

Título do capítulo	CAPÍTULO 3 - INOVAÇÕES NAS PRÁTICAS DE GESTÃO DO SUS: DESAFIOS PARA REDUZIR DESIGUALDADES EM SAÚDE
Autores (as)	Adriano Massuda Gastão Wagner de Sousa Campos
Título do livro	IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS E ATUAÇÃO DE GESTORES PÚBLICOS
Organizadores (as)	Janine Mello Vanda Mendes Ribeiro Gabriela Lotta Alicia Bonamino Cynthia Paes de Carvalho
Cidade	Brasília
Editora	IPEA
Ano	2020
ISBN	978-65-5635-000-4

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

INOVAÇÕES NAS PRÁTICAS DE GESTÃO DO SUS: DESAFIOS PARA REDUZIR DESIGUALDADES EM SAÚDE

Adriano Massuda¹

Gastão Wagner de Sousa Campos²

1 INTRODUÇÃO

A redução de desigualdades no acesso a serviços de saúde de qualidade é um desafio global (Kruk *et al.*, 2018). Apesar dos avanços tecnológicos permitirem curar doenças e prolongar a vida, grande parte das mortes preveníveis no mundo se deve ao não acesso a recursos diagnósticos e ao tratamento adequado de patologias com possibilidade terapêutica (Howitt *et al.*, 2012). Por sua vez, o uso irracional de produtos para a saúde é causa de iatrogenias, efeitos colaterais e desperdício de recursos (Howitt *et al.*, 2012). Experiências internacionais demonstram que países com sistemas de saúde bem estruturados, com adequado financiamento, alocação de recursos, formação de profissionais de saúde, regulação do uso de tecnologias e coordenação de serviços têm maior eficiência em gastos, melhores indicadores de saúde e maior satisfação dos usuários (WHO, 2007; Mckee *et al.*, 2009).

No Brasil, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) permitiu ampliar o acesso a serviços de saúde, reduzindo mortes por causas preveníveis e diminuindo desigualdades regionais (Paim *et al.*, 2011). Entretanto, a reforma sanitária brasileira foi incompleta. A persistência de problemas estruturais, como o subfinanciamento crônico, fragilidades na alocação de recursos e na organização regional, mantém altos os índices de inequidade no padrão de acesso a tecnologias em saúde, principalmente na atenção especializada e hospitalar (Paim *et al.*, 2018).

1. Professor adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR). *E-mail*: <amas-suda@hsph.harvard.edu>.

2. Professor titular da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). *E-mail*: <gastao@fcm.unicamp.br>.

Os desafios do SUS colidem com o aumento da complexidade dos problemas de saúde contemporâneos. A maior prevalência de doenças crônico-degenerativas ocorre em conjunto com a persistência de doenças infectocontagiosas e alta carga de agravos de saúde mental e violências (Marinho *et al.*, 2018). O atual perfil epidemiológico exige dos profissionais de saúde, além de competência biomédica, capacidade para compreender dimensões psicossociais e lidar com contextos de vulnerabilidade (Campos, 2006). Além disso, serviços de saúde organizados com equipes multiprofissionais, que combinem autonomia profissional com responsabilidades clínicas e sanitárias, articulados em redes de atenção, com atuação inter-setorial e abertos a participação comunitária, têm maior capacidade para manejo de problemas de saúde (Campos e Amaral, 2007).

O fortalecimento do sistema de saúde, portanto, deve estar associado à implantação de inovações – novas tecnologias, práticas, objetos ou arranjos institucionais – voltados para melhorar os resultados em saúde (Atun, 2012). Para tanto, projetos transformadores devem combinar a reformulação de estruturas organizacionais, o modo de governar serviços, e, ao mesmo tempo, promover a mudança nas pessoas, nos seus valores e na cultura (Campos, 1992).

Neste capítulo, exploramos possibilidades, limites e desafios para inovação nas práticas de gestão do SUS implementadas na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba entre 2013 e 2016. Utilizamos conceitos e técnicas de planejamento estratégico e gestão participativa para aumentar a eficiência do sistema e reduzir desigualdades no acesso a serviços (Campos, 2000). Empregamos método de estudo de caso, sendo o pesquisador observador participante (o pesquisador ocupou o cargo de secretário municipal de Saúde entre 2013 e 2015), além de revisão bibliográfica e consulta a documentos oficiais. Parte do material foi apresentado na tese de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) (Massuda, 2014).

2 DESAFIOS DO INÍCIO DA GESTÃO

Curitiba é reconhecida pelo planejamento urbano e inovação em políticas públicas. Foi uma das pioneiras na implantação do SUS, desenvolvendo um conjunto de inovações na gestão em saúde (quadro 1).

QUADRO 1

Linha do tempo: rede municipal de saúde – Curitiba (1960-2016)

1960

- † Composição da rede hospitalar ligada aos cursos de Medicina;
- † Hospital de Clínicas/Universidade Federal do Paraná (UFPR), Hospital Cajuru/Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) e Hospital Evangélico/Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná (Fepar);
- † Departamento de Educação, Recreação Orientada e Saúde (1963);
- † Implantação da primeira unidade de saúde municipal.

1970

- † Dez primeiras unidades básicas de saúde (UBS) e treze consultórios odontológicos ligados a instituições religiosas e filantrópicas (1979).

1980

- † Ações integradas de saúde (1985);
- † Criação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (1986);
- † SMS instituiu o Comitê Municipal de Morte Materna (1989);
- † Cinquenta e três unidades de saúde e 34 consultórios odontológicos.

1990

- † Implantação do Serviço de Atendimento ao Trauma (Siate) (1990);
- † Criação da primeira unidade de saúde 24 horas (1990);
- † Primeira Conferência Municipal de Saúde (1991);
- † Municipalização de serviços assistenciais e de vigilância (1992);
- † Implantação de UBS com médico da família na periferia da cidade (1992);
- † Implantação do Laboratório Municipal de Análises Clínicas (1992);
- † Aprovação do Código Municipal de Saúde (1996);
- † Implantação do Sistema Municipal de Auditoria (1996);
- † Organização de sete distritos sanitários (1997);
- † Programa Cária Zero (1997);
- † Gestão plena do município (1998);
- † Implantação de prontuário eletrônico (1999);
- † Programa *Mãe curitibana* vincula o pré-natal nas UBS às maternidades (1999).

2000

- † Cento e quatro unidades de saúde: 90 com odontologia, 37 saúde da família e 11 com especialidades (2000);
- † Contratos de gestão e planos operativos (2002);
- † Incentivo de desenvolvimento de qualidade (2003);
- † Contratualização de hospitais de ensino (2004);
- † Criação do Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (Samu) (2004);
- † Implantação da Ouvidoria da Saúde (2006);
- † Criação de Sistema de Urgência e Emergência de Curitiba (2007);
- † Implantação de 29 Núcleos de Apoio à Atenção Primária à Saúde (NAAAPS) (2008);
- † Implantação de dez centros de atenção psicossocial (CAPS) (2000-2010);
- † Implantação de oito centros municipais de urgências médicas (Cmum)/unidade de pronto atendimento (UPA) (2007-2010).

2010

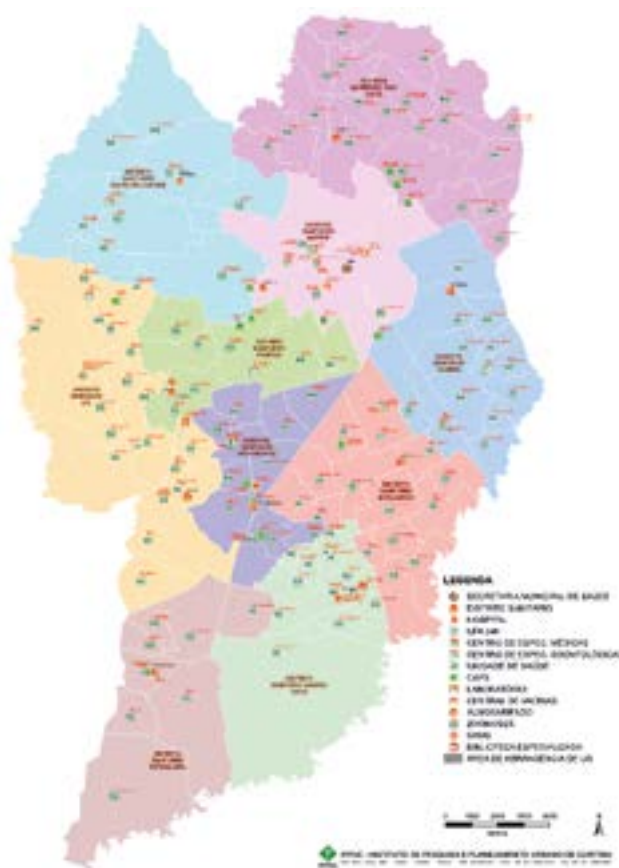
- † Modelo de atenção às condições crônicas (2011);
- † Mudança no sistema de informação (2012);
- † Implantação de um hospital municipal e serviço de atenção domiciliar (SAD) (2012);
- † Criação de Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (Feaes) (2012);
- † Criação do Departamento de Atenção Primária em Saúde (Daps) e Redes de Atenção à Saúde (Dras) (2013);
- † Implantação do programa de residência médica e multiprofissional municipal (2013 e 2014);
- † Implantação do consultório na rua (2013);
- † Ampliação do horário de atendimento em UBS até 22 horas (2013);
- † Implantação do telessaúde regulação (2013);
- † Adesão ao programa *Fast track cities: ending the Aids epidemic by 2030* (2014);
- † Abertura de 64 leitos em CAPS (2013-2016).

Elaboração dos autores.

Entretanto, apesar de contar com um sistema de saúde bem estabelecido (mapa 1), demandas populacionais por melhorias no acesso a serviços de saúde contribuíram para mudança inédita na administração municipal em 2012 (Neves, 2012). O prefeito de Curitiba eleito à época enfatizou em seu programa de governo a gestão participativa, a inovação, a transparência e a humanização das políticas públicas, conferindo prioridade para áreas sociais, em especial saúde e educação (Curitiba, 2013b).

MAPA 1**Rede do SUS-Curitiba: dados gerais e mapa de equipamentos de saúde**

Dados gerais: (2016)
População estimada: 1.893.997
Serviços de saúde do SUS
Unidades básicas de saúde: 110
Clínicas especializadas: 44
Hospitais especializados: 8
Hospitais gerais: 14
Laboratórios de saúde pública: 1
Policlínicas: 18
Pronto atendimentos (UPA): 9
Serviços de atenção domiciliar: 13
Unidades de apoio diagnose e terapia (SADT): 41
Unidades de Samu: 28
Telessaúde: 1
Leitos gerais: 2.671
Leitos de UCI mais isolamento: 135
Leitos de UTI: 321
Total de leitos: 3.127
– Dez distritos de saúde
– Trabalhadores do SUS: 9.615
– Orçamento: R\$ 1,62 bilhão
(R\$ 858,26 *per capita*)
(51,32% municipal e 48,68% SUS)
– Planos privados: cobertura 52%



Fontes: CNES/Ministério da Saúde e Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC).

Após cerca de duas décadas de um mesmo grupo político à frente da SMS de Curitiba, o primeiro desafio foi renovar a administração da secretaria, compondo uma equipe com quadros técnicos para administrar uma rede ampla e complexa de serviços, em situação de crise aguda.

No início de gestão, em janeiro de 2013, os estoques de medicamentos garantiam cobertura para aproximadamente quinze dias e alguns itens já estavam em falta nas unidades de saúde. Atrasos de pagamento levaram a ameaça de greve por trabalhadores de empresas prestadoras de serviços gerais contratadas pela SMS, e havia o risco de fechamento de serviços essenciais, como maternidades, ambulatórios especializados e leitos hospitalares. A situação mais grave, porém, encontrava-se nas UPAs. Sobrecarregadas e com graves problemas de funcionamento, esses serviços eram objetos constantes de cobertura da imprensa a respeito de casos de pacientes que aguardavam muitas horas para serem atendidos ou doentes graves que esperavam vários dias para serem encaminhados para leitos em unidade de terapia intensiva (UTI) (Antonelli e Milan, 2013).

Além de enfrentar os desafios imediatos, buscou-se desde o início criar bases para mudanças no modo de gestão e das práticas de saúde no âmbito da SMS. Entre os objetivos traçados inicialmente estavam o fortalecimento do papel da atenção primária em saúde (APS) e de redes entre serviços, buscando aumentar eficiência do sistema de saúde.

3 COMPOSIÇÃO DA EQUIPE E REVISÃO DO MODELO ORGANIZACIONAL

A nomeação da nova equipe de gestão da SMS foi realizada em meio a revisão do modelo organizacional e de gestão. A secretaria contava com três principais níveis administrativos: *i*) nível central: composto pelo gabinete do secretário, duas superintendências (gestão e executiva) e seis centros (assistência à saúde; urgência e emergência; controle, avaliação e auditoria; epidemiologia, e saúde ambiental; e informação); além de quatro núcleos de apoio: financeiro, recursos humanos, administração e jurídico; *ii*) nível distrital: composto por nove distritos sanitários e suas respectivas coordenações técnicas (correspondentes à administração regional do município); e *iii*) coordenações de serviços: composto pelo conjunto de coordenadores de unidades de saúde e suas equipes assistenciais: UBS, UPA, CAPS e centros de especialidades.

Foram definidos inicialmente os cargos no nível central da SMS. Esse processo ocorreu entre o período de transição governamental e o primeiro mês de gestão, quando foi desencadeada a reorganização das superintendências e dos centros, buscando conferir as seguintes atribuições para a coordenação de funções-chave do sistema de saúde.

- 1) Gestão estratégica e administrativa: a superintendência executiva, antes com atuação na administração financeira e de contratos, foi reorganizada incorporando a área de planejamento, além da gestão de pessoal, insumos, infraestrutura e tecnologia da informação, buscando conferir maior capacidade para alocar os recursos à agenda estratégica de governo.

- 2) Gestão da atenção à saúde: a superintendência de gestão, antes com atuação de coordenação geral da SMS, passou a ter foco na coordenação da assistência, buscando articular serviços de diferentes complexidades. Para isso, os centros foram reorganizados de acordo com níveis de atenção à saúde, entre eles: *atenção primária em saúde*, responsável pela rede de UBS; *redes de atenção em saúde*, pela coordenação de serviços especializados e hospitalares; *urgência e emergência*, com atribuição de coordenar o serviço de ambulâncias do Samu, as UPAs e emergências hospitalares. A área de *controle, avaliação e auditoria* manteve a estrutura para atuação sobre os serviços assistenciais contratados pela SMS. Durante a gestão foi também criado o *departamento de saúde mental*, com função de coordenar os CAPS, as residências terapêuticas, os leitos psiquiátricos e demais equipamentos desta área de atenção.
- 3) Gestão da vigilância e saúde coletiva: buscou aproximar as diretorias responsáveis pelas áreas de epidemiologia, sanitária e ambiental, que apesar de terem semelhantes objetos de atuação, funcionavam, em geral, de maneira desarticulada. Para isso, foi instituído um colegiado das vigilâncias, integrando o planejamento de ações conjuntas.

Implantou-se no início de governo uma *assessoria de apoio à gestão*, vinculada ao gabinete da SMS, e depois ligada à diretoria de planejamento. Essa assessoria teve objetivo de dar suporte ao desenvolvimento de capacidade gerencial aos novos dirigentes, apoiando desde a composição da nova equipe, o estabelecimento de espaços de planejamento e gestão participativa, a reorganização de serviços com maior dificuldade de funcionamento, além de auxiliar na interlocução com o controle social.

Ao longo do primeiro mês de gestão, também foi realizada a nomeação da nova equipe de diretores dos distritos de saúde. Foram utilizados como critérios para escolha a experiência prévia na gerência de serviços do SUS-Curitiba, capacidade de liderança de equipe e alinhamento ao projeto da administração municipal. A revisão dos modos do papel e de funcionamento dos distritos foi iniciada nas primeiras etapas do planejamento da SMS e se estendeu durante toda a gestão.

Em seguida, deu-se início a renovação do quadro de gerentes de unidades de saúde, concluída nos três primeiros meses de gestão. Para isso, foi criado um *banco de potenciais gestores*, abrindo aos trabalhadores de toda a SMS a possibilidade de se inscreverem, registrando seu perfil de competência técnica, experiência profissional, carta de intenções e serviços almejados. De cerca de 3 mil profissionais aptos para os cargos gerenciais, houve mais de seiscentos inscritos para pouco mais de cem vagas (Silva *et al.*, 2016). Os candidatos foram selecionados em entrevistas realizadas por diretores de distritos e assessores da SMS. Ao final desse processo,

obteve-se renovação de cerca de 90% dos gestores de serviços do SUS-Curitiba e o início de um movimento de mudança na estrutura organizacional da SMS e de funcionamento de seus serviços.

Ressalta-se que o processo de mudança de gestores ocorreu com alto grau de liberdade para a escolha dos nomes que fossem compor a equipe de gestão. Além disso, ajustes no organograma da SMS foram discutidos com a administração municipal ao longo do período de governo para formalizar as alterações realizadas. No entanto, não se esperou a formalização de mudanças para alterar o modo de funcionamento da SMS.

4 IMPLANTAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E GESTÃO COLEGIADA

A nova equipe gestora era heterogênea, composta por uma variedade de perfis profissionais e trajetórias pessoais: pessoas de fora de Curitiba, profissionais da rede municipal que não haviam trabalhado em cargos de gestão, e trabalhadores do SUS-Curitiba com bastante experiência na gestão do município. Cada membro da equipe trazia referenciais e experiências distintas, o que produziu grande riqueza ao grupo, mas também conflitos e disputas que precisaram ser administrados nos espaços de gestão colegiada.

Os colegiados de gestão foram criados em todos os níveis da secretaria (central, distrital e serviços) buscando favorecer a gestão participativa nos espaços da SMS. No nível central, o colegiado era composto por superintendentes, diretores de áreas e de distritos. Nas superintendências, diretorias e distritos por suas respectivas coordenações técnicas, e nos serviços pelas equipes de saúde. Em geral, as reuniões eram semanais e as pautas definidas pela agenda estratégica de gestão com os assuntos mais importantes do momento.

A espinha dorsal da agenda de gestão, entretanto, foi definida no planejamento estratégico. O planejamento foi ao mesmo tempo instrumento, processo e estrutura, ocorrendo ao longo de toda a gestão, buscando envolver o conjunto de áreas da administração da SMS (Marty *et al.*, 2016). Foram realizadas oficinas de trabalho e reuniões temáticas a partir dos temas priorizados no programa de governo, com objetivo de elaborar um diagnóstico situacional e compartilhado, traçar as diretrizes de gestão, definir a agenda estratégica e metas para acompanhar a implementação de mudanças.

A criação da diretoria de planejamento e monitoramento, vinculado à superintendência-executiva da SMS, foi crucial para inserir os produtos do planejamento na agenda estratégica de gestão. Até então, a área constituía-se como uma assessoria de gabinete voltada para o preenchimento de planilhas exigidas pela administração pública, como lei orçamentária, programação de saúde e relatórios de gestão. Além de burocrático e centralizado, não tinha capacidade analítica, pouco contribuindo

para a construção de explicações e intervenções sobre os problemas do sistema de saúde. Ao passar a dispor de estrutura funcional no organograma para coordenar a elaboração e execução do plano de gestão, a área passou a conduzir ações centrais para o enfrentamento dos problemas de funcionamento do sistema de saúde.

Os momentos de planejamento também serviram de espaço para formação do coletivo de gestão da SMS, ampliando a capacidade de análise, intervenção e integração de equipe. A utilização de variadas metodologias de análise institucional, planejamento estratégico e gestão participativa, possibilitou que a equipe dirigente trabalhasse em conjunto na definição das diretrizes estratégicas da gestão. Isso permitiu colocar em discussão a diversidade de referenciais, diferenças e aproximações, e a construção de maior capacidade de interlocução e integração entre as áreas da SMS.

5 ELABORAÇÃO DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Como primeiro produto do planejamento da SMS, na gestão 2013-2016, foi elaborado um amplo diagnóstico situacional, abordando problemas a serem enfrentados com explicação das causas e suas consequências. Em síntese, foram destacados os seguintes desafios.

- 1) Dificuldade de acesso a consultas em UBS: apesar da cidade dispor de unidades de saúde cobrindo praticamente todo seu território, o acesso da população a esses serviços apresentava inúmeras dificuldades, com consequências para os demais níveis do sistema. O modelo de organização das UBS era baseado em programas verticais de saúde pública, em que consultas médicas e de enfermagem eram destinadas a indivíduos que se “encaixavam” nos programas de hipertensão, diabetes, saúde mental e serviços de saúde materno-infantil (Massuda, Poli Neto e Drehmer, 2014). Crianças, especialmente até 1 ano de idade, gestantes, hipertensos e diabéticos eram pré-agendados seguindo protocolos de estratificação de risco. Essas mesmas pessoas, porém, poderiam encontrar dificuldades de acesso às UBS se viessem com uma demanda diferente da rotina pré-estabelecida pela unidade. Conseqüentemente, restavam poucas vagas de consultas para o dia, que eram oferecidas por ordem de chegada para as pessoas que buscavam atendimento. Com isso, longas filas se formavam no início da manhã, antes mesmo de as unidades abrirem, e boa parte da população passou a procurar as UPAs por problemas de saúde que deveriam ser resolvidos na APS.
- 2) Serviços de urgência sobrecarregados: no início de 2013, a situação da área da urgência no SUS em Curitiba era de crise instalada, principalmente nas UPAs. Desenhadas para funcionarem como “mini-hospitais” (Casos...,

2007), esses serviços (oito em 2013) funcionavam como válvulas de escape do sistema, absorvendo todos os tipos de falhas, como a dificuldade de acesso dos pacientes às UBS, aos leitos em UTI nos hospitais, e mesmo a consultas ambulatoriais especializadas. Além disso, também recebiam número crescente de pacientes da Região Metropolitana (RM) de Curitiba. Como consequência, tornaram-se pontos de extrema tensão. De um lado, filas de espera para atendimento médico de casos de baixa complexidade que frequentemente ultrapassavam cinco horas. De outro, uma média diária de dez a quinze pacientes graves, com intubação orotraqueal e uso de respiradores, que deveriam ser imediatamente encaminhados para hospitais, mas que em algumas situações passavam mais de uma semana aguardando vaga em leito em UTI.

- 3) Longo tempo de espera para consulta especializada: a atenção especializada foi uma das áreas que menos se modificou desde a implementação do SUS. Caracterizava-se pela excessiva fragmentação, com mais de uma centena de tipos de especialidades e subespecialidades, e baixa interação com a APS. A maior parte da disponibilidade de atendimento era destinada a consultas de retorno, restando apenas de 10% a 20% de vagas para casos novos. Por sua vez, era alto o percentual de encaminhamentos da APS considerados desnecessários para especialidades. Consequentemente, apesar do grande número de consultas especializadas (média de 1,5 milhão/ano), o tempo de espera em média era de três a seis meses, superando dois anos em algumas áreas, sendo consumido em maior parte por pacientes que poderiam ser acompanhados na APS (König e Pelegrino, 2014).
- 4) Subutilização de informações para avaliação em saúde: embora o setor de vigilância em saúde tenha sido municipalizado nos anos 1990 e instituído práticas de planejamento considerando as necessidades territoriais, a integração entre ações de vigilância e assistência à saúde era mínima. Como consequência, apesar de contar com uma riqueza de dados, as informações eram muito pouco utilizadas e apropriadas pelas equipes de saúde para análise de situação de saúde ou retorno do impacto das ações realizadas.
- 5) *Deficit* fiscal e rigidez administrativa: a expansão de serviços, sem correspondente financeiro adequado, provocou um grave *deficit* fiscal nas contas da SMS. Entre 2007 e 2012, foram implementados oito UPAs e um hospital municipal, provocando um aumento anual de custeio de cerca de R\$ 200 milhões (o orçamento inicial para a saúde era de R\$ 1,1 bilhão). Em decorrência, tornou-se frequente o atraso de pagamento a fornecedores e prestadores de serviços (Castro, 2013).

Por seu turno, o modelo organizacional da prefeitura municipal provocava rigidez na gestão administrativa, financeira e de pessoal do sistema de saúde. A coordenação dessas áreas era realizada por núcleos das secretarias de administração, finanças e recursos humanos lotados na SMS. Apesar de vinculados à superintendência executiva da SMS, os núcleos respondiam a suas respectivas secretarias de origem, burocratizando a tomada de decisão e o manejo de recursos do SUS.

6 DEFINIÇÃO DE DIRETRIZES DE GESTÃO

Após a elaboração do diagnóstico dos principais desafios do sistema, o departamento de planejamento coordenou oficinas para definição de objetivos/diretrizes, estratégias/ações, produtos/resultados, responsáveis e marcos de acompanhamento. As oficinas contaram com a participação dos departamentos afins e dos distritos de saúde. Elas foram organizadas em eixos de atenção à saúde, vigilância em saúde e gestão estratégica e administrativa.

Além de buscar enfrentar os principais problemas identificados no funcionamento do SUS-Curitiba, realizou-se análise de conjuntura, dos compromissos assumidos pelo prefeito eleito no plano de governo, bem como as diretrizes estratégicas do Plano Nacional de Saúde definido pelo Ministério da Saúde. Como produto foram estabelecidos os dez objetivos/diretrizes estratégicos para a SMS Curitiba na gestão 2013-2016 (Curitiba, 2014a), demonstrados no box 1.

BOX 1

Diretrizes gerais de gestão

1. Elaborar a Carta de Saúde do SUS-Curitiba com informação sobre princípios de funcionamento do sistema, ofertas dos serviços de saúde e direitos de saúde dos usuários.
2. Organizar modelos de atenção à saúde com foco no acesso, na humanização, na integralidade e na resolutividade, tendo a atenção primária à saúde (APS) como principal porta de entrada e ordenadora do sistema.
3. Implantar as redes de atenção à saúde segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde e reordenação das relações da Secretaria Municipal de Saúde com os serviços assistenciais contratados, segundo a lógica das redes, das linhas de cuidado e da conexão com os territórios considerando as necessidades da população (urgência e emergência; criança; mulher; doenças crônicas e degenerativas; idosos; saúde mental; saúde do trabalhador; e pessoa com deficiência).
4. Organizar um modelo de vigilância em saúde, que viabilize o fortalecimento das ações de saúde coletiva desenvolvidas no SUS-Curitiba, de maneira integrada à RM, voltadas para a redução de riscos e agravos à saúde da população.
5. Desenvolver uma política institucional e intersetorial de promoção da saúde, com enfoque nos determinantes da saúde e incorporando os conceitos de sustentabilidade e qualidade de vida, contribuindo com as ações voltadas para a redução de riscos e agravos à saúde da população.
6. Criar política de incorporação de novas tecnologias em saúde, valorizando práticas integrativas e qualificação da assistência farmacêutica e laboratorial.
7. Fortalecer a gestão participativa, o controle social e a descentralização da gestão na rede municipal de saúde, e contribuir com o desenvolvimento da gestão interfederativa do SUS, de modo solidário, compartilhado e corresponsável.

(Continua)

(Continuação)

8. Implementar as políticas de comunicação e informação, e de informática da SMS de Curitiba, compreendendo as áreas como uma dimensão estratégica da Política Municipal de Saúde.
9. Estruturar e implementar política de desenvolvimento de pessoas, buscando mais satisfação e qualificação dos trabalhadores, por meio de planos de cargos, carreiras, salários e educação permanente, e fortalecer a política de integração ensino-serviço.
10. Qualificar a gestão sobre infraestrutura e logística e fortalecer a gestão orçamentária e financeira exercida pela SMS, buscando mais eficiência e transparência do uso dos recursos.

7 PLANEJAMENTO DISTRITAL E LOCAL

Ocorreram movimentos paralelos de reorganização do modo de funcionamento dos distritos e planejamento local nos serviços de saúde.

Até o início de 2013, os diretores de distritos eram denominados *supervisores distritais*. Utilizavam-se instrumentos como contratos de gestão e avaliação de metas para controle da produção das equipes de saúde, com atuação predominante sobre os serviços de APS. Em oficinas de trabalho, buscou-se redefinir o papel e modo de atuação dos distritos, enfatizando a necessidade de coordenação das ações realizadas pelos diferentes serviços no âmbito do seu território de abrangência. Em essência, os distritos passaram progressivamente a ter maior atuação na regulação de acesso de pacientes a serviços de urgência (UPA), saúde mental (CAPS) e demais serviços especializados, bem como no monitoramento de informações de saúde da região.

Para o planejamento local, foi elaborado um roteiro de análise de processos de trabalho das equipes nas unidades de saúde, voltado para identificar problemas de funcionamento do serviço e definir ações para seu enfrentamento, alinhado às diretrizes estratégicas estabelecidas para gestão. Foram sistematizados produtos no plano de ação a serem acompanhados pelo monitoramento distrital.

8 MONITORAMENTO DO PLANO

Após a definição da agenda estratégica de gestão, foram estabelecidas instâncias de monitoramento de metas e resultados. Os produtos passaram a ser acompanhados semanalmente junto aos respectivos departamentos e setores, em reuniões coordenadas pela diretoria de planejamento. Reuniões semanais de acompanhamento eram realizadas com participação do secretário de saúde, buscando subsidiar tomadas de decisão sobre rumos das ações desenvolvidas. Esses espaços se mostraram de grande potência para a gestão do plano de governo da SMS, dada a possibilidade de percepção dos desafios que acompanhavam a implementação da política municipal de saúde e abrindo espaço para adequação contínua do planejamento estratégico.

9 IMPLANTAÇÃO DE MUDANÇAS

Nas diferentes esferas do SUS-Curitiba, a implantação de mudanças ocorreu de variadas maneiras, ritmos, métodos e intensidades. A seguir apresenta-se uma breve síntese de iniciativas realizadas.

- 1) Atenção primária em saúde: o ponto central para tornar a APS mais acessível, abrangente e eficaz foi induzir a transformação do modo de funcionamento das UBS, organizadas seguindo a lógica de programas verticais, para um modelo horizontal baseado nos princípios de APS (Massuda, Tilton e Poli Neto, 2018). Para isso, um decreto municipal foi publicado, definindo o novo marco normativo para a APS (Curitiba, 2013a). Entre os pontos principais abordados estavam a implantação de dispositivos de ampliação do acesso às unidades de APS (Wollmann *et al.*, 2014) (mudança no modo de agendamento com marcação de consultas no dia ou no máximo em 48 horas), implementação de carteira de serviços (conjunto de ações e procedimentos ofertados nas UBS) (Curitiba, 2014b), coordenação do cuidado (interlocação com outros níveis de atenção do sistema de saúde) e monitoramento de resultados (indicadores de avaliação de *performance* e qualidade). Em conjunto, foi promovida a ampliação do número de unidades de APS organizadas no modelo Saúde da Família, recomposição das Equipes dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (Nasf); extensão do horário de funcionamento de parte dos serviços até as 22 horas e definição de novos padrões de ambiência para as unidades de saúde.

Oficinas de trabalho e seminários foram organizados para discutir as novas orientações de funcionamento e do processo de trabalho com os profissionais que atuavam nas UBS do município (Poli Neto *et al.*, 2016a). As transformações foram iniciadas em um número determinado de unidades de saúde em cada distrito de saúde, buscando produzir efeito-demonstração para a mudança nas demais unidades. Equipes do departamento da APS acompanhavam *in loco* a reorganização do modo de funcionamento das UBS, fazendo reuniões com a equipe de trabalhadores e com a comunidade local para dar suporte ao processo. Entretanto, a alteração na cultura institucional e de modelos instituídos durante anos foi algo extremamente complexo, com grandes resistências, demandando esforços continuados de negociação para que mudanças nas práticas assistenciais pudessem ser efetivadas.

- 2) Atenção especializada e hospitalar: a implementação de arranjos e dispositivos para organização de redes de atenção foi a principal estratégia para a mudança no modo de funcionamento da atenção especializada

e hospitalar. O estabelecimento de apoio matricial e regulação clínica, combinada à criação de colegiados de prestadores por linhas de cuidado, revisão de programação assistencial e contratos com prestadores, foram algumas das medidas implementadas. O apoio matricial foi implantado para ofertar suporte técnico e pedagógico de especialistas para equipes de APS e instituir a corresponsabilização pela atenção à saúde. A regulação clínica de encaminhamentos da APS para especialidades passou a ser realizada por equipes matriciadoras, possibilitando melhor gerenciamento das filas de espera (Pinheiro *et al.*, 2016). A mesma lógica de apoio matricial e regulação clínica foi utilizada virtualmente com o telessaúde (Poli Neto *et al.*, 2016b).

Outras medidas, como colegiados de prestadores de serviços por linhas de cuidado, revisão de programação assistencial e contratos com prestadores, foram utilizadas para melhorar o uso de recursos disponíveis na rede assistencial. Entretanto, um dos principais entraves para mudanças era a dependência de prestadores contratados e a baixa capacidade da SMS de promover mudanças em seus processos de trabalho.

- 3) Saúde mental: as estratégias para reorganização da saúde mental iniciaram com a avaliação da estrutura e do funcionamento da rede municipal, seguidas pelo desenho de um novo modelo gerencial da rede (Dias e Scholotag, 2016). O diagnóstico revelou falhas de funcionamento de serviços, como o fato de os CAPS não atenderem pacientes em crise, os quais invariavelmente eram encaminhados para as UPAs ou hospitais psiquiátricos, e fragilidade na regulação assistencial para acesso aos leitos psiquiátricos.

Para reorganização da área, optou-se pela criação de um departamento de saúde mental, incluindo a área de álcool e drogas. A implementação das mudanças no funcionamento e na regulação dos serviços ocorreu em movimento sistêmico, envolvendo ao mesmo tempo toda a rede de saúde mental. As equipes dos CAPS, até então administrados por organizações sociais, passaram a ser contratadas pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (Feaes), aumentando a capacidade de gestão sobre esses serviços. Em outra frente, os distritos passaram a regular o acesso aos CAPS, por meio da interação com as equipes de UBS, Nasf e UPA. A regulação de acesso aos leitos em hospitais psiquiátricos e leitos de saúde mental em hospitais gerais, por sua vez, passou a ser realizado pela Central de Regulação Municipal com suporte de apoiadores de saúde mental, que atuavam buscando promover a articulação do acesso nos diferentes serviços da rede.

- 4) Urgência e emergência: a situação de crise encontrada nas UPAs exigiu foco imediato na resolução de casos de pacientes graves, atrasando o início do processo de planejamento do setor. A primeira medida foi estabelecer um gabinete de crise para acompanhar os casos internados nas UPAs e o funcionamento desses serviços. Passada a fase aguda da crise, iniciou-se a reestruturação do departamento de urgência e emergência, organizado até então como um subsistema de urgência, desarticulado dos territórios dos distritos de saúde. A reconfiguração do papel dos distritos para monitorar e regular o acesso da população às UPAs de sua área de abrangência, o fortalecimento da regulação e controle do uso de leitos de retaguarda, realizando inclusive auditoria de ocupação *in loco*, e a implementação de câmaras técnicas com hospitais para linhas de cuidado (trauma, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio), foram algumas das medidas implementadas para aprimorar o funcionamento da rede.

Além disso, buscou-se revisar contratos com prestadores hospitalares para deixar mais claro o papel de cada serviço na rede de urgência e estabelecer novas exigências para recebimento dos incentivos financeiros. Foram agregados critérios como a disponibilização de determinado número de leitos exclusivos para retaguarda clínica das UPAs, por hospital e região na cidade, sendo a sua regulação realizada pela central de leitos. Destaca-se ainda que as câmaras temáticas permitiram realizar avaliação coletiva, permanente, em quase tempo real, do cumprimento das pactuações de serviços componentes da rede de urgência. Além de identificar fragilidades e potencialidades do sistema, esses espaços propiciaram intercâmbio positivo entre serviços que antes pouco dialogavam, apesar de conformarem a mesma rede.

- 5) Controle, avaliação e auditoria (CAA): estes têm um papel estratégico no SUS em Curitiba em razão da relevância de prestadores contratados, públicos e privados, na produção de serviços especializados e hospitalares. Promoveu-se a reorganização desse setor para a atuação sobre o conjunto de procedimentos componentes das linhas de cuidado (cardiologia, saúde mental, oncologia, obesidade grave, neurologia, ortopedia, terapia renal substitutiva, reabilitação e transplantes). Isso favoreceu a análise e revisão de programação assistencial, contratos e monitoramento de resultados das metas contratadas pelo SUS.
- 6) Vigilância em saúde: a reorganização da vigilância e das ações de saúde coletiva envolveu um amplo escopo de atividades e áreas de atuação. Entre as iniciativas desenvolvidas, buscou-se integrar ações de equipes

de vigilância para ação sobre o território, ampliar o uso das informações de situação de saúde e articular programas e projetos de prevenção de doenças e promoção de saúde com serviços assistenciais, diferentes setores governamentais e variados segmentos da sociedade civil (Massuda, Tilton e Moysés, 2019).

O estabelecimento do colegiado de gestão, integrando as equipes de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador, permitiu identificar temas prioritários e intersecções de áreas de atuação a partir do mapeamento de áreas de risco e situações de vulnerabilidade no território. O estabelecimento da sala de situação sobre condições de saúde, agregando dados de diferentes fontes para monitoramento de agravos prioritários (mortalidades infantil, materna, por infarto, AVC, e emergências de saúde pública, entre outros) (Nakamura *et al.*, 2016) e de núcleo de saúde coletiva nas unidades de saúde favoreceu o uso de informações de saúde para acompanhamento de intervenções sobre os principais problemas de saúde.

Em outra frente, para abordar os determinantes da saúde, diversas intervenções foram realizadas em parceria com outros setores governamentais e a comunidade. Entre elas, destacam-se parcerias com catadores de lixo para controle de risco ambiental para prevenção de leptospirose; com a secretaria de trânsito para prevenção de mortes por acidentes rodoviários; com secretaria da mulher e organizações não governamentais (ONGs) para lidar com o crescente problema de violência de gênero, com a fundação de ação social para cuidado de pessoas em situação de rua. Muitas dessas ações eram acompanhadas pelo gabinete do prefeito, em particular, e também pela assessoria de direitos humanos

10 IMPACTOS EM SAÚDE

As intervenções realizadas (quadro 2) tiveram impacto significativo na *performance* do SUS-Curitiba, com ampliação de acesso a serviços a populações em situações de risco e vulnerabilidade, melhoria nos indicadores de saúde, e aumento da satisfação dos usuários entre 2013 e 2016.

QUADRO 2

Síntese de intervenções realizadas

Revisão do modelo organizacional, planejamento estratégico e gestão colegiada
<ul style="list-style-type: none"> • coordenação de funções-chave: gestão estratégica e administrativa, atenção à saúde em vigilância e saúde; • criação de assessoria de apoio à gestão para suporte ao desenvolvimento de capacidade gerencial; • reorganização dos distritos de saúde para coordenação da rede de serviços no território de abrangência; • criação de <i>banco de potenciais gestores</i> para renovação de coordenadores de serviços; • realização de oficinas de trabalho e reuniões temáticas para diagnóstico situacional e diretrizes de gestão; • planejamento distrital e local e monitoramento do plano; • colegiados de gestão em todos os níveis da secretaria (central, distrital e serviços).
Atenção primária em saúde
<ul style="list-style-type: none"> • transformação das UBS de programas verticais para um modelo horizontal; • mudança no agendamento com marcação de consultas no dia ou no máximo em 48 horas; • implementação de carteira de serviços: conjunto de ações e procedimentos ofertados nas UBS; • coordenação do cuidado: interlocução com outros níveis de atenção do sistema de saúde; • monitoramento de resultados (indicadores de avaliação de <i>performance</i> e qualidade); • ampliação do número de unidades de APS organizadas no modelo saúde da família; • recomposição das equipes dos núcleos de apoio ao saúde da família (Nasf); • extensão do horário de funcionamento de parte dos serviços até as 22h; • definição de novos padrões de ambiência para as unidades de saúde; • oficinas de trabalho e seminários para discutir as novas orientações de funcionamento das UBS; • transformações ocorreram em um número determinado de UBS, buscando produzir efeito-demonstração.
Atenção especializada e hospitalar
<ul style="list-style-type: none"> • organização de redes de atenção; • estabelecimento de apoio matricial e regulação clínica; • colegiados de prestadores por linhas de cuidado; • revisão de programação assistencial e contratos com prestadores; • apoio matricial para ofertar suporte técnico e pedagógico de especialistas para equipes de APS; • regulação clínica de encaminhamentos da APS para especialidades; • regulação clínica utilizada virtualmente com o Telessaúde.
Saúde mental
<ul style="list-style-type: none"> • mudanças no funcionamento e na regulação dos serviços em movimento sistêmico; • incorporação dos CAPS à Feaes, aumentado a capacidade de gestão; • distritos passaram a regular o acesso aos CAPS; • regulação de leitos pela Central de Regulação Municipal com suporte de apoiadores de saúde mental.
Urgência e emergência
<ul style="list-style-type: none"> • acompanhamento por um gabinete de crise dos casos internados nas UPAs; • monitoramento e regulação do acesso da população às UPAs de sua área de abrangência; • regulação e controle do uso de leitos de retaguarda; • realização de auditoria de ocupação <i>in loco</i>; • implementação de câmaras técnicas com hospitais para linhas de cuidado; • revisão de contratos com prestadores hospitalares na rede de urgência.
Controle, avaliação e auditoria
<ul style="list-style-type: none"> • atuação em linhas de cuidado.
Vigilância em saúde
<ul style="list-style-type: none"> • integração de equipes de vigilância para ação sobre o território; • sala de situação agregando diferentes fontes de dados para monitoramento de agravos prioritários; • núcleo de saúde coletiva nas unidades de saúde para uso de informações e monitoramento de intervenções.

Elaboração dos autores.

O aumento de consultas realizadas nas UBS, predominantemente de enfermagem para acompanhamento de programas e consultas de retorno (de 300 mil para 900 mil entre 2013 e 2016), liberou a agenda médica para atendimento de casos agudos ou de maior complexidade, aliviando em parte a demanda das UPAs. O número de consultas médicas manteve-se estável durante o período de gestão analisado (cerca de 2 milhões em UBS; 1,5 milhão em especialidades; e 1,2 milhão nas UPAs por ano) (Curitiba, 2013c). Por sua vez, o papel regulador de acesso desempenhado pelos distritos de saúde permitiu identificar as UBS com maior número de pacientes atendidos em UPAs, desencadeando ações de apoio ao aprimoramento do funcionamento dessas unidades, bem como os pacientes frequentadores que demandavam especial atenção das equipes de saúde.

A criação de ações dirigidas a populações vulneráveis, como o consultório na rua, permitiu levar atendimento a pessoas em situação de risco e que não acessavam os serviços de saúde, muitas vezes, pela falta de um documento de identidade. Entre 2013 e 2016, foram atendidas 3.802 pessoas em situação de rua, de um total estimado de 4 mil, sendo ofertado acompanhamento de gestantes, com ações de pré e pós-natal, vinculação na UBS e maternidade, planejamento familiar, e tratamento para infecções sexualmente transmissíveis (IST) (Wollmann *et al.*, 2016). Destaca-se que Curitiba foi a primeira cidade a incluir cirurgiões-dentistas na equipe do consultório na rua, a pedido dessa população. O atendimento de saúde bucal demonstrou ser uma porta de entrada para a realização de outros tipos de cuidados e resgate da cidadania desse segmento populacional.

A intervenção com maior impacto sistêmico foi a criação de uma rede de suporte especializado, mediante atuação de apoiadores matriciais nos Nasf, permitindo ampliar a carteira de serviços e a resolutividade da APS, reduzir encaminhamentos desnecessários, com impacto na redução do tempo de espera em várias especialidades (Pinheiro *et al.*, 2016). Em 2016, a SMS contava com trinta equipes de Nasf, compostas por farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, profissionais de educação física, fonoaudiólogos e médicos (ginecologistas, pediatras, psiquiatras, infectologistas e geriatras) totalizando 204 profissionais (Curitiba, 2013).

Em algumas áreas, o impacto do matriciamento foi rápido. Por exemplo, no início de 2013, havia mais de setecentas grávidas que aguardavam consulta em ambulatório gestacional de alto-risco, com espera que chegava a quatro meses. Após avaliação de cada uma das pacientes, identificou-se que apenas um terço requeria acompanhamento especializado. As demais poderiam seguir na APS, mas com suporte de equipes matriciadoras. Com isso, o tempo de espera caiu para cerca de duas semanas e o número médio de consultas pré-natal para gestantes de risco passou de 9,13 para 19,05 entre 2013 e 2016 (Curitiba, 2016).

O matriciamento também foi utilizado de maneira inovadora no Telessaúde na área de neurologia. Encaminhamentos da APS para essa especialidade passaram a ser discutidos entre equipe de médicos de família e neurologistas. Casos tratáveis na APS passaram a receber suporte especializado podendo permanecer acompanhados em UBS, enquanto situações mais complexas eram dirigidas para a especialidade. Como resultado, o tempo de espera por uma nova consulta com neurologista que era de quase um ano em meio, caiu para menos de trinta dias (Poli Neto *et al.*, 2016b).

A alocação de médicos infectologistas matriciadores nos Nasfs permitiu oferecer suporte especializado às equipes nas UBS. Com isso, foi possível descentralizar de maneira inovadora o acompanhamento de casos de pacientes com HIV, em situação clínica controlada, dos centros especializados para as UBS. Como efeito, os centros de referência puderam destinar mais vagas para atendimento de casos novos que precisavam iniciar tratamento antirretroviral. O tempo de espera para início do tratamento que era em torno de seis meses caiu para menos de trinta dias (Pinheiro *et al.*, 2016).

A melhoria de *performance* do sistema de saúde levou Curitiba a registrar as menores taxa da história em mortalidade infantil (7,7 em 2014) e materna (8,6 em 2016), reduzir anos de vida perdidos por mortes prematuras (triênio 2012-2014) e eliminar a transmissão vertical de HIV no município (Curitiba, 2018). O número de reclamações registradas na ouvidoria municipal sobre a saúde caiu e o de elogios aos serviços aumentou, demonstrando impacto positivo na satisfação dos usuários de serviços do SUS (Curitiba, 2013c). Registra-se que esses dados foram observados durante período de forte crise econômica e política vivida no país, com efeitos na piora de indicadores nacionais, como o aumento da mortalidade infantil em 2016.

Entretanto, o melhor funcionamento do SUS não ocorreu de modo homogêneo, nem em todas as áreas do sistema de saúde. A expansão programada da estratégia saúde da família (ESF), que serviria de base para a transformação do modo de funcionamento das UBS, foi limitada por problemas orçamentários. Falhas na comunicação direta da SMS com os trabalhadores sobre os processos de mudanças e indefinições no modelo remuneratório do Saúde da Família geraram movimentos de resistência que limitaram o alcance de transformações almejadas. Além disso, após um período de redução de internações sensíveis a APS, esse indicador voltou a aumentar após 2010, assim como doenças antes controladas retornaram nacionalmente, como a sífilis (Curitiba, 2018).

Por seu turno, o escasso número de leitos para cuidados intensivos nos hospitais que atendem ao SUS-Curitiba e a baixa capacidade de o município interferir no modo de organização dos prestadores contratados manteve a rede de urgência e emergência, em especial as UPAs, sob alta tensão durante praticamente todo o período de gestão. E apesar de haver redução no tempo médio de espera, o acesso a consultas especializadas permaneceu como problema não resolvido plenamente.

11 CONCLUSÃO

A experiência na SMS em Curitiba foi uma oportunidade de vivenciar possibilidades, limites e desafios da gestão em saúde, numa cidade pioneira na implantação do SUS, que expandiu progressivamente a rede de serviços ao longo dos últimos trinta anos. Porém, apesar dos avanços obtidos, o modelo vigente mostrava-se insuficiente para lidar com a complexidade dos problemas de saúde contemporâneos.

Nesse sentido, as inovações nas práticas de gestão, implementadas com conceitos e métodos do planejamento estratégico e da gestão participativa, demonstraram alto potencial para aumentar a eficiência do funcionamento de redes de atenção. O planejamento estratégico permitiu ao novo governo realizar um diagnóstico amplo, sistêmico e permanente do conjunto de falhas que precisavam ser corrigidas, bem como traçar e acompanhar a execução de diretrizes e metas para mudanças na organização do sistema e nas práticas de saúde.

A criação de espaços de gestão colegiada, por sua vez, conferiu dinamicidade na gestão do sistema, favorecendo a descentralização da tomada de decisões, a horizontalidade na relação entre serviços, e o apoio técnico especializado entre equipes multiprofissionais. Essas medidas tiveram impacto positivo no aperfeiçoamento de intervenções clínicas, na coordenação do cuidado, e na responsabilização e no acompanhamento da situação de saúde de populações mais vulneráveis. Inferiu-se que a melhoria registrada no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos no SUS-Curitiba contribuiu para reduzir as desigualdades em saúde.

Entretanto, alguns fatores colaboraram para que a experiência não lograsse maior êxito. Poucos avanços foram obtidos em dotar a SMS de maior agilidade na gestão administrativa, financeira e de pessoal, limitando a capacidade de manejar os recursos destinados ao SUS. A alta complexidade da coordenação do sistema e da prestação de serviços demanda reformas no aparelho do Estado para que se possa dispor de meios mais eficientes para a gestão de recursos.

A experiência relatada também enfrentou os primeiros momentos da mudança de conjuntura econômica a partir de 2013 (Massuda *et al.*, 2018). A recessão econômica reduziu gravemente a capacidade de arrecadação do município e os repasses do governo federal para a área da saúde. Além disso, a oposição política do governo do estado do Paraná à administração municipal de Curitiba levou ao atraso sistemático de repasses obrigatórios em saúde, como de assistência farmacêutica. Esses eventos agravaram o problema do subfinanciamento do SUS, desencadeando a tomada de medidas de austeridade que restringiram a implementação das ações planejadas.

Por fim, inovações nas práticas de gestão em saúde implicam uma ampla transformação de estruturas organizacionais, culturas institucionais, e sobretudo das pessoas envolvidas, exigindo tempo, esforços continuados, e suporte político

para sua implementação, devendo ser associadas a outras iniciativas para fortalecer o sistema de saúde. A crise brasileira, que começou econômica, tornou-se política, ascendendo ao poder grupos populistas de direita, que contestam direitos humanos e políticas sociais. Infelizmente, a ruptura em curso do pacto democrático e social, estabelecido pós-ditadura militar, que deu origem ao SUS, deve aumentar as desigualdades em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ANTONELLI, D.; MILAN, P. Emergência de hospitais opera no limite na capital. **Jornal Gazeta do Povo**, Curitiba, 15 jan. 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2MkHEb5>>.

ATUN, R. Health systems, systems thinking and innovation. **Health Policy and Planning**, v. 27, n. 4, p. 44-48, Oct 1st. 2012.

CASOS simples nas unidades básicas. **Jornal Gazeta do Povo**, Curitiba, 7 abr. 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2MpoTnb>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

CASTRO, F. Gustavo Fruet apresenta relatório parcial com dívida de R\$ 446 milhões. **G1**, Curitiba, Paraná, 4 fev. 2013. Disponível em: <<https://glo.bo/2ItoChS>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

CAMPOS, G. W. S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 79-95, 1992.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: MINAYO, C. *et al.* (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 53-92.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. Amplified clinic, democratic management and care networks as theoretical and pragmatic references to the hospital reform. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-59, Aug. 2007.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC). Decreto nº 560/2013. Dispõe sobre regulamentação da atenção primária à saúde na Secretaria Municipal da Saúde. Curitiba, Prefeitura Municipal de Curitiba, mar. 2013a. Disponível em: <<https://bit.ly/2oXrCvS>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

_____. **Plano de governo**: 2013-2016. Curitiba: Prefeitura de Curitiba, 2013b. Disponível em: <encurtador.com.br/hnpH7>. Acesso em: 25 abr. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba. **Relatórios de Gestão 2013-2016**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; Secretaria Municipal de Curitiba, 2013c. Disponível em: <encurtador.com.br/fpvHK>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. Curitiba, 2014a. Disponível em: <https://bit.ly/31XI1io>. Acesso em: 25 abr. 2019.

_____. **Carteira de serviços do SUS em Curitiba**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; Sistema Único de Saúde, 14 jan. 2014b. Disponível em: <https://bit.ly/357x1RA>. Acesso em: 16 ago. 2018.

_____. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba. **Relatório de sala de situação de mortalidade infantil**. Curitiba, 2016. Disponível em: <encurtador.com.br/ICR59>.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; Secretaria Municipal de Curitiba, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2AQTjJr>. Acesso em: 25 abr. 2019.

DIAS, M. K.; SCHOLOTAG, A. C. A reorganização da rede de saúde mental de Curitiba: municipalização e articulação em rede no triênio 2013-2015. *In*: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, 2016. p. 75-85.

HOWITT, P. *et al.* Technologies for global health. **The Lancet**, v. 380, n. 9840, p. 507-35, 2012.

KÖNIG, M.; PELEGRINO, E. Busca por médico especialista pode levar 3,5 anos. **Jornal Gazeta do Povo**, Curitiba, 9 out. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/33bF26o>.

KRUK, M. E. *et al.* High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 11, p. 1196-252, Nov. 1st 2018.

MCKEE, M. *et al.* Health systems, health, and wealth: a European perspective. **The Lancet**, v. 373, n. 9660, 349-51, Jan. 24th 2009.

MARINHO, F. *et al.* Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 392, n. 10149, p. 760-75, 2018.

MARTY, I. K. *et al.* Planejamento estratégico na Secretaria Municipal de Saúde: Aprendizado como método e olhar coletivo de gestão. *In*: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, p. 147-152, 2016.

MASSUDA, A. **Construindo novos caminhos para a reforma na saúde**: reflexões sobre a práxis da formulação e implementação de mudanças na gestão e no modo de produção de práticas de saúde no SUS em Curitiba. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

MASSUDA, A.; POLI NETO, P.; DREHMER, V. A atenção primária à saúde (APS) no SUS Curitiba: um desafio para o Brasil, passar de uma APS programática para uma mais acessível e abrangente. *In*: SOUZA, M. F.; MACHADO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Eds.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes, 2014. p. 121-77.

MASSUDA, A.; TITTON, C.; MOYSÉS, S. T. Exploring challenges, threats and innovations in global health promotion. **Health Promotion International**, v. 34, n. 1, p. i37-45, Feb. 11th 2019.

MASSUDA, A.; TITTON, C.; POLI NETO, P. Remembering Alma-Ata: challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, Oct. 23rd 2018.

MASSUDA, A. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 4, July 1st 2018.

NAKAMURA, C. Y. *et al.* Implantação de sala de situação no município de Curitiba *In*: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, 2016. p. 103-109.

NEVES, D. Estrutura de saúde cresceu, mas filas ainda são problema. **Jornal Gazeta do Povo**, Curitiba, 24 ago. 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2oNKayK>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 27 May 2011.

_____. Unified Health System: 30 years of struggle! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1704, Jun. 2018.

PINHEIRO, P. A. R. G. *et al.* Núcleo de apoio à saúde da família: novo papel da regulação e coordenação do cuidado em saúde. *In*: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, p. 61-73, 2016.

POLI NETO, P. *et al.* Mudanças no modelo de atenção primária em unidades de atenção primária à saúde em Curitiba. *In*: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, p. 5-16, 2016a.

_____. Telessaúde na regulação da neurologia em Curitiba. *In*: _____. **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, p. 49-60, 2016b.

SILVA, V. L. *et al.* Banco de potenciais gestores para a rede municipal de saúde de Curitiba: transparência e inovação na gestão participativa. *In*: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. (Eds.). **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, p. 153-163, 2016.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Everybody's business**: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/31MEq6U>>.

WOLLMANN, A. *et al.* **Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na atenção primária à saúde**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; Secretaria Municipal de Curitiba; Departamento de Atenção Primária à Saúde; Coordenação do Acesso e Vínculo, 5 jun. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2MmurP5>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

_____. O cuidado em saúde da população em situação de rua. *In*: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, p. 39-48, 2016.