para o cuidado às pessoas em uso intensivo de álcool e outras drogas. Muitos municípios de gestão petista têm sido fundamentais para disputar esse cuidado num cenário de centralidade da guerra às drogas, com forte repressão aos usuários.

Nos últimos 15 anos, pautada pelos princípios antimanicomiais e antiproibicionistas, a política de saúde mental de BH incorpora mais decididamente a atenção à esta população, ampliando a rede de cuidados com a criação dos CERSAM-AD, Consultórios de Rua, UAT Infanto-Juvenil e adulto.

Em SBC, essa rede álcool e drogas foi uma prioridade em contraposição aos governos estaduais do PSDB que seguem investindo em políticas de constrangimento e internação involuntária em instituições psiquiátricas e comunidades terapêuticas. A aposta em arranjos que envolviam moradia – com Repúblicas Terapêuticas para adultos e crianças/adolescentes, e projetos de geração de renda integrados com o cuidado em saúde – foi o eixo central do cuidado. Uma rede pautada no respeito aos direitos sociais e humanos, assumindo o desafio de não desistir de ninguém e de radicalizar a aposta de que toda vida vale a pena.

A prefeitura petista do município de São Paulo²⁹ (2013-2016) apostou fortemente no cuidado a pessoas em uso intensivo de álcool e drogas, orientada pela defesa de direitos e produção de autonomia. Um projeto profundamente intersetorial, o De Braços Abertos³⁰, nasceu em uma região central da cidade, que se deteriorou e foi ocupada pela população vulnerável ou em situação de rua, conhecida pelo nome de Cracolândia. Sempre foi um desafio adicional a existência de grande liberação para o tráfico de drogas, com muitos pontos de venda abertos, grupos ligados ao tráfico disputando o território, vigiando com forte armamento a circulação das pessoas e dos trabalhadores. A política intersetorial envolveu seis secretarias na sua coordenação, execução, condução e operação cotidiana: Saúde, Trabalho e Empreendedorismo, Assistência e Desenvolvimento Social, Direitos Humanos e Cidadania, Segurança Urbana e Habitação. Se estabeleceu um conselho gestor com uma coordenação compartilhada de todo o trabalho, estruturado em três eixos. O primeiro deles foi a garantia de moradia em hotéis sociais, com alimentação e um cuidador dia e noite, com assembleias periódicas com os moradores para a condução do cotidiano, sendo uma porta de entrada no programa. A casa é parte da rede de cuidados, mas não é ali que se dão os cuidados específicos de saúde. No eixo do trabalho, eram 13 frentes de atividades diferentes com formação específica e uma bolsa, com o que os atendidos se sustentavam e cuidavam da vida. O terceiro eixo era uma rede de cuidados, principalmente da assistência social e da saúde. O programa se caracterizou pela baixa exigência e pela perspectiva da redução de danos. Estava em construção a proposta de cooperativas de trabalho como portas de saída para o programa, metodologia interrompida pelo término da gestão.

Uma rede realmente substitutiva – o fechamento dos leitos manicomiais e as comunidades terapêuticas

Construir uma rede de cuidados em saúde mental, álcool e drogas guiada pelo resgate da cidadania, historicamente negada aos usuários de saúde mental, exige uma perspectiva de extinção dos hospitais psiquiátricos e seus similares, como as comunidades terapêuticas. Uma rede de fato substitutiva.

Uma experiência emblemática na produção de cuidado antimanicomial no Brasil foi a de Santos³¹ (1989-1996). Quando o PT assumiu a gestão municipal (KINOSHITA, 1997), a Casa de Saúde Anchieta sofria denúncia de maus tratos e de mortes violentas ocorridas dentro do hospital; foi feita então uma intervenção pela prefeitura. Uma diretriz para o novo modelo de trabalho foi colocar no centro das transformações a valorização e o fazer junto com trabalhadores e usuários. Também se deu centralidade ao que foi denominado de “reativar as subjetividades”, investindo na conexão entre o dentro e o fora do hospital, construindo dispositivos de mediação entre a cidade e as pessoas que estavam no hospital. A partir desse trabalho, foi sendo construída uma rede de cuidados orientada pela perspectiva antimanicomial, superando a proposta centrada no manicômio, com os NAPS. Um jeito de cuidar orientado pelo respeito aos direitos humanos, totalmente substitutivo ao manicômio, com fechamento de todos os leitos deste e com priorização da transformação cultural de discriminação, estigma e exclusão das pessoas com sofrimento psíquico. Uma rede com cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) regionalizados, Unidades de Reabilitação Psicossocial com vários projetos de inserção no trabalho, Lar Abrigado, Centro de Convivência, Serviço de Urgência Psiquiátrica e o Núcleo de Atenção ao Toxicodependente. Uma experiência pioneira e que tem sido referência dentro e fora do Brasil.

Nesta perspectiva, a experiência de Belo Horizonte também é sinalizadora da potência de uma política que aposta no cuidado em liberdade. Desde 1993, em consonância com a política proposta, à medida em que se inauguravam os serviços substitutivos, leitos psiquiátricos eram desativados progressivamente, assim como os hospitais. Em 1993, existiam 2.100 leitos psiquiátricos em BH, entre públicos e privados. Atualmente, o único hospital

psiquiátrico conveniado com o SUS é o Instituto Raul Soares, com 96 leitos. Foram desativados 2 mil leitos e fechados cinco hospitais psiquiátricos. Nenhum usuário é internado mais em hospital psiquiátrico. O município conta com poucas comunidades terapêuticas e não repassa a estas qualquer recurso do SUS, e orienta incisivamente o não encaminhamento de seus munícipes a essas instituições.

Em Camaragibe ³² (1996-2003), um município com importante trabalho na rede de saúde mental, o fechamento do Hospital Alberto Maia – com mil leitos, de pacientes residentes e muitos abandonados pela família – foi um grande marco. Na época que o trabalho foi iniciado, morriam cerca de seis pacientes por mês dentro do hospital, com óbitos causados por tuberculose, desnutrição e diarreia. O fechamento gradativo dos leitos do Alberto Maia exigiu um trabalho intenso com os familiares dos pacientes, daqueles que ainda os tinham, para o retorno para casa. Foi feito forte investimento na formação da equipe, ampliação e qualificação da rede de CAPS, abertura de Residências Terapêuticas (R.T) para acolhimento de pacientes sem família ou que a família não tinha como acolher. A primeira R.T. foi também a primeira de Pernambuco. A implantação da política envolveu uma diversidade de atores políticos da cidade, como o Ministério Público e o Conselho Municipal de Saúde (CMS), que foram fundamentais para o enfrentamento da resistência do hospital e dos grupos mobilizados por este. Foi um trabalho que exigiu muito de todos e mostrou como a política pode mudar a vida das pessoas.

Em muitos contextos, o fechamento de leitos nos manicômios dependeu de uma articulação regional. Foi o que aconteceu no ABC paulista ³³. O município de São Bernardo do Campo sedia o Hospital Psiquiátrico Lacan e, quando o PT assumiu a gestão em 2009, a região internava muitas pessoas por mês. Foi então construída uma potente rede de cuidados que permitiu não ter mais nenhuma internação. Para isso, foi muito importante o investimento no convencimento do Ministério Público e na formação de consensos e apoios em espaços da sociedade civil, Conselho Municipal de Saúde e Câmara Municipal. Como o hospital era uma referência regional, São Bernardo do Campo junto a Santo André, Mauá e Diadema, também administrados pelo PT, lideraram uma pactuação para que os sete municípios deixassem de encaminhar para o manicômio e assumissem o

cuidado em suas redes abertas. Em 2014 foi possível pactuar regionalmente a não renovação desse contrato, e assumir o cuidado de todos na rede aberta.

SBC não contratou nenhum leito de comunidade terapêutica e fazia nestas uma rigorosa fiscalização, com representantes da Vigilância Sanitária, Saúde Mental, Desenvolvimento Social, Guarda Municipal e Defensoria, e, em alguns momentos, de Conselhos Profissionais, que levaram ao fechamento de muitos leitos. Insalubridade, ilegalidades e restrições de direito foram combatidas com uma ação coletiva mais plural.

Uma rede necessariamente intersetorial

A articulação intersetorial tem sido central na qualificação da rede de cuidados na saúde, e em especial na saúde mental e álcool e drogas.

Em SBC foi afirmado o direito ao trabalho e à renda através de ações voltadas à ampliação da autonomia e à inclusão pelo trabalho, oportunizando ao usuário a produção e a inserção em empreendimentos sociais orientados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária³⁴. O usuário foi apoiado através do Núcleo de Trabalho e Arte³⁵ na produção e comercialização de bens e serviços, gerando renda, cidadania e saúde. Outros projetos de geração de trabalho e renda vêm sendo também promovidos pelos CAPS. Parcerias com Secretarias de “Desenvolvimento Econômico, Trabalho e Turismo” e “Cultura” e com Universidades e entidades afins têm sido fundamentais na diversificação das atividades. Um importante projeto, o “Remando para a Vida”, oferta terapêutica do CAPS–AD-IJ em parceria com atletas da cidade, permitiu o uso de seus caiaques na Represa Billings, três dias na semana, ampliando a participação dos diferentes CAPS, familiares e visitantes. Mensalmente, realiza ação promotora de consciência ecológica de limpeza da represa, com a participação de municípios em geral, o que resultou numa grande mudança na relação da cidade, da população em geral com esse grupo de adolescentes.

Um diferencial da experiência de BH foi a política municipal de inclusão no mundo do trabalho, seja através da economia solidária, seja pela inserção no mercado formal, garantindo aos usuários da saúde mental uma possibilidade concreta e cidadã de pertencimento à cidade. A intervenção no âmbito da cultura possibilitou uma recriação das ideias sobre a figura das pessoas em sofrimento mental, através de ações intersetoriais e de

interlocução renovada com os meios de comunicação, o que significou um forte apoio a todas as iniciativas em prol do convívio entre a loucura e a cidade. Nas comemorações do 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial, o desfile da já tradicional Escola de Samba Liberdade Ainda Que Tan Tan, articulado com os dispositivos dos territórios, a ida a cinemas e museus e o trabalho articulado com as pessoas em situação de rua, junto aos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)³⁶ e escolas municipais e estaduais, possibilitam a realização das inesquecíveis Mostras de Arte Insensata. Tudo isso permitindo a construção de um novo olhar da sociedade sobre a loucura.

Disputando o jeito de cuidar – produção de redes vivas

Um compromisso central nas gestões do PT é com a defesa da vida e o respeito aos direitos e às diferenças, o que impacta fortemente o jeito de organizar o processo de cuidado na saúde e traz o desafio da construção de uma rede de cuidados que seja viva, faça sentido para os trabalhadores e inclua os usuários com a sua diversidade.

A inserção nos territórios

Partiu-se da concepção de que a produção da saúde é parte do processo de produção da vida que acontece nos territórios. Para isso, é central aprofundar o olhar para o território, suas potências e desafios, buscar os vários coletivos e movimentos sociais, os serviços de saúde e intersetoriais. Esse olhar múltiplo, reconhecendo as diferenças, é fundamental para superar as desigualdades e produzir ações de proteção e cuidado conectadas com a produção da vida, desenhando diferentes formatos de rede de saúde.

Em São Paulo (1989 a 1992)³⁷, foi implementada uma política de construção de Distritos de Saúde (DS), não como instância burocrática, mas apostando na potência de uma rede de saúde conectada com um território vivo. A realização de um processo de territorialização junto à população, aos movimentos sociais e profissionais de todos os serviços de saúde construiu a delimitação territorial de cada DS e o reconhecimento das microáreas internas, com suas grandes diferenças e desigualdades. Isso orientava a

definição das prioridades e a produção das ações de cuidado individual, coletivo e das vigilâncias, o que foi fundamental para a construção de um SUS descentralizado e que nascia conectado com a produção da vida.

Em Londrina³⁸ (1993 -1996 e 2001- 2006), um dos pioneiros nessa estratégia, o processo de territorialização e planejamento descentralizado e ascendente permitiu qualificar e desagregar as informações em saúde em base georeferenciada (por meio de aerofotogrametria); induzir reflexões críticas sobre o processo de trabalho; ampliar a capacidade dos trabalhadores de saúde e usuários (por meio de conselhos gestores) em relação à compreensão do processo saúde/doença e do cuidado integral; e articular redes e linhas de cuidado, priorizando necessidades (equidade) e adotando instrumentos e dispositivos de gestão de casos, Projeto Terapêutico e Linhas de Cuidado, entre outros, com grande impacto na produção da rede de saúde.

Em São Bernardo do Campo, um primeiro movimento nesta perspectiva foi reconhecer que a cidade, geograficamente muito grande, tinha também um território bastante plural. Foi importante o processo de definição dos territórios sanitários, redefinindo também as áreas de abrangência de várias UBSs, a partir de oficinas nas UBSs com todos os serviços daquele espaço, considerando questões culturais, de acesso, de identidade, entrevistas com lideranças de movimentos sociais e informantes-chave. Os territórios foram compreendidos como dispositivos de gestão, como espaço de articulação das ações de proteção, vigilâncias e atenção à saúde. Também foram entendidos como a base de planejamento para o desenho do sistema: a definição de novas unidades de saúde como as UPAS e os CAPS; a constituição de processos de eleição de representantes da saúde; o desenho de estratégias de formação e de educação permanente para o arranjo dos apoiadores; e, principalmente, o espaço de articulação da rede de cuidados. Foi fortalecido o desenvolvimento de ações e estratégias de proteção e cuidado, nas quais as pessoas eram consideradas o centro do desenho do cuidado.

Produção de uma rede viva

O grande desafio foi constituir uma rede de cuidados que efetivamente funcione tendo a integralidade como um princípio organizativo do SUS, para

garantir aos usuários cuidados em saúde, em todos os seus pontos de cuidado, centrados na pessoa e não no possível diagnóstico ou no cardápio de ofertas tecnológicas. No entanto, mudar a norma, o protocolo, mesmo tendo grande importância, não transforma o jeito de cuidar se estes não fizerem sentido para o trabalhador. E isso pede uma ação ativa do gestor.

É fundamental um investimento permanente na produção das relações, na contínua construção da rede, a construção de dispositivos que ajudem a produzir esse compartilhamento, essa troca permanente entre os trabalhadores dos vários serviços nos territórios.

Em Londrina, a implementação de processos educacionais construtivistas, articulada com a política de Educação Permanente em Saúde (EPS) do governo federal e com foco na reflexão crítica do processo de trabalho e planejamento descentralizado nas unidades de saúde, foi fundamental na produção de uma rede viva. A parceria com a Fiocruz ajudou na qualificação do processo e se deu no contexto de criação do Núcleo de EPS municipal, implantando estratégias como a Residência de Medicina de Saúde da Família (RMSF).

Em São Bernardo do Campo, essa experiência foi radicalizada experimentando muitos arranjos. Um central foi o Projeto Apoiadores, com nove equipes, uma para cada território de saúde, contando com 50 apoiadores de saúde multiprofissional (psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, educador físico, nutricionistas, farmacêuticos, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro e sociólogo). Foi um dispositivo estratégico para fazer a aproximação entre gestor e trabalhador, trabalhador e trabalhador e usuário, indispensáveis quando se deseja produzir transformações no processo de trabalho e na produção do cuidado em saúde. O apoiador trabalhava a partir do território e não centrado só na UBS, podia ser acionado por qualquer serviço da rede, mesmo serviços fora da saúde. Para facilitar o processo de educação permanente em cada território, foi criada a figura do facilitador de EP, ligado a vários pontos da SM. Para cada grupo de facilitadores havia um orientador de EP que era alguém de fora da estrutura da secretaria, vinculado a universidades (USP, Unifesp, UEL, etc.). Essa foi uma experiência que reforçou o papel da universidade como instituição voltada à produção de uma rede viva de cuidados nas várias políticas públicas. Os professores podem apoiar os

trabalhadores e apoiadores da rede de saúde e ao mesmo tempo aprender com estes, criando juntos novos arranjos de gestão e produção de cuidado.

Uma estratégia assumida com radicalidade por muitas prefeituras petistas foi reconhecer que a produção do cuidado só acontece no encontro trabalhador/usuário. As normas, portarias e textos, mesmo que sejam importantes para registrar consensos técnicos, não são suficientes para garantir a produção de um cuidado qualificado onde um projeto terapêutico deve ser necessariamente construído junto a cada pessoa ou grupo a partir do vínculo com os trabalhadores, por isso singular.

Ações de regulação e de produção de mecanismos de articulação entre serviços têm se mostrado estratégicas na construção de redes vivas de cuidado.

Em Londrina, foi implantado em 2007 o Projeto de Regulação da Atenção à Saúde. Ele foi organizado com duplas de apoiadores com médicos e enfermeiros que desenvolviam nas UBSs ações de regulação com apoio da clínica e do cuidado, das vigilâncias e de gestão de processos voltados também para o cuidado em rede, com apoio central de outros profissionais. Para tanto, foi fundamental o espaço de discussão dos casos na perspectiva da educação permanente e a implantação da gestão da clínica e do cuidado com diretrizes clínicas (protocolos clínicos e de orientação construídos por profissionais dos diversos pontos da rede, incluindo a AB) e auditoria clínica, análise de prontuários e discussão de casos com as equipes multiprofissionais, especificamente com médicos e enfermeiros, utilizando apoio especializado quando necessário. Logo no início, a gestão priorizou a primeira causa de mortalidade e as doenças cardiovasculares, com um estudo de cada pessoa através do que chamamos de gestão de casos clínicos. Antes, as pessoas ficavam em uma longa fila de espera para consulta de endocrinologia e cardiologia, por exemplo. Com a revisão pelo médico ou assessor técnico/médico, a maioria teve seu problema resolvido na própria UBS, e as consultas de especialidade passaram a ser utilizadas pelos usuários com problemas mais complexos. Esse trabalho possibilitou que grande parte das especialidades passassem a ter consultas agendadas dentro de um ou dois meses e que fosse implantada a prioridade ambulatorial na porta, garantindo atendimento imediato àqueles que necessitavam. O apoio matricial aos profissionais da rede básica foi fundamental nesse processo.

A integração do cuidado hospitalar nas redes de cuidado é um desafio assumido mais centralmente nos últimos anos.

Belo Horizonte produziu muitas experiências potentes nessa perspectiva, envolvendo serviços e territórios diversos, como o Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN). O município desenvolveu processos de desospitalização articulados com redes de saúde e de assistência social, para uma alta oportuna e segura junto às Equipes de Atenção Domiciliar. A equipe atuou na condução do Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) para as gestantes no Centro de Especialidades, com consultas, exames e garantia de internações clínico-cirúrgicas para as intercorrências, com discussão prévia dos casos entre as equipes, visitas de reconhecimento do ambiente e modelo de parto humanizado e referenciamento das puérperas e dos recém-nascidos para as UBSs.

As grandes vulnerabilidades foram priorizadas, como adolescentes, mulheres com trajetória de rua, portadoras de dependência química ou com desagregação familiar. Em cada Linha de Cuidado, o processo de desospitalização buscou a negociação com a rede, antes da alta, de um plano de cuidados que considerasse as necessidades para estabilidade clínica dos doentes, evitando-se o processo de agravamento e reinternação. É fundamental que pacientes portadores de condições que demandem acompanhamento não sejam liberados sem articulação institucional com as outras unidades. Tal desafio apresenta-se especialmente nas situações de sofrimento mental, de violência contra crianças, adolescentes, idosos e mulheres e nas condições de dependência química, quando a sintonia de trabalho e da concepção de assistência integral das equipes é fundamental para superar os paradigmas que abordam as condições de urgência de maneira restrita à queixa.

Em Mauá³⁹, a reorganização do Hospital Nardini modificou diversos aspectos internos para superar a tradição de ser um serviço voltado para dentro do próprio hospital, sem relação com a rede, e fortalecer a conexão com as necessidades dos usuários e como parte de uma rede mais ampla de serviços. Várias ações foram implementadas nessa direção, como a reorganização das coordenações assistenciais e administrativas na perspectiva do cuidado integral e a articulação dos vários pontos assistenciais, bem como a revitalização das instâncias de relacionamento com

o usuário. Mais que mudanças de processo, foi estruturado um novo organograma hospitalar, que traduzia e induzia uma concepção de funcionamento mais humanizado e integrado à rede. Foi desenvolvido um processo permanente de apoio à implantação dos novos processos por meio de elementos facilitadores para o cuidado interno qualificado, integrado, resolutivo e principalmente em rede, como a figura do articulador de linhas de cuidado, o diretor técnico cuidando da gestão da clínica, a enfermagem como gestora do cuidado e diversas lideranças do hospital inseridas nos processos de EP do município, propiciando uma integração efetiva de suas diversas unidades assistenciais e linhas de cuidado com a rede de serviços de saúde.

Para se ter saúde, muitas necessidades devem ser atendidas, não sendo suficiente apenas apostar em serviços de atendimento médico assistencial; estes são imprescindíveis, mas não suficientes. Tem sido um desafio das administrações petistas buscar organizar o processo de atenção à saúde aliado ao reconhecimento de suas amplas determinações sociais. O modo de fazer a gestão com integralidade pressupõe possibilitar a organização das ações de saúde articuladas de modo inseparável das práticas assistenciais, de atenção e de proteção sanitária aos riscos e agravos da saúde que as pessoas estão sujeitas na vida social. As atividades de proteção reconhecidas como ações das “vigilâncias da saúde pública” precisam estar vinculadas ao atendimento em todas as unidades de saúde dos vários pontos da rede. Muitas gestões municipais assumiram esse desafio no seu cotidiano.

Arranjos de gestão

Na produção da gestão municipal da saúde, em muitos aspectos já aprofundada aqui, um desafio sempre central foi a construção de diferentes arranjos de gestão que possibilitassem a produção de cuidado na perspectiva discutida neste artigo. Uma das principais iniciativas foi assumir a gestão do SUS nos seus territórios. A perspectiva de responsabilidade sanitária sobre os espaços geridos sempre norteou um conjunto de políticas públicas a serem implementadas. Desde as primeiras iniciativas de municipalização, ainda antes das Normas Operacionais Básicas (NOB), a primeira leva de

municípios que assumiram a gestão semiplena (1994) até o ciclo atual de gestões municipais buscam avançar nesta direção.

Importantes arranjos de gestão foram desenvolvidos em gestões municipais do PT. Muitas delas assumindo que o desenho formal da estrutura da secretaria não é suficiente para permitir a gestão da produção de uma rede de cuidados viva e comprometida com a defesa da vida.

Muitos arranjos ajudam nesta construção, considerando que todos fazem gestão. Podemos citar alguns deles: ter um planejamento participativo que seja intersetorial, a partir dos territórios e envolvendo os trabalhadores; arranjos de gestão colegiada em vários espaços, desde o central até os serviços e áreas específicas da secretaria; o protagonismo dos usuários e trabalhadores na definição e produção permanente das prioridades e do desenho das políticas; e a aposta em dispositivos que ajudem a estabelecer a conexão e o compartilhamento entre os vários pontos de cuidado e de proteção e vigilâncias, como por exemplo a estratégia de um coletivo de apoiadores, um processo de educação permanente. Tudo isso sempre orientado por uma concepção de que é na vida que acontece em cada território, portanto sempre em transformação, que se produz saúde.

A experiência de Aracaju (SANTOS, 2004) foi importante para visibilizar a potência desses arranjos. Conformou-se um desenho de gestão envolvendo milhares de pessoas, partindo de quatro consensos:

- 1) Os atores da gestão se produzem em território onde há atores e objetos que se conformam; 2) é necessária a interação de atores do mesmo território e desses com os demais territórios, em colegiados denominados espaços de gestão; 3) As instâncias de direção constituem-se como polos executivos com poderes na sua abrangência; 4) uma mesma organização pode ter vários sistemas de gestão para cada fragmento com objeto definido, porém, não é o conjunto de sistemas de gestão que conforma o sistema da secretaria e sim o objeto da secretaria⁴⁰.

Alguns exemplos de estratégias utilizadas pelos municípios que assumiam o modo petista de governar nestes mais de 30 anos do SUS são a ampliação da participação da população e dos trabalhadores com o fortalecimento da autonomia dos Conselhos Municipais de Saúde; a instalação de Conselhos em todos os serviços; a criação de Ouvidoria; a

realização regular de Conferências Municipais de Saúde; a criação de espaços permanentes de formação para os usuários; o fortalecimento da relação dos movimentos sociais de diferentes conformações; e a abertura da participação destes na produção do desenho das políticas.

Fazem parte de um compromisso com uma gestão financeira qualificada: uma gestão qualificada e ética dos Fundos Municipais de Saúde; a priorização da saúde no orçamento municipal e a busca qualificada da ampliação do financiamento federal pela adesão a políticas e construção e habilitação de serviços necessários à rede de cuidados.

Em São Bernardo do Campo, o Orçamento Participativo⁴¹, uma estratégia do governo, e não apenas da saúde, assume que os problemas da cidade e a gestão destes não são apenas uma questão de governo. Nessa perspectiva, a sua complementaridade com os planejamentos setoriais e sua íntima relação com o Plano Plurianual o torna um dispositivo para pensar a cidade a curto, médio e longo prazo, definindo as prioridades junto à população. A cidade, marcada por desigualdades e diferenças nem sempre reconhecidas pelos moradores de diferentes territórios, trazia pesos distintos ao processo de priorização pelos participantes. A Caravana de Prioridades levava os representantes eleitos em cada região a todos os pontos da cidade onde algum problema foi priorizado nas plenárias regionais. Esse conhecimento coletivo permitia a definição conjunta de prioridades ser atravessada pela percepção da importância de cada proposta no conjunto do município, e não apenas pelo olhar do próprio território. Este processo, associado à formação do Conselho Municipal de Orçamento, permitia um exercício de cidadania ativa.

O diferencial das gestões petistas, ao estruturarem suas ações regulatórias,⁴² é a atuação na dimensão da micropolítica, com base no diálogo com os diferentes atores envolvidos no processo do cuidado e considerando os diferentes contextos e necessidades, e não apenas a construção de normas e estruturas. As estratégias utilizadas em muitos municípios partem da reorganização de fluxos assistenciais, da implantação de mecanismos regulatórios que garantam a equidade no acesso e da pactuação de referências, uso de ferramentas de gestão de filas compartilhadas entre Atenção Básica e Especializada, apoio matricial, acolhimento com escuta qualificada, elaboração de protocolos em conjunto com os atores envolvidos,

fortalecimento de vínculo e projeto terapêutico compartilhado entre equipe de saúde e usuário.

No município de Guarulhos (2005 a 2008),⁴³ a estrutura de regulação da Secretaria participou ativamente das plenárias de orçamento participativo na busca da escuta para as principais necessidades apontadas pela população, organizou encontros entre profissionais da Atenção Básica e da Atenção Especializada para discussões de casos, elaborou fluxos assistenciais, estruturou a Mesa de Pactuação Hospitalar para discutir, com a participação de profissionais de todas as portas de urgência, os processos relacionados às urgências do município que eram mediados pela regulação municipal. Um espaço onde os hospitais pactuavam os fluxos e o modo de operar em conexão com outros serviços no atendimento das urgências, e não mais cada um definindo sozinho seus protocolos. Implantou ainda protocolos de acesso às especialidades discutidos entre os profissionais e a sociedade civil organizada.

Em São Paulo (2013-2016), pela dimensão do município, esse era dividido em seis Coordenadorias de Saúde, espaços territoriais com gestão própria. Esta organizava a rede de cuidados naquela região. Foram organizados Fóruns de Regulação com a participação de profissionais de todos os serviços estaduais e municipais, mediados pelas respectivas coordenadorias, com a participação da equipe da regulação. Grande parte das ações regulatórias foram descentralizadas para as regiões que implantaram seus próprios protocolos, reorganizaram fluxos assistenciais de forma a propiciar a equidade no acesso e fizeram a gestão das filas de espera com a ajuda da Rede Hora Certa,⁴⁴ criada para reduzir o tempo de espera nos serviços de saúde. Tratou-se de um conjunto de ações com quatro unidades que se deslocavam pelas regiões da cidade a cada dois meses e realizavam exames e pequenas cirurgias, em conexão com os serviços especializados contratados pela Prefeitura.

O trabalho desenvolvido em São Bernardo do Campo estruturou a Central de Regulação Ambulatorial, Hospitalar e de Urgências. Dependendo de cada situação, diferentes estratégias foram adotadas para seu enfrentamento, envolvendo diferentes profissionais. O uso de dispositivos como consultas compartilhadas entre Atenção Básica e Especializada, discussões de caso e matriciamento foram utilizados nas diferentes situações.

Considerações Finais

Processos participativos puderam ser construídos nas administrações municipais. Entender as necessidades de cada cidadão e das localidades em que vivem foram as prioridades. Para tanto, percebe-se que a criatividade foi uma marca registrada do PT na saúde municipal.

Pautar todos os processos de atenção com base na Atenção Básica resolutiva, qualificada e humanizada, sempre em relação com os outros serviços, investindo em uma rede viva de cuidado, foi um importante diferencial. Muitos indicadores de saúde foram melhorados, como o de mortalidade infantil e redução de internações, como já exemplificado anteriormente.

Embora os municípios tenham investido os mínimos constitucionais ou mais, a ausência de apoio financeiro dos estados e a compressão do orçamento da União acabaram impondo um desafio para que as gestões municipais pudessem oferecer melhores resultados à população. Ao mesmo tempo, a ausência do papel coordenador estadual, em muitos casos, dificultou que cada município pudesse trabalhar e exercer seu papel de forma mais articulada com outros municípios e com o próprio estado. Ou seja, gestões municipais precisaram se reinventar para dar conta da necessidade de seus cidadãos, muitas vezes sem o apoio técnico, articulador ou financeiros de seus estados, havendo algumas exceções, como nos casos do Rio Grande do Sul, Bahia e Sergipe, onde os estados assumiram em alguns momentos esse papel, inclusive, financiando a atenção básica, permitindo um apoio estrutural e organizativo desse nível de atenção.

As gestões municipais petistas em saúde descritas nesse artigo foram, na maioria dos casos, pautadas por processos democráticos em que o olhar privilegiado do e para o cidadão fossem escolhidos como alternativa para as ações.

Gestões que mostraram que, para além das portarias, normas e protocolos, o cuidado centrado nas pessoas tem que ser produzido em cada território junto à população e aos trabalhadores.

RESUMO

Este artigo explora o jeito petista de governar nas gestões municipais, com foco na saúde. Reconhecendo que não há como registrar as centenas de experiências municipais, que são singulares e muito plurais, busca refletir sobre os dispositivos desenvolvidos em alguns municípios como exemplos de possibilidades de construção de uma gestão qualificada e centrada nas pessoas, e não apenas em arranjos administrativos e burocráticos. Tem como central a reflexão sobre a Atenção Básica, o cuidado em saúde mental e álcool e drogas, o jeito de cuidar centrado nas pessoas e os arranjos de gestão. Uma aposta na possibilidade de transformação da vida das pessoas quando a gestão se compromete com a defesa da vida.

PALAVRAS-CHAVE:

Município; saúde mental; arranjos de gestão; cuidado.

PT mode to rule the municipalities: transformations and challenges

ABSTRACT

This article explores the PT way of governing in municipal administrations, focusing on health. Recognizing that it does not have with register the hundreds of municipal experiences, which are unique and very plural, Seeks to reflect on the devices developed in some municipalities as an example of possibilities of building a qualified management and centered on people and not only in administrative and bureaucratic arrangements. Its center is the reflection on primary care, mental health care and alcohol and drugs, the way of caring centered on people and management arrangements. A bet on the possibility of transforming people's lives when management is committed to the defense of life.

KEYWORDS:

Municipality; mental health; management arrangements; care.

NOTAS

¹ Psicóloga sanitária, docente da Unifesp. Contato da autora: lumenafurtado@gmail.com.

² Médica sanitária, secretária executiva do COSEMS/SP. Contato da autora: aparecidapimenta@gmail.com

³ Odontóloga, assessora legislativa do SF. Contato da autora: silvanassp@bol.com.br.

⁴ Médico sanitário, Doutor em Saúde Coletiva, pesquisador da Fiocruz Minas. Contato do autor faustops@uol.com.br.

⁵ Informação de Maria Alice Vieira, historiadora e coordenadora da área de acervos históricos do Centro Sérgio Buarque de Holanda da Fundação Perseu Abramo.

⁶ Agradecemos a preciosa colaboração no levantamento de informações sobre temas e municípios: Alzira de Oliveira Jorge, Monica Aparecida Costa e Marta Elizabete (Belo Horizonte); Debora Bertussi (São Bernardo do Campo); Elaine Maria Giannotti (São Paulo e Guarulhos); Marlene Zucoli, Silvio Fernandes e Rossana Staevie Baduy (Londrina); Morris Pimenta e Souza (Mauá); Judete Ferrari (Alegrete); Maria do Carmo Carpintero (Campinas); Maria Amélia Alves Lyra (Camaragibe); Rosângela Cecim Albim (Belém) e Ana Maria Figueiredo (vigilâncias).

⁷ Prefeituras petistas em Santos: prefeita Telma de Souza (1989 a 1992), e secretária de saúde a cargo de David Capistrano e Aparecida Linhares; prefeito David Capistrano (1993 a 1996) e secretários Aparecida Linhares Pimenta e Claudio Maierovitch.

⁸ KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. *In*: Campos, F. C. B & Henriques, C. M. (ed.). *Contra a maré, à beira mar*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 67 a 73.

⁹ Prefeituras petistas em Amparo: prefeito Cesar Pagan (2001-2008) e secretária Aparecida Linhares Pimenta; prefeito Paulo Miotta (2009-2012) e secretárias Maria do Carmo Carpintero e Anna Luiza Castro.

¹⁰ PIMENTA, A. L.; COIMBRA, A. M. V.; LIVORATO, F.; BARROS, J. N. C.; RESENDE, T. C. B. Pesquisa sobre organização e desempenho das unidades de saúde da família de Amparo – SP: utilização de metodologia de avaliação rápida. *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 42, p. 102-117, 2008. PIMENTA, A. L. *A construção de colegiados de gestão: a experiência de gestão da secretaria municipal de saúde analisada por um ator político implicado*. Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2007.

¹¹ Prefeito José Fritsch (1997 a 2000) e Pedro Uczai (2001 a 2004); secretária Marlene Madalena Possan Foscheira

¹² PIMENTA, Aparecida Linhares. *Saúde e Humanização: a experiência de Chapecó*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. v. 1. 312p.

¹³ Prefeito Marcelo Deda (2001 a 2004), secretário Rogério Carvalho.

¹⁴ SANTOS, Rogério Carvalho. *Saúde todo dia: uma construção coletiva*. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2005, 265 p. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/309143>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

¹⁵ Prefeito Mario Reali (2009-2012), secretária Aparecida Linhares Pimenta.

¹⁶ PIMENTA, A. L.; MORELLI, K.; LEITE, H. *A construção de rede para enfrentamento em Diadema: a arte do diálogo*. Conasems (Brasília), v. 41, p. 46-48, 2011.

¹⁷ Prefeito Eloisio Loureiro (2013-2016), secretárias Aparecida Linhares Pimenta e Fátima Livorato.

¹⁸ BRASIL. *Portaria n. 1459*, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde [2011]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 10 nov. 2020.

¹⁹ Prefeito Patrus Ananias (1993-1996), secretário Cezar Campos; prefeitos Célio de Castro e Fernando Pimentel (1993-1996), secretários Evilásio Teubner e Helvécio Magalhães; prefeito Fernando Pimentel (2005-2008), secretário Helvécio Magalhães; e vice do PT Roberto de Carvalho (2009-2012) e secretário Marcelo Teixeira.

²⁰ Prefeito Edmilson Brito Rodrigues (1997-2004) e secretários Edmundo Gallo, Pedro Anaisse e Esther Bermengui.

²¹ ALBIM, R. C.; Sousa, E. M. O. Um novo olhar sobre a loucura e a forma de cuidar: outro lugar social para o louco é possível. In: MATOS, L. S.; MEDEIROS, L. G. & LIMA, V. N. (Org.). *Brinquedos de saúde: Experiências de educação e cuidado na produção da vida*. Belém: Editora Paka-Tatu/Univ. Federal do Pará, 2019.

²² Prefeito Erasmo Silva (2008-2016), com a vice do PT Preta Mulazzani e secretária Maria do Horto Salbego.

²³ FERRARI, J. A. Saúde Mental Coletiva em Alegrete – birutanaredspot.com. Disponível em: <<https://birutanarede.blogspot.com/search/label/Sa%C3%BAde%20Mental%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica%20e%20na%20Comunidade>>. Acesso em: em 08 outubro de 2020.

²⁴ Para mais informações: NILO, Kelly. *Política de Saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Staff Art Marketing, 2008; JUNIOR, H.

M. M (org.). *Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza Ed., 2010.

²⁵ Prefeito Luis Marinho (2009-2016); secretários Arthur Chioro e Odete Gialdi.

²⁶ Instituída pela Portaria n. 3.088. BRASIL. *Portaria n. 3.088*, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde [2011]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_re_p.html>. Acesso em: 16 nov. 2020.

²⁷ Prefeito Jacó Bittar e vice-prefeito Antônio da Costa Santos (1989-1992), secretário Gastão Wagner de Sousa; prefeito Antônio da Costa Santos (janeiro a setembro de 2001), assassinado nesse mesmo ano, assume Izalene Tiene (2001-2004), secretários: Gastão Wagner e Maria do Carmo Cabral Carpintero.

²⁸ CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

²⁹ Prefeito Fernando Haddad (2013-2016), secretários José de Filipi Junior e Alexandre Padilha.

³⁰ FURTADO, L. A. C. A experiência do Programa de Braços Abertos. In: LOPEDOTE, M. L. Galle *et al.* (org.) *Corpos que sofrem: como lidar com os efeitos psicossociais da violência?* São Paulo: Elefante, 2019; ALVES, Y. D. D. *Jamais fomos Zumbis – contexto social e craqueiros na cidade de São Paulo*. Salvador: Edufba/Cetad, 2017.

³¹ Prefeita Telma de Souza (1989-1992), secretários David Capistrano e Aparecida Pimenta; prefeito David Capistrano (1993-1996), secretários Aparecida Pimenta e Claudio Maierovitch.

³² Prefeito Paulo Santana (1996-2003), secretária Reneide Muniz.

³³ Região do Estado de São Paulo composta por sete municípios: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra.

³⁴ NICACIO, F.; KINKER, F. S. O desafio do viver fora: construindo a Cooperativa Paratodos. In: HENRIQUES, C. M. P.; CAMPOS, F. C.B. (org.). *Contra a maré, à beira mar: a experiência do SUS em Santos*. 1 ed. São Paulo: Scritta, 1996, p. 121-131; ANDRADE, Márcia Campos *et al.* Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 33, n. 1, p. 174-191, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000100014>.

³⁵ Mais informações no endereço: <<https://www.saobernardo.sp.gov.br/nucleo-de-trabalho-e-arte-nutrarte>>

³⁶ Unidade responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios.

³⁷ FURTADO, Lumena A. Castro e TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1998, vol. 32, n. 6, pp. 587-595. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000600013>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

³⁸ Prefeito Nedson Luís Micheletti (2001-2004), secretários Marlene Zucoli e Silvio Fernandes.

³⁹ Prefeito Donizete Braga (2013-2016), secretárias Lumena Almeida Castro Furtado e Celia Bortoleto.

⁴⁰ SANTOS, Rogério Carvalho. *Saúde todo dia: uma construção coletiva*. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2005, 265 p. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/309143>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

⁴¹ OLIVEIRA, N. A.; ARROYO, V. H. & SILVA, S. V. (org.). *Protagonismo e Participação em São Bernardo do Campo*. Olhares pelo caleidoscópio. São Bernardo do Campo: Prefeitura de São Bernardos do Campo, 2015.

⁴² GIANNOTTI, E. M. *A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos*. Dissertação (Mestrado em Pós-Graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013; SANTOS, F. P. e MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan/jun 2006; FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.) *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde*. Surpreendendo o instituído nas redes. Livro 2. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, pp. 354-364.

⁴³ Prefeito Eloy Pietá (2001-2008), secretário Paulo Capucci.

⁴⁴ BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). Secretaria Municipal de Saúde. Informe Rede Hora Certa. S.d. Site da Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <https://sms.sp.bvs.br/multimedia/?filter=media_collection:%22Informe%20Rede%20Hora%20Certa%22>. Acesso em: 06 nov. 2020.