



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS – CCA**  
**DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**MARTA DULCÉLIA GURGEL ÁVILA**

**AVALIAÇÃO DO DESENHO DO PLANO ESTRATÉGICO DA SAÚDE: UM  
ESTUDO DE CASO DO FORTALEZA 2040**

**FORTALEZA**

**2018**

MARTA DULCÉLIA GURGEL ÁVILA

AVALIAÇÃO DO DESENHO DO PLANO ESTRATÉGICO DA SAÚDE: UM ESTUDO  
DE CASO DO FORTALEZA 2040

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Julio Alfredo Racchumi Romero

Co-orientador: Prof. Dr. Gil Célio de Castro Cardoso

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- Á972a Ávila, Marta Dulcélia Gurgel.  
Avaliação do desenho do plano estratégico da saúde : um estudo de caso do Fortaleza  
2040 / Marta Dulcélia Gurgel Ávila. – 2018.  
300 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias,  
Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Prof. Dr. Julio Alfredo Racchumi Romero .  
Coorientação: Prof. Dr. Gil Célio de Castro Cardoso.
1. Avaliação de Políticas Públicas. 2. Planejamento Governamental. 3. Políticas de Saúde.  
4. Plano Fortaleza 2040. I. Título.

CDD 320.6

---

MARTA DULCÉLIA GURGEL ÁVILA

AVALIAÇÃO DO DESENHO DO PLANO ESTRATÉGICO DA SAÚDE: UM ESTUDO  
DE CASO DO FORTALEZA 2040

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Julio Alfredo Racchumi Romero (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Gil Célio De Castro Cardoso (Co-orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Suely Salgueiro Chacon  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Helena Lima Sousa  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

A Deus.

Aos meus pais, Sindeaux e Branca.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha filha, pelo amor e compreensão.

Aos meus irmãos, por todo carinho e amizade de sempre.

Aos Prof. Dr. Julio Alfredo Racchumi Romero e Prof. Dr. Gil Célio de Castro Cardoso, pela paciência e edificante orientação.

Às professoras participantes da banca examinadora, à Prof.<sup>a</sup> Dra. Suely Salgueiro Chacon, pelo acolhimento cativante de sempre e pela honrosa presença da Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Helena Lima Sousa.

Às notáveis profissionais Lia Parente e Dra. Itamércia Araújo, pelos ensinamentos e inspiração.

Aos colegas da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza e do Instituto de Planejamento e Fortaleza, pela ajuda e torcida.

Aos entrevistados que doaram um pouco do seu tempo para enriquecer essa pesquisa.

Aos professores, a equipe e aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, pelas estimáveis contribuições.

“La planificación no es otra cosa que el intento del hombre por gobernar su futuro, por imponer la razón humana sobre las circunstancias.” (MATUS, 1996, p. 7)

## RESUMO

O planejamento da saúde de Fortaleza para as próximas décadas faz parte de um conjunto de políticas públicas que integram o “Plano Fortaleza 2040”, um plano de desenvolvimento socioeconômico e urbano, de longo prazo, para a cidade. Propor soluções em saúde para a quinta capital mais populosa do Brasil, requer, além de estratégias inovadoras de gestão, aderência política e envolvimento social. Neste sentido, foi avaliado o desenho do plano estratégico da saúde, contido no “Plano Fortaleza 2040”, visando investigar a sua viabilidade, consistência e coerência. Também foi examinado o equilíbrio entre as macrovariáveis estratégicas de governo, elementos necessários para garantir implantação efetiva do plano. Outro ponto verificado foi se as estratégias traçadas serão capazes de assegurar qualidade de vida e bem-estar à população de Fortaleza, nos próximos anos. A avaliação é do tipo *ex-ante*, tendo como paradigma avaliativo o pós-construtivismo, considerando as características e questões complexas que envolvem a política em estudo. A avaliação é um estudo de caso, com enfoque qualitativo. Os dados foram coletados de materiais institucionais e entrevistas semiestruturadas. Na análise dos dados foram usados três perspectivas analíticas: a análise de conteúdo (Laurence Bardin), a análise de governo (Carlos Matus) e a análise de coerência institucional (Raul Lejano). Concluiu-se com a avaliação que o plano estratégico da saúde possui lacunas e fragilidades que inviabilizam a sua exequibilidade e sua implantação, sendo assim, sugerido o seu redesenho.

**Palavras-chave:** Avaliação de Políticas Públicas. Planejamento Governamental. Políticas de Saúde. Plano Fortaleza 2040.



## RESUMEN

La planificación de la salud de Fortaleza para las próximas décadas forma parte de un conjunto de políticas públicas que integran el "Plan Fortaleza 2040", un plan de desarrollo socioeconómico y urbano, a largo plazo, para la ciudad. Proponer soluciones en salud para la quinta capital más poblada de Brasil, requiere, además de estrategias innovadoras de gestión, adherencia política y participación social. En este sentido, se evaluó el diseño del plan estratégico de la salud, contenido en el "Plan Fortaleza 2040", buscando investigar su viabilidad, consistencia y coherencia. También se examinó el equilibrio entre las macrovariadas estratégicas de gobierno, elementos necesarios para garantizar la implantación efectiva del plan. Otro punto comprobado fue si las estrategias trazadas serán capaces de asegurar calidad de vida y bienestar a la población de Fortaleza, en los próximos años. La evaluación es del tipo ex ante, teniendo como paradigma evaluativo el post-constructivismo, considerando las características y cuestiones complejas que involucran la política en estudio. La evaluación es un estudio de caso, con enfoque cualitativo. Los datos fueron recolectados de materiales institucionales y entrevistas semiestructuradas. En el análisis de los datos se utilizaron tres perspectivas analíticas: el análisis de contenido (Laurence Bardin), el análisis de gobierno (Carlos Matus) y el análisis de coherencia institucional (Raul Lejano). Se concluyó con la evaluación que el plan estratégico de la salud tiene lagunas y fragilidades que inviabilizan su viabilidad y su implantación, siendo así, sugerido su rediseño.

**Palabras clave:** Evaluación de Políticas Públicas. Planificación Gubernamental. Políticas de Salud. Plan Fortaleza 2040.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Orçamento Geral da União executado (pago) – 2017.....	27
Figura 2 -	Composição do gasto público com saúde por esfera de governo, 2003-2015, % do total .....	32
Figura 3 -	Composição da população por faixa etária – projeções 2016 e 2036, percentual do total.....	33
Figura 4 -	Despesa pública e privada com saúde (como porcentagem do PIB), Brasil e seus parceiros – 2013.....	42
Figura 5 -	Do modelo Economicista ao modelo Ecológico .....	60
Figura 6 -	Universo da política pública e subsistema político-administrativo.....	68
Figura 7 -	Evolução futura da população idosa e de crianças e adolescentes de Fortaleza.....	77
Figura 8 -	Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) por bairro – 2010 .	80
Figura 9 -	Óbitos por Secretarias Regionais (SR), segundo ordem de causas. Dez principais causas Fortaleza, 2016.....	81
Figura 10 -	Atribuições de cada instância da estrutura organizacional do sistema de governança.....	91
Figura 11 -	Recorte exemplificativo do detalhamento das ações do Plano estratégico da saúde.....	97
Figura 12 -	Recorte exemplificativo da planilha de monitoramento das ações do plano estratégico da saúde pela Câmara Setorial da Saúde.....	98
Figura 13 -	Cone de futuros.....	107
Figura 14 -	Cenários macroeconômicos para 2030.....	108
Figura 15 -	Estrutura da pesquisa avaliativa.....	121
Figura 16 -	Integração entre os modelos de análise.....	133

Figura 17 - Triângulo do Governo.....	137
---------------------------------------	-----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Financiamento do SUS .....	30
Quadro 2 -	Resumo das opções de políticas públicas e seu impacto na eficiência, equidade e potencial economia fiscal para a área da saúde .....	39
Quadro 3 -	Linhas de ação - Plano estratégico da saúde .....	94
Quadro 4 -	Pontos identificados no Plano estratégico da saúde .....	99
Quadro 5 -	Cenário otimista e possível .....	109
Quadro 6 -	Cenário pessimista e plausível .....	111
Quadro 7 -	Cenário Inercial e provável .....	113
Quadro 8 -	Critérios de seleção de atores entrevistados .....	130
Quadro 9 -	Roteiro de entrevista semiestruturada .....	131
Quadro 10 -	Matriz Analítica .....	134
Quadro 11 -	Quadro de análise dos textos .....	140
Quadro 12 -	Quadro de análise do contexto .....	141
Quadro 13 -	Comparativo das linhas de ações entre publicações .....	163

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO .....	20
2.1	O Contexto Político-Econômico do Estado e seus Reflexos no Desenho de Políticas Públicas de Saúde.....	20
2.1.1	<i>Estado brasileiro: do pós-liberalismo ao neoliberalismo institucional</i> .....	22
2.2	Os Impactos da Emenda Constitucional 95/16 na Saúde.....	29
2.3	Saúde, Eficiência e Gasto Público: Variáveis de uma mesma Equação? .....	34
2.4	Equidade de Saúde e Justiça Social .....	46
2.5	Políticas de Saúde do Século XVIII ao Século XXI .....	52
2.5.1	<i>Da Medicina Social à Transformação das Políticas de Saúde.....</i>	52
2.6	Saúde, Ambiente e Liberdade .....	56
2.7	Arranjos Institucionais e a Construção de Políticas Públicas .....	63
2.7.1	<i>O contexto metainstitucional e os subsistemas político- administrativo (instituições, ideias e atores)</i> .....	65
3	A POLÍTICA PÚBLICA .....	70
3.1	Políticas Públicas que antecipam o Futuro .....	70
3.2.	Fortitudine: A Fortaleza que Temos .....	75
3.3	Um Plano para Fortaleza .....	82
3.4	Fortaleza 2040: A Fortaleza que Queremos .....	86
3.5	Plano Estratégico da Saúde .....	92
3.6	O Futuro e a Saúde .....	101
3.6.1	<i>Smart cities</i> .....	102
3.6.2	<i>Tecnologias em saúde</i> .....	104
3.6.3	<i>Saúde 2030: cenários</i> .....	106
4	A AVALIAÇÃO .....	118
4.1	Concepção Geral da Pesquisa Avaliativa.....	118
4.1.1	<i>Posição do Avaliação (quem avalia?): sujeito implicado</i> .....	118

4.1.2	<i>Estrutura da pesquisa avaliativa</i> .....	120
4.1.3	<i>Eixos do objeto</i> .....	122
4.1.4	<i>Desenho metodológico da avaliação</i> .....	122
4.1.5	<i>O momento que se avalia (quando se avalia): ex-ante</i> .....	123
4.1.6	<i>Paradigma de avaliação: pós-construtivista</i> .....	125
4.1.7	<i>Como se avalia: método qualitativo</i> .....	127
4.1.8	<i>Técnica de pesquisa: estudo de caso</i> .....	128
4.1.9	<i>Coleta de dados</i> .....	129
4.1.10	<i>Análise de dados</i> .....	132
4.2	<b>Métodos Analíticos Utilizados na Avaliação: conceitos</b> .....	135
4.2.1	<i>Análise de governo</i> .....	135
4.2.2	<i>Análise de conteúdo</i> .....	138
4.2.3	<i>Análise de coerência institucional</i> .....	141
4.3	<b>Relatório de Análises e Considerações do Texto</b> .....	144
4.3.1	<i>Objetivo institucional e social - projeto de governo</i> .....	146
4.3.2	<i>Governabilidade política e governança – viabilidade e consistência</i>	152
4.3.3	<i>Desenho operacional - capacidade de governo</i> .....	159
4.4	<b>Relatório de Análises e Considerações do Contexto</b> .....	174
4.4.1	<i>A visão do gestor</i> .....	174
4.4.2	<i>A mira do técnico</i> .....	186
4.4.3	<i>O olhar do conselheiro</i> .....	199
4.5	<b>Relatório de Avaliação: do Texto ao Contexto</b> .....	207
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	211
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	218
	<b>APÊNDICE A – RELATÓRIO DE REDESENHO: MODELANDO A COERÊNCIA INSTITUCIONAL</b> .....	224
	<b>ANEXO A- ANÁLISE DO TEXTO</b> .....	230
	<b>ANEXO B- ANÁLISE DO CONTEXTO</b> .....	272
	<b>ANEXO C- ANÁLISE DO TEXTO E CONTEXTO</b> .....	296
	<b>ANEXO D- MAPA DAS REGIONAIS DE FORTALEZA</b> .....	302

## 1 INTRODUÇÃO

Os municípios brasileiros ainda não solidificaram a cultura de planejar políticas públicas de médio e longo prazo. O político-gestor brasileiro, em sua maioria, possui uma visão muito voltada para o curto prazo, para soluções rápidas e imediatas, paliativos que não resolvem os verdadeiros problemas. O resultado são ações ineficazes, genéricas e pouco profundas. São necessárias políticas de Estado, para além dos planos de governo de curto prazo. A gestão pública precisa evoluir na área do planejamento, para que sejam construídas políticas fortes que possa garantir desenvolvimento da cidade e o bem-estar da população.

Para isso, é preciso estratégias de longo prazo, objetivos claros, profissionais comprometidos e instituições estáveis, para conduzir efetivamente o ciclo das políticas públicas. Nesse entendimento, a Prefeitura de Fortaleza iniciou em 2013 a elaboração do Plano Fortaleza 2040 (FOR2040), uma plataforma integrada de políticas voltada para promover e direcionar o desenvolvimento econômico e social para as próximas décadas.

O FOR2040 foi elaborado com a compreensão de que as estratégias para as grandes metrópoles devem conter planos que envolvam não somente questões urbanas e de infraestrutura, mas também questões político-sociais, um entendimento já solidificado entre os técnicos de planejamento e gestores da área pública.

Os planos de ação, presentes no FOR2040, estão alinhado e interligados conceitualmente entre si e formam um conjunto de políticas públicas de várias áreas temáticas, com estratégias a serem implementadas progressivamente no período de 22 anos. O FOR2040 é formado por sete eixos temáticos, contendo iniciativas e objetivos estratégicos específicos para trinta e duas áreas distintas, cada eixo contempla planos setoriais, com ações articuladas entre diversas políticas públicas.

Dentre esse conjunto de políticas, entende-se que a saúde é o setor mais sensível às condições sociais, econômicas e ambientais posto que, as iniquidades em saúde impactam fortemente o desenvolvimento econômico e social e o ambiente onde as pessoas vivem e trabalham, em uma complexa relação de causa-efeito. Para tanto, somente um estudo detalhado e profundo permitirá identificar onde e como devem ser feitas ações e intervenções, voltadas a reduzir as desigualdades em saúde.

Nesse sentido, é necessário que as políticas de saúde, contidas no FOR2040, tenham como premissa políticas de caráter transversal, que atuem de forma coordenada e administrativamente coesa e que promova à participação social na implementação dessas políticas.

Outro ponto a ser considerado, são as tendências, os fatores de mudanças, as incertezas e os cenários futuros, que envolvem os determinantes de saúde da população em seus ciclos de vida. Paralelo a isso, as deficiências e dificuldades da administração pública, tanto na questão de recursos e infraestrutura, como na limitada capacidade de planejar e implantar ações e programas.

Assim a pesquisa tem início a partir do exame do contexto político-econômico atual do Estado e como essas conjunturas afetam diretamente as políticas públicas de saúde. Com a saída dos membros do pós-liberalismo (socialistas ou de esquerdas) do poder em 2016, teve início uma transição para um governo de direita, de cunho neoliberal, no Brasil. Nesse ponto, medidas antissociais foram aprovadas, como é caso da Emenda Constitucional nº. 95/2016, que paralisou o incremento de políticas sociais por duas décadas, medida essencial para a o ajuste fiscal, de acordo com os novos interesses da economia, que visam o a redução dos gastos públicos, o pagamento da dívida e a manutenção dos lucros e dividendos do mercado financeiro.

Decerto, o ajuste fiscal e a nova emenda trazem consequências negativas imediatas para a manutenção do SUS e para o direito à saúde no Brasil, que já vive na emergência. A situação piora quando projeta-se essa realidade no longo prazo, 2040 por exemplo, considerando as mudanças do perfil demográfico (maior número de idosos) e epidemiológico (aumento das doenças crônicas), que pressionarão mais ainda o sistema público de saúde.

Contudo, para o Banco Mundial, essas previsões catastróficas podem ser sanadas se houver uma melhora nos índices de eficiência dos gastos com a saúde e diminuição de desperdícios. A intenção é uma economia de 0,6% do PIB, através da oferta de mais e melhores serviços com os mesmos recursos. Para o Banco Mundial o problema não é o proclamado subfinanciamento do SUS, mas o mal uso dos recursos. As soluções propostas no estudo do Banco Mundial (Um juste justo) são outras variáveis de uma equação que fragiliza, não apenas as ações e serviços públicos de saúde, mas o direito fundamental à saúde e a qualidade de vida.



O referencial de saúde empregado na pesquisa tem como base o olhar ampliado de saúde pública, onde as pessoas devem estar no centro das políticas, e estas, devem estar pautadas na equidade e na justiça social, com foco no bem-estar humano. Nessa perspectiva, entende-se que as desigualdades em saúde impactam diretamente no desenvolvimento socioeconômico, que por sua vez, impactam na saúde da população e assim sucessivamente, considerando que, a saúde é uma variável extremamente sensível e como muitos desdobramentos sociais.

Nesse entendimento, parte-se do princípio que boas políticas de saúde possuem um efeito multiplicador positivo na melhoria de vida da população, como também, uma alavanca para o crescimento econômico sustentável. Entretanto, essa visão de saúde como fator de desenvolvimento é uma novidade do século XX, antigamente a saúde era vista apenas como ausência de doenças, e a preocupação do Estado era apenas com o controle de epidemias e fiscalização sanitária, com ações paliativas, esporádicas e assistencialistas de saúde (FOUCAULT, 2017).

Com o aumento populacional, a crescente urbanização e os efeitos da industrialização, a saúde passou também a ser vista como uma fator interligado ao ambiente e suas condições sistêmicas e ecológicas. A abordagem ecossistêmica é um referencial usado na pesquisa para avaliar o plano da saúde, onde a promoção da saúde humana está intrinsecamente atrelada a ambientes e práticas saudáveis (MINAYO, 2002).

Outra abordagem observada é a da saúde como condição de liberdade e desenvolvimento, visto que, a privação de serviços públicos e assistência médica, pode ser entendida como privação de liberdades instrumentais (SEN, 2010). Desta forma, nessa pesquisa, a saúde humana é compreendida como principal objetivo do desenvolvimento e está diretamente relacionada com a criação de ambientes saudáveis e socialmente justos.

Para tanto, é visto também os arranjos institucionais como construtores de políticas públicas, considerando o papel das instituições como promotoras do desenvolvimento e instâncias responsáveis pela implantação e efetivação das políticas (SECCHI, 2013). A perspectiva neoinstitucionalista explicita a significativa influência das instituições, tanto na concepção, como à aderência das políticas ao contexto (NORTH, 2018).

Apresentadas essas concepções iniciais, detalhou-se a política pública, objeto da pesquisa, o plano estratégico da saúde elaborado para o plano FOR2040. A visão estatal de longo prazo é defendida como condição precípua para a governabilidade assertiva, onde antever problemas é mais barato e inteligente que agir de forma reativa. A partir de um breve retrospecto histórico e uma exposição dos atuais desafios sociais, ambientais e de saúde de Fortaleza, se descreve as principais diretrizes do plano FOR2040 para a cidade.

A principal visão é que Fortaleza seja em 2040 uma das melhores cidades para se viver, com equidade social, meio ambiente recuperado, oportunidades econômicas, segurança e principalmente qualidade de vida (FORTALEZA, 2016). Um plano recheado de pretensões e envolvimento de múltiplos obstáculos, como a integração de diversas políticas e a sua manutenção nos próximos governos. Para tanto, o plano apresenta um sistema de monitoramento, governança e mecanismos de participação, para assegurar a exequibilidade das ações projetadas.

Em seguida, é apresentado o escopo do plano estratégico da saúde, em meio as circunstâncias que permeiam a saúde de Fortaleza. Atrelado a isso, foram colocadas as primeiras impressões acerca das limitações e distorções encontradas no desenho do plano, fato que este, que motivou essa pesquisa. Como por exemplo, a visão de curto prazo das ações do plano, que não prospectam cenários futuros para a saúde.

É preciso ter uma ideia de como será o futuro para poder imaginar soluções públicas e gerir políticas sociais, nesse entendimento, a FIOCRUZ (2012), realizou um estudo dos principais cenários para a saúde de 2030. Essas tendências foram analisadas sob a ótica de três projeções, otimista, inercial e pessimista, para os temas de desenvolvimento socioeconômico, morbimortalidade, capacidade de gestão e redes.

A pesquisa perpassa todos esses conceitos e conjunturas para poder compreender os elementos que envolvem o objeto de avaliação e construir os moldes da pesquisa avaliativa. Essa estrutura foi elaborada visando explicitar os eixos do objeto e do desenho da avaliação, composto pelas categorias de análise e as linhas metodológicas da pesquisa (GUSSI; OLIVEIRA, 2016). A avaliação é do tipo *ex-ante*, pós-construtivista (LEJANO, 2012), com enfoque qualitativo e utiliza técnicas de

estudos de caso (YIN, 2005) estruturas metodológicas escolhidas dado as características do objeto em estudo.

A coleta de dados teve duas fontes principais, os documentos e publicações do FOR2040 e a entrevistas semiestruturadas realizadas entre gestores, técnicos e conselheiros de saúde. Visando avaliar o encaixe institucional, os dados foram divididos então, entre texto (documentos) e contexto (entrevistas).

Para isso, foram utilizados três modelos de análise, integrados entre si, análise de conteúdo (BARDIN, 2016), análise de governo (tendo como categorias de análise as estruturas do triângulo do governo - objetivos institucionais, governabilidade política e governança, desenho operacional - (TESTA; MATUS, 1989) e análise de coerência institucional (LEJANO, 2012).

Assim, diante dessas conjunturas e conceitos apresentados, parte-se do entendimento de que a condição de saúde da população é um fio condutor que entrelaça as demais políticas públicas, avaliar o plano estratégico da saúde, desenhado para as próximas décadas, é um exercício necessário, diante dos impactos negativos que uma política mal formulada poderá trazer à população de Fortaleza, posto que os vieses, imperfeições e equívocos devem ser apontados, corrigidos ou mitigados.

Como estará a saúde de Fortaleza em 2040? Quais são as estratégias para garantir o desenvolvimento humano e um ambiente saudável para as próximas gerações? Como resolver os problemas que afetam a saúde da população hoje e como gerar melhores condições de vida e saúde amanhã? Estas questões podem ser respondidas através das políticas de saúde propostas no FOR2040? Eis o desafio dessa pesquisa, avaliar o desenho do plano estratégico da saúde que integra o FOR2040.

Diante disso, a pergunta-chave da pesquisa: o desenho do plano estratégico da saúde, contido no FOR2040, tem viabilidade política e coerência institucional que assegurem a sua implantação e exequibilidade no longo prazo e ações que garantam a qualidade de vida e o bem-estar da população nas próximas décadas?

Desta forma, o objetivo da pesquisa é avaliar se o desenho do plano estratégico da saúde, que integra o FOR2040, possui elementos consistentes e coerentes que sustentem a exequibilidade das ações propostas no plano. São

objetivos específicos analisar o conteúdo propositivo da política e as macrovariáveis do governo envolvidas, da seguinte forma:

- a) Identificar se as intenções e objetivos institucionais que compõem o plano estratégico da saúde, são capazes de promover qualidade de vida e equidade em saúde para os próximos anos;
- b) Verificar se os mecanismos de governabilidade política e de governança do plano estratégico da saúde, garantem a sua sustentabilidade e constância diante as oscilações do jogo político;
- c) Investigar a viabilidade e exequibilidade do desenho do plano estratégico da saúde ao longo do tempo e a capacidade do governo de implantar as soluções propostas e
- d) Analisar a coerência institucional do plano estratégico da saúde frente ao texto e contexto identificado na pesquisa.

Assim, através da realização da pesquisa, será possível identificar previamente as possíveis inconsistências que dificultarão a realização das políticas de saúde propostas no plano estratégico da saúde, permitindo que sejam tomadas atitudes corretivas para assegurar a sua capacidade operativa. No mais, a pesquisa avaliativa visa contribuir indicando os pontos frágeis, disfunções e vulnerabilidades do escopo do plano e oferecendo sugestões e recomendações para o ajustes apontados.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Contextualizar a conjuntura político-econômica recente e conceitualizar as concepções que embasam a avaliação do plano estratégico da saúde, é condição essencial para início dessa pesquisa. À vista disso, a primeira parte desse capítulo apresenta uma análise das configurações político-econômicas do Estado e como esse cenário impacta as políticas de saúde e seus desdobramentos na qualidade de vida dos brasileiros.

Em seguida, partindo do exame do contexto macroeconômico do Estado, é discutido a equidade e justiça social em saúde, frente as dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde e como essa exclusão afeta o desenvolvimento. A terceira parte tem como fio condutor a transição das noções de saúde pública e como essa evolução deve moldar as intervenções estatais no campo da saúde. Neste ponto são tratados os conceitos e ideias de saúde que serão utilizados como base para as análises e avaliações da política em estudo.

Por fim, considerando que a avaliação do plano estratégico da saúde tem como base a análise de coerência institucional, na quarta parte é feita uma análise de como as instituições e seus arranjos afetam a busca por soluções aos problemas públicos e como as disposições do quadro institucional influenciam na condução das políticas públicas.

### **2.1 O Contexto Político-Econômico do Estado e seus Reflexos no Desenho de Políticas Públicas de Saúde**

A área da saúde é um setor sensível às instabilidades econômicas e políticas, principalmente no Brasil, que possui um sistema de saúde público e universal. A conjuntura nacional atual, com seus percalços e regressões, traz rumos incertos a condução das políticas de saúde e colocam limites às ações e serviços públicos de saúde. O cenário econômico e político é desfavorável, a perspectiva é de retrocessos nas conquistas alcançadas, na área social e na saúde, no período pós-constitucional.

À vista disso, esse tópico apresenta uma contextualização das recentes contradições e condicionantes da política econômica brasileira, marcada com a

sanção da Emenda Constitucional (EC) nº. 95/2016 e com o lançamento do novo regime fiscal, medidas que fragilizaram ainda mais a base financeira do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os governos pós-neoliberais, como veremos a seguir, compactuaram com os ideais liberais e financistas e não tiveram folego para realizar as mudanças sociais que apregoavam, cedendo espaço assim, para a consolidação do novo modelo econômico liberal, o neoliberalismo institucional. Com a derrota da ideologia social-petista, grupos de extrema direita tomaram e retornaram ao poder, impondo soluções antissociais, sem nenhum compromisso com a sociedade brasileira, apenas comprometidos com a missão de assegurar ganhos ao mercado financeiro rentista.

O congelamento por vinte anos do gastos públicos federais com despesas correntes trazem sérios impactos à Saúde Pública, como apontam os dados e análises aqui discutidos. Também são apresentadas as razões e considerações, que serviram de base para decisões tão arbitrárias e antissociais. O controverso relatório do Banco Mundial (2017), “Um ajuste justo”, encomendado pelo Governo Federal, reforça o discurso de ineficiência do SUS e sugere que as políticas de saúde concentrem-se na atenção básica, ficando os serviços especializados e hospitalares para a rede privada, dentre outros contrassensos.

As previsões para a saúde pública são nebulosas, considerando as regras fiscais vigentes. Sim, é legítima a preocupação com a ampliação continuada da desassistência com a saúde da população nas próximas décadas ou com o provável fim do SUS. Infelizmente, esse quadro só piora quando seus reflexos são somatizados com as outras questões de saúde, como as mortes evitáveis, o aumento da mortalidade por causas externas, o crescimento de doenças crônicas e psicossociais, a falta de soluções integradas nas redes de atenção. De toda forma, é bom lembrar que os problemas do SUS não são exclusivamente atribuídos ao seu subfinanciamento, perpassam também a qualidade do gasto público, o fortalecimento a promoção de hábitos saudáveis e prevenção de riscos, o contínuo monitoramento e avaliação de políticas públicas.

### **2.1.1 Estado Brasileiro: do Pós-Liberalismo ao Neoliberalismo Institucional**

Para as Políticas Públicas no Brasil a EC nº. 95/2016 foi certamente o pior legado e o maior retrocesso do atual governo, embaçado por um Estado que migra da era Pós-neoliberal<sup>1</sup> para o Neoliberalismo Institucional, isso considerando os reconhecidos avanços sociais proporcionados pelas gestões de esquerda<sup>2</sup>. “Esses governos mudaram o sentido das políticas públicas para políticas mais inclusivas e com maior sensibilidade social, preocupando-se com a inversão social e a luta contra a pobreza” (DÁVALOS, 2016).

Assim, partindo da atual configuração político-econômica em que estão inseridas as políticas sociais brasileiras, aqui representada pela mudança de sentido ideológico do governo (da esquerda para a direita), é que se pretende vislumbrar as possíveis consequências para os serviços públicos de saúde.

Em 1994, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ organizou e sediou o seminário “Pós-liberalismo - As políticas sociais e o Estado democrático”, nesse evento foi realizado um balanço de uma década e meia de neoliberalismo como modelo hegemônico global e as pretensões e perspectivas do que se poderia chamar de pós-neoliberalismo, nas palavras de Göran Therborn (1995), a “Esquerda do Futuro”.

O pós-neoliberalismo será uma situação política e social em que os desafios e tarefas da justiça social, os direitos sociais e econômicos de todos os seres humanos, os problemas planetários do meio ambiente e a questão da arquitetura do ambiente social estarão no centro do discurso político. Dado que o neoliberalismo como tal é uma superestrutura do capitalismo atual, o

---

<sup>1</sup> A noção de “pós-neoliberalismo”, surge na América Latina como um meio de conceituar o momento histórico em que os governos latino-americanos de esquerda ressurgem a partir dos movimentos sociais contra o neoliberalismo. Em referência aos governos de Hugo Chávez, na Venezuela; Evo Morales, na Bolívia; Rafael Correa, no Equador; Néstor e Cristina Kirchner na Argentina, Lula e Dilma no Brasil; Tabaré Vázquez e José Mujica no Uruguai. O “pós-neoliberalismo” é uma expressão usada por Emir Sader, Atilio Borón, Carlos Figueroa Ibarra, entre outros, para evidenciar a ruptura dos regimes latino-americanos com os governos neoliberais.

<sup>2</sup> É a partir dessa concepção do direito à saúde que se pretendeu analisar a atuação do governo Lula. Se no âmbito setorial não se verificaram mudanças ou ações de maior envergadura, o saldo em relação aos determinantes da saúde foi extremamente positivo. Nesse artigo não se pretendeu listar todas as ações e resultados do governo Lula em termos de desenvolvimento econômico; ampliação do emprego, particularmente o formal; diminuição das desigualdades por meio de políticas de transferência de renda, benefícios previdenciários e aumento real do salário mínimo; ações de combate à fome e para geração de renda; e particularmente a opção explícita por um tipo de desenvolvimento que se articula com o desenvolvimento social, cuja expressão é o PAC nas suas diferentes estratégias, entre elas as que impactam as condições de vida, como as obras de infraestrutura social: habitação, saneamento, urbanização e outras. Mas pode-se dizer que o Brasil se tornou um pouco mais saudável pela via das políticas econômicas e sociais (MENICUCCI, 2011).

pós-neoliberalismo deverá ser outra nova situação política e ideológica (SADER; GENTILI, 1995, p.182).

Uma década depois, a edição de fevereiro de 2003 do *Le Monde Diplomatique Brasil*<sup>3</sup>, em matéria assinada por Emir Sader, proclamava uma nova era de transformações: o pós-neoliberalismo. A matéria relatava uma “primavera latino-americana” com a volta do protagonismo da esquerda em terras latinas e, principalmente, o início do governo Lula e seus desafios, frente os prejuízos sociais causados, na década anterior, pelo modelo neoliberal na região, como aponta a reportagem.

Após 30 anos de hegemonia da direita, as vitórias de Lula, de Gutierrez, no Equador, a resistência de Chávez, na Venezuela, e as possíveis mudanças políticas na Argentina e no Uruguai anunciam a esperança de um novo período histórico: o pós-neoliberalismo (SADER, 2003 p. 12).

Sader (2003) conceitua o pós-neoliberalismo como uma ruptura com a política econômica neoliberal, visto que, naquele momento, as expectativas eram que o movimento antiliberal fortalecesse o projeto de integração regional, através da política de reconstrução do Mercosul, uma consolidação necessária para impulsionar a saída do neoliberalismo das terras latino-americanas.

Para isso, já alertava Sader (2003), os governos pós-neoliberais do cone sul, para terem êxito e não se tornarem vítimas de seus erros, precisavam de uma verdadeira ruptura com o modelo neoliberal, ou seriam atacados pelos capitais especulativos ou vencidos pela cooptação, e assim, acabariam por favorecer a continuidade das políticas neoliberais em lugar do rompimento.

De fato, o movimento de base popular e nascido das massas, não resistiu e sucumbiu as investidas do mercado financeiro-especulativo e, na verdade, consolidou outro tipo de neoliberalismo, o institucional. Pablo Dávalos, economista equatoriano, analisa o comportamento dos governos pós-neoliberais e chega a seguinte conclusão: “Estes governos nunca romperam com os esquemas, dinâmicas, processos e o sentido que impunha a violência da acumulação do capital; pelo contrário, os consolidaram” (DÁVALOS, 2016).

Em seu artigo, “O pós-neoliberalismo, notas para uma discussão”, Dávalos indaga se realmente os governos ditos pós-liberais, foram uma quebra com o

---

<sup>3</sup> Disponível em: <<http://diplomatique.org.br/os-desafios-do-pos-neoliberalismo/>>. Acessado em: 04.abril.2018.



Neoliberalismo, ou, ao contrário, colaboram com a sua manutenção. Ressalta ainda que os governos ditos “progressistas” cederam lugar a uma variante do neoliberalismo, que direciona seus interesses para as instituições.

Com as mudanças nos padrões de acumulação no capitalismo do Século XXI, (inicialmente voltados aos mercados produtivos e a industrialização e agora concentrados na dinâmica da especulação financeira e na gestão de riscos) o modelo neoliberal necessita de instituições que garantam as novas regras do jogo.

Os bancos centrais do mundo se converteram em agiotas, em última instância, garantidores do jogo de cassino do capitalismo financeiro, onde, paradoxalmente e graças aos instrumentos financeiros complexos tal como os derivados, agora é mais lucrativo provocar uma crise do que resolvê-la (DÁVALOS, 2016).

As forças especulativas e financeiras do capitalismo exigem um novo modelo, onde a presença do Estado é essencial para os ganhos rentistas, pois vincula os interesses econômicos aos processos políticos de tomada de decisão, diferente do liberalismo clássico. E assim surge o Neoliberalismo Institucional, uma estratégia do processo especulativo que tem como eixo principal o Estado, independentemente das posições políticas do governo e sem haver a necessidade de rupturas sociais.

O retorno do Estado é uma necessidade econômica da globalização financeira e a privatização das instituições da vida social. O retorno do Estado foi proposto pelo Banco Mundial em seu Estudo de Desenvolvimento Humano do ano de 1997. Para o Banco Mundial, não se tratava de saber se o Estado teria que ser uma parte ativa da economia, mas sim a medida dessa participação. Esse estudo do Banco Mundial, de fato, teve como principal consultor Douglass North, prêmio “Nobel” de economia e teórico importante do “neoliberalismo institucional” (DÁVALOS, 2016).

A partir do conceito de Neoliberalismo Institucional, Dávalos (2016) explica como os governos pós-neoliberais na América Latina, terminam por validar e reproduzir essa transfiguração do “modelo de produção” capitalista. Com o pós-neoliberalismo é possível “pôr a economia entre parênteses e provocar mudanças políticas sem alterar um milímetro o sentido da acumulação e as relações de poder que lhe são correlativa” (DÁVALOS, 2016).

Aparentemente há um corte com as recomendações do Consenso de Washington, mas são asseguradas as mudanças institucionais que garantem a acumulação capitalista do modelo “centro/periferia”. Esse mecanismo é invisível e passa despercebido, segundo Dávalos (2016), estão disfarçados de políticas

econômicas, transferências monetárias condicionadas, benefícios sociais “ou a política fiscal em saúde, educação ou ‘inclusão social’, como é chamada pelo Banco Mundial, mas, na realidade, são dispositivos estratégicos que encobrem a violência da despossessão” (DÁVALOS, 2016).

Nesse sentido, o pós-neoliberalismo realizou reformas estruturais de terceira geração, ao mesmo tempo em que criou uma estrutura legal e institucional que favoreceu os interesses neoliberais.

O ajuste fundomonetarista, pelo menos na América Latina, finalmente se esgotou, mas cedeu suas possibilidades a uma variante do neoliberalismo que tem seu interesse nas instituições da vida social no sentido mais amplo do termo, e na disciplina e controle das sociedades. O que está em disputa não é a colonização monetária e fiscal que realizou o FMI, mas a valorização das instituições pela via do extrativismo mineral, das indústrias dos serviços ambientais, transgênicos, agrocombustíveis, eixos multimodais de transporte, etc (SANSON, 2016).

E nesse contexto, não importa para as intenções do neoliberalismo institucional a “topologia partidária” ou as ideologias políticas de esquerda, direita ou de centro, isso passa a ser irrelevante. Por isso, é possível compreender por que o Partido dos Trabalhadores (PT), no momento de colapso dos ajustes macroeconômicos do Fundo Monetário Internacional (FMI), pode conduzir, concomitantemente, a implantação de programas de cunho social e fomentar o novo modelo de acumulação do capital.

Na imaginação dos governos pós-neoliberais, os projetos sociais de redistribuição de renda e combate à pobreza poderiam ser realizados sem embates com o capital. Contudo, o não-confronto com o capital pode ser considerado a pedra de tropeço do pós-neoliberalismo. E não foi só isso, os governos petistas também minaram os movimentos sindicais e movimentos sociais em geral, enfraquecendo a sua própria base de apoio.

Essa incapacidade política dos governos do PT, em romperem com o pacto conservador burguês-liberal e de promoverem reformas sociais profundas, é o que André Singer (2012) chama de “reformismo fraco”. Tardiamente, o pós-liberalismo percebeu a impraticabilidade de uma agenda de políticas e programas de combate à pobreza e redistribuição de renda sem conflito com o capital.

As condições para o programa de combate à pobreza viriam da neutralização do capital por meio de concessões, não do confronto. A manutenção da tríade juros altos, superávits primários e câmbio flutuante faria o papel de acalmar

o capital. De outro lado, a simpatia passiva dos trabalhadores, para quem a ativação do mercado interno e a recuperação do mercado de trabalho representavam benefícios reais, garantiu a paz necessária para não haver radicalização. [...] O projeto de combate à pobreza acabou por se firmar sobre quatro pilares: transferência de renda para os mais pobres, ampliação do crédito, valorização do salário mínimo, tudo isso resultando em aumento do emprego formal. Se discernirmos com isenção, perceberemos que são, de forma atenuada, as mesmas propostas do “reformismo forte”, porém em versão homeopática, diluídas em alta dose de excipiente, para não causar confronto. [...] Em resumo, ao tomar das propostas originais do PT aquilo que não implicava enfrentar o capital como seria o caso da tributação das fortunas, revisão das privatizações, redução da jornada de trabalho, desapropriação de latifúndios ou negociação de preços por meio dos fóruns das cadeias produtivas, o lulismo manteve o rumo geral das reformas previstas, não obstante aplicando-as de forma muito lenta (SINGER, 2012, p.110-112).

As virtudes políticas indiscutíveis do lulismo representaram, neste aspecto, ao mesmo tempo, os seus próprios limites ou os limites de um pós-neoliberalismo, pois revelaram uma incapacidade em promover investimentos sociais de profundidade nos serviços públicos dada a submissão a um pacto conservador da governabilidade que exigia a manutenção e preservação da forma política do Estado neoliberal no Brasil. Disso resultou a incapacidade política dos governos pós-neoliberais de Lula e Dilma em romperem com o ciclo do pagamento de juros e amortização da dívida pública, subordinada aos interesses do capital financeiro, e com isso o projeto constituinte de 1988 do Estado de Bem Estar Social encontrou seu limite no sistema da dívida pública, que exerce hoje um constrangimento sobre a Constituição e sobre os serviços públicos. A novel EC 95/2016 é uma tradução e um aprofundamento, portanto, desse sistema da dívida (MARIANO, 2017, p. 266-267).

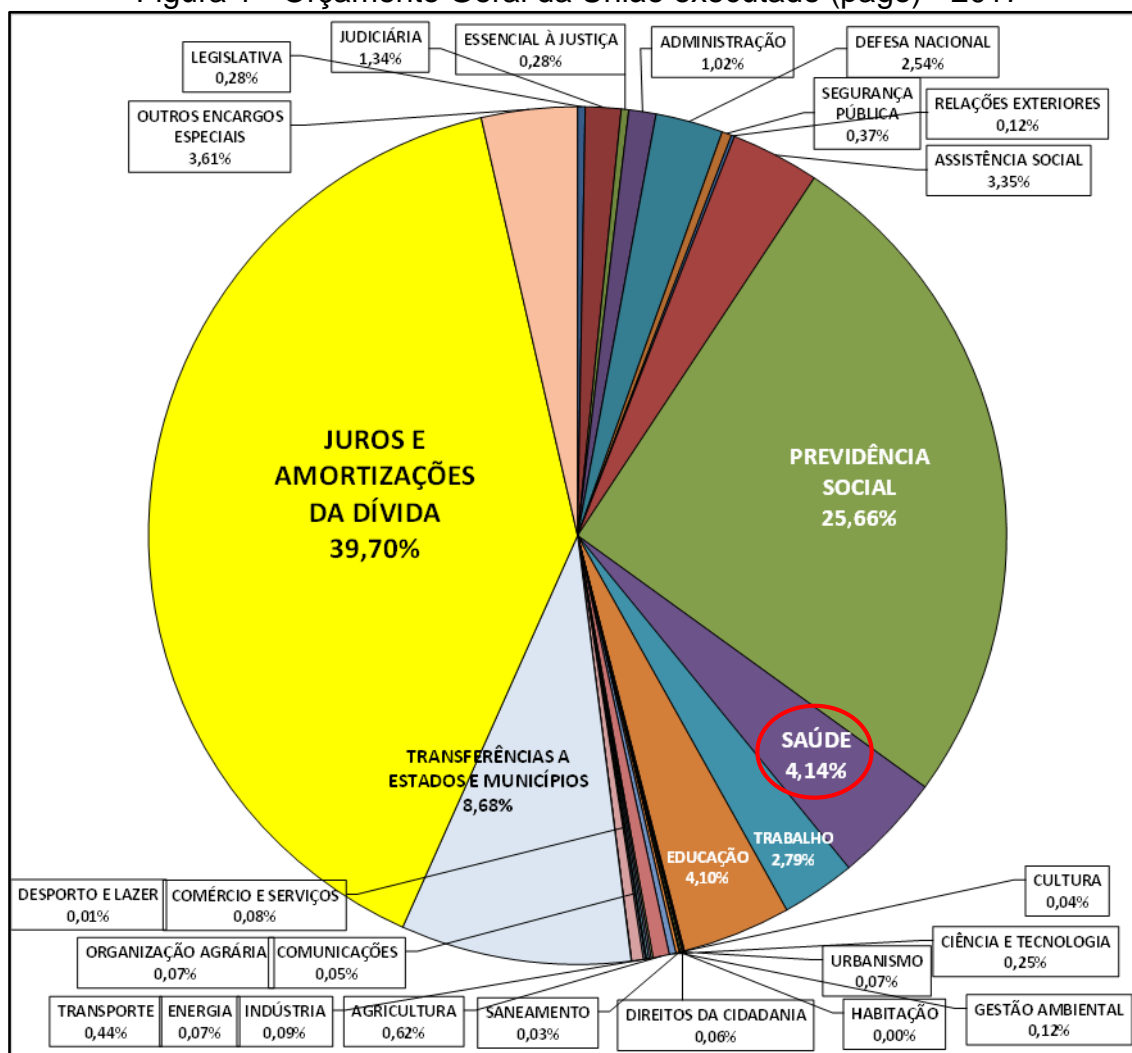
Com a destituição da Presidenta eleita Dilma Rousseff, em 31 de agosto de 2016, foi aberto o caminho para as Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 e 55, enviadas em junho pela equipe do então vice-presidente Michel Temer à Câmara dos Deputados. A proposta da PEC era um novo regime fiscal com o congelamento dos gastos sociais por vinte anos. Em 15 de dezembro de 2016 é publicada a EC Nº 95/16, alterando o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e instituindo o Novo Regime Fiscal:

Art. 106. Fica instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (BRASIL, 1988).

De fato, a situação das contas públicas é delicada, pois vem apresentando déficits constantes, que totalizaram entre 2014 e 2016, o valor de 301,2 bilhões de reais segundo dados do Governo Federal. Todavia, um olhar mais atento ao orçamento da União, perceberá que não são os gastos com as políticas públicas e

nem a Previdência Social, os grandes escoadouros de recursos públicos, e sim o custo da dívida pública (39,70%), conforme detalhamento da execução orçamentária da União de 2017 (FIGURA 1).

Figura 1 - Orçamento Geral da União executado (pago) - 2017



Fonte: Auditoria cidadã da dívida ANO

A EC 95/16 evidencia um governo comprometido com o equilíbrio das contas públicas, como também, voltado ao mercado financeiro e de capitais. O regime fiscal implantado privilegia e assegura o pagamento da dívida pública, posto que, não foi fixado um teto, no texto da emenda constitucional, para o pagamento de juros e amortizações da dívida pública, que podem se crescer livremente. Atualmente, quase a metade do que é arrecadado pelo erário é transferido para o pagamento de juros, amortizações e refinanciamento da dívida federal, que segundo dados do Tesouro

Nacional<sup>4</sup>, teve um crescimento de R\$ 449 bilhões em 2017, um aumento de 14,43%, que elevou o patamar da dívida para R\$ 3,43 trilhões.

A EC 95/2016, ao constituir uma opção equivocada por alcançar superávit primário por meio do limite de gastos, aprofundando a crise econômica para satisfazer setores ligados ao capitalismo rentista, parece mais uma medida que pretende devolver o país ao seu habitual Estado de exceção econômica, imposto pelo *mainstream*, aliás, a toda a América latina. Isto é, trata-se de um obstáculo neocolonialista ao desenvolvimento soberano de economias periféricas, que vivenciaram nos últimos tempos governos com tendências populares e mais democratizantes, com o objetivo de domesticá-las na tradicional relação econômica de dependência com as economias do capitalismo central (MARIANO, 2017, p. 278).

O novo regime fixa o teto dos gastos públicos ao orçamento público federal de 2017<sup>5</sup>, acrescido da variação do Índice de Preços ao Consumidor Aplicado (IPCA), corrigido anualmente. Nesse cenário apenas aumentos nominais são permitidos, ficando vedado o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, vale salientar que somente em 2026 será possível rever as regras impostas pela EC 95/16.

Como observa Mariano (2017) a qualidade de vida da população brasileira está em risco, posto que, as novas regras poderão levar ao sucateamento das políticas públicas, principalmente nas áreas da saúde e educação. Não só isso, novos investimentos somente poderão ser feitos se houverem corte de gastos em outras áreas, desta forma, engessando a expansão dos serviços públicos, criação de novos cargos e reestruturação de carreiras, desconsiderando, acima de tudo a evolução demográfica do país. Não há Estado de Bem-estar social sem investimento público.

Em sua crítica a nova emenda constitucional, Mariano (2017) assevera a suspensão do projeto social contido na Constituição de 1988, além de ressaltar que o teto dos gastos sociais nega o direito ao desenvolvimento como um direito humano fundamental: “não há como se promover o desenvolvimento econômico sem o acesso do povo às políticas públicas mais básicas, como a saúde e a educação” (MARIANO, 2017).

Não deveria ser preciso dizer que isso é inconstitucional, pois atenta contra a lógica principiológica da vedação ao retrocesso social, consubstanciada no

---

<sup>4</sup>Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/divida-publica-federal>>. Acessado em: 11.abril.2018.

<sup>5</sup> Para a educação e a saúde, o ano-base foi o orçamento de 2017, com início de aplicação no exercício de 2018. (Art.111 do ADCT)

plano do direito positivo, no rol das cláusulas pétreas constitucionais do § 4.º do art. 60 (MARIANO, 2017).

Na análise de Mariano (2017) a EC 95/2016 representa uma reação das elites político-econômicas que buscam “sabotar completamente a Constituição” já que, nunca aceitaram o projeto constitucional de implantação de um Estado de Bem-estar Social no Brasil, tendo em vista que haviam outras opções de ajuste, como a reforma tributária e uma agenda de desenvolvimento baseada no investimento público. Mariano (2017) ressalta ainda que o regime fiscal instituído pela EC 95/2016 não é legítimo, posto que, não foi o projeto político vencedor nas últimas eleições.

Um vice-presidente alçado à condição de presidente, por um *impeachment* ou um golpe, qualquer que seja a narrativa, não poderia impor agora um novo regime fiscal que represente, como a EC 95/2016 o faz, um projeto político constituinte diametralmente oposto ao de 1988, [...]. A EC 95/2016 padece de legitimidade democrática, sendo ainda um projeto desastroso de solução de uma crise econômica, e aparentemente motivado para sabotar os avanços do país na implementação de um Estado de Bem Estar Social e de uma economia mais soberana e independente, outrora capaz de influenciar a consolidação de um projeto de autonomia de toda a América latina e de seus povos (MARIANO, 2017, p. 281).

## 2.2 Os Impactos da Emenda Constitucional 95/16 na Saúde

O novo plano econômico congela o piso do gasto federal com saúde para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) até 2036. O SUS perderá, com o novo regime fiscal, cerca de R\$ 743 bilhões, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2016), que analisaram algumas implicações do novo regime fiscal para o financiamento do SUS.

No estudo realizado pelo IPEA (2016) foram apresentadas as dificuldades para a efetivação do direito à saúde no Brasil e o provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde, caso a então PEC 241, fosse aprovada pelo Congresso Nacional e congelasse o piso do gasto federal com a saúde. Na ampla análise realizada, os técnicos do IPEA esclarecem pontos que evidenciam o grande equívoco e as más consequências que essas decisões econômicas representam para o país.

Todavia, é importante lembrar como ocorre o financiamento do SUS, para elucidar as consequências que as novas regras trarão para as ações e serviços públicos de saúde (ASPS). O modelo atual é tripartite e assegura constitucionalmente a vinculação do produto da arrecadação dos três entes federais para a manutenção

das políticas de Saúde. Esses recursos financeiros são repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), que administra e transfere parte do montante para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para que realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde.

A partir da EC 29/2000 cada esfera de gestão passou a ter um valor de aplicação mínimo obrigatório dos seus recursos tributários nos seguintes percentuais: 15% para os Municípios, 12% para os Estados e sendo para a União a base de cálculo para a aplicação mínima o valor empenhado com ASPS no ano anterior, corrigido pela variação do PIB. Essa regra perdurou até a EC 86/2015 que alterou a forma de cálculo de aplicação mínima para União, vinculando os repasses não mais pelo PIB, mas pela Receita Corrente Líquida (RCL), escalonadamente (QUADRO 1).

Quadro 1 – Financiamento do SUS

MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO					
		De 2000 a 2015	A partir de 2015		2017		A partir de 2018
EC 29/2000	EC 29/2000	EC 29/2000	EC 86/2015		EC 95/2016		EC 95/2016
15% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	12% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	Valor empenhado no ano anterior + variação do PIB	Ano	Base RCL	Ano	Base RCL	Base: gasto no ano anterior
			2016	13,20%	-	-	Valor gasto no ano anterior + IPCA
			2017	13,70%	2017	15,00%	
			2018	14,10%	-	-	
			2019	14,50%	-	-	
			2020	15,00%	-	-	

Fonte: CONASEMS (2018).

Contudo, com a entrada em vigor da EC 95/2016, a União repassará, a partir de 2018 (tendo como base 15% a RCL do exercício de 2017) o valor do gasto no exercício anterior, corrigido pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), ao longo de 20 anos. São perceptíveis as perdas de recursos para o financiamento do SUS, dado as constantes desonerações na base de cálculo dos repasses da União, antes vinculadas ao PIB, mudando recentemente à RCL e agora sendo corrigidas somente pela inflação.

No período pós-Constituição de 1988, a regra transitória de aplicação de recursos em saúde pela União era de 30% do Orçamento da Seguridade Social, percentual que nunca foi respeitado. O SUS experimentou na década seguinte graves crises de financiamento, sem que fosse adotada uma solução definitiva para o problema, seja pelo Poder Executivo ou Legislativo (Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde, 2013). A criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), por exemplo, não garantiu mais recursos para a saúde, devido à substituição das fontes de financiamento do MS. No período pós EC 29, a vinculação das despesas ao crescimento do PIB garantiu certa estabilização ao financiamento federal do SUS. [...] Enquanto a regra da EC 29 protegia o orçamento federal do SUS por meio da correção pela variação nominal do PIB, a regra proposta na PEC 241 incorpora apenas a correção pela inflação, desconsiderando a incorporação das taxas de crescimento da economia ao gasto com saúde e reduzindo a participação do gasto com saúde no PIB (IPEA, 2016, p.8).

Outro ponto que impactará nas contas do SUS é a redução do gasto público *per capita* com saúde, posto que, conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>6</sup>, a partir de 2042 a população brasileira começará a decrescer, assim o SUS teria menos recursos por pessoa para fazer frente às necessidades de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população brasileira (IPEA, 2016).

A Desobrigação de os governos alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico é outra preocupação apontada pelo IPEA (2016). Decerto que as novas regras para o custeio do gasto público impactará negativamente nos grupos sociais mais vulneráveis, dificultando o acesso as ações e serviços de saúde, bem como, ferindo diametralmente os direitos e garantias fundamentais. O ajuste fiscal provocará uma onda de consequências nefastas à saúde, a começar sobre o provável aumento da judicialização da saúde, que já é uma realidade crescente, principalmente nos municípios, dado a impossibilidade do sistema garantir o acesso universal e integral.

Os levantamentos do IPEA (2016) ainda descortinam pontos que precisam ser considerados no cenário atual que aprofundarão o abismo entre o financiamento do SUS e a garantia do direito à saúde no Brasil, um dos países mais desiguais do mundo. De início é preciso observar o patamar atual do gasto federal com ASPS está estável em relação ao PIB, ou seja não houve ampliação na participação dos recursos da União com saúde, na verdade houve uma queda nas despesas primárias do

---

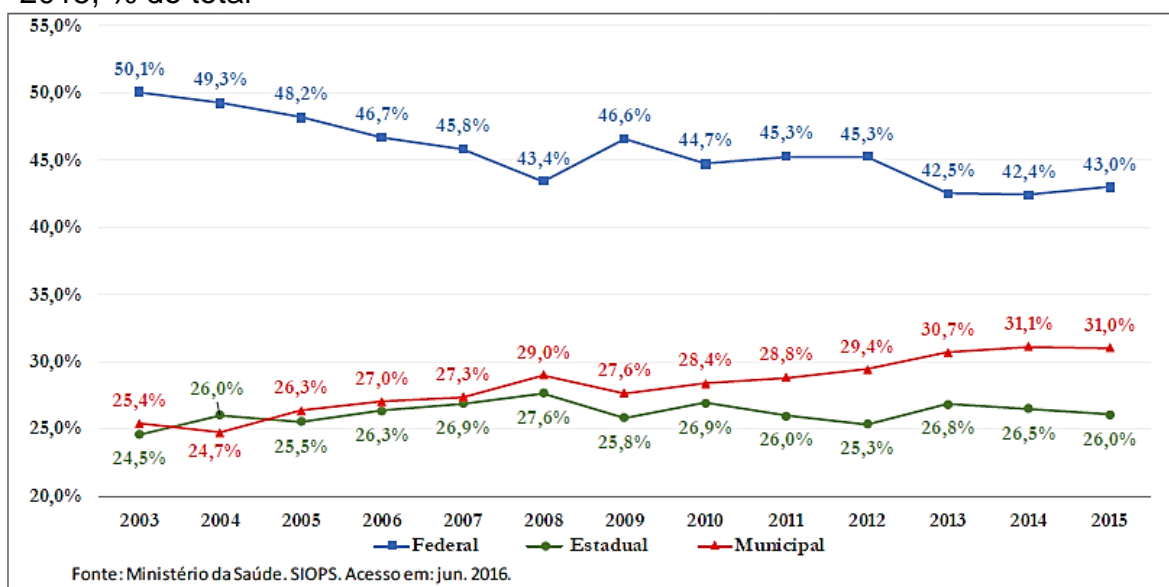
<sup>6</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acessado em: 20 maio. 2018.



governo federal nos últimos anos, de 10,1% para 8,4%, entre os anos de em 2003 e 2015.

Pela composição e evolução dos gastos por esfera de governo é nítido a diminuição do volume dos gastos federais, em relação ao aumento da participação municipal com o custeio da saúde, enquanto a proporção estadual manteve-se praticamente no mesmo patamar (FIGURA 2). Desta forma, os municípios veem absorvendo, praticamente sozinhos, a redução no financiamento federal.

Figura 2 - Composição do gasto público com saúde por esfera de governo, 2003-2015, % do total



Fonte: IPEA (2016)

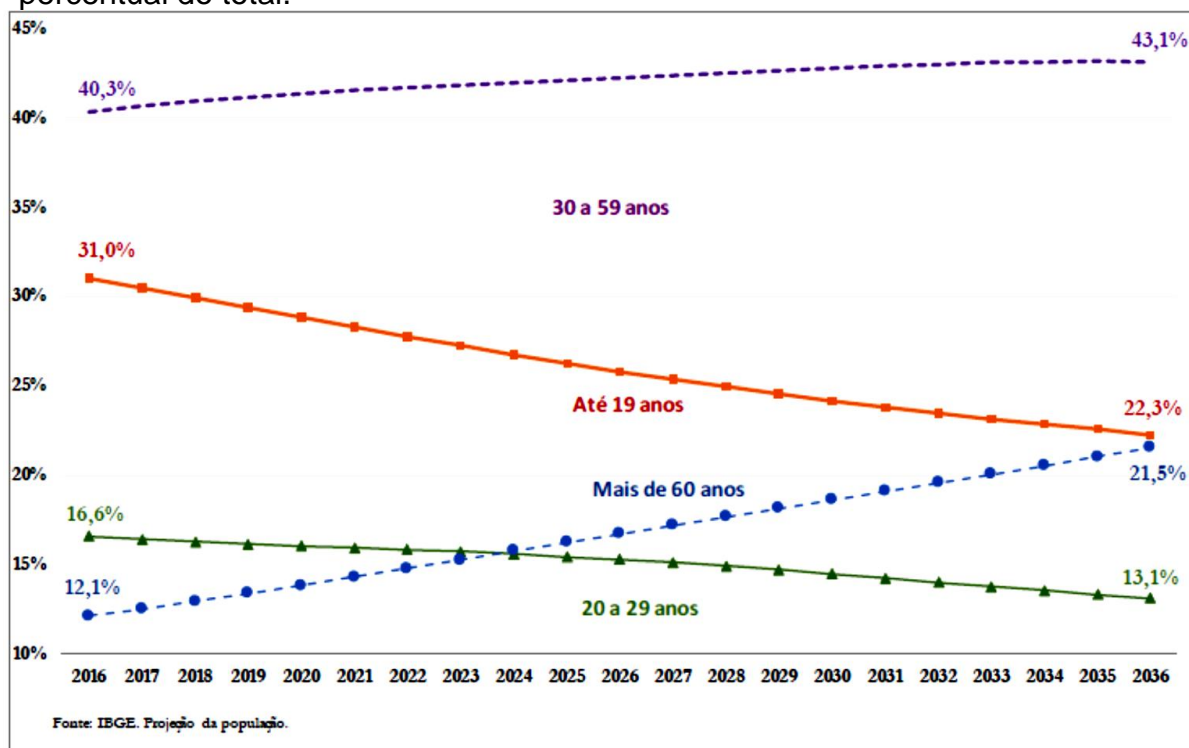
Vale ressaltar que o gasto público com saúde no Brasil é muito baixo, considerando que orçamento federal pago com saúde, em 2017, foi de apenas 4,14%<sup>7</sup>. Desta forma, partir de um patamar baixo de aplicação de recursos em saúde, e congelá-lo durante 20 anos, é sentenciar a população ao abandono da sua própria sorte. O cenário agrava-se diante das projeções demográficas que apontam que a população de idosos no Brasil dobrará em vinte anos (FIGURA 3), o que demandará, não apenas, maiores necessidades de ações e serviços em saúde, mas como um incremento nos investimentos (infraestrutura e tecnologia).

O Brasil passa por um rápido processo de mudança na estrutura demográfica, em decorrência do aumento da expectativa de vida e da queda da taxa de natalidade. As projeções do IBGE para a estrutura etária indicam que a

<sup>7</sup> Disponível em: <<http://www.auditoriacidada.org.br/blog/2016/11/09/explicacao-sobre-o-grafico-do-orcamento-elaborado-pela-auditoria-cidada-da-divida>>. Acessado em: 20 maio. 2018.

população brasileira com 60 anos ou mais, que hoje representa cerca de 12,1% do total, em 2036 representará 21,5%. Em termos absolutos, em 2036, a população com 60 anos ou mais representará praticamente o dobro da atual (+96%), passando de 24,9 milhões para 48,9 milhões de habitantes, e a população com 80 anos ou mais aumentará em mais de 150%, passando de 3,5 milhões para 8,8 milhões, o que pressionará o gasto público com saúde (gráfico 7). Essa mudança na estrutura demográfica colocará maior pressão sobre o SUS, que já lida com os resultados do processo de transição epidemiológica, ou seja, de maior protagonismo das doenças crônicas não transmissíveis entre as causas de adoecimento da população (IPEA, 2016, p.19).

Figura 3 - Composição da população por faixa etária – projeções 2016 e 2036, percentual do total.



Fonte: IPEA (2016)

Não restam dúvidas quanto aos impactos negativos para a saúde da população com a entrada em vigor das novas regras fiscais. Todavia é preciso atentar para os efeitos reversos que o congelamento dos gastos podem trazer no médio e longo prazo para as contas públicas, variáveis que parece não terem sido contabilizados na equação da equipe econômica.

A população aumentará e envelhecerá, haverá a depreciação e a obsolescência da infraestrutura e dos equipamentos, o enfraquecimento do SUS elevará os quadros de morbidade e mortalidade, posto que os planos privados de saúde, baratos e de baixa cobertura (uma estratégia em voga), não suportarão as

demandas de média e alta complexidade e a oferta de medicamentos, que continuariam sendo ofertados pelo SUS.

No Brasil, o objetivo da EC 95/2016 é fazer justamente o contrário. Reforçar, com o limite dos investimentos públicos, o sistema de saúde privado, coroando o princípio friedmaniano da liberdade de escolha, fundante da Escola conservadora de Chicago (MARIANO, 2017, p. 275).

O aumento das desigualdades e das iniquidades sociais não trará prosperidade econômica, pelo contrário, trará involução e retrocesso, que invariavelmente impactará o mercado, trazendo não somente prejuízos sociais, mas econômicos também, como visto pelos dados do IPEA(2016). A busca pela eficiência do gasto público e da austeridade fiscal põe em risco a qualidade de vida da população brasileira? Será? Interessante é entender os parâmetros que levaram o governo federal a tomar medidas tão extremas e visivelmente prejudiciais a justiça social e aos direitos humanos.

Para tanto, o estudo encomendado pelo Governo Federal ao Banco Mundial (2017), intitulado “Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”, será utilizado como contraponto nessa análise de conjuntura. Os levantamentos do Banco Mundial tiveram como critério norteador a indagação “gastar mais ou melhor?”, partindo da constatação que o governo brasileiro gasta mais do que pode e gasta mal, sendo imprescindível assim, o ajuste fiscal para o equilíbrio das contas públicas. Os fundamentos abordados nesse estudo serão examinados no próximo tópico.

### **2.3 Saúde, Eficiência e Gasto Público: Variáveis de uma mesma Equação?**

A análise realizada pelo Banco Mundial partiu da revisão da eficiência dos gastos entre as diferentes entidades e programas governamentais, apontando que “os debates consideram não apenas a alocação dos recursos públicos, mas também as premissas que devem nortear os gastos de forma a promover eficácia nos serviços prestados e igualdade social” (BANCO MUNDIAL, 2017).

Segundo o estudo em comento, o Brasil, nas duas últimas décadas, colocou a sustentabilidade fiscal em risco, devido os aumentos constantes nos gastos correntes, situação agravada pela queda nas receitas, resultante de uma profunda recessão e pelo aumento dos gastos com impostos. O resultado foram déficits fiscais

anuais de aproximadamente 8% do PIB e o aumento da dívida pública de 51,5% do PIB em 2012 para mais de 73% em 2017. A proposta é um ajuste gradual dos gastos do governo, através de uma redução dos gastos anuais de 0,6% do PIB, significando uma redução do orçamento federal para os níveis do início dos anos 2000<sup>8</sup>.

Foram feitas análises dos programas existentes e da forma como as despesas eram alocadas, no propósito de identificar as reformas que tornariam os gastos públicos mais eficazes, eficientes e equitativos. Dentre as alternativas de ajuste o Banco sugere a reforma previdenciária (incluindo as aposentadorias rurais e no Benefício de Prestação Continuada-BPC), ajustes nos programas de proteção social e emprego (abono salarial e seguro desemprego), redução do funcionalismo público, redução dos prêmios salariais excepcionalmente altos dos servidores públicos, melhora dos métodos de aquisições públicas de bens e serviços, reformulação das políticas de apoio às empresas (SIMPLES, Zona Franca de Manaus e os créditos subsidiados).

A área da educação teve como propostas de alteração: o aumento do número de alunos por professor, através do “declínio natural do número de professores”, ou seja, “não substituir todos os profissionais que se aposentarem no futuro”, visando atingir a razão eficiente aluno/professor (BANCO MUNDIAL, 2017, p.13), o fim da vinculação constitucional de aplicação de no mínimo 25% dos recursos próprios com Educação e a limitação do financiamento das universidades públicas federais (sob a alegação que as despesas com o ensino superior são ineficientes e regressivas).

Do mesmo modo, reformas e ajustes foram aventados para o setor da saúde, com o objetivo de gerar eficiência e evitar desperdícios. As análises feitas e as propostas apresentadas pelo estudo para os serviços de saúde, serão vistos mais detalhadamente em seguida. A meta proposta pelo Banco Mundial é de gerar uma economia de 0,6% do PIB<sup>9</sup>, sendo 0,3% com ganhos de eficiência na saúde e outros 0,3% com a redução de gasto tributário (fim dos créditos tributários do IRPF para despesas privadas com saúde).

---

<sup>8</sup> Segundo dados do IBGE o PIB em 2002 totalizou R\$ 1,32 trilhão, já o PIB de 2017 totalizou R\$ 6,6 trilhões. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/20166-pib-avanca-1-0-em-2017-e-fecha-ano-em-r-6-6-trilhoes.html>>. Acessado em: 17.jun.2018.

<sup>9</sup> Considerando os valores do PIB de 2017, uma redução de 0,6% equivaleria aproximadamente a R\$40,6 bilhões de gastos com a saúde até 2026.

A economia potencial nos gastos com saúde é relacionada a uma escala ineficiente de prestação de serviços, principalmente nos hospitais. A fim de lidar com a provável expansão da demanda por serviços de saúde devido à transição demográfica e ao crescente ônus das doenças não transmissíveis, o sistema brasileiro de saúde necessita de algumas reformas estratégicas. Primeiramente, há um número demasiadamente alto de hospitais pequenos (que não são eficientes em termos de custos), o que reflete a necessidade de equilibrar o acesso a serviços hospitalares com o tamanho ideal dos hospitais e a escala dos serviços. Em segundo lugar, é necessário melhorar a integração dos vários níveis de prestação de serviços e a coordenação entre os prestadores de serviços de saúde. Por fim, é fundamental introduzir incentivos para impulsionar a produtividade dos profissionais de saúde e alinhar os mecanismos de pagamento dos provedores aos custos efetivos (BANCO MUNDIAL, 2017, p.109).

O estudo do Banco Mundial (2017) identificou ineficiências na execução das despesas com saúde no Brasil quando comparado ao desempenho de outros países. A metodologia de análise<sup>10</sup> utilizada pelo Banco aponta que com o mesmo volume de recursos o Brasil poderia ter prestado o mesmo nível de serviços usando 34% menos dos valores dispendidos. Os serviços de atenção primária tiveram um índice de eficiência de 63%, já a atenção secundária e terciária apresentaram uma eficiência média de apenas 29%.

No atendimento primário os municípios demonstraram alta produtividade e baixo desempenho (principalmente na região Norte e Nordeste, que gastam menos e são mais eficientes). Ao ponto em que, na média e alta complexidade a maioria dos municípios apresenta baixa produtividade e baixo desempenho. Ou seja, os municípios são mais eficientes na prestação de serviços primários (atendimento em postos de saúde) do que os de nível secundário e terciário (atendimento hospitalar), padrão observado em todas as regiões do Brasil, independentemente do tamanho do município, de acordo com o relatório.

Nesse sentido, a intenção é que o Brasil ofereça mais serviços de saúde com os mesmos recursos, sendo mais eficiente. Para isso, o estudo revela que, em nível nacional, há um grande potencial para aumentar a prestação de serviços primários de saúde sem aumentar os gastos, através da melhora da performance das ações de saúde no nível de atenção primária. Na atenção secundária e terciária, da

---

<sup>10</sup> A Análise Envoltória de Dados (*Data Envelope Analysis*, DEA) é um método não paramétrico para estimar as fronteiras de produção. Segundo a metodologia DEA, desenvolvida formalmente por Charnes, Cooper e Rhodes (1978), a eficiência é definida como a razão entre produtos (*output*) e insumos (*input*), e a fronteira representa o nível máximo de produtos que pode ser produzido com base nos insumos e tecnologias disponíveis (BANCO MUNDIAL, 2017, p.111).

mesma forma, há como aumentar a prestação de serviços hospitalares mantendo as despesas constantes. De acordo com os levantamentos do Banco Mundial (2017), o grande número de pequenos hospitais em municípios de baixa população, inviabiliza a oferta de serviços com ganhos de escala, motivando na verdade, em sua maior parte a ineficiência.

Outros fatores foram apontados como gargalos à eficiência, como a falta de integração do sistema de referência e contra referência (encaminhamento e contra encaminhamento). Explicando melhor, um atendimento bem realizado na atenção primária (porta de entrada), contribui para melhorar resultados no resto da cadeia de serviços diagnósticos, ambulatoriais, especializados e hospitalares. Mas não só isso, a baixa disponibilidade e o desempenho dos médicos, frente a seus altos salários, também foram diagnosticados como uma das causas da insuficiência dos serviços de saúde.

Os salários dos profissionais de saúde no Brasil são relativamente altos, especialmente no atendimento primário, equivalendo a vários múltiplos da renda per capita do decil mais rico da população. No entanto, a produtividade dos médicos (calculada com base no número de consultas por médico) está muito abaixo da média dos países da OCDE, mesmo embora a densidade de médicos seja relativamente baixa e concentrada nos centros urbanos. Se o número de consultas e internações aumentasse, e os procedimentos mais rotineiros fossem realizados por profissionais de saúde de nível mais baixo (por exemplo, enfermeiros), seria possível melhorar significativamente a eficiência e a qualidade dos atendimentos. As normas nacionais poderiam ser ajustadas para permitir que profissionais de enfermagem realizassem consultas e prescrevessem certos medicamentos e exames em unidades de atendimento primário. Na verdade, tais práticas representam o padrão nos países mais desenvolvidos (para maximizar o uso do reduzido número de médicos) (BANCO MUNDIAL, 2017, p.116 e 117).

O estudo ainda assinala questões como a crescente judicialização da saúde no Brasil, pressionam o aumento com as despesas com saúde, posto que, as ações judiciais movidas pelos pacientes geralmente envolvem medicamentos e tratamentos de alto custo, além de reforçar a desigualdade, considerando que pacientes ricos possuem mais condições, tanto de conhecer os novos procedimentos e tratamentos disponíveis, como de mover ações judiciais para obtê-los.

Ademais, também foram citadas as deduções tributárias com despesas médicas concedidas nas declarações de renda Pessoa Física. O Banco Mundial (2017) avalia que “as despesas orçamentárias com saúde são progressivas, mas as isenções concedidas a hospitais privados e as deduções do imposto de renda para

planos de saúde privados são grandes e regressivas” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 117).

Colocadas as razões para a ineficiência e o malgasto do sistema de saúde, são sugeridas reformas para aumentar a eficiência, a equidade e a economia fiscal, considerando que esse estudo evidencia que o SUS poderia oferecer mais serviços e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente. Desta forma, a intenção é gerar uma economia anual com ganhos de eficiência de aproximadamente R\$ 22,4 bilhões, em cinco áreas específicas.

Com a expansão da cobertura da Atenção Primária, de 65% para 100%, o ganho calculado será de R\$ 1,2 bilhões por ano, a racionalização da rede de hospitais de pequeno porte trará um ganho anual de R\$ 1,3 bilhões, sendo mais R\$ 3 bilhões com a melhora do desempenho hospitalar. O aumento da produtividade da força de trabalho médica permitirá um ganho de eficiência de R\$ 2,9 bilhões e o fortalecimento da integração entre os níveis de atenção proporcionará uma economia de R\$ 7,65 bilhões nas contas públicas.

A redução dos gastos tributários com saúde é outra opção de economia fiscal para a área. Conforme os estudos do Banco Mundial (2017), os gastos tributários representam 30,5% dos gastos federais em saúde, divididos entre os descontos no Imposto de Renda Pessoa Física (R\$ 9,6 bilhões) e hospitais filantrópicos (R\$ 7,4 bilhões). “Esses gastos são altamente regressivos, e não há nenhuma justificativa aparente para a obrigatoriedade de o governo pagar pelo atendimento privado de saúde aos grupos mais ricos da população.” (Banco Mundial, 2017, p.119). Abaixo o resumo das possibilidades de ajustes e reforma no sistema de saúde, para a geração de potenciais economias até 2026 (QUADRO 2).

Quadro 2 - Resumo das opções de políticas públicas e seu impacto na eficiência, equidade e potencial economia fiscal para a área da saúde

<b>Medidas</b>	<b>Eficiência</b>	<b>Equidade</b>	<b>Economia potencial até 2026 (% do PIB)</b>
Melhoria da eficiência dos profissionais de saúde	+	Neutro	0,09%
Expansão da cobertura da atenção primária à saúde (de 65% para 100%)	+	+	0,03%
Melhoria da integração entre atenção básica e avançada	+	Neutro	0,12%
Melhoria da eficiência hospitalar	+	Neutro	0,05%
Remoção dos subsídios tributários federais para seguros privados de saúde	+	+	0,33%
<b>ECONOMIA TOTAL EM NÍVEL FEDERAL</b>			<b>0,62%</b>

Fonte: Banco Mundial (2017)

Finalmente, além do atual ajuste fiscal, para melhorar a qualidade do gasto público, o Banco Mundial (2017) orienta a institucionalização de um sistema regular e rigoroso de monitoramento e avaliação de políticas públicas, com foco nos resultados, no controle dos insumos orçamentários e na eficiência dos gastos.

A avaliação da eficiência de gastos não pode ser um exercício único, mas deve se tornar um processo institucionalizado que oriente a formulação de políticas públicas. Muitos países adotaram um arcabouço institucional que permite a triagem *ex ante* de novas propostas de programas, bem como o monitoramento e avaliação regulares dos programas existentes (BANCO MUNDIAL, 2017, p.15).

Por certo, o estudo apresentado pelo Banco Mundial (2017), trouxe à baila um vasto rol de críticas e foi amplamente condenado pela academia, associações de servidores públicos e por movimentos sociais, principalmente as que tratam de direitos humanos. De toda forma, vale ressaltar, que o contrário também é verdadeiro, a grande mídia, setores produtivos e organizações da sociedade civil, validaram as reformas propostas pelo documento, encomendado pelo então Ministro da Fazenda, Joaquim Levy.

Pelo lado da contenção da despesa, o ajuste até agora se limitou à aprovação da Emenda Constitucional 95, que estabeleceu um teto para o aumento de gastos primários. Essa medida, contudo, isoladamente, é insuficiente e insustentável, dado o crescimento vegetativo dos gastos com previdência e os aumentos salariais escalonados até 2019, em péssima hora concedidos



pelo governo. É preciso muito mais. Em brilhante artigo, Gil Castelo Branco denuncia com toda razão que nosso Estado é paquidérmico, ineficiente e corporativo. Muitas despesas podem e devem ser cortadas, porém, todos entendem e aceitam a necessidade de um ajuste fiscal, desde que afetem apenas os outros (OLIVEIRA, 2018).

Um corte de gastos também gera efeitos positivos sobre a estrutura institucional do país: uma redução dos gastos do governo tem o efeito de reduzir o peso da burocracia estatal. E isso, por sua vez, leva a um aumento da participação do setor privado na economia. Com menos burocracia e com menos regulamentações onerosas, há uma maior facilidade para o empreendedorismo e, conseqüentemente, para a geração de riqueza (MISES BRASIL, 2017).

De fato, o estudo apresentado é polêmico e deve ser analisado de forma imparcial, mas não ingênua, visto que, algumas questões apontadas pelo Banco Mundial, são problemas recorrentes e amplamente conhecidos, como disfunções de grande parte das políticas públicas e programas sociais, que acarretam muitas vezes em distorções nos resultados esperados e colaboram com a manutenção de desigualdades.

Todavia, causa espécie que o estudo tenha como objetivo priorizar a eficiência dos gastos de uma forma a “proteger os pobres e vulneráveis”, já que visa minimizar os impactos negativos sobre o emprego e a prestação de serviços públicos, algo improvável, vindo de políticas econômicas contracionistas e voltadas exclusivamente para a austeridade fiscal e contenção de despesas.

De toda forma, no geral, o relatório do Banco Mundial parece não se ajustar à realidade brasileira, ou não entendê-la em seus traços mais gerais, em especial no que diz respeito ao processo democrático de decisão popular. Ao negligenciar o contexto democrático de criação das políticas sociais expressas na Constituição Federal de 1988 (CF 88), o Banco Mundial ignorou a principal raiz das supostas “ineficiências” do gasto público (OAPS, 2017).

Estranho ainda é que outras alternativas mencionadas pelo Banco Mundial (2017), como o aumento da tributação sobre os grupos de alta renda e a redução dos altos encargos sobre sua dívida pública, redução da dependência dos tributos indiretos (que sobrecarregam principalmente os mais pobres, como o ICMS<sup>11</sup>) ou a solução para os altos custos da gestão da dívida pública, não foram discutidas e nem consideradas no ajuste proposto, apesar de serem consideradas relevantes. “Tais

---

<sup>11</sup> ICMS: Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual, intermunicipal e de comunicação.

medidas não são discutidas em detalhe neste estudo, mas deveriam fazer parte da estratégia de ajuste fiscal.” (BANCO MUNDIAL, 2017, p.8).

Como seria de se esperar, o caráter regressivo do sistema tributário brasileiro e os gastos com a dívida pública, que absorve mais de 40% do orçamento público, são mencionados muito ligeiramente (uma pequena concessão), mas apenas para justificar o porquê do “estudo” não tratá-los e se concentrar somente nas despesas sociais do Estado. No entanto, mesmo tratando do tema apenas em um parágrafo, o “estudo”, sem querer, corrobora as análises e críticas dos economistas heterodoxos à natureza do ajuste fiscal que está sendo executado no Brasil, ao afirmar que a alternativa à redução dos gastos, para restaurar o equilíbrio fiscal, poderia ser “o aumento das receitas tributárias e a redução dos altos pagamentos de juros sobre a dívida pública”. Giovannella, rebatendo as colocações do Banco Mundial (2017) para a saúde (GIOVANNELLA, 2017).

Os ajustes (cortes) propostos arrastam a área da Saúde para uma situação de gravidade, uma vez que a redução de gastos imposta pela Emenda Constitucional nº. 95/2016 significará o desmantelamento do SUS, que já arca com o subfinanciamento há anos. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), publicou o artigo da pesquisadora Lígia Giovannella, rebatendo as colocações do Banco Mundial (2017) para a saúde.

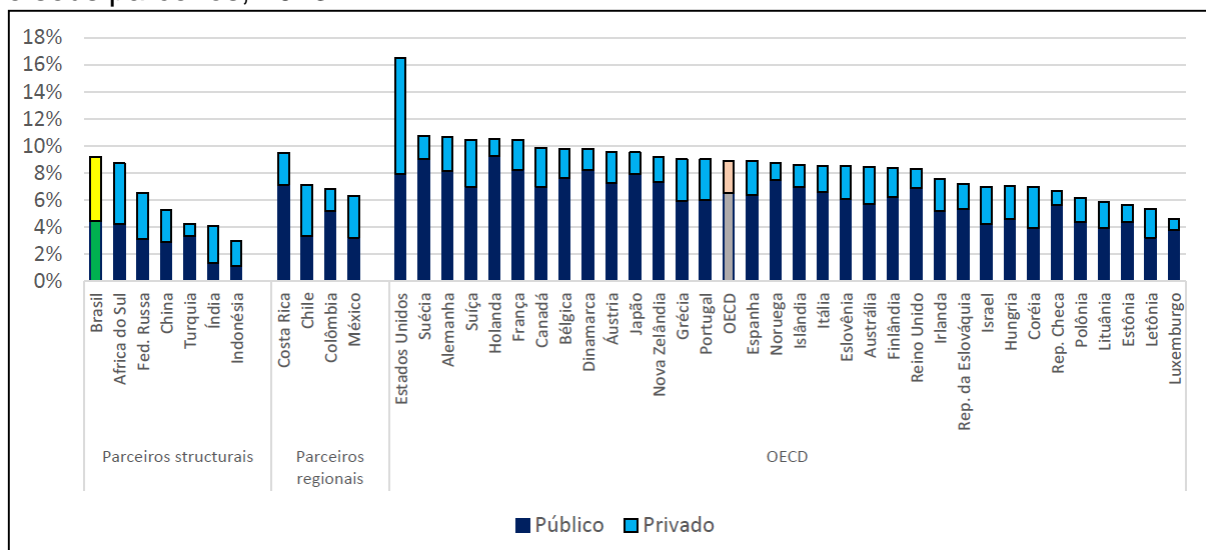
A pesquisadora trouxe críticas à abordagem centrada nos ganhos de eficiência e nos cortes de gastos em todos os setores de atenção à saúde, lembrando o constante desfinanciamento do SUS e que o Banco Mundial nega as heterogeneidades sociodemográficas nacionais e a determinação social dos processos saúde doença, lembrando ainda que muito da ineficiência do SUS é causada pela elevada presença do setor privado no sistema de saúde brasileiro.

De fato, o estudo do Banco Mundial (2017) aponta que os gastos públicos com saúde no Brasil representam menos que a metade da média dos países da OCDE<sup>12</sup>. Todavia, apesar de apontar que a proporção de recursos públicos em saúde no Brasil é pequena, isso não é bem destacado como deveria, conforme a comparação entre os gastos públicos e privados, entre os países parceiros estruturais e regionais do Brasil e os membros da OCDE (FIGURA 4).

---

<sup>12</sup> OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.

FIGURA 4 – Despesa pública e privada com saúde (como porcentagem do PIB), Brasil e seus parceiros, 2013



Fonte: Banco Mundial (2017)

Assim, da comparação internacional de gastos públicos com saúde, pode-se concluir que há espaço para cortar gastos em saúde? Não! Há sim, espaço para aumentar! Para dobrar os gastos públicos com saúde no Brasil. Poder-se-ia passar dos atuais 240 bilhões para 420 bilhões de reais ao ano! (GIOVANNELLA, 2017).

Para Lígia Giovanella, o estudo recomenda “um universalismo básico, um SUS responsável somente pela atenção básica. Nega o direito universal à saúde e ao acesso a serviços de saúde de qualidade conforme necessidades”. (GIOVANNELLA, 2017). A pesquisadora da FIOCRUZ questiona ainda as metodologias empregadas, pela ausência de rigor científico, ressaltando que determinadas fontes, variáveis selecionadas, análises etc. podem ser questionadas.

O relatório apresenta um conjunto de estimativas de ineficiências, aparentemente sofisticadas em seu cálculo, sem reconhecer que se trata apenas disso: estimativas. Apresenta-as como verdades categóricas na forma de assertivas indiscutíveis (GIOVANNELLA, 2017).

Ponto a ponto Giovanella (2017) vai descortinando e desmistificando as “verdades” apontadas pelo Banco Mundial (2017), lembrando as proporções continentais do país, as desigualdades regionais e sociais, que a saúde é um direito e que para o SUS o acesso aos serviços vem primeiro, posto que são mais importantes que medidas de máxima eficiência.

O relatório travestido de caráter técnico faz proselitismo da agenda política do BM de Estado mínimo, focalização e seletividade na política social e de

saúde. [...] Políticas de austeridade, como os cortes propostos, acentuam efeitos perversos das crises econômicas sobre a saúde, pois reduzem os orçamentos públicos em período de demandas ampliadas devido às repercussões do desemprego e redução de renda da população sobre o estado de saúde da população (Giovanella & Stegmüller, 2014). Ao final, propõe universalizar a atenção básica, contudo sem ampliar o acesso a serviços especializados e hospitalares, pois serviços secundários e terciários seriam ineficientes (supostamente poderiam ser deixados ao mercado). Recomenda, portanto um universalismo básico, um SUS responsável somente pela atenção básica. Nega o direito universal à saúde e ao acesso a serviços de saúde de qualidade conforme necessidades (GIOVANNELLA, 2017).

No mais, vale sempre lembrar que, a saúde é um direito fundamental (um desdobramento do próprio direito à vida) assegurado pela a Constituição de 1988, são mais de trinta artigos constitucionais que tratam sobre a saúde, sendo a única ação de relevância pública contida na Carta Magna<sup>13</sup>. O que significa que para a efetivação desse direito social é imprescindível a existência de unidades de saúde, hospitais públicos, da disponibilidade de leitos, materiais, equipamentos, medicamentos e profissionais suficientes para a manutenção das ações e serviços públicos de saúde.

Assim sendo, na ausência ou insuficiência dessas assistências e prestações obrigatórias, cabe indiscutivelmente a efetivação judicial do direito à prestação. Ou seja, a exigência passará a ser feita judicialmente ao Estado, para que uma dessas providências sejam cumpridas. O que acarretará obviamente na progressiva expansão da judicialização da saúde, isto é, caso a constituição não seja novamente alterada, o Estado terá que atender as demandas sociais da saúde de um jeito ou de outro, o que agravaria mais ainda a situação dos gastos públicos, neste caso, dos municípios que, invariavelmente, são os que assumem esses encargos.

No início desse tópico é feita a seguinte indagação: “Saúde, eficiência e gasto público: variáveis de uma mesma equação?”. Contudo, apesar da tentativa do Banco Mundial (2017) em tornar verdadeira essa equação, a realidade dos fatos comprovam que existem inúmeras variáveis e incógnitas que impedem a resolução desse dilema na saúde.

Não obstante, cabe advertir que há pontos apresentados no relatório do Banco Mundial, “Um ajuste justo”, que merecem ser considerados e discutidos e não

---

<sup>13</sup> Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 2008)

simplesmente refutados. Sim, o Brasil e os seus mais de cinco mil municípios, precisam ajustar as engrenagens da máquina pública. Não se pode negar que existam ineficiências e desperdícios na execução das políticas públicas e que é essencial a implantação de um sistema de monitoramento e avaliação de programas e políticas, como adverte o Banco Mundial (2017).

Os altos custos com a saúde e os desperdícios são o outro lado da moeda que impactam a gestão da saúde pública. De acordo com o Escritório de Orçamento do Congresso dos Estados Unidos, 30% dos custos clínicos com os sistemas de saúde americano, o *Medicare*, poderiam ter sido evitados, sem comprometer os resultados de saúde, esse percentual equivale ao montante de US\$ 700 bilhões, aproximadamente 2,2 trilhões de reais.

Os levantamentos, publicados pelo jornal da *American Medical Association* (JAMA, 2013)<sup>14</sup>, identificaram cinco categorias mais comuns de desperdícios, são eles: falhas na entrega de cuidados (falta de utilização das melhores práticas); falhas na coordenação do cuidado (cuidados fragmentados e desarticulados); tratamento excessivo<sup>15</sup> (hábitos ultrapassados, testes ou procedimentos de diagnóstico desnecessários); complexidade administrativa (regras ineficientes ou imperfeitas, procedimentos excessivamente burocráticos); falhas de preços (serviços e produtos cobrados com valores excessivos); fraudes e abusos.

Os desperdícios, as falhas e os desvios são mais um fardo que impactam as políticas de saúde, posto que, os problemas listados do *Medicare* pela JAMA, não são estranhos à realidade do SUS, que além desses, apresentam outros entraves que complicam a rede de prestação de serviços públicos (e privados) de saúde.

O Estudo Coalizão Saúde do Brasil – uma agenda para transformar o sistema de saúde, do Instituto Coalizão Saúde (2018), identificou, após amplo diagnóstico, outras forças que pressionam o sistema de saúde, são elas: aumento da

---

14 Disponível em: < <http://jama.jamanetwork.com/by a Health Partners>>. Acessado em: 16.jan.2018.

15 “O tratamento excessivo também pode resultar do diagnóstico excessivo, que resulta dos esforços para identificar e tratar a doença em seus estágios iniciais, quando a doença pode nunca realmente progredir e quando uma estratégia como a espera atenta pode ter sido preferida. [...] Outra forma de tratamento excessivo é o uso de serviços de preço mais elevado que têm benefícios de saúde insignificantes ou não sobre alternativas menos dispendiosas. Quando duas abordagens oferecem benefícios idênticos, mas têm custos muito diferentes, o caso de orientar pacientes e provedores para a alternativa menos onerosa pode ser claro - por exemplo, usando genéricos em vez de medicamentos de marca. Existe também a prestação de muitos serviços que uma vez foram considerados bons cuidados de saúde, mas que agora foram desacreditados por falta de evidência de benefício” (JAMA, 2013, p. 1513-1515). Para mais informações *vide* o verbete latrogênia.

carga de doenças; falta de promoção e prevenção; a alta expectativa e pouca informação do paciente; governança pouco efetiva; alocação de recursos inadequada; práticas de gestão ineficientes; baixo foco no desfecho; uso de dados e inovação limitados e a situação de sustentabilidade do sistema de saúde.

O referido estudo deixa claro que os principais gargalos da saúde são questões administráveis que podem ser resolvidas com soluções de baixo custo. Percebe-se ser possível reduzir consideravelmente as doenças crônicas e fatores de risco com promoção, informação e educação em saúde e assim desafogar as contas públicas e a rede de serviços. Sem dúvida que a realidade é bem mais complexa e as alternativas, embora simples, são de difícil implementação.

Em resumo, a política fiscal contracionista em vigor submete os usuários do SUS e beneficiários dos programas de saúde à condições de negligência e desamparo social, uma bomba-relógio que acarretará sérios problemas de saúde pública. Somado a isso, as conhecidas angústias do SUS, leitos nos corredores, falta de medicamentos e insumos, baixa cobertura, poucos médicos, demora nos atendimentos etc. que, infelizmente, encobrem as vitórias e sucessos de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

Os dados apresentados pelo IPEA (2016) são contundentes em destacar que as restrições advindas da EC nº 95/2016 implicarão diretamente na garantia e na efetivação do direito à saúde, visto que, não foram consideradas as particularidades e complexidades do sistema público de saúde no Brasil. Por outro lado, o Banco Mundial (2017) é categórico ao afirmar que não faltará recursos à saúde, caso as ineficiências do SUS sejam corrigidas.

De toda forma, o que se quer chamar a atenção é que a situação da saúde pública no Brasil é complicada e multidimensional e que não é possível avaliar tantos problemas apenas por uma lente. Para além da questão do subfinanciamento, existem muitos viesamentos que colaboram com desarranjo das políticas de saúde, como as proporções continentais do Brasil, a extrema desigualdade social, o envelhecimento da população, falta de profissionais médicos, a má gestão e a corrupção (que geram desperdícios e ineficiências).

E sobretudo, independentemente das discussões e vieses apresentados, o que se pode aferir é que o atual contexto macroeconômico brasileiro já impacta

negativamente as políticas públicas de saúde, considerando que, sem o incremento de recursos e com as crescentes demandas, o sistema público de saúde sucumbirá.

## **2.4 Equidade de Saúde e Justiça Social**

Partindo dessa análise de conjuntura em que se apresenta o contexto político-econômico que envolve as ações e serviços públicos de saúde, é possível perceber os impactos na qualidade de vida dos brasileiros, que transpassarão as questões individuais de adoecimento e atingirão o saúde pública como um todo, impactando o diretamente no desenvolvimento do país. A restrição ao acesso aos serviços de saúde atinge em cheio uns dos princípios do SUS, a equidade, estritamente relacionada com a igualdade e a justiça.

No debate sobre as concepções da justiça e equidade, dois autores merecem destaque por apresentarem perspectivas com pressupostos distintos: John Rawls e Amartya Sen. A proposta por John Rawls (2002), parte da ideia central de um consenso de justiça e igualdade em toda sociedade, onde pessoas livres aceitariam uma posição inicial igualitária entre todos. Nessa situação hipotética, esse princípio passaria a regular todos os demais acordos sociais “os princípios da justiça são escolhidos sob um ‘véu de ignorância’. Isso garante que ninguém é favorecido ou desfavorecido na escolha dos princípios [...]”. (RAWLS, 2002, p.13).

Para Rawls os princípios da justiça seriam o resultado de um consenso ou ajuste equitativo original entre indivíduos éticos e dotados de senso de justiça. Para que existam relações simétricas entre as partes e garantia de resultados equitativos, o autor considera necessária a intervenção governamental, através de suas instituições, para assegurar um mínimo social e para a implementação dos critérios de justiça.

Na visão de Amartya Sen (2010), a equidade na saúde transcende a questão do acesso, pois considera primordial reconhecer as diferenças existentes nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas. Para Sen (2010) essa é uma questão multidimensional e extremamente ampla de justiça social, considerando a relevância da saúde na vida e na liberdade humana.

Qualquer concepção de justiça social que aceite a necessidade de uma distribuição equitativa e de uma exploração eficiente das capacidades humanas não pode ignorar o papel da saúde na vida humana e as

oportunidades de as pessoas obterem uma vida saudável, sem doenças e sofrimento evitáveis ou mortalidade prematura. Equidade na realização e na distribuição de saúde, portanto, está incorporada e embutida em uma ampla noção de justiça (SEN; KLIKSBURG, 2010, p.74).

Para Sen (2010), as desigualdades de saúde são consequência das desigualdades sociais, pois a equidade na saúde pode estar colocada dentro de um contexto mais amplo de equidade geral. Desta forma, percebendo que sem saúde a pessoa perde a capacidade (ou a liberdade) de ser plenamente e de realizar o que se deseja fazer, Amartya Sen (2010) considera que a igualdade em saúde ocupa o centro da equidade geral.

No livro “As pessoas em primeiro lugar, a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado” de Amartya Sen e Bernardo Kliksberg (2010), apresentam estudos que revelam os impactos da desigualdade na saúde no desenvolvimento dos países latino-americanos, a mais desigual das regiões, segundo os autores, que também apresentam uma nova visão de desenvolvimento, que coloca a saúde como meta prioritária.

Essa visão retoma plenamente a valorização do papel da saúde pública. A forma como a sociedade trata seus membros nessa área essencial é um ‘indicador de choque’ crucial, de que medida ela está, ou não, realmente avançando. A saúde é uma meta prioritária em si, mas, ao mesmo tempo, o pilar estratégico para que haja uma verdadeira liberdade (SEN; KLIKSBURG, 2010, p.140).

Sen e Kliksberg (2010), apontam as principais tendências e indicadores de desigualdade em na saúde na América Latina, ao ponto em que, apresentam estratégias voltadas para o futuro da região e sugestões para novos rumos das políticas de saúde pública. Os estudos citados pelos autores evidenciam um fator-chave, que na verdade é a existência da pobreza que gera múltiplas desigualdade e altos custos sociais e econômicos, e principalmente, travam as possibilidades de crescimento. “O crescimento é necessário, mas, nas atuais condições de iniquidade, este dificilmente chegaria até os pobres” até porque “a ideia de que se pode crescer primeiro para depois se preocupar com a distribuição revelou-se um conceito equivocado” (SEM; KLIKSBURG, 2010, p. 155).

Dentre o cenário de desigualdades agudas na América Latina, o mais preocupante são as iniquidades referentes à saúde, posto que, são as que provocam problemas de grandes proporções e de alta gravidade, conforme constatam os



autores. As desigualdades em saúde possuem inter-relações com as desigualdades econômicas através de “circuitos perversos” que se retroalimentam com as agudas desigualdades socioeconômicas” (SEM; KLIKSBERG, 2010, p. 167).

Para além das desigualdades sanitárias existem inúmeras variáveis que refletem as iniquidades na saúde, como a questão da localização (áreas de risco) e o tipo de moradia (assentamentos precários), a renda, educação e nível de escolaridade, gênero, etnia, dentre outras condições sociais. Desta forma, para falar em políticas de saúde é necessário compreender o encadeamento das variáveis individuais e coletivas, causadas pelas desigualdades sociais, que influenciam sobremaneira a saúde pública. Nesse entendimento, Sen e Kliksberg (2010) discutem os “aspectos-chave” que impactam os fatores determinantes da saúde, como educação, renda, água potável e saneamento.

Com relação a “Educação e saúde”, dados publicados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) relacionam a mortalidade infantil aos níveis educacionais e demonstram a evolução dos diferenciais de mortalidade infantil de acordo com o nível de instrução da mãe nos países da América Latina, entre os anos de 1980 a 2003. No Brasil, as taxas de mortalidade infantil nos domicílios com mães sem instrução são seis vezes maiores, do que em casas em que as mães tem educação secundária.

Já a Universidade de São Paulo constatou correlações entre o peso das crianças e o nível educacional das mães no Brasil. Outros estudos evidenciam a correlação existente entre a expectativa de vida e os níveis educacionais, quanto mais baixa a escolaridade, menor a expectativa de vida. “Calcula-se que um aumento de dez pontos na taxa de analfabetismo corresponde, em termos de correlação estatística, a 2,2 anos a menos em matéria de expectativa de vida.” (SEN E KLIKSBERG, 2010, p. 170). Essa correlação está presente em todos os estados brasileiros.

Em se tratando de renda e saúde, os autores apresentam outras pesquisas realizadas no Brasil que identificam a relação salário mínimo e mortalidade infantil, que a renda as desigualdades de saúde advindas, renda e a causa da morte, desigualdades sociais e violência. Outro padrão existente que evidencia a exclusão da saúde, gerando pelo nível renda, é a ausência de demanda por serviços de saúde por parte dos mais desfavorecidos, apesar da necessidade evidente, ou seja, a renda

condiciona a procura por consultas médicas. “Isso explica a elevadíssima sensibilidade dos pobres em relação à taxação de dos serviços médicos públicos”, em diversos países do mundo e na América Latina. (SEN E KLIKSBERG, 2010, p. 171).

O acesso a água potável é o outro fator de desigualdade em saúde que provocam sérios agravos à saúde de milhões de pessoas dos países latinos.

As famílias que não possuem um sistema de distribuição de água potável dedicam muito tempo à obtenção de água, o que implica, para as famílias pobres, uma despesa adicional. As famílias de baixa renda que carecem de uma fonte de água potável em sua moradia gastam tanto dinheiro para obter água quanto às famílias de renda superior. O acesso a processos de tratamento de água no próprio domicílio é muito limitado no caso das famílias pobres, já que esses processos são relativamente caros. O resultado é que as famílias de baixa renda bebem um água de qualidade inferior (SEN E KLIKSBERG, 2010, p. 178).

No que tange ao saneamento, Sen e Kliksberg (2010) entendem que a falta de um vaso sanitário e de sistemas de saneamento é um atentado aos direitos humanos. No Brasil, dois terços das habitações dos 20% mais pobres não possuem instalações sanitárias, de acordo com os dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

O problema de acesso à água potável afeta mais de 2,2 bilhões de pessoas no mundo e 4.5 bilhões por falta de um sistema seguro de saneamento. “Em 2015, cerca de 663 milhões de pessoas ainda estavam usando fontes não tratadas ou água da superfície. Anualmente a demanda por água aumenta em 1%, principalmente em países em desenvolvimento” (PNUD, 2018)<sup>16</sup>.

Diante dessas desigualdades sociais que impactam tão fortemente a área da saúde, o primeiro passo é colocar essa realidade no centro do debate público, alertam os autores, para pressionar a agenda pública. Para tanto, Sen e Kliksberg (2010) apresentam estratégias para superação das iniquidades na saúde: ampliar as pesquisas, legitimar os gastos com saúde, colocar a saúde como peça-chave contra a desigualdades, fortalecer as políticas públicas e melhorar a qualidade da gestão.

---

<sup>16</sup> Fonte: O site “Água é Vida” é uma contribuição do escritório do PNUD no Brasil ao debate sobre recursos hídricos e saneamento no âmbito da Década Internacional para a Ação: Água para o Desenvolvimento Sustentável (2018-2028). Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) visam ao acesso universal e equitativo à água potável, ao saneamento e à higiene, assim como ao fim da defecação ao ar livre. O ODS 6 (Água Potável e Saneamento) estabelece uma melhor qualidade da água, mais eficiência no uso desse recurso natural e a recuperação de ecossistemas aquáticos. Disponível em: < <http://www.aguaevida.net.br/>>. Acessado em: 02.ago.2018.

A ampliação das pesquisas, por exemplo, serviriam para apontar as consequências de ajustes ortodoxos em termo de saúde pública, como é o caso, por exemplo da EC nº. 95/2016. “Seria de grande utilidade, assim, o aprofundamento da pesquisa sobre elas, para aqueles que tomam as decisões macroeconômicas pudessem ter plena possibilidade de avaliar os impactos das diversas opções de saúde pública em geral [...]” (SEM; KLIKSBURG, 2010, p. 187).

Outro ponto abordado pelos autores é legitimação dos gastos da saúde para que a sociedade compreenda a relevância das ações de saúde como investimento social e o atraso que essas iniquidades representam para o desenvolvimento sustentável. A opinião pública deve entender que o setor da saúde é fundamental e que, eliminar as disparidades em saúde trará um efeito multiplicador de grandes proporções para todos, segundo os autores.

Com taxas de crescimento relevantes, melhorias na saúde viriam quase que automaticamente [...]. A saúde como investimento no social em geral, sempre demonstrou ser uma alavanca, e não mera consequência, de um crescimento sustentável. Segundo macroeconomia e saúde (OMS, 2002), a rentabilidade de um investimento gerenciado adequadamente em saúde pode ser seis vezes superior ao valor investido. [...] Não basta o crescimento do Produto Interno Bruto para que isso se materialize em seus resultados na saúde (SEM; KLIKSBURG, 2010, p. 189).

A equidade em saúde é tratada pelos economistas-autores como peça-chave, dado a relevância e o peso da saúde pública para o desenvolvimento sustentável, posto que, lembram que das metas do milênio das Nações Unidas, três das oito, são voltadas à saúde<sup>17</sup>. Sen e Kliksberg (2010) advertem o desafio das políticas públicas diante da necessidade de atingir esses objetivos do milênio, para diminuir as disparidades existentes em amplitude mundial.

Neste ponto, além de impactar a agenda pública, a proposta dos autores é uma “reativação vigorosa” das políticas públicas a partir de ações afirmativas do

---

<sup>17</sup> Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Em setembro de 2000, refletindo e baseando-se na década das grandes conferências e encontros das Nações Unidas, os líderes mundiais se reuniram na sede das Nações Unidas, em Nova York, para adotar a Declaração do Milênio da ONU. Com a Declaração, as Nações se comprometeram a uma nova parceria global para reduzir a pobreza extrema, em uma série de oito objetivos – com um prazo para o seu alcance em 2015 – que se tornaram conhecidos como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Oito objetivos gerais foram identificados: 1 - Erradicar a extrema pobreza e a fome. 2 - Atingir o ensino básico universal. 3 - Promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres. 4 - Reduzir a mortalidade infantil. 5 - Melhorar a saúde materna. 6 - Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças. 7 - Garantir a sustentabilidade ambiental. 8 - Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento. Disponível em: < [www.pnud.org.br/ODM](http://www.pnud.org.br/ODM) >. Acessado em: 02.ago.2018.

Estado na proteção de direitos e no acesso a saúde de qualidade. Para isso é necessário um aumento da participação do financiamento público em seguridade social, posto que, estudos mostram que na América Latina a tendência é de diminuição dos gastos públicos do Estado com saúde.

Dada a efetividade que a ação pública pode ter na saúde é imprescindível aumentar a participação pública através do fortalecimento de políticas de saúde que beneficiem os mais vulneráveis a fim de diminuir as desigualdades na saúde, asseveram os autores. Todavia, a melhoria da qualidade da gestão também deve acompanhar o incremento dos gastos públicos e a efetivação das políticas públicas, “os gargalos gerenciais têm barrado a realização dos objetivos estabelecidos, desvirtuando-os, levando a resultados diferentes dos previstos” (SEN E KLIKSBURG, 2010, p. 201).

É na etapa de implementação que acontece verdadeiramente a política, é na hora de pôr em prática que as complexidades aparecem, ou seja, é na gestão das políticas públicas que as complicações institucionais e dificuldades territoriais e humanas fazem-se presentes.

A isso se acrescentam, no campo da saúde, as dificuldades gerenciais que devem, em muitos casos, procurar atingir as populações pobres, o que requer adaptações a suas culturas, linguagens e idiossincrasias, que tropeçam, em sua aplicação, com iniquidades gerais, que, para garantir sua eficácia, deveriam se articular estreitamente com programas em outros campos, como a luta contra a pobreza, educação, trabalho e desenvolvimento social de modo geral (SEN E KLIKSBURG, 2010, p. 201).

Os autores concluem que uma visão ética de desenvolvimento deverá ter como pilar a garantia ao acesso universal à saúde. A questão aqui é a prioridade que é dada a utilização dos recursos, lembra Amartya Sen, que somas vultuosas são gastas para financiar exércitos em países pobres, valores bem superiores aos gastos com educação e saúde, e lembrou que vivemos num mundo em que as coisas estão invertidas pelo “fato de que o médico, o professor de escola ou a enfermeira se sentem mais ameaçados pelo conservadorismo financeiro do que um general de exército” (SEN E KLIKSBURG, 2010, p. 208).

A urgência que se cobra no Século XXI com ações estatais efetivas na área da saúde pública, são reflexos das transformações no modo de compreender a saúde e perceber as suas implicações nas relações e realidades sociais. Para entender essa transição, se faz necessário uma incursão no contexto histórico-social que

transcorrem de uma polícia médica, estritamente voltada ao controle de epidemias, até políticas de saúde que buscam contemplar a saúde humana como um fator essencial ao desenvolvimento.

## **2.5 Políticas de Saúde do Século XVIII ao Século XXI**

A institucionalização da saúde como uma política de Estado é um reflexo da evolução socioeconômico dos últimos séculos como também da própria concepção de saúde, que passa de um conceito de ausência de doença até a definição atual de saúde estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.” (OMS, 1948).

A promoção da saúde como um direito humano fundamental, em uma relação tempo-histórica, é um novidade. Em trechos da Bíblia é possível perceber a concepção de saúde da época, onde a doença era vista como castigo divino e os doentes eram apenas isolados do convívio social e abandonados à própria sorte.

<sup>43</sup>O sacerdote o examinará. Se o tumor da chaga for de um branco-avermelhado na parte calva posterior ou dianteira, tendo o aspecto da lepra da pele do corpo, esse homem é leproso, <sup>44</sup> é impuro; a sua lepra está na cabeça. <sup>45</sup>Todo homem atingido pela lepra terá suas vestes rasgadas e a cabeça descoberta. Cobrirá a barba e clamará: Impuro! Impuro! <sup>46</sup> Enquanto durar o seu mal, ele será impuro. É impuro; habitará só, e a sua habitação será fora do acampamento (LEVÍTICO 13:43-46)<sup>18</sup>.

Esse entendimento acerca da doença perdurou por toda a idade média, somente a partir do Iluminismo, no século XVIII, com nascimento das ciências modernas e as recentes descobertas na área de saúde, foi possível pensar maneiras de prevenir algumas enfermidades, conter o contágio de outras, para assim, evitar as epidemias da época. Com o avanço das pesquisas científicas e os estudos médicos, o ser humano deixa de ser um observador passivo dos efeitos da natureza e passa a ser um pensador-interventor, protagonista da realidade que o cerca.

### **2.5.1 Da Medicina Social à Transformação das Políticas de Saúde**

---

<sup>18</sup> Bíblia Católica. Disponível em: <<https://www.bibliacatolica.com.br/biblia-ave-maria/levitico/13/>>. Acessado em: 10.ago.2018.

Segundo Foucault (2017), a formação da medicina social, surge a partir de três etapas distintas, um modelo de medicina de estado desenvolvida na Alemanha, a medicina urbana na França, como resultado da urbanização e a medicina da força de trabalho na Inglaterra, uma ótica utilitarista, que via o corpo apenas como meio de produção.

A medicina de Estado nasce no começo do século XVIII, primeiramente na Alemanha<sup>19</sup>, como afirma Foucault (2017), dado o desenvolvimento de uma ciência de Estado alemã, que abre caminhos para surgimento da medicina social, voltada para a melhoria da saúde da população. “A noção de *medizinichepolizei*, polícia médica, [...] trata de algo diferente de uma contabilidade de mortalidade ou natalidade”, como faziam a França, a Inglaterra e a Áustria. (FOUCAULT, 2017, p.148).

A polícia médica é efetivamente aplicada no final do século XVIII, através de programas de melhoria da saúde, que consistiam em avaliar os fenômenos epidêmicos por regiões, em normalizar o saber médico e, principalmente, em controlar e registrar as atividades médicas. Essas ações integradas instituíram o médico como o administrador da saúde, o que Foucault (2017) vem chamar de medicina de Estado, uma medicina preocupada com os indivíduos que compõem o Estado, não voltada a manutenção da força do corpo que trabalha “[...] mas, estatal, a força do Estado [...]. É essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver.” (FOUCAULT, 2017, p.151).

Foucault (2017) ressalta que a medicina de Estado alemã era claramente estatizada, diferente da medicina clínica ou moderna (século XIX), voltada apenas para o indivíduo. O exemplo da Alemanha é utilizado para demonstrar que no início a medicina social era coletivizada, socializada e maximamente estatizada e não individual e atrelada as relações de mercado ou ligada a uma economia capitalista.

---

<sup>19</sup> “O Estado, como objeto de conhecimento e como instrumento e lugar de formação de conhecimentos específicos, é algo que se desenvolveu, de modo mais rápido e concentrado, na Alemanha, antes da França e da Inglaterra.” (FOUCAULT, 2017, p.145). O intrigante é que, conforme Foucault (2017), a origem do desenvolvimento da ciência do Estado é o não desenvolvimento econômico “[...] O Estado moderno nasceu onde não havia potência política ou desenvolvimento econômico e precisamente por essas razões negativas.” (FOUCAULT, 2017, p.147). A explicação é que a Alemanha do século XVII era um conjunto de unidades fragmentadas, com uma economia desequilibrada, situação que obrigou, por questões de sobrevivência, a organização e o aparelhamento do Estado alemão, dando origem assim, a noção de *Staatswissenschaft*, ou ciência de Estado.

A outra etapa de formação da medicina social aconteceu na França, nos fins do século XVIII, de acordo com Foucault (2017), era uma medicina distante do Estado, mas oriunda dos nascentes territórios urbanos, estes, divididos e marcados pelos conflitos de poderes rivais e múltiplas jurisdições. A pobreza e a crescente migração do campo às cidades causavam frequentes revoltas e tenções urbanas, como também, propiciou o surgimento de novas condições, doenças e epidemias<sup>20</sup>.

Por razões políticas, econômicas e comerciais e na tentativa de melhor gerir as maiores cidades, surgiu a necessidade da organização e unificação dos territórios e poderes. Mas não só isso, as questões de organização sanitária das cidades começaram a exigir maior atenção e a tomada de medidas preventivas e de controle por parte das autoridades locais. Foucault (2017) explica o desenvolvimento da organização político-médica, enfatizando a diferença entre os modelos de intervenção suscitados pela lepra, onde os doentes eram expulsos das zonas urbanas e pela peste, onde o poder político da medicina já buscava usar métodos de vigilância sanitária, como as quarentenas, que eram basicamente o confinamento, o esquadrinhamento do tecido urbano (territorialização), inspeções diárias, sistemas de registros, desinfecção das casas e contagem de doentes, vivos e mortos.

A medicina urbana consistia em três grandes objetivos: analisar os adensamentos dos espaços urbanos (aglomerações e amontoamentos) propícios a disseminação de epidemias<sup>21</sup>; diminuir a incidência de fatores patogênicos, através da criação de corredores para a boa circulação do ar e da água e o ordenamento das áreas comuns no uso das vias fluviais e dos esgotos<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> “Darei o exemplo do ‘Cemitério dos Inocentes’ que existia no centro de Paris, onde eram jogados, uns sobre os outros, os cadáveres das pessoas que não eram bastante ricas ou notáveis para merecer ou poder pagar um túmulo individual. O amontoamento no interior do cemitério era tal que os cadáveres se empilhavam acima do muro do claustro, onde tinham sido construídas casas, a pressão devido ao amontoamento dos cadáveres foi tão grande que as casas desmoronaram e os esqueletos se espelharam em suas caves provocando pânico e talvez mesmo doenças. [...] Esse pânico urbano é característico do cuidado, da inquietude político-sanitária que se forma a medida que se desenvolve o tecido urbano” (FOUCAULT, 2017, p.154 e 155).

<sup>21</sup> “É nessa época que aparece o cemitério individualizado, isto é, o caixão individual, as sepulturas reservadas para as famílias, onde se escreve o nome de cada um. [...] É assim que aparece na preferência das cidades, no final do século XVIII, um verdadeiro exército de mortos tão bem enfileirados quanto uma tropa que passa em revista. Pois é preciso esquadrinhar, analisar e reduzir esse perigo perpetuo que os mortos constituem. [...] Outro exemplo é o caso dos matadouros que também estavam situados no centro de Paris e que se decidiu, depois de consultada a *Academia de Ciências*, colocar nos arredores de Paris, a oeste, em La Villette.” (FOUCAULT, 2017, p.158 e 159).

<sup>22</sup> “É o problema da posição recíproca das fontes e dos esgotos ou dos barcos-bombeadores e dos barcos-lavanderia. Como evitar que se aspire água de esgoto nas fontes onde se vai buscar água de beber; como evitar que o barco-bombeador, que traz água de beber para a população, não aspire água suja pelas lavanderias vizinhas? Essa desordem foi considerada, na segunda metade do século XVIII,

A terceira orientação da medicina social, continua Foucault (2017), vem do modelo inglês, a medicina dos pobres ou trabalhadores, estes, instrumentos essenciais e de grande utilidade para o funcionamento da cidade, posto que eram responsáveis por importantes serviços urbanos, como o despejo de lixo, a eliminação de dejetos, o transporte de água e a entrega de cartas. Todavia, a partir do final do século XIX, a plebe passou a ser vista como um perigo sanitário, o que exigiu a divisão do espaço urbano, entre bairro de ricos e bairro de pobres.

O “controle médico do pobre” pelo Estado inglês consolida-se com a *Lei dos Pobres*, um sistema de assistência-proteção controlada.<sup>23</sup> O sistema de *Health service* ou *health officers*, uma expansão da *Lei dos Pobres*, tinham como incumbência a imunização, o controle da vacinação, o registro de epidemias e doenças, tornando obrigatório a declaração de doença perigosa e a identificação de lugares insalubres.

Foucault (2017) conclui sua análise acerca do aparecimento da Medicina Social, apontando o sistema inglês como o modelo de medicina estatal que ainda é utilizado na atualidade, pois concentra e faz funcionar três setores da medicina social: assistencial (destinada aos pobres), a administrativa (controle de endemias e imunização) e a medicina privada (voltada para quem podia pagá-la). Desta forma, a medicina social inglesa foi capaz de traçar o espaço urbano e o seu perfil epidemiológico, controlar a saúde da força de trabalho e garantir a proteção das classes mais abastardas dos perigos e medos urbanos.

De maneira geral, pode-se dizer que, diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado alemã do século XVIII, aparece no século XIX e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas as classes ricas (FOUCAULT, 2017, p.169).

Assim, percebe-se que enquanto a medicina medieval partia de uma perspectiva individualizada de relações médico-doente, a medicina moderna ganha proporções coletivas e surge como uma prática social, tendo como pano de fundo o capitalismo e os conglomerados urbanos, conforme o entendimento de Foucault,

---

responsável pelas principais doenças epidêmicas das cidades.” (FOUCAULT, 2017, p.160 e 161).

<sup>23</sup> “Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre.” (FOUCAULT, 2017, p.167).



“Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário [...]” (FOUCAULT, 2017, p.144).

Em suma, o surgimento progressivo da grande medicina do século XIX não pode ser dissociado da organização, na mesma época, de uma política da saúde e de uma consideração das doenças como problema político e econômico, que se coloca às coletividades e que elas devem tentar resolver ao nível de suas decisões de conjunto. Medicina "privada" e medicina "socializada" relevam, em seu apoio recíproco e em sua oposição, de uma estratégia global. [...] Um problema de origens e direções múltiplas: a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral. [...] Eis que surge, no século XVIII, uma nova função: a disposição da sociedade como meio de bem-estar físico, saúde perfeita e longevidade. [...] *Grosso modo*, pode-se dizer que se trata da preservação, manutenção e conservação da "força de trabalho" (FOUCAULT, 2017, p. 297-303).

O importante aqui é entender que o aparecimento gradativo da medicina moderna proporcionou e criou condições para a coexistência de grandes grupos populacionais em espaços urbanos, que por sua vez propiciou o fortalecimento da indústria e do comércio, favorecendo o crescimento da economia de grandes cidades Europeias do séculos XVIII e XIX. A saúde coletiva passa então a fazer parte das preocupações do Estado, que deixam de ser ações meramente paliativas, assistencialistas, emergências, esporádicas e individualizada, para uma política médica permanente, vigilante, higiênica, medicalizada, institucionalizada e estatal.

## 2.6 Saúde, Ambiente e Liberdade

A consciência da estreita relação entre as condições ambientais e a saúde já era percebida desde a antiguidade, contudo é a partir dos séculos XVIII e XIX, com a industrialização e a urbanização, que os problemas ambientais ganham proporções maiores, dado os efeitos nocivos às condições de vida e de trabalho, fatores que por sua vez, proporcionaram o aparecimento de uma medicina social, como visto em Foucault (2017), no texto “O nascimento da medicina social”.

No contexto do desenvolvimento industrial, as intervenções sanitárias tinham por fundamento a teoria dos miasmas<sup>24</sup>, segundo o qual sujeiras externas e

<sup>24</sup> A teoria miasmática ou teoria miasmática das doenças foi uma teoria biológica formulada por Thomas Sydenham e Giovanni Maria Lancisi durante o século XVII. Segundo a teoria, as doenças teriam origem nos miasmas: o conjunto de odores fétidos provenientes de matéria orgânica em putrefacção nos solos e lençóis freáticos contaminados. Atualmente a teoria miasmática é considerada obsoleta, ao ser consensual e aceite a teoria microbiana. Esta teoria defendia que a doença era causada por um miasma composto por odores venenosos e cheiros fétidos, provenientes de pântanos, de charcos de água

odores de putrefação provenientes de resíduos deveriam ser eliminados para não espalharem doenças. [...] Manter a classe trabalhadora e sua família em adequadas condições de trabalho, proporcionando-lhe um ambiente peridomiciliar saneado fazia parte das preocupações dos capitalistas e das exigências que faziam ao Estado Moderno (MINAYO et al., 2007, p. 82).

Com a Medicina Social se fixou o entendimento que o Estado deveria ser responsável pela solução dos problemas de saúde, principalmente, quanto as questões ambientais, sanitárias, de vigilância e de controle de vetores. Todavia, uma nova visão, mais complexa e sistêmica, acerca das condições do ambiente e a saúde, começou a ganhar fôlego em meados do século XX, após os impactos sociais e ao meio-ambiente trazidos com o avanço da industrialização predatória, o uso intensivo das riquezas naturais e pela explosão demográfica mundial<sup>25</sup>.

É durante os anos 60 e 70<sup>26</sup> que teve início o movimento ambientalista, fruto do crescimento das ameaças de poluição química e radioativa, o aumento da degradação dos ecossistemas, escassez de recursos naturais e riscos ecológicos de dimensões globais. Um dos principais resultados desses movimentos foi a Agenda 21, lançada na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, também conhecida como Eco-92 ou Rio-92, o documento que traz um desafio para um novo marco civilizatório e econômico para o mundo.

A Agenda 21 define claramente a relação entre saúde e ambiente, enfatizando que a saúde humana é influenciada por um conjunto integrado de fatores

---

estagnada e de matéria orgânica em decomposição. Muitas das medidas correntes de Saúde Pública, tais como, o enterro de cadáveres, a implementação de sistemas de esgotos, recolha dos lixos, a drenagem de pântanos, basearam-se no conceito miasmático da doença. (WIKIPEDIA. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Teoria\\_miasm%C3%A1tica](https://pt.wikipedia.org/wiki/Teoria_miasm%C3%A1tica). > Acessado em: 01.ago.2018).

<sup>25</sup> Foram várias as causas desta fase de rápido crescimento da população mundial. Os índices de mortalidade nos países em desenvolvimento tiveram uma queda significativamente grande após a Segunda Guerra Mundial. Campanhas de saúde pública e de vacinação reduziram espetacularmente as doenças e a mortalidade infantil. [...] Foi estimado que a população global chegou a 1 bilhão pela primeira vez em 1804. Demorou cerca de 123 anos, em 1927, para chegar a 2 bilhões, mas foram necessários somente 33 anos para chegar a 3 bilhões em 1960. Em 1974, a população humana chegou a 4 bilhões, depois 5 bilhões em 1987, 6 bilhões em 1999 e 7 bilhões em 2011/2012. Em 2012, as projeções da ONU indicam que a população mundial continuará a crescer em número cada vez menor no futuro previsível; é esperado que a população humana chegue entre 8,3 e 10,9 bilhões em 2050. Muitos analistas questionam a sustentabilidade de uma população cada vez maior, observando o impacto humano no meio ambiente, no suprimento global de comida e a falta de recursos energéticos. (WIKIPEDIA. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Popula%C3%A7%C3%A3o\\_mundial](https://pt.wikipedia.org/wiki/Popula%C3%A7%C3%A3o_mundial).> Acessado em: 01.ago.2018).

<sup>26</sup> O tema ambiental surgiu pela primeira vez na agenda mundial em 1972, na Conferência das Nações Unidas sobre o ambiente em Estocolmo, coincidindo coma crise do petróleo que chamou atenção dos países industrializados para a problemática dos recursos naturais não renováveis. Já o esforço de formular propostas concretas que visassem estreitar a relação entre saúde e ambiente se evidenciou na preparação da Rio-92. [...] A partir da Rio-92, o relatório Unced (United Nations Commission on Environment on Development) propôs a Agenda 21 (MINAYO et al., 2009, p.85 e 86).

específicos, dentre eles o ambiente. O documento ressalta ainda a precarização da saúde em países subdesenvolvidos, que agregam consigo outras causas, como a falta de saneamento básico, moradia insalubres, uso intensivo de agrotóxicos, uso desordenado do solo, poluição das águas e do ar, manejo rudimentar e inapropriado de resíduos, além de terem que conviver com situações de degradação social.

Outro fator relevante, é a crescente intervenção humana da natureza provoca desequilíbrios climáticos e ambientais que influenciam diretamente no aparecimento de novas doenças, no adoecimento e na mortalidade da população.

Dada a consciência da cumplicidade de toda a humanidade no futuro do planeta, o documento oficial da Rio-92 proclamou que 'os seres humanos estão no centro dos interesse do desenvolvimento sustentável' em vários sentidos, sobretudo para debelar a emergência e a re-emergência de uma série de enfermidades, o aumento de outras e o crescimento de desequilíbrios provocados pelo paradigma da *dominação antropocêntrica da natureza* (MINAYO et al., 2007, p.87).

Essa tomada de consciência ocorrida a partir da Rio-92 e da criação da Agenda 21, intensificou os mecanismos de cooperação internacional e a reformulação da agenda de saúde ambiental no Brasil. Para entender as complexas relações entre saúde humana e ecossistema, será discutido o enfoque ecossistêmico de saúde, da pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, professora Maria Cecília Minayo (2002), a partir da obra "Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós". A intenção aqui é perceber a saúde como um bem social intrinsecamente determinado pelas estruturas econômicas, sociais e ambientais.

O modelo ecossistêmico reflete sobre interligações da saúde e o ambiente, tendo como parâmetro as análises sobre as condições, situações e estilo de vida da população, que envolvem as questões de sustentabilidade ecológica, democracia, direitos humanos, justiça social e qualidade de vida.

Na verdade, toda a novidade da reflexão ambiental, a partir do final do século XX, coloca em xeque as definições instrumentais do conceito de *desenvolvimento como crescimento econômico*, centrado apenas nas possibilidades de aumento do dinamismo da produção de riquezas e da melhoria dos índices de produtividade. Neste texto, a compreensão subjacente à proposta do *enfoque ecossistêmico de saúde* envolve a direção, o sentido e, sobretudo, o conteúdo do crescimento, fazendo a diferença entre os fatores econômicos e o *desenvolvimento como liberdade*, para usar uma expressão de Amartya Sen (2000) (MINAYO, p.174, 2002, grifo da autora).

A saúde passa a ser vista de forma mais ampliada e compreensiva, sendo capaz de captar as complexidades sistêmicas e multidimensionais das políticas de

saúde, percebendo existe uma estrita ligação entre a qualidade de vida e as estruturas social, política e econômica. Como por exemplo, a base do sistema de saúde Canadense, que teve como base o modelo Lalonde (1974), considerado o primeiro relatório governamental moderno no mundo ocidental, pois esboça uma estrutura conceitual que permite uma compreensão holística da saúde.

O novo conceito de saúde trazido por Mark Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá à época, é organizado de forma quadridimensional: biologia humana (bagagem genética), ambiente (espaço biofísico e fatores sociais), estilo de vida e organização dos serviços de saúde, onde cada componente está intrinsecamente interligado, “justamente porque cada qual atua como modulador dos efeitos dos diferentes agentes de causação das enfermidades ou de promoção da saúde.” (MINAYO, p.176, 2002).

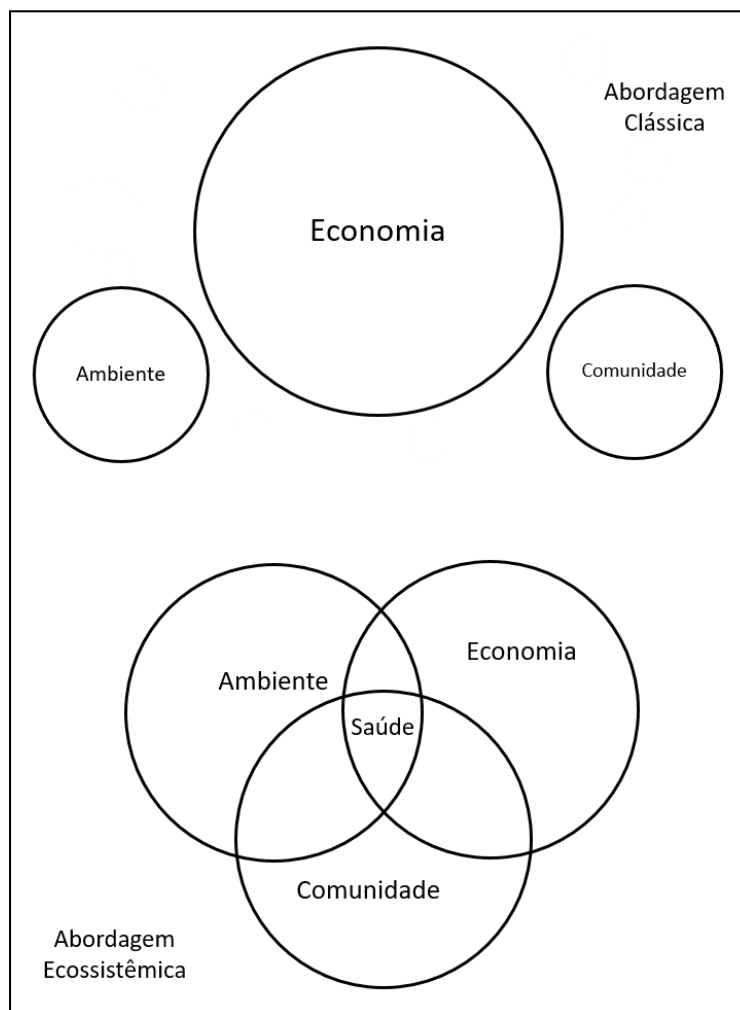
A Conferência Mundial de Saúde realizada em 1986, em Ottawa, no Canadá, reforçou a abordagem de Lalonde, ao ponto em que propôs estratégias de controle e cuidado ambiental, responsabilização individual na prevenção de agravos e o incentivo a atitudes e práticas saudáveis<sup>27</sup>. Esse modelo foi antecedente ao enfoque ecossistêmico da saúde humana, que tem como hipótese central que uma melhor gestão pode contribuir para a redução de enfermidades (aparecimento e transmissão) e melhoria na qualidade de vida.

Em seguida, a título de ilustração, o modelo tradicional, fortemente voltado à economia, e em seguida, o modelo ambientalista, onde a interação igualitária entre os componentes ambiente, comunidade e economia, podem, com essa intercessão, promover à saúde (FIGURA 5).

---

<sup>27</sup> Minayo (2002) observa que as repercussões da Conferência Mundial de 1986 em Ottawa, tiveram um enfoque diferente no Brasil, que realizou no mesmo ano, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Aqui, a visão de saúde foi mais politizada, considerando o momento histórico, a saúde foi tratada como um direito do cidadão “talvez pela necessidade de dar ênfase à politização desse bem social inalienável que é a saúde, [...] a proposta de reforma brasileira instituiu pouco nos aspectos de responsabilidade individual e ressaltou os condicionantes sociais e a necessidade do controle social sobre o sistema.” (p.177).

Figura 5 – Do modelo Economicista ao modelo Ecosistêmico



Fonte: MINAYO (2002)

A estratégia ecossistêmica em saúde permite compreender os problemas da saúde de forma dinâmica e interativa, fornecendo investigações mais precisas e articuladas sobre o ambiente e o bem estar da comunidade. Dentro do enfoque ecossistêmico é possível praticar a participação, a intersetorialidade e a transversalidade, na análise da realidade e na busca de soluções transformadoras que promovam a melhoria dos padrões de saúde da sociedade.

O Enfoque de Ecossistemas em Saúde Humana está fundamentado na construção de nexos que vinculam as estratégias de gestão integral do meio ambiente (ecossistemas saudáveis) com uma abordagem holística e ecológica de promoção da saúde humana. O objetivo desse enfoque é desenvolver novos conhecimentos sobre a relação saúde & ambiente, em realidades concretas, de forma a permitir ações adequadas, apropriadas e saudáveis das pessoas que aí vivem. De tal forma que ciência e mundo da vida se unam na construção da qualidade de vida através de uma melhor

gestão do ecossistema e da responsabilidade coletiva e individual sobre a saúde (MINAYO, 2002, p.181).

Até aqui tratou-se de perceber as transformações acerca das políticas de saúde, que perpassam o desenvolvimento de uma medicina de Estado, voltadas preliminarmente às questões de vigilância sanitárias, controle de epidemias e manutenção da força de trabalho, para uma saúde mais holística, preocupada com a interação humana no ambiente e seus reflexos na saúde, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade.

Desta forma, foram incorporando-se novos paradigmas na configuração das funções essenciais da Saúde Pública, resultantes do processo de discussão e construção coletiva, sobre os conceitos fundamentais abordados no contexto da Promoção da Saúde, realizado em várias partes do mundo<sup>28</sup>.

Contudo, a saúde também deve ser vista pelo ângulo sócio-político já que também é promotora de desenvolvimento social. “A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentável e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial.” (BRASIL, 2002, p. 9).

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde (BRASIL, 2002, p.23).

Assim, para dar continuidade a compreensão das políticas públicas de saúde de forma ampliada, deve-se ainda percebê-las como condição à liberdade humana e como indutoras do desenvolvimento. Aqui essa perspectiva é analisada a partir do livro “Desenvolvimento como liberdade”, de Amartya Sen (2010), o qual entende que remover as principais fontes de privação de liberdade é o requisito central para o processo de desenvolvimento, posto que, o agente livre é o seu motor fundamental.

---

<sup>28</sup> A partir da Primeira Conferência (Alma-Ata 1978), e incluindo este mesmo evento, já foram realizadas nove iniciativas multinacionais, respectivamente em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (1999), São Paulo (2002), Bancoque (2005) e Buenos Aires (2007). Cada uma delas vem desempenhando importante papel na promoção de avanços significativos nas políticas de saúde, dado a contínua ampliação dos campos de ação e abordagens.

Nessa abordagem a liberdade é vista como fim e meio para o verdadeiro desenvolvimento, para tanto, se faz imprescindível eliminar os fatores que limitam às escolhas e as oportunidades, como a pobreza, que impede a satisfação das necessidades mais básicas, como acesso à água tratada, a comida, aos serviços de saúde, medicamentos e saneamento básico, ou ainda, passam a vida atormentados certa morbidez, que levam a uma morte prematura.

A violação da liberdade também pode ser de cunho político, onde há restrições a participação da vida política e social, mesmo em regimes democráticos. As realizações das pessoas são diretamente influenciadas “por oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e por condições habilitadoras como boa saúde, educação básica e incentivo e aperfeiçoamento de iniciativas.” (SEN, 2010, p.18).

Para Sen (2010) a carência de serviços públicos e assistência médica e social estão intrinsecamente relacionadas com a manutenção das privações de liberdade, da mesma forma em que, as disposições institucionais atuantes são colocadas como promotoras do exercício de liberdades. O autor salienta a necessidade de ações institucionais integradas como instrumentos na geração de oportunidades econômicas, políticas e sociais, na expansão e garantia de liberdades instrumentais<sup>29</sup>.

Analogamente, oportunidades sociais de educação e assistência médica, que podem requerer a ação pública, complementam oportunidades individuais de participação econômica e política e também favorecem nossas iniciativas para vencer privações. Se o ponto de vista da abordagem é identificar a liberdade como principal objetivo do desenvolvimento, o alcance da análise de políticas depende de estabelecer os encadeamentos empíricos que tornam coerente e convincente o ponto de vista de liberdade como perspectiva norteadora do processo de desenvolvimento (SEN, 2010, p.10).

Desta forma, considerando as políticas públicas como um meio de promoção e expansão das capacidades e liberdades humanas e os incentivos e as provisões públicas essenciais para eliminar a privação de capacidades, deve-se ressaltar também a relevância das instituições na condução dessas políticas. Sen (2010) observa que as instituições contribuem sensivelmente para a nossa liberdade,

---

<sup>29</sup> Sen (2010) elenca cinco tipos distintos de liberdades instrumentais: liberdades políticas; facilidades econômicas; oportunidades sociais; garantias de transparência e segurança protetora, cada uma ajudando mutuamente e complementarmente a promover a capacidade geral das pessoas. As políticas públicas são uma meio de promoção e expansão das capacidades humanas

já que se vive em um mundo de instituições. “Nossas oportunidades e perspectivas dependem crucialmente das instituições que existem e do modo como elas funcionam” (SEN, 2010, p.188).

## **2.7 Arranjos Institucionais e a Construção de Políticas Públicas**

As instituições são estruturas que reproduzem as regras e padrões de poder entre indivíduos e a coletividade, moldam e condicionam as ações e interações dos atores políticos, influenciando assim, a construção e a condução das políticas econômicas e sociais. Segundo Douglass North (2018) as instituições afetam de maneira crucial o desempenho das economias, a diferença entre esses arranjos institucionais podem explicar o sucesso ou o fracasso das nações.

Não podemos ver, sentir, tocar nem mensurar as instituições, pois elas são construtos. [...] As instituições são relevantes? Tarifas, regulações e regras importam? O Governo faz diferença? Podemos explicar a mudança radical no bem estar econômico quando atravessamos a fronteira entre os Estados Unidos e o México? O que faz com que os mercados funcionem ou não funcionem? A honestidade no trato faz diferença? Compensa? [...] Contudo, cabe asseverar que as instituições cumprem um papel bem mais fundamental na sociedades: elas são o fator determinante subjacente do desempenho das economias em longo prazo (NORTH, 2018, p.179).

A teoria de North (2018) é que o desenvolvimento econômico é um fenômeno essencialmente institucional e as instituições, um fator determinante para o desempenho das economias de longo prazo. A partir de uma comparação entre a história econômica dos Estados Unidos e da América Latina, o referido autor observa como as implicações organizacionais, ou a matriz institucional, influenciaram na condução dos mercados e das políticas econômicas.

North (2018) lembra que a história econômica da América Latina é marcada por tradições burocráticas e centralizadas, herdadas do modelo luso-espanhol, um quadro institucional pautado em relações personalistas que atravancam as trocas políticas econômicas.

O caráter intervencionista e disseminadamente arbitrário do ambiente institucional obrigava todo e qualquer empreendimento, urbano ou rural, a operar de uma maneira extremamente politizada, usando redes de parentesco, influência política e prestígio familiar para obter acesso privilegiado a créditos subsidiados, para promover estratégias diversos para recrutar mão de obra, para cobrar dívidas ou fazer cumprir contratos, para sonegar impostos ou driblar a justiça e para defender ou reivindicar a



titularidade de terras. O sucesso ou o fracasso na arena econômica sempre dependia da relação do produtor com as autoridades políticas: com superintendentes locais para resolver questões de alcance circunscrito e com gestores da administração central da colônia para procurar obter interpretações complacentes da lei e intervenção no âmbito local, quando as circunstâncias requeressem. A pequena empresa, excluída do sistema de privilégios corporativos e favores políticos era obrigada a operar em um permanente estado de semiclandestinidadade, sempre à margem da lei e a mercê de reles funcionários públicos, nunca a salvo de procedimentos arbitrários e nunca protegida contra as prerrogativas das empresas mais poderosas (NORTH *apud* COARSWORTH, 2018, p.196).

Esse legado patrimonialista na América Latina, segundo North (2018), é responsável pelos rumos divergentes do crescimento econômico entre países anglo-saxões e luso-espanhóis. Para o autor as instituições são estruturas básicas responsáveis pelo desempenho histórico das economias e são um fator decisivo para a compreensão da inter-relação do regime político e da economia e pelas consequências dessa inter-relação nos rumos do crescimento econômico ou do declínio e estagnação das nações.

Uma das bases de análise de North (2018) parte da credibilidade e estabilidade dos Estados para a realização das trocas econômicas e celebração de acordos, ou seja, a falta de segurança jurídica e a salvaguarda de bens e direitos trouxe risco e incertezas para as operações comerciais e conseqüentemente, a oneração dos custos atuariais de transação, dado a imposição de mecanismos para fazer cumprir os contratos e de cláusulas de proteção, contra fraudes e confiscos.<sup>30</sup>

Para essa conclusão o autor realizou um estudo dos contextos históricos das relações de trocas desde mercados rudimentares em pequenos povoados até a mercados sofisticados e de grande escala, as assimetrias nos modelos institucionais foram responsáveis por gerar mercados eficientes e ambientes favoráveis ao crescimento e desenvolvimento econômico dos Estados, ou não, como é o caso dos países latino-americanos. “Em suma, tanto as fontes do crescimento como os custos

---

<sup>30</sup> A análise dos custos de transação é exemplo de uma abordagem neoinstitucionalista aos *policy studies* que amplia os interesses da economia do bem-estar sobre como os governos e os mercados podem deixar de atingir *outcomes* ótimos. Em busca mais ampla por legados históricos, estruturas sociais e abordagens políticas que estão por trás dessas deficiências (North, 1990; Williamson, 1985). Essa abordagem sugere que as instituições constituem elemento essencial da vida política, porque podem superar impedimentos causados pelas assimetrias de informação e outras barreiras às trocas “perfeitas” na sociedade. A unidade básica de análise dessa abordagem envolve a “transação” entre indivíduos. As instituições de várias espécies são significativas na medida em que aumentam ou diminuem os custos de transação (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013, p. 50 e 51).

por ele acarretados foram decorrentes do quadro institucional.” (NORTH, 2018, p.228).

Através do estudo sistemático das instituições é possível responder quais as características institucionais moldam o desempenho e averiguar quais as estruturas (internas ou externas) que impedem o crescimento, conforme conclui North (2018). Assim, partindo do entendimento, que as instituições são estruturas relevantes para a condução do crescimento ou estagnação das economias nacionais, se discutirá os aspectos contextuais que permeiam as políticas públicas no processo de dar respostas ao problemas públicos.

### **2.7.1 O Contexto Metainstitucional e os Subsistemas Político-Administrativo (Instituições, Ideias e Atores)**

Michael Howlett, M. Ramesh e Anthony Perl (2013) percebem que as políticas públicas são constituídas por três dimensões: instituições, ideias e atores, compreendidas em subsistemas político-administrativos, que por sua vez, estão contidos em um amplo sistema político e econômico. Na concepção dos autores o contexto político e econômico que envolve as políticas públicas, impactam diretamente na forma pela qual as instituições são organizadas internamente (normas, procedimentos, ética e ideologias), bem como comportamento dos atores políticos.

Das diferentes teorias que tratam sobre políticas e *policy-making*, são as abordagens neoinstitucionalista que tratam os Estados e as instituições sociais como elementos influenciadores nas preferências e atitudes dos atores políticos, para explicar a interdependência e a interação entre políticas públicas e as ações estatais.

Ou seja, o entendimento é que tanto os atores como as instituições e suas ideias exercem significantes influências na condução processos políticos-administrativos e nos resultados das políticas públicas.

No entanto, algumas teorias neoinstitucionais têm uma concepção mais sofisticada do papel das ideias no processo da política-pública. Elas observam, que a presença de atores particulares no processo político-administrativo e os interesses que eles perseguem são, com frequência, em grande parte determinados pela natureza da organização dentro da qual eles operam. [...] **Essa noção de filtragem da realidade através de um paradigma político ajuda a tornar possível a análise do conteúdo da política** (HOWLETT et al, 2013, p. 58 e 59, grifo nosso).

Para a análise do contexto da política pública, os autores apresentam a teoria das metainstituições, superestruturas que orientam e influenciam o desenvolvimento das políticas públicas, onde os Estados estão organizadas a partir de duas metainstituições: capitalismo e a democracia, consideradas como estruturas por onde os processos da política pública se desenvolvem na grande parte das sociedades atuais.

Essas instituições fundamentais merecem atenção particular, não apenas porque influenciam os *policy-makers*, mas também porque não são intrinsecamente compatíveis e, por isso, precisam ser de alguma maneira constantemente reconciliadas levando a concessões instáveis que colocam desafios cruciais aos países liberais democráticos (HOWLETT et al, 2013, p. 60).

Para que o capitalismo se desenvolva é necessário que as empresas obtenham lucro e acumulem capital, afim de assegurar o retorno aos investimentos, os proprietários do capital pressionam o Estado para que garanta condições propícias ao investimento e o desenvolvimento do capital, sob a pena de haver desaquecimento econômico e diminuição no padrão de vida das famílias. Consequentemente, o poder do capital adquire uma indubitável capacidade de influenciar as políticas públicas.

No modelo globalizado de produção os investidores acumulam mais poder pois frente a uma decisão governamental indesejada ou prejudicial, podem simplesmente migrar para outros mercados, o que se torna uma grande ameaça para os Estados liberais-democráticos. “Em virtude de seu potencial para afetar negativamente as receitas dos Estados, os capitalistas, tanto nacionais como estrangeiros, tem a capacidade de puni-lo por quaisquer ações que desaprovem.” (HOWLETT et al, 2013, p. 62 *apud* HAYES, 1978).

Os autores ainda lembram a grande influência capitalista sobre os Estados e os *policy-makers* advinda do modelo vigente dos sistemas eleitorais e legislativos, considerando as contribuições financeiras as campanhas dos partidos políticos, fortalecem ainda mais o poder dos capitalistas. O liberalismo, teoria de mercado que tem como base o direito à liberdade e o direito à propriedade, dá suporte ao modelo capitalista, ao ponto em que apregoa que esses direitos devem ser protegidos contra a intromissão estatal.

Na ideologia do liberalismo as intervenções estatais devem atuar apenas de forma residual (visão neoclássica) ou corretiva (visão pós-keynesiana), aqui o Estado é tratado como uma entidade antiliberal, por ameaçar a eficiência e o

equilíbrio dos mercados, bem como suas instituições devem ser usadas para atuar em favor dos mercados. “[...] Em geral se presume apenas que o Estado poderá agir, quer para prover bens e serviços, ou para corrigir falhas de mercado, uma preocupação com o crescimento econômico e com a eficiência” (HOWLETT et al, 2013, p. 63).

A democracia, a segunda metainstituição onde se desenvolvem as políticas públicas, é definida pelos autores como um “sistema de tomada de decisão política” estruturado pelo Estado e por instituições representativas, onde os titulares do poder (o povo) elegem seus representantes periodicamente.

O modelo democrático permite que as famílias e trabalhadores tenham algum controle sobre o Estado, tanto em sua administração interna, como na condução das políticas de mercado. A democracia política é um mecanismo que concebe aos cidadãos expressar suas demandas e interferir na organização distribuição e alocação da produção, podendo assim, moderar os efeitos do capitalismo econômico, conforme Howlett *et al* (2013).

Enquanto o capitalismo e o liberalismos defendem direitos individuais, a democracia tem como base a defesa de direitos coletivos, posições contrárias que dificultam a soluções aos problemas sociais através da construção de políticas, posto que o *policy-making* não poderá atender somente as demandas dos aliados do Estado e os interesses do mercado.

Nas democracias, os *policy-makers* pelo menos têm que parecer que dão atenção aos anseios de fazendeiros e trabalhadores, crianças e idosos, homens e mulheres e outros segmentos da população com interesses diferentes e muitas vezes contraditórios que precisam ser constantemente harmonizados e que são inerentemente instáveis. A violência política é particularmente prejudicial ao crescimento econômico (Butkiewicz e Yanikkaya, 2005) e muitas vezes se precisa da democracia para diluir as tensões geradas pelo capitalismo, de forma se evitar rebeliões e revoluções. Esses conflitos tornam desafiadora atividade da *policy-making* e muitas vezes estão no âmago das escolhas políticas por vezes muito pontuais e contraditórias que os governos costuma fazer (HOWLETT et al, 2013, p. 66).

Nesse entendimento, para conceber e implementar políticas públicas é preciso que exista um Estado organizado e um conjunto de atores<sup>31</sup> articulados e

---

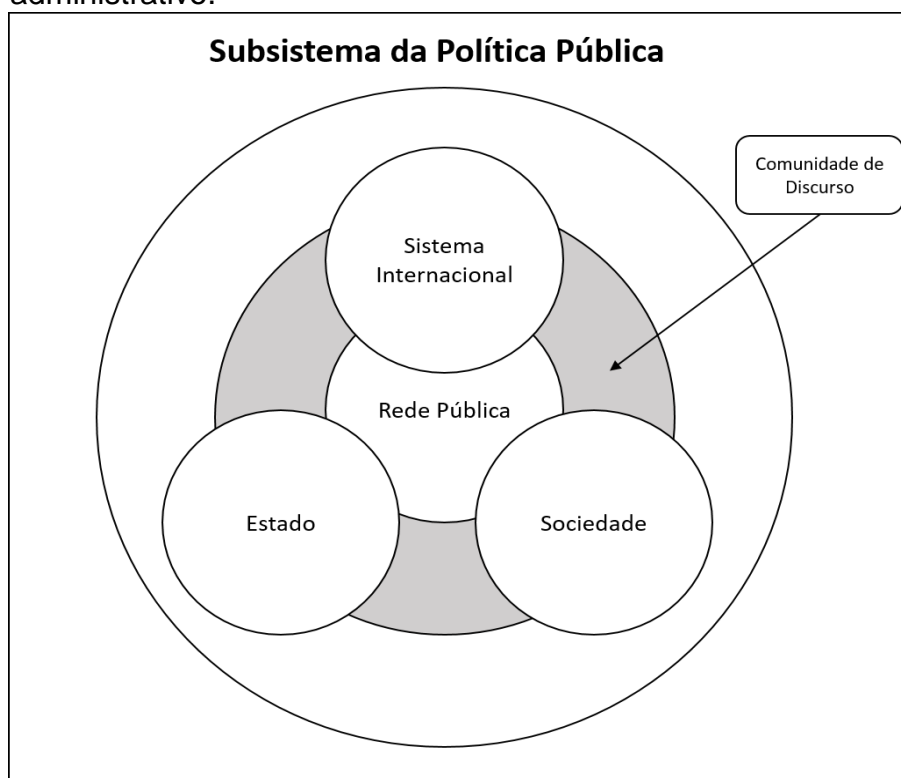
<sup>31</sup> HOWLETT *et al* (2013) identifica como atores atuantes nos subsistemas e regimes de políticas públicas os políticos eleitos (executivos e parlamentares), o público (eleitores/opinião pública), a burocracia (gestores, servidores e técnicos), partidos políticos, grupos de interesse ou de pressão (organizações civis, associações e sindicatos), *Think tanks* e organizações de pesquisa, os meios de comunicação, consultores e pesquisadores acadêmicos de políticas públicas e os atores internacionais

envolvidos no processo da política, conforme o papel desempenhado nos subsistemas político-administrativos. Os atores e suas ideias, por meio de suas instituições e estruturas, possuem um papel de relevante na elaboração e na implementação das *Policies*, observam os autores.

Dessa interação entre atores, instituições e ideias é que surge o conceito de subsistemas político-administrativo. “Pode-se dizer que os atores e instituições que se encontram em cada um dos setores ou nas áreas de problema constituem um subsistemas político-administrativo” (HOWLETT *et al*, 2013, p.92).

Esse subconjunto de atores, advindos de uma variedade de instituições (públicas e privadas), estão imersos dentro do subsistema político, compartilham crenças, valores, interesses e objetivos e procuram manipular instituições e regras, com o fim de atingir seus próprios objetivos e interesses (FIGURA 6).

Figura 6 - Universo da política pública e subsistema político-administrativo.



Fonte: HOWLETT et al (2013)

---

(organismos internacionais – Organização Mundial da Saúde(OMS), Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização das Nações Unidas(ONU), Banco Mundial, ONGs internacionais etc.).

Howlett *et al* (2013) concluem que o universo da política pública é uma constelação de atores, ideias e instituições que compõem o espaço em que os problemas são enfrentados e que soluções são construídas. Nesse sentido, os autores abordam que é possível pensar o contexto político administrativo como uma composição formada por um conjunto de atores comuns, com ideias políticas próprias em torno de instituições organizadas ao redor de ideias semelhantes (subsistema político).

Como visto, compreender o contexto onde se desenvolvem as respostas e soluções aos problemas públicos (metainstituições), bem como, entender como se processam os subsistemas (instituições, ideias e atores) e como eles funcionam é essencial para o estudo crítico das políticas públicas.

Para Leonardo Secchi (2013) conhecer o contexto onde a política acontece, sua dinâmica e o comportamento dos atores é muito importante para entender a política e os seus efeitos. Acrescenta ainda, que esse cenário político é formado por um conjunto de instituições, uma dimensão espacial que pode ser traduzida como contexto institucional.

Esse conjunto de regras e práticas são as instituições, e é nesses ambientes que as políticas públicas são elaboradas. Pela sua capacidade de influenciar as ações dos atores políticos, as instituições influenciam o processo político determinando quem pode ou não participar de uma tomada de decisão, alterando as percepções dos atores sobre seus próprios interesses, condicionando as possibilidades de pressão, coalizões e enfrentamentos, condicionando o acesso a novas ideias e paradigmas para a resolução de problemas públicos (SECCHI, 2013, p.83).

Assim, nesse entendimento, o propósito desse primeiro capítulo foi de contextualizar o campo no qual orbita a política pública em estudo, um cenário composto por conjunturas político-econômicas, por conceitos e práticas acerca das políticas de saúde e os arranjos institucionais que influenciam a conspeção e implantação da política.

É a partir desse referencial teórico e das teorias aqui apresentadas que se desenvolverá o processo de avaliação do plano estratégico da saúde elaborado para o Fortaleza 2040. Para tanto, o próximo capítulo trará uma apresentação detalhada do escopo da política, o processo de sua formulação e seu modelo de implementação.

### **3 A POLÍTICA PÚBLICA**

Nesse capítulo discute a necessidade de criar políticas públicas de vanguarda, que sejam capazes de antever situações e corrigir rumos, como é o caso da política que será avaliada, o Plano Fortaleza 2040. Para esse fim, é apresentado um breve relato do passado e do presente da cidade de Fortaleza, para que seja possível analisar as estratégias projetadas para o seu futuro. Em seguida, são apresentados os detalhes da construção e da estrutura do plano, chamando atenção para o plano estratégico da saúde, objeto dessa avaliação.

Esse capítulo também trata sobre o futuro das cidades e as novas tecnologias em saúde. Por fim, é discutido a saúde em 2030, um estudo da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), onde são prospectados cenários alternativos para a saúde entre os anos de 2022 e 2030.

Nesse sentido, esse capítulo além de apresentar os detalhes do objeto dessa pesquisa, aborda também os pontos que o circundam, como a relevância de governos previdentes que criam políticas que fomentam o futuro e antecipam o amanhã. Para isso, esse “amanhã” também é examinado, visando identificar como funcionarão as cidades, quais serão os avanços da medicina e principalmente, quais descobertas e avanços formatarão as políticas de saúde nas próximas décadas.

Destarte, esses contextos complementam os textos apresentados no primeiro capítulo, com a função de ampliar o olhar sobre todas as variáveis e dimensões que permeiam o objeto, o plano estratégico da saúde para a cidade de Fortaleza de 2040. Assim, a partir dos textos e contextos, ter-se-á sustentação e elementos para avaliar a política pública em estudo, como será visto a seguir.

#### **3.1 Políticas Públicas que antecipam o Futuro**

Essa parte do texto procura discorrer sobre a relevância de políticas públicas voltadas ao futuro, tendo como referencial teórico a obra “Reinventando o governo”, de David Osborne e Ted Gaebler (1994), onde os autores discutem a necessidade dos governos mirarem no futuro e agirem de forma preventiva e não apenas reativa.

Os autores criticam a postura dos governos burocráticos tradicionais, que buscam prestar serviços destinados a enfrentar os problemas, não evitá-los. Assim, os governos reativos passam a maior parte do tempo apagando incêndios, como se fossem bombeiros, que se dedicam à arte de controlar incêndios e não em preveni-los, de acordo com os autores.

Nossa barca do estado é um grande transatlântico, com todo o conforto, mas sem radar, sem um sistema de navegação e nem manutenção preventiva. Como afirma Alvin Toffler em *O choque do futuro (Future Shock)*, 'nosso sistema político é cego no que diz respeito ao futuro. Em vez de antecipar as oportunidades e os problemas futuros, caminhamos, tropeçadamente, de uma crise para outra' (OSBORNE; GAEBLER, 1994, p. 242).

Osborne e Gaebler (1994) lembram que na velocidade em que as mudanças acontecem na era atual, a cegueira com relação ao futuro é uma falha mortal, assim, aconselham incorporar a prevenção ao processo decisório, gastando uma grama em prevenção para evitar gastar um quilo em correções, "parafraseando o economista Ernst Schumacher, a pessoa esperta resolve problemas; o gênio evita os problemas. Prevenir a doença custa menos do que tratar a doença." (OSBORNE; GAEBLER, 1994, p. 244).

O ambiente político de curto prazo é um fator preponderante para que os governos ajam dessa forma, explicam Osborne e Gaebler (1994), chefes do poder executivo tem um pequeno período de tempo para solucionar uma avalanche de demandas que competem entre si, em uma sociedade de massa fragmentada, formada por muitos grupos distintos com interesses difusos.

Para os políticos, a prevenção não é tão atraente quanto uma resposta visível à crise. A prevenção é silenciosa, mas os políticos que promovem ataques dramáticos a mero sintomas, conseguem grande publicidade. [...] Por isso, não há praticamente qualquer incentivo para olhar além dos interesses de curto prazo do eleitorado. E, num sistema eleitoral dominado pelo dinheiro, isso significa, muitas vezes, a predominância dos interesses de curto prazo dos principais contribuintes da campanha eleitoral (OSBORNE; GAEBLER, 1994, p. 258).

Com orçamentos anuais, os líderes de governo trabalham com base em informações de curto prazo, sem muita noção acerca do impacto de suas decisões além dos primeiros anos de governo, "No mundo de hoje, isso equivale a voar com um Jumbo através de um nevoeiro, sem instrumentos" (OSBORNE; GAEBLER, 1994, p. 259).



Os autores colocam como solução para esse problema um sistema político capaz de unir grupos distintos para elaborar uma visão coletiva do futuro<sup>32</sup>. A partir da década de 60, do século XX, os processos de antecipação começaram a se tornar comum nos Estados Unidos, onde são criadas “Comissões de Futuros” e os cidadãos analisam as tendências, constroem cenários futuros e definem objetivos e metas.

Como exemplo os autores descrevem o caso do programa “Metas para Dallas”, liderada pelo prefeito, Erik Jonsson, um homem de negócios<sup>33</sup>. A ideia do programa era mudar a cultura imediatista do governo municipal, através de um sistema de planejamento que permitisse determinar o que precisava ser feito, como e o volume de recursos necessários.

O programa teve início em 1965, com a nomeação de uma comissão de planejamento, formada por 26 cidadãos proeminentes, que durante nove meses elaboraram 98 metas para 12 setores diferentes, em seguida, foram realizados encontros sistemáticos nos bairros para a revisão contínua das metas, mais de 100 mil cidadãos participaram do processo. Em menos de uma década, 60% dos objetivos já tinham sido alcançados.

É impossível estabelecer a causa e o efeito com precisão, mas, em 1967 e 1972, foram realizados importantes referendos para aprovar o lançamento de títulos com o objetivo de reconstruir não só o centro urbano, como também aperfeiçoar o sistema de controle de inundações, construir um aeroporto etc. Outros objetivos alcançados foram um aumento importante na área verde e a expansão significativa de faculdades comunitárias. Todo projeto teve um efeito importante sobre a administração da cidade. O programa foi responsável, em certa medida, por um orçamento municipal mais sofisticado, melhor sistema de informação e o aprimoramento geral da administração (OSBORNE; GAEBLER, 1994, p. 253).

Segundo o Instituto de Futuros Alternativos<sup>34</sup>, até o início da década de 90, outras cidades seguiram o exemplo de Dallas na elaboração de projetos de futuro,

---

<sup>32</sup> No fim do seu livro *O choque do futuro (Future Shock)*, de 1970, Tofler chamou essa solução de “democracia antecipatória” (*anticipatory democracy*) (OSBORNE; GAEBLER, 1994, p. 252).

<sup>33</sup> No texto publicado pelo site da Revista *Governing*, publicado em julho de 2007, escrito por Rob Gurwitt, o autor relembra os velhos tempos de Dallas, quando na década de 60, Erik Jonsson governou a cidade. “*This was the leadership that built modern Dallas: constructing the city's freeway network (through the middle, in some instances, of thriving but politically powerless minority neighborhoods); annexing the suburbs; building the water system, industrial developments, public schools, orchestra and zoo; and naming its members and allies to the city council and the mayoralty.*” Royce Hanson, um cientista político que estuda Dallas há anos, comenta que quando as coisas correm mal a cidade “faz o que chamo de 'Esperando por Erik', com os editoriais dizendo que está na hora de um importante empresário avançar nos moldes de Erik Jonsson [...]”. Disponível em: <<http://www.governing.com/topics/politics/Can-Dallas-Govern-Itself.html>>. Acessado em: 07.ago.2018.

<sup>34</sup> O Instituto de Futuros Alternativos (*The Institute for Alternative Futures - IAF*) foi fundado em 1977 por Clement Bezold, James Dator e Alvin Toffler. Durante mais de 30 anos, a IAF tem ajudado

cerca de 170 governos, como os Estado da Georgia e da Florida e as cidades de Washington e Los Angeles. O Governo de Tóquio, no final do século XX, já começava um processo de planejamento de longo prazo, voltado para a Tóquio do novo milênio, com planos e projetos de investimento e operacionais decenais. As projeções decenais permitem identificar problemas que estão à frente, sem a pretensão de acertar 100% das predições do futuro.

No contexto nacional <sup>35</sup>, muitos estados e cidades do Brasil estão elaborando planos estratégicos para longos períodos de tempo, em harmonia com seus planos diretores e como outras políticas sociais. Como por exemplo, a Prefeitura Municipal de Recife (Recife 500 anos), a Prefeitura Municipal de São Paulo (São Paulo 2040), o Governo do Estadual do Ceará (Ceará 2050) e a Prefeitura Municipal de Fortaleza (Fortaleza 2040).

Essas Plataformas Estratégicas de Desenvolvimento de Longo Prazo buscam envolver as questões urbanas com as áreas social, econômica e ambiental de forma integrada e sustentável, como por exemplo aqui no Ceará, onde o Governo do Estado já trabalha em parceria com a Prefeitura de Fortaleza na integração entre o Fortaleza 2040 e o Ceará 2050.

Diante da importância de se pensar o futuro a diretora de Planejamento do Instituto de Planejamento de Fortaleza (Iplanfor) e Coordenadora Geral do Plano Fortaleza 2040, Lia Parente, ressaltou o novo modelo de governança e a relevância da sinergia entre município e Estado para o desenvolvimento do Ceará:

Estamos diante da instalação de uma nova prática de governança Estadual e Municipal. Temos consciência de que, para transformar nosso o Estado, precisamos transformar radicalmente as desigualdades e as suas consequências, pautados pelo planejamento para aproveitar oportunidades que devem ser devidamente exploradas. O Fortaleza 2040 influenciou e sensibilizou o trabalho em longo prazo por meio da participação social. As ideias discutidas com a sociedade já estão inseridas no plano de governo em execução. Já há um grande avanço todas as dimensões: ambiental, social, econômica e institucional. É muito raro um escopo tão amplo. Nessa mesma amplitude, está sendo trabalhado o Ceará 2050. É importante esse equilíbrio e essa sinergia para o desenvolvimento do Estado como um todo <sup>36</sup> (FORTALEZA, 2018).

---

organizações e instituições a escolher e projetar seus futuros com mais sabedoria. Disponível em: <<http://www.altfutures.org/about-iaf/iaf-history/>>. Acessado em: 07.ago.2018.

<sup>35</sup> Vale salientar o atraso de quase meio século dessas iniciativas no Brasil, considerando o início dessas atividades governamentais com visão de longo prazo nas grandes metrópoles mundiais.

<sup>36</sup> Disponível em: < <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeitura-e-governo-do-estado-debatem-estrategias-de-planejamento-em-longo-prazo>>. Acessado em: 16.maio.2018.

O entendimento atual das gestões é que não há como resolver os problemas da cidade de forma pontual e desassociada das questões humanas e sociais. A tendência é que os planejamentos governamentais se tornem sistêmicos, contínuos, multidimensionais, com foco no nas pessoas e em cidades saudáveis, igualitárias e com oportunidades.

Já há uma reconhecida preocupação com novas estratégias para as grandes cidades, onde o indicativo é trabalhar tanto as questões urbanas e de infraestrutura, como também, questões político-sociais. Também é necessário garantir que as vozes mais vulneráveis sejam ouvidas no plano e que haja uma lógica na implementação dos processos, de acordo com as prioridades de bem-estar da população, para que as ações tenham verdadeiramente a efetividade social esperada.

Fortaleza já vem trabalhando com a perspectiva de planejamento e do futuro da cidade desde 2013, como o “Plano Fortaleza 2040” (FOR2040), uma política estratégica de implementação de políticas integradas no curto, médio e longo prazo. No plano são consideradas as questões urbanas, sociais e econômicas que impactam a saúde da cidade e de sua população. Os planos de ação, presentes no FOR2040, estão alinhado e integrados entre si e formam um conjunto de políticas públicas de várias áreas temáticas, com estratégias a serem implementadas progressivamente no período de 22 anos.

Para construir a visão de futuro e, portanto, alcançar as metas definidas (que quantificam a visão de futuro e a evolução ao longo do tempo), será necessário implementar uma estratégia capaz de equacionar os estrangulamentos e explorar as potencialidades da cidade, de modo a se defender das ameaças e aproveitar as oportunidades do contexto externo. Para promover as necessárias mudanças internas que constroem o futuro, a estratégia deve contemplar as diversas dimensões da realidade (FORTALEZA, 2016a, p. 176).

Para tanto, conhecer um pouco da história e a realidade atual de Fortaleza é um ponto de partida para analisar problemas e dificuldades identificadas e as soluções e estratégias propostas no FOR2040 para a construção da Fortaleza que se imagina para o futuro.

### 3.2. Fortitudine<sup>37</sup>: A Fortaleza que Temos

O início da ocupação de Fortaleza ocorreu no final do século XVI, por volta dos anos de 1597 e 1598, entre as margens do rio Cocó e rio Ceará. No ano de 1603 os portugueses iniciaram as tentativas de colonização da região, e logo abandonaram a empreitada dada a seca e a presença de índios hostis. Em 1613, Martim Soares Moreno, capitão-mor do Ceará, tratou dos interesses da coroa lusitana na região, principalmente, em se fazer respeitar o Tratado de Tordesilhas pelo países europeus. Por isso, visando proteger o território, ampliou o fortim de São Tiago, dando ao novo forte o nome de Forte de São Sebastião, tomado e destruído por invasores holandeses em 1637.

O forte que dá origem a vila de Fortaleza, foi construído por holandeses a margem do rio Pajeú, o Forte Schoonenborch, sob o comando do holandês Matias Beck. Com a expulsão dos então neerlandeses, em 1654, o forte foi rebatizado de Fortaleza de Nossa Senhora de Assunção. Em 13 de abril de 1726, Fortaleza torna-se a segunda vila da Capitania do Siara Grande, a primeira vila foi instalada em São José do Ribamar de Aquiraz, sede da Vila do Ceará. Até as primeiras décadas do século XVIII, a vila de Fortaleza, cresceu lentamente sem expressão política e econômica, somente quase cem anos depois, em 1823, a vila é elevada à condição de cidade.

Um crescimento vertiginoso de teve início em Fortaleza na segunda metade do século XIX, um período chamado de *Belle Époque*, um período marcado pelo desenvolvimento comercial, econômico, cultural e urbanístico. Já no século XX a cidade de Fortaleza vivencia a explosão demográfica e a expansão urbana, que dá origem ao uso desordenado do espaço urbano e a segregação social. A migração dos retirantes ocasionada pelas constantes secas no interior do Estado quintuplicou a população que passou de 500 mil habitantes para 2,5 milhões de habitantes.

O inchaço populacional não foi acompanhado pela infraestrutura e pelos serviços públicos necessários. O planejamento urbano, antes realizado para o embelezamento da cidade, à moda europeia, passou a ter um sentido de “higienização”, expulsando a população pobre às periferias, logo formando bolsões de

---

<sup>37</sup> *Fortitudine*, lema de Fortaleza, presente em seu brasão. Fortitudine é uma palavra em latim que significa "força, valor, coragem", em português.

pobreza e áreas de risco. O crescimento urbano desordenado e a falta de estrutura pública deram origem às favelas, um contraste com o despontar da cidade como importante metrópole e polo industrial do Nordeste.

No final do século passado, Fortaleza passou por grandes reformas estruturais, abertura de grandes vias, viadutos, equipamentos públicos (educacionais e de saúde), com fortes investimentos na infraestrutura turística, todavia, em paralelo ao crescimento econômico, uma eclosão de problemas sociais.

Fortaleza a partir do século XIX teve uma rápida expansão urbana, passando de 8.000 habitantes, em 1860, para 514.818 habitantes em 1960. O aumento populacional foi acompanhado pela dilatação do tecido urbano, combinado pela inclusão de veículos motorizados e transporte de cargas. A cidade cresceu com um frágil controle urbano, orientada por loteamentos, de acordo com o interesse das elites proprietárias e conforme os programas sociais de habitação popular, que empurravam a população mais pobre para os vazios urbanos em áreas remotas.

O ritmo de crescimento descontínuo e o tecido frouxo resultante se montaram a partir de variados procedimentos sendo bastante comum aquele da implantação de focos de catalisadores urbanos públicos em terras doadas, gerando como contrapartida a atração de infraestruturas e a alteração de valor, com a conseqüente criação de oportunidades de loteamento em glebas particulares isoladas. É um dos mais graves efeitos das localizações equivocadas de estruturas de importância para o desenvolvimento urbano. A textura de construção da cidade se formou a partir do sucesso desse padrão de desempenho na obtenção dos resultados pretendidos pelas representações destas forças predominantes, resultando em efeitos imprevistos de escalas diversificadas (FORTALEZA, 2016a, pp. 63-64).

Assim, a cidade de Fortaleza passou por um processo de crescimento disperso, que ocasionou, entre outras questões críticas, a má distribuição espacial que gerou regiões isoladas, sem a presença de serviços públicos e a ocupação de áreas naturais sensíveis (como dunas e as margens de rios). É amplo o espectro de problemas crônicos resultantes da ocupação desordenada, tais como: a decadência da vida comunitária e de vizinhança; a destruição da memória edificada da cidade; as péssimas condições sanitárias das periferias; elevado tempo de deslocamentos e baixa conectividade entre bairros, ausência de arborização e de espaços de cultura e lazer, déficit habitacional e tantas outras conseqüências à acessibilidade, a mobilidade, ao ambiente e ao cidadão.

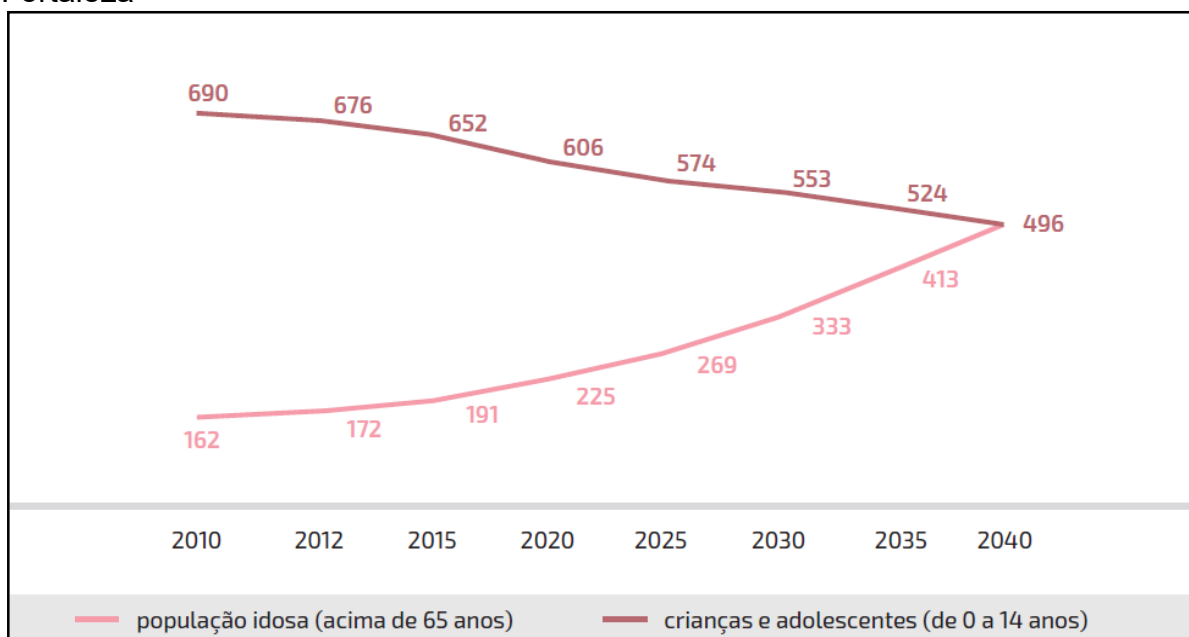
Em 2017 a população estimada de Fortaleza era de 2.627.482 de habitantes, sendo a quinta cidade em população no Brasil, a segunda do nordeste e

a maior em densidade ente as capitais do país. Entretanto, nas últimas décadas, Fortaleza vem apresentando um baixo crescimento da população, devido ao declínio da taxa de fecundidade, de 2,06 pelo censo de 2000, para 1,69 segundo o censo de 2010 (IPECE, 2017).

Fato esse que reflete a “transição demográfica” que ocorre em todo Brasil, acompanhada do aumento da expectativa de vida, que vem alterando sensivelmente a estrutura etária da população, menos jovens e elevação da população idosa (acima de 65 anos). O envelhecimento da população tem um impacto direto sobre a seguridade social e nos sistema de saúde. Em contrapartida, Fortaleza vivencia um aumento moderado da população ativa, o chamado “bônus demográfico”, o que ameniza a dependência demográfica (ativos/inativos) e agrega valor ao mercado de trabalho e fortalece a economia.

De toda forma, o cenário projetado para as próximas décadas, mantidas as tendências atuais, é que em 2040 a população idosa seja igual à população de crianças e adolescentes (FIGURA 7), o que mudará o perfil de demandas sociais por políticas públicas, como por exemplo, a redução da demanda por escolas e o aumento dos custos com a saúde. Por outro lado, o “bônus demográfico” elevará a população em idade ativa (considerando o intervalo de 20 a 64 anos) frente a população inativa.

FIGURA 7 – Evolução futura da população idosa e de crianças e adolescentes de Fortaleza



Fonte: Fortaleza (2016a).

Um efeito positivo direto desse fenômeno é a redução da dependência demográfica, que passará de 53,6%, em 2010, para 46,1%, em 2040. A elevação da população economicamente ativa (550 mil pessoas aptas para o mercado de trabalho, segundo projeções do Instituto de Planejamento de Fortaleza - Iplanfor) aumentará a demanda por postos de trabalho e a necessidade de geração de um grande volume de empregos, pressionando e estimulando a economia no período projetado (FORTALEZA, 2016a).

A prospecção desses cenários são fundamentais para o planejamento das ações no médio e longo prazo, não apenas para o poder público e suas políticas, mas também, para os diversos setores da economia regional, que precisam antever necessidades, criar produtos e serviços e se adaptar às mudanças dos consumidores.

A capital cearense é a terceira economia do nordeste, com o PIB de 57.246.034 (em 2015), segundo dados do IPECE (2017), impulsionada pelo setor de serviços, 82,07% de toda produção da economia local, resultado da mudança na estrutura produtiva. A base econômica do município vem se consolidando no comércio e serviços, embora ainda concentre uma parcela significativa da produção industrial do Estado, nos segmentos de couros, calçados, têxtil, meta-mecânica, alimentos e bebidas. O setor industrial contribuiu com 17,85%, dados do IPECE de 2015.

A construção civil é um outro setor dinâmico da economia local, representa 7,49% das indústrias ativas na capital e emprega 64 mil trabalhadores formais, 8% da população formal total ocupada (IPECE, 2017). Já o setor turístico da capital vem crescendo fortemente nas últimas décadas. Segundo dados da Secretaria de Turismo do Estado do Ceará, a cadeia produtiva turística equivale a 19,85% do PIB do município, conforme o cálculo da renda gerada pelas atividades ligadas à entrada de turistas em Fortaleza (FORTALEZA, 2016a).

O PIB *per capita* foi de R\$ 22.093,00 (IPECE, 2017), uma variação percentual positiva de 32%, comparada ao ano de 2011 (R\$16.714,00), todavia, ainda são números inferiores ao da capital de Pernambuco, com um PIB *per capita* de R\$ 29.701,32 (em 2015), conforme dados do IBGE (2018), um reflexo da baixa média salarial dos trabalhadores formais, de apenas 2,7 salários-mínimos e do elevado número de mão de obra informal 46,4%, somatório entre 23,6% de trabalhadores sem carteira de trabalho assinada e 22,8% de trabalhadores por conta própria ou empregador informal.

A realidade do mercado de trabalho é um dos fatores que impactam diretamente o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>38</sup> de Fortaleza, atualmente 0,754, abaixo do IDH de Salvador (0,759) e de Recife (0,772). Entretanto, o IDH de Fortaleza não espelha a realidade da cidade, dado a situação de extrema desigualdade econômica dos bairros fortalezenses. Verdade constatada pelo estudo realizado, em 2015, pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico (SDE), que comparou o padrão de vida da população, bairro a bairro.

Como base na renda, educação e longevidade, dados retirados do censo demográfico de 2010 (IBGE), a SDE pode comparar os 119 bairros da capital, através da proposta de criação do IDH-B (Índice de Desenvolvimento Humano para o recorte geográfico dos bairros de Fortaleza)<sup>39</sup>.

Caso houvesse uma métrica comparativa exata entre os índices de desenvolvimento e resguardadas as devidas proporções, Fortaleza teria mais da metade dos bairros com o IDH inferior ao de Níger na África ocidental, o país mais pobre do mundo<sup>40</sup> (FIGURA 8).

---

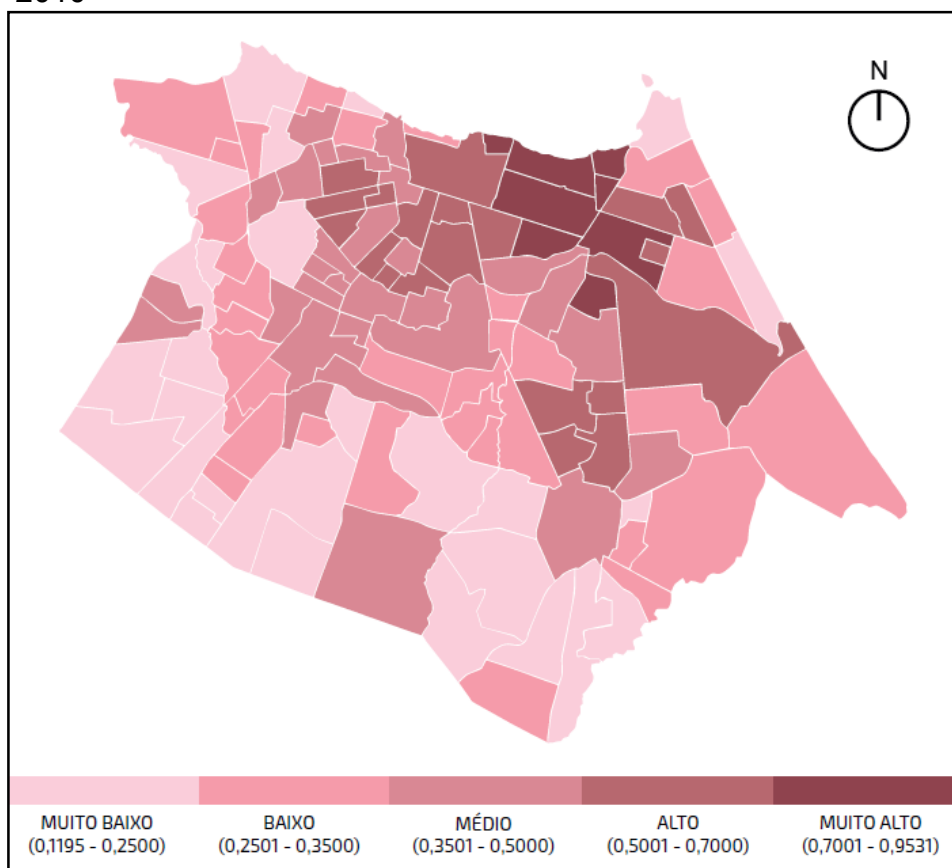
38A classificação do IDH varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1 melhor o grau de desenvolvimento, e quanto mais próximo de 0 pior o grau de desenvolvimento.

39 “Em nível de municípios, o Programa das Nações Unidas (PNUD), em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Fundação João Pinheiro (FJP), calculou para o ano de 2010 o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) dos municípios brasileiros, objetivando avaliar o padrão de vida das pessoas (dimensão renda), o acesso ao conhecimento (dimensão educação) e as condições de longevidade e saúde (dimensão longevidade). Apesar de utilizar metodologia semelhante ao cálculo do IDH para países, o PNUD ressalta em seus manuais que não podem ser feitas comparações entre os dois (IDH e IDH-M), pois para o cálculo do IDH-M são realizadas adaptações metodológicas do IDH em nível municipal como, por exemplo, a utilização de outras bases de dados e de outros indicadores para o cálculo do índice. Desta forma, salienta-se que para o cálculo do IDH-B de Fortaleza necessitou-se realizar adaptações à metodologia do IDH, notadamente relacionadas ao emprego de indicadores que possam mensurar as três dimensões citadas anteriormente, não sendo permitidas comparações entre o IDH, o IDH-M e o IDH-B.” (FORTALEZA, 2016a)

40 O Níger é o país mais pobre do mundo. Pelo menos levando-se em consideração o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). No ranking, a nação africana ocupa a 187ª posição, com a marca 0,337 na taxa que vai de 0 a 1. Acredite se quiser, 72 dos 120 bairros de Fortaleza possuem uma avaliação ainda pior. É o que mostra a Info Reportagem do Tribuna do Ceará. Numa comparação entre IDHs, 48 bairros foram identificados com países com números equivalentes. Meireles (0,944), o bairro mais rico, seria a Noruega. Por ordem, o top 5 traz Aldeota (Espanha), Dionísio Torres (Rep. Checa), Mucuripe (Uruguai) e Guararapes (Trinidad Tobago). O Níger tem IDH comparável ao do Pan-Americano. Os outros 72 bairros não têm parâmetro entre países. (TRIBUNA DO CEARÁ, 2015).



Figura 8 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) por bairro - 2010



Fonte: Fortaleza (2016a).

A grande variação do IDH-B entre os bairros evidencia uma profunda desigualdade, o que impede um desenvolvimento sustentável, o acesso à oportunidades e invariavelmente aumenta os índices de violência. Segundo dados do FOR2040, 80% dos principais problemas da cidade estão em apenas 12% do território, onde reside 42% da população, basicamente em assentamentos precários. Deste total, 74% são consideradas favelas, 15% mutirões, 6% conjuntos habitacionais, 3% cortiços e 2% loteamentos irregulares, distribuídos pelo território, o que representa um déficit habitacional de 83.934 mil habitações, como aponta o Plano Local de Habitação Social (PLHIS).

A Situação apresentada impacta diretamente à saúde da população de Fortaleza, que vive em moradias precárias, distante do saneamento básico, exposta a vários tipos de vetores e violências. É difícil pensar em uma cidade saudável sem considerar o enfrentamento das vulnerabilidades sociais em que se encontram 143 mil famílias em situação de extrema pobreza, o que corresponde a mais de um milhão de pessoas, de acordo com os dados do Cadastro Único da Assistência Social de

Fortaleza.

São vários os fatores que influenciam na qualidade de vida, para além de um sistema de saúde acessível e um atendimento médico-hospitalar de qualidade. Ter uma população saudável perpassa existir condições ambientais da cidade, de saneamento, de um ambiente meio de qualidade, segurança, mobilidade e uma oferta de equipamentos e serviços públicos, alimentação e nutrição, esporte e lazer.

Estudos recentes da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) evidenciam os principais causas de óbitos por regionais em Fortaleza, segundo ordem das 10 principais causas (FIGURA 9). As doenças do aparelho circulatório (DAC) lideram em todas as regionais e as neoplasias (tumores) veem em segundo, menos na regional V, que tem as causas externas como segundo lugar, nos casos de óbitos na região e em terceiro nas demais regionais da capital.

Figura 9 - Óbitos por Secretarias Regionais (SR), segundo ordem de causas. Dez principais causas Fortaleza, 2016 (\*)

Ordem	SR 1	SR 2	SR 3	SR 4	SR 5	SR 6	Fortaleza
1ª	DAC (389)	DAC (481)	DAC (414)	DAC (335)	DAC (565)	DAC (564)	DAC (3241)
2ª	Neoplasias (325)	Neoplasias (448)	Neoplasias (347)	Neoplasias (317)	Causas externas (550)	Neoplasias (461)	Neoplasias (2738)
3ª	Causas externas (322)	DAR (275)	Causas externas (298)	DAR (200)	Neoplasias (490)	Causas externas (416)	Causas externas (2351)
4ª	DAR (266)	Causas externas (219)	Mal definidas (237)	Causas externas (193)	Mal definidas (280)	DAR (288)	DAR (1813)
5ª	Mal definidas (245)	Mal definidas (154)	DAR (222)	Mal definidas (170)	DAR (265)	Mal definidas (195)	Mal definidas (1418)
6ª	DIP (120)	DIP (105)	DIP (135)	DAD (77)	DAD (140)	Perinatais (147)	DIP (765)
7ª	DAD (99)	Sist. Nervoso (105)	DAD (92)	DIP (73)	DIP (138)	DAD (131)	DAD (739)
8ª	Perinatais (79)	DAD (95)	Sist. Nervoso (70)	Sist. Nervoso (62)	Perinatais (131)	DIP (106)	Perinatais (569)
9ª	Sist. Nervoso (66)	Geniturinárias (69)	Endócrinas (66)	Geniturinárias (52)	Endócrinas (74)	Sist. Nervoso (69)	Sist. Nervoso (506)
10ª	Endócrinas (70)	Perinatais (56)	Perinatais (62)	Perinatais (48)	Sist. Nervoso (73)	Geniturinárias (58)	Endócrinas (401)

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza (2017).

Nota (\*): Dados sujeitos a revisão. Coletados por SIM/SMS/CEVEPI, até o dia 11/06/2017.

Legenda: Doença do Aparelho Circulatório (DAC); Doença do Aparelho Respiratório (DAR), Doenças Infecciosas e parasitárias (DIP); Doenças do Aparelho Digestivo (DAD).

Os óbitos por causas externas (acidentes e violências) vem crescendo exponencialmente nos últimos anos, lideradas pelos homicídios e acidentes de trânsito. Em 2009, as causas externas de morbidade e mortalidade, passaram de 2.023 (14,9%) casos, para 3.144 (18,2%) casos em 2015, sendo a segunda causa de óbitos na capital. No mesmo período os homicídios duplicaram, foram de 924 (6,85%) casos em 2009, para 1.838 em 2015 (10,6%) os Indicadores de Mortalidade - Mortalidade por causas publicados pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

(SESA), em dezembro de 2016<sup>41</sup>.

Do ponto de vista da acumulação epidemiológica, destacamos: redução de mortalidade infantil entre 1997 a 2013, de 31,6 óbitos/1000N.V. para 11,66/1000 N.V., com maior redução nas mortes pós– neonatais, passando a predominar o componente neonatal. Predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (AVC e infarto), o câncer e as doenças do metabolismo. Individualmente, no entanto, a causa básica de morte predominante em Fortaleza, a partir de 2012, passou a ser o grupo das causas externas, homicídio, acidente e suicídio, responsável por 106.750 anos potenciais de vida perdidos em 2013, com grande destaque para o homicídio, concentrado no grupo etário de 15 a 39 anos. Reforçando a característica de acumulação epidemiológica, temos a persistência de doenças infecciosas como dengue, zika, tuberculose, sífilis, hanseníase e AIDS e a mortalidade materna, ainda com taxas elevadas, penalizando principalmente mulheres da periferia da cidade (FORTALEZA, 2016b, p.28).

As taxas de mortalidade específica por causas externas são um alerta para a saúde, pois as principais causas de óbito em nosso meio (doenças cardiovasculares, causas externas e cânceres) estão associadas a fatores de risco como: hipertensão arterial, obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e consumo abusivo de álcool e outros. É preciso prevenir essas doenças e agravos com ações de promoção da saúde, como: o estímulo à atividade física e alimentação saudável; proporcionar áreas de lazer e esporte; elaborar plano municipal de prevenção e redução da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, envolvendo todos os setores da sociedade civil.

Todavia, as mortes por causas externas ultrapassam os limites dos serviços públicos de saúde e refletem duramente a realidade desigual da cidade de Fortaleza, no âmbito social, territorial, econômico e cultural. A saúde da população é uma área vital e muito sensível, que necessita de políticas públicas transversais e integradas, nos planos, programas e projetos municipais. E diante dessa triste realidade e de tantos cenários temerários, percebe-se que é vital um direcionamento, uma força tarefa com ações programáticas e com uma ampla visão de futuro. Fortaleza precisa de um plano.

### 3.3 Um Plano para Fortaleza

Sua concepção se deu diante da necessidade de dotar Fortaleza de um plano de longo prazo, que estabeleça uma visão de futuro, aponte estratégias na superação dos desafios e detalhe um conjunto

---

<sup>41</sup>Disponível em: <[www.saude.ce.gov.br/index.php/.../83-cadernos-de-informacao-em-saude?...fortaleza](http://www.saude.ce.gov.br/index.php/.../83-cadernos-de-informacao-em-saude?...fortaleza)>. Acessado em: 29.jan.2017.

de ações, metas, responsabilidades e custos no seu alcance, sem descuidar de propor o seu modelo de gestão e governança, condição essencial para que se consolide como um plano de estado a ser adotado por sucessivas gestões da cidade até a sua consecução; para tanto, encontra-se estruturado em seis módulos quadrienais <sup>42</sup> (FORTALEZA, 2016a, p.15).

Além das mazelas sociais, a capital do Ceará é hoje uma metrópole urbana desorganizada e superpovoada, consequência de um crescimento desordenado, intensas migrações, especulações imobiliárias, tráfego intenso e inchaços na malha viária. Contudo, não se pode alegar a falta de tentativas em se fazer um planejamento para a cidade, a bem da verdade, o que faltou não foram planos e legislações, faltou vontade política e coragem contrariar interesses. O Plano Diretor Participativo do Município de Fortaleza de 2009 é um exemplo disso, o máximo que a cidade conheceu em planejamento estrutural de maior envergadura e horizonte temporal.

A falta de planejamento estratégico de longo alcance temporal, na formulação de políticas públicas, é um dos principais obstáculos para a tomada de decisão, quanto à alocação dos investimentos públicos. Não raro, imediatismos e urgências, tomam conta das rotinas da administração municipal e ações se voltam a soluções de curto prazo.

Para desatar um processo de transformações que leve ao desenvolvimento sustentável da comunidade ou município, é necessário um claro esforço de *seletividade* para concentrar as ações nos fatores centrais e determinantes do futuro. Desta forma, o planejamento deve assumir uma visão estratégica: não se deixa dominar pelas emergências e urgências de curto prazo e estrutura as prioridades numa perspectiva de construção de um novo estilo de desenvolvimento no médio e longo prazos. Não pode ignorar as necessidades e carências da sociedade, mas deve estabelecer a relação destas com os fatores estruturais do desenvolvimento, evitando o imediatismo e a corrida sem fim atrás dos problemas (BUARQUE, 2017, p. 38).

Os Planos municipais de desenvolvimento de longo prazo são fundamentais à construção de cidades inteligentes, inclusivas e sustentáveis. A visão temporal ampliada permite antever problemas e projetar soluções, como também proporciona diretrizes e prioridades de gestão, ao ponto em que, traceja e delimita um plano com ações coordenadas.

É nesse entendimento que a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) vem

---

42 Palavras atribuídas ao Prefeito Roberto Cláudio, no texto de apresentação do Plano Fortaleza 2040.

desenvolvendo o Plano Fortaleza 2040, que idealiza a “Fortaleza que queremos” (mais acessível, justa e acolhedora), através de trinta e dois planos multissetoriais e interligados em sete eixos estratégicos. Um planejamento contínuo e de longo prazo, que orienta a condução de políticas públicas de desenvolvimento urbanístico, social e econômico para os próximos anos.

O FOR2040 é pretensioso pois, sua visão de futuro é que a cidade de Fortaleza esteja, nesse período, entre as melhores cidades para se viver do Brasil. O sonho de uma Fortaleza como cidade-modelo perpassa as questões urbanísticas e de infraestrutura, trata-se também em solucionar problemas sociais e econômicos, como políticas de saúde, segurança, meio ambiente, direitos humanos, cultura e educação, o que torna o plano mais ousado e corajoso.

Em 2040, Fortaleza será uma das melhores cidades do Brasil para viver e para empreender com boa qualidade de vida, economia competitiva e dinâmica, meio ambiente recuperado e conservado, e com equidade social no acesso aos serviços públicos, principalmente educação de qualidade, acompanhado da forte redução da pobreza e distribuição equitativa da renda e das oportunidades econômicas. Fortaleza será uma cidade segura na qual as pessoas andam e circulam com conforto e segurança, sem violência e tensões do trânsito e com gentileza e cordialidade (FORTALEZA, 2016a, p. 04).

De certo, que a exequibilidade do plano não depende apenas das expectativas e desejos da sociedade, de fato a visão de futuro se assenta, além de um contexto externo favorável, na postura dos atores sociais (governança) e na firmeza dos governos (governabilidade) na implantação de estratégias de desenvolvimento presente nas políticas públicas.

Para realizar metas tão audaciosas e para transpor desafios gigantescos, é necessário, além de planejamento e monitoramento, uma rede multidisciplinar conectada com políticas transversais, um sistema de coleta de informações alimentando e mapeando indicadores, participação ativa e integrada da sociedade, engenharia orçamentária-financeira e uma inquebrantável vontade política.

A construção da visão de futuro e alcance das metas o plano Fortaleza 2040 se estrutura em sete macro eixos de desenvolvimento que se integram e se complementam e se desdobram em objetivos estratégicos. Como dito, os eixos tratam de políticas de equidade territorial, social e econômica; vida comunitária, acolhimento e bem-estar; conectividade e cidade inteligente; desenvolvimento da cultura e do conhecimento, meio ambiente e recursos naturais, sustentabilidade, inclusão e

governança.

A continuidade do Plano nas próximas gestões é uma preocupação para a ininterrupção e constância do Fortaleza 2040. Para tanto, foi proposto um sistema de governança municipal para garantir implementação do Plano Fortaleza 2040, através da participação e do controle social. O sistema de governança é composto por um rol de responsabilidades e responsabilizações, direitos e deveres, composto por formas de controle, interação, acompanhamento e revisão das ações públicas e privadas, que visam garantir os instrumentos de transparência social.

Garantir que o Plano Fortaleza 2040 fosse levado em consideração e executado pelas próximas seis gestões municipais foi uma das maiores preocupações manifestadas pelos milhares de participantes presentes no processo de formulação. O que é muito natural dado que dezenas de planos foram elaboradas para Fortaleza e muito pouco de uns poucos foi executado. Não há cultura de planejamento nem muito menos de continuidade entre uma gestão e outra, em geral mais preocupadas em desenvolver seu marketing político do que desenvolver a própria cidade (FORTALEZA, 2016a, p. 28).

O acervo do Plano Fortaleza 2040<sup>43</sup> é composto por marcos legais, documentos históricos, dados estatísticos, indicadores, levantamentos, mapas urbanos, climáticos, de obras e intervenções, informações socioeconômicas, orçamentos, publicações e revistas que mostram os trabalhos já realizados e as projeções para o futuro. Também já estão disponíveis e publicados os oito volumes que contemplam na integralidade os detalhes do plano.

Contudo, após a apresentação da política avaliada, ressalta-se algumas questões, pontos e características preliminares do plano: a formulação inicial do plano foi finalizada recentemente (em 20 de dezembro de 2016) e em 2017, conjuntamente com o Plano Plurianual 2018-2021, foram definidos os programas e ações que deverão ser implementadas nos próximos quatro anos. Ou seja, o projeto está em construção, por isso, as análises e avaliações serão do tipo *ex-ante*, prévias à implantação da política.

São muitos os questionamentos e dúvidas acerca do plano: será possível um plano mestre urbanístico e de mobilidade urbana solucionar a realidade atual da cidade, quando se trata de violência, trânsito, periferia, zonas de risco, habitação, saneamento, saúde, meio ambiente e sustentabilidade? E quanto as cidades limítrofes,

---

43 O acervo do Fortaleza 2040 está disponível no endereço eletrônico: <<http://fortaleza2040.fortaleza.ce.gov.br/site>>. À época também foram disponibilizados volumes impressos aos participantes.

como o plano se integra com a área metropolitana de Fortaleza?

E quanto a governança? Como se garantirá a efetividade da participação popular? A população está pronta para as mudanças propostas no plano e como se dará a participação dos munícipes, será esta, verdadeiramente participativa? Como se posicionam a sociedade civil, as organizações não governamentais, os atores políticos e o mercado imobiliário, em relação as bases e estratégias do plano?

E enfim, como serão administrados os conflitos de interesse? Quais serão os critérios usados para definir alternativas e quais seus pesos e prioridades? Quais são as reais intenções do governo municipal? Quem (ou o que) garantirá a sobrevivência do plano, após a saída do grupo político no poder? Como estão os processos legislativos e administrativos? Estas são algumas reflexões preliminares acerca das intencionalidades e conjunturas políticas que circundam e influenciam o Plano Fortaleza 2040.

### **3.4 Fortaleza 2040: a Fortaleza que Queremos**

Como visto, a atual gestão da Prefeitura de Fortaleza acredita que dotar a cidade de um plano de longo de prazo, que indique uma visão de futuro e que aponte estratégias para superar desafios, a partir de ações, metas, resultados e responsabilidades detalhados, com base na governança (participação e controle social), é uma condição essencial de planejamento para transformar Fortaleza em uma das melhores cidades do Brasil para viver.

E para tanto, após três anos de estudos e pesquisas e ampla participação da sociedade, o Instituto de Planejamento de Fortaleza (Iplanfor), em parceria com a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura (FCPC/UFC), entregam aos fortalezenses o Plano Fortaleza 2040. A formulação do FOR2040 teve início com a composição de uma equipe multidisciplinar, dividida em três equipes: urbanismo e mobilidade; social e econômica e de mobilização e participação social, que elaborou um Plano de Trabalho, definindo as bases metodológicas e os instrumentos de coleta de dados.

A elaboração do FOR2040 contou com três fases: Fase I – A fortaleza que temos, Fase II – A fortaleza que queremos e Fase III – Planos estratégicos e setoriais. Na fase I foi realizado o diagnóstico da cidade, uma ampla pesquisa para identificar e interpretar a formação do tecido urbano, o mosaico de subculturas, relações e redes

sociais, mapas, limites e demarcações urbanas, bases naturais e ambientais, cadeias produtivas, polaridades metropolitanas, dinâmica populacional, dentre outros estudos temáticos e setoriais.

Durante a primeira fase de elaboração do plano houve a divulgação, a sensibilização e o diálogo com diversos segmentos. A estratégia usada para a escuta da sociedade foi baseada na formação de equipes de mobilização de cada uma das sete regionais, que durante quatro meses, bairro a bairro, identificando organizações e lideranças, a participarem das reuniões de apresentação do plano pela equipe do Iplanfor. Nas reuniões a comunidade eram orientadas por dois instrumentos a revista “Iniciando o diálogo” e cadernos de trabalhos, com questões específicas para propiciar o diagnóstico da cidade.

Os cadernos de trabalho foram divididos em três setores, bairros, núcleos setoriais e políticas públicas. O caderno dos bairros, respondido pelas comunidades locais, eram compostos das seguintes questões:

Como se encontra a sua infraestrutura para moradia e mobilidade? (Acesso à água potável, energia elétrica, coleta de lixo, coleta de esgotos, pavimentação, transporte, habitação); Como se dá o acesso aos serviços básicos? (Escolas, equipamentos de saúde, esporte, assistência social, equipamentos culturais); Como se dá a integração social no bairro? (Vida cultural, espaços de lazer e encontros – praças, parques, equipamentos culturais –, conflitos, segurança pública); Como é a economia no bairro? (Oportunidades de trabalho, emprego, renda e empreendedorismo) (FORTALEZA, 2016a, p.26).

Os núcleos setoriais foram respondidas por participantes de instituições organizadas, compostas por várias da sociedade civil (conselhos profissionais, universidades, sindicatos, associações, paraestatais e Organizações não-governamentais. Eram questões do caderno de núcleos setoriais:

Que oportunidades, vantagens ou pontos fortes, ameaças, problemas ou pontos fracos a cidade de Fortaleza vem apresentando para o cumprimento da missão e desenvolvimento da organização respondente? Que potenciais da cidade deveriam ser mais bem explorados ou desenvolvidos (definindo potencial como as forças existentes ou latentes)? Como a organização qualifica a mobilidade urbana em Fortaleza? (FORTALEZA, 2016a, p.26).

Os núcleos governamentais foram compostos por representantes do executivo das três esferas de governo, para responderem questões acerca da formulação, implementações e impactos das políticas públicas executadas em Fortaleza, além da identificação, por ordem de prioridade, dos principais desafios e



problemas da cidade a serem tratados pelo Plano Fortaleza.

Como produto desse amplo diagnóstico foram publicados três documentos: “Fortaleza Hoje”, diagnóstico sintético sobre a cidade de Fortaleza; A revista “O Olhar dos Moradores”, que sistematiza a visão e as contribuições dos grupos territoriais e a revista “Padrões de Urbanização”, que organizaram padrões urbanísticos a serem adotados pelo Plano<sup>44</sup>.

Finalizada a fase de diagnóstico, tem início a fase II, focada em desenvolver uma visão de futuro da cidade. O ponto de partida foram os desafios encontrados a partir dos estudos temáticos e setoriais e dos levantamentos realizados. Os principais desafios do plano perpassam questões políticas, institucionais e sociais, que impactam diretamente a execução do planos contidos no FOR2040.

Outro fator desafiador é padrão institucional da administração pública nacional, marcado por uma visão de curto prazo, comprometendo o planejamento estratégico de médio e longo prazo e a prevalência de interesses partidários de grupos políticos no poder. O que favorece o aparecimento de outro desafio: o descrédito do poder político, que por sua vez corrobora com o a não participação e o esvaziamento da arena política. As fragilidades do atual modelo de gestão, a despolitização da sociedade, a constante descontinuidade de ações e projetos públicos, a desigualdade socioeconômica e cultural, são questões que compõem o ambiente no qual pretende-se implantar o Plano Fortaleza 2040.

Além desses obstáculos no ambiente político, institucional e social, o plano elenca os dez principais desafios para a realização da visão de futuro projetada: reduzir a habitabilidade precária; reduzir a pobreza e a desigualdade social; melhorar a saúde pública; reduzir os altos índices de violência; diminuir a quantidade de jovens que nem trabalham e nem estudam; enfrentar o atraso educacional e ampliar a qualificação profissional; baixa competitividade; deter a degradação ambiental; diminuir a dependência e limitações fiscais e articular a região metropolitana.

Dos desafios identificados surgem trinta e dois planos setoriais, entre sete eixos estratégicos, contento ações, metas, prazos, indicadores e resultados esperados, que foram desenhados na terceira fase do plano “planos estratégicos e setoriais” formando então, a estrutura geral do FOR2040. O eixo estratégico “Equidade territorial, social e econômica” prioriza os princípios de direito à vida, direito

---

44 Disponível em: <<http://fortaleza2040.fortaleza.ce.gov.br/site/>>.

à cidade e direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado. O eixo possui os seguintes planos de ação: Plano Local de Habitação de Interesse Social; Regularização fundiária; Segurança Cidadã; Inclusão produtiva, empreendedorismo, emprego e renda.

O segundo eixo estratégico “Cidade conectada, acessível e justa” concentra ações de reorganização urbana de Fortaleza, a partir do Plano Mestre Urbanístico e Mobilidade e do Plano de Mobilidade e Acessibilidade Urbana. Os objetivos do plano visam conectar a cidade através da organização policêntrica, da criação de espaços públicos, equipados, seguros e integradores, de corredores de urbanização interligados por transportes públicos multimodais e de qualidade.

No terceiro eixo “Vida comunitária acolhimento e bem-estar” tem como objetivos estratégicos a promoção de uma comunidade acolhedora, inclusiva com valorização e respeito à diversidade e comunidades saudáveis com saúde, esporte, lazer e educação alimentar. A operacionalização desses objetivos, que levaram acabo a execução dos três eixos antes mencionado, serão desenvolvidos pelo planos da saúde, esporte e lazer; assistência social; direitos da criança e do adolescente; juventude; direito dos idosos; pessoas com deficiência; direitos da mulher; direitos de LGBT; Igualdade Racial e Segurança Alimentar.

O “Desenvolvimento da cultura e do conhecimento” será tratado no quarto eixo, que contempla a ampliação e melhoria da educação, aumento da qualificação do trabalhador, desenvolvimento científico e tecnológico, e desenvolvimento cultural. A intenção do eixo é o desenvolvimento humano, a democratização de oportunidades sociais e econômicas e fomentando inovações no setor produtivo. São planos desse eixo: educação pública; cultura e patrimônio e ciência, tecnologia e inovação.

O quinto eixo traz objetivos de recuperação e conservação dos recursos naturais e da qualidade do ambiente natural, energia limpa e renovável, saneamento básico e segurança hídrica. O eixo de “Qualidade do meio ambiente e dos recursos naturais” é composto pelos planos de meio ambiente, energia e segurança hídrica.

A “Dinamização econômica e inclusão produtiva”, o sexto eixo, está organizada nos planos setoriais de agricultura urbana; confecção; construção civil; economia criativa; economia do mar; serviços avançados e novas indústrias; tecnologia da informação e comunicação e turismo. A “governança municipal” é tratada no sétimo eixo estratégico da seguinte forma:

[...] A governança municipal, entendida como a capacidade dos governos municipais, sociedade civil e comunidade, planejarem e executarem políticas, programas e projetos de forma eficiente (com o menor custo), eficaz (máxima implementação das medidas e política definidas) e efetiva (alcance dos resultados finalísticos na realidade) constitui um componente central para a implementação de uma estratégia de desenvolvimento. Este eixo, desdobrado em dois objetivos estratégicos, é o que assegura a execução dos outros eixos estratégicos e os seus resultados no desenvolvimento da Cidade (FORTALEZA, 2016a, p. 181).

O plano de desenvolvimento da gestão pública municipal e o plano de participação e controle social na gestão pública municipal, fazem parte deste importante eixo, pois tratará da concepção do sistema de governança do Plano Fortaleza 2040, que visa garantir a participação cidadã e o controle social efetivo nas decisões sobre a cidade proposta no plano. O formato organizacional do sistema de governança que tem a missão de acompanhar e articular os projetos e planos de governo, coordenar o processo participativo de atualizações e ajustes do plano.

O sistema de governança é composto por instâncias com atribuições específicas, encabeçadas pelo Iplanfor, autarquia municipal responsável pela gestão do Fortaleza 2040. Também fazem parte do modelo de governança o Conselho da cidade, o comitê gestor do plano, as câmaras setoriais, as comissões temáticas, núcleos de gestão de projetos e o observatório da cidade e o conselho do Fortaleza 2040 (FIGURA 10).

Figura 10 – Atribuições de cada instância da estrutura organizacional do sistema de governança.

INSTÂNCIA	ATRIBUIÇÕES	EQUIPE OU COMPOSIÇÃO
Iplanfor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerir, acompanhar junto às Câmaras Setoriais, monitorar e avaliar resultados por meio do Observatório de Governança, coordenar os processos de revisão do Plano Fortaleza 2040;</li> <li>Coordenar o Escritório de Projetos e os núcleos de gestão de projetos, equipe do Iplanfor fornecendo apoio às diversas Câmaras Setoriais;</li> <li>Secretariar o Conselho da Cidade e o Comitê Gestor do Plano.</li> <li>Apoiar as ações do Observatório da Cidade.</li> <li>Elaborar as agendas territoriais.</li> </ul>	Equipe multidisciplinar (Meio ambiente, Economia, Urbanismo, Mobilidade, Ciências Sociais, Comunicação, Gestão Pública, Geografia etc.)
Conselho da Cidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhar a implementação do Plano Fortaleza 2040.</li> </ul>	Composição definida na Lei de Criação (a ser reformulado)
Comitê Gestor do Plano Fortaleza 2040	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhar a execução do Plano.</li> </ul>	Representação tripartite: Setor público Setor produtivo e Sociedade civil
Câmaras Setoriais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrar as instituições responsáveis pela execução das ações de cada plano ou conjunto de planos, bem como monitorar indicadores de execução e resultados</li> </ul>	Representantes das instituições responsáveis pelas ações de cada plano. Representantes territoriais e Representantes dos Conselhos
Comissões Temáticas ou Setoriais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoiar as câmaras setoriais na articulação de ações específicas</li> </ul>	Técnicos das instituições responsáveis pelas ações de cada plano.
Núcleos de Gestão de Projetos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servir às Câmaras e órgãos envolvidos realizando a gestão dos projetos estratégicos dos planos (projetos ou programas mais complexos)</li> </ul>	Técnicos especializados em Gestão de Projetos (Iplanfor)
Observatório da Cidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhar o desenvolvimento.</li> <li>Produzir informações.</li> <li>Promover o controle social.</li> </ul>	Equipe técnica multidisciplinar contratada por meio de projeto articulado junto à Astef ou FCPC, complementado por professores e alunos bolsistas (UFC)
Conselho do Plano Fortaleza 2040 – Observatório da Cidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Articular e exercer o devido controle social sobre o Plano Fortaleza 2040</li> </ul>	Composição de acordo com Estatuto do Observatório

Fonte: Fortaleza (2016a)

As câmaras setoriais têm um papel relevante no monitoramento e integração dos planos de ação, no ambiente interno do executivo municipal (FIGURA 10). É através das câmaras setoriais que os gestores e técnicos de cada órgão da administração acompanhará o desenvolvimento dos planos. As câmaras serão articuladas pelo Iplanfor e trabalharão em conjunto com os órgão gestores das políticas públicas relacionadas.

Está presente nas câmaras a transversalidade e integração dos planos de ação, por exemplo, no eixo de “Vida comunitária acolhimento e bem-estar” estão articulados onze planos entre si e entre os demais eixos: saúde, esporte e lazer, assistência social, direitos da criança e do adolescente, juventude, direito dos idosos, pessoas com deficiência, direitos da mulher, direitos LGBT, igualdade racial e segurança alimentar. Para o acompanhamento da execução desses planos foram formadas quatro câmaras setoriais: saúde, assistência social e segurança alimentar, esporte e lazer e direitos humanos.

A garantia de execução do FOR2040 está pautada em grande parte na

manutenção e continuidade das estratégias e diretrizes contidas no plano. Para tanto, mitigar o risco de descontinuidade do planejado é uma das tarefas do sistema de governança, que além de assegurar a continuidade dos planos nas futuras gestões, agregará, disseminará e incentivará o envolvimento dos atores sociais no desdobramento do plano nas próximas décadas.

O Plano Fortaleza 2040 compreende em sua essência uma quebra de paradigma em gestão pública, que não parte do tradicional pressuposto do imediatismo das soluções de curto prazo. Longe disso, o plano alcança a visão de futuro, projetando seus diagnósticos, proposições e ações para transformar de fato a nossa cidade na Fortaleza que queremos.

É fundamental considerar a abrangência de todo o trabalho e ainda seu momento atual de efetivamente aprimorar e acompanhar esse caminho, sem perder de vista a concretude dos resultados que se pretende alcançar, em face ao relevante projeto de planejamento público em construção. De toda forma, é ciente que o FOR2040 não está “pronto e acabado”, como também não se espera que traga consigo as soluções para todos os males à cidade de Fortaleza.

### **3.5 Plano Estratégico da Saúde**

De todos planos de ação que compõem o FOR2040, esse estudo focará no plano estratégico da saúde, presente no eixo de “Vida comunitária acolhimento e bem-estar”, contido no volume 4, entre os oito volumes que integram o plano. O diagnóstico da saúde da cidade de Fortaleza contempla tanto a situação dos serviços públicos de saúde em cada bairro, como evidencia os fatores de riscos à população e as principais causas de morbidade e mortalidade.

A revista “olhar dos bairros”, elaborada a partir do processo de discussão e escuta na fase I “Fortaleza que temos”, apresenta uma descrição da situação de cada localidade, quanto à infraestrutura e a oferta de serviços públicos. Dos 120 bairros de Fortaleza, 83 localidades participaram da consulta inicial, uma amostra de 69,17% do território da capital. A escuta nos bairros apontou uma rede de serviços de saúde deficiente.

O mau atendimento, a falta de medicamentos, a ausência de médicos e infraestrutura precária e cobertura insuficiente dos serviços públicos foram as queixas

mais citadas entre o público consultado, durante os meses de março e junho de 2015. Na construção do desenho do plano estratégico da saúde foram considerados, além da discussão do desempenho da oferta e demanda das atividades em saúde, o diagnóstico também contemplou, a análise do contexto socioeconômico, ambiental, territorial e epidemiológico (saúde-doença).

No desenho deste Plano foi considerada a transição demográfica de redução da fecundidade e fertilidade e envelhecimento populacional progressivo; o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis; a constância de elevadas taxas de morte por causas externas, homicídios, acidentes e suicídios; a persistência de doenças infecciosas e parasitárias; e taxas ainda elevadas de mortalidade materna. No enfrentamento destes desafios deve-se articular ações de assistência e promoção de saúde, com ações intersetoriais que possam intervir, conjuntamente, nos determinantes sociais do processo saúde-doença (FORTALEZA, 2016b, p. 25).

Assim, diante da conjuntura geral, o escopo do plano estratégico da saúde, procurou atender aos desafios apresentados na fase de diagnóstico. O plano coloca como princípio basilar a construção de uma cidade em que as pessoas sejam “socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres”, para tanto, coloca como demandas prioritárias, a implantação de uma cultura de paz (tolerância e consciência cidadã), promoção de hábitos saudáveis de vida e prevenção de doenças crônicas e degenerativas (em todas as fases do ciclo de vida), proteção a mulher, criança e idoso), combate severo e controle às doenças infecciosas e parasitárias negligenciadas (ações de educação ecológica e saneamento básico universal) e estruturar a Atenção Primária, coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção do sistema de saúde municipal.

Os desafios são de promoção, proteção e enfrentamento, para a consecução da visão de futuro: uma população saudável, com acesso amplo a um serviço público de qualidade, organizado em redes de atenção com ações intersetoriais. Como macro objetivos o plano estratégico da saúde tem o acolhimento, a qualidade, o acesso, a prevenção e assistência e uma rede estruturada, integrada, resolutiva e eficiente.

Em linhas gerais as metas e resultados esperados são de redução das taxas de mortalidade e morbidades e redução de doenças crônicas, visando a elevação da expectativa de vida. As diretrizes gerais discorrem de forma amplificada sobre garantia e ampliação de serviços e promoção de ações de saúde. No âmbito institucional, a busca por eficiência, profissionalização, humanização dos processos e

o sistema de monitoramento e avaliação através da constituição de um Conselho Gestor e do Conselho Municipal.

Os trabalhos de formulação do plano tiveram início em outubro de 2015 e foram encerrados em julho de 2016, aproximadamente 10 meses. Participaram das oficinas membros da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), Secretaria da Saúde do Estado (SESA), hospitais municipais, instituições de ensino superior públicas e privadas, a Escola de Saúde Pública, dentre outros.

O resultado dessa fase foi divisão do plano em seis linhas de ação que tratam especificamente, do idoso (SA.1), da mulher (SA.2), da criança (SA.3), dos serviços de saúde pública (SA.4), pessoa com deficiência (SA.5), população negra e LGBT (SA.6). As linhas de ação totalizam oitenta e oito ações, assim distribuídas (QUADRO 3):

Quadro 3 – Linhas de ação - Plano estratégico da saúde

<b>Código</b>	<b>Linhas de ação</b>	<b>Ações por linha de ação</b>
SA.1	Envelhecimento saudável e ativo, condições crônicas não transmissíveis e cuidados paliativos:	8
SA.2	Proteção à mulher, particularmente em situações de risco e vulnerabilidade, relacionadas com a violência e o estupro, o ciclo gravídico– puerperal e as doenças específicas da condição feminina.	18
SA.3	Proteção à criança, desde o período de vida intrauterina até a primeira infância, e ao adolescente, em particular o exposto à situação de vulnerabilidade social.	24
SA.4	Assistência à saúde e organização de serviços.	11
SA.5	Assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência.	9
SA.6	Atenção especial à saúde para as populações LGBT e negra.	18
Total de ações no Plano estratégico da saúde		88

Fonte: FORTALEZA (2016b).

O objeto do Plano estratégico da saúde parece estar entrelaçado, de forma direta ou indireta, com outros planos do FOR2040, dado a transversalidade das políticas públicas de saúde. As ações conjuntas são uma exigência para a administração pública colaborativa (*benchmarking* colaborativo, governança

colaborativa)<sup>45</sup>, um olhar ampliado que visa a articulação para resolver problemas públicos, que dificilmente seriam solucionados por organizações individualmente.

Seguindo a visão do FOR2040 de atuação pública através arranjos multiorganizacionais, o plano estratégico da saúde deve se interligar com o Plano de Meio Ambiente e Saneamento Ambiental, decerto, que as condições da salubridade do ambiente da cidade influenciam saúde da população. A falta de saneamento tem relação direta com a proliferação de doenças, como as arboviroses (dengue, zika, chikungunya), doenças medievais como cólera, febre tifoide, febre amarela, além de amebíase, cisticercose, disenterias, poliomielite, giardíase, hepatite e demais infecções, que aumentam a demanda por serviços nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais municipais.

O Plano de Habitação de Interesse Social (PLHIS) é outro plano relacionado, dado que a falta de uma moradia salubre transcende questões de morbidade, para problemas físicos, mentais e sociais. Como visto, 42% da população de fortaleza “reside” em assentamentos precários, sem saneamento e sem acesso a estruturas básicas de habitação, convivendo com o lixo, animais (pragas, insetos, roedores), poluição e esgotos a céu aberto, ambiente propício não apenas a doenças, mas a violência e a marginalização.

A situação na qual se encontra quase metade dos fortalezenses, impacta negativamente nos indicadores de saúde, posto que, são fatores determinantes para o contágio de inúmeras doenças e agravos a saúde, que por sua vez, elevam os índices de morbidade e mortalidade, ponto nefrálgico que o plano estratégico da saúde precisa enfrentar.

Essa cadeia de precariedade, doença e morte nos remonta ao Plano de Segurança Cidadã e Cultura de Paz, com números alarmantes de homicídios e estupros, Fortaleza se tornou uma cidade violenta e insegura<sup>46</sup>. Para além das mortes

---

45 Para mais informações sobre a administração pública colaborativa, consultar a edição especial da *Public Administration Review*, de dezembro de 2006. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/puar.2018.78.issue-1/issuetoc>>. Sobre *benchmarking* colaborativo vide: BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. **Programa Gespública –Benchmarking Colaborativo: Guia Metodológico**. Brasília; MP, SEGEP, 2013.

46 Durante a escrita desse texto Fortaleza é notícia internacional, com 14 pessoas mortas e 10 feridos, na maior chacina do Ceará, fruto de brigas entre facções. A maioria das vítimas eram mulheres. Adolescentes também foram mortos e os feridos encaminhados ao Instituto Dr. José Frota (IJF) (DIÁRIO DO NORDESTE, 2018). Dois dias depois, mais um crime foi noticiado. Desta vez uma execução filmada ao vivo e divulgada nas redes sociais, em uma das maiores avenidas de Fortaleza, em plena luz do dia. Segundo informações a vítima era chefe do tráfico do bairro Papicu e membro do



e sequelas físicas, a saúde mental também é fortemente afetada. Casos de transtornos mentais (síndrome do pânico e transtornos de ansiedade) fruto do clima de tensão e de violência, não são raros e tornam-se mais frequentes.

O Plano de Inserção Produtiva trata de outra condição necessária para uma cidade saudável: o acesso ao trabalho. As oportunidades de renda e emprego são garantias ao direito uma vida plena, com alimentação, lazer, educação, cultura e estabilidade emocional, distanciando a população do consumo de drogas, atos de violência e doenças. Para isso, também estão relacionados o plano de Segurança Alimentar e o Plano de Esporte e Lazer.

De igual importância é o Plano de Mobilidade e Acessibilidade Urbana, considerando que 70% dos atendimentos realizados no Instituto Dr. José Frota (IJF) estão relacionados com vítimas de acidentes de moto<sup>47</sup> e atropelamentos, com altos índices de invalidez permanente, fato esse que impactam as despesas com seguridade social (saúde e previdência). “Se não houver foco nessas ações preventivas, os custos hospitalares restarão em patamares estratosféricos bem como os previdenciários” (FORTALEZA, 2016b, p. 27).

O eixo “Vida comunitária, acolhimento e bem-estar” ainda é perpassado por outros planos relacionados com o tema: igualdade racial, assistência social, direitos da mulher, juventude, direitos da criança e do adolescente, direitos da pessoa idosa, direitos da pessoa com deficiência e direitos LGBT. Desta forma, além das oitenta e oito ações que serão trabalhadas especificamente pela Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza (SMS), o plano ainda deverá se articular com outras secretarias municipais, de acordo com cada área temática e política pública pertinente. Contudo, resta saber, se realmente existe essa interligação entre as políticas do FOR2040 e o plano estratégico da saúde.

Para tanto, em 2017, foram iniciados os trabalhos de monitoramento das ações do plano, junto às câmaras setoriais<sup>48</sup>. Nas reuniões foi constatado que, as ações já estão detalhadas de forma a permitir a imediata execução de cada atividade,

---

Comando Vermelho (CV), mesmo sendo socorrido em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), acabou morrendo (TRIBUNA DO CEARÁ, 2018).

<sup>47</sup> “Não é à toa que a motocicleta não é considerada solução para o transporte público em países desenvolvidos, sendo vista apenas como equipamento esportivo, dado o alto risco de acidentes que apresenta a seus usuários” (FORTALEZA, 2016, p. 27, V.4).

<sup>48</sup> Ressalta-se que, os membros das câmaras reúnem-se, semanalmente, para discutir o curso das ações, sob a liderança de um coordenador, que tem a missão de agregar, agendar reuniões, trocar informações, acompanhar, orientar e requerer a efetivação das ações.

com metas específicas, indicadores, prazo, executores e responsáveis, situação atual e recursos necessários. Segue abaixo um recorte exemplificativo do Plano estratégico da saúde, conforme elaborado pelo FOR2040 e logo abaixo, planilha de monitoramento das ações do Plano estratégico da saúde, pela Câmara Setorial da Saúde (FIGURAS 11 e 12).

Figura 11 – Recorte exemplificativo do detalhamento das ações do Plano estratégico da saúde

Quadro 1 – Linha de Ação SA.1 – Envelhecimento saudável e ativo, condições crônicas não transmissíveis, e cuidados paliativos						
Nº	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	LOCAL	EXECUTOR
SA.1.1	Incluir conteúdos da temática de prevenção/cuidado, recuperação da saúde do idoso nos currículos do ensino superior da área da saúde	Em 100% dos currículos do ensino superior da área da saúde em Fortaleza	Percentual de instituições de ensino superior da saúde em Fortaleza com conteúdo da temática de prevenção, cuidado e recuperação da saúde do idoso em seus currículos	Contínuo e ajustado regularmente	Instituições de ensino superior que atuam em Fortaleza	SME/SMS
	<b>Ações relacionadas: ID.2.4</b>					
SA.1.2	Incluir temas sobre autocuidado e hábitos saudáveis em 100% dos currículos escolares da educação básica	Em 100% dos currículos escolares da educação básica.	Percentual de instituições escolares da educação básica com temas sobre autocuidado e hábitos saudáveis em seus currículos	Contínuo e ajustado regularmente	Instituições do Sistema Nacional de Educação que atua em Fortaleza	SME/ SMS/ Seduc/ Conselho Estadual de Educação e Secitece
	<b>Ações relacionadas: ED.1.1 e ED.3.1</b>					
SA.1.3	Incluir na programação das instituições de formação técnica (federal, estaduais e sistema S) que atuam em Fortaleza, cursos de formação para cuidadores de idosos	Em 100% das instituições públicas de formação técnica (federal e estadual) e do Sistema S (Senac).	Percentual das instituições públicas de formação técnica (federal e estadual) e do Sistema S (Senac) que atuam em Fortaleza, com oferta de curso técnico para formação de cuidadores implantados	Contínuo e ajustado regularmente	Instituições do Sistema Nacional de Educação que atuam em Fortaleza	SME/ SMS/ Seduc/ Conselho Estadual de Educação e Secitece
	<b>Ações relacionadas: ID.2.1</b>					

Fonte: FORTALEZA (2016b).

Figura 12 – Recorte exemplificativo da planilha de monitoramento das ações do plano estratégico da saúde pela Câmara Setorial da Saúde

No.	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	EXECUTORES	RESPONSÁVEL	SITUAÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS
49	SA-1.5	Implantar e adequar Unidades de Saúde	Em 100% dos bairros de Fortaleza	Percentual de bairros de	Contínuo e ajustado	Secretaria Municipal	Dra. Ana Maria / Rui	Item contemplado nas Insumos
53	SA-1.6	Desenvolver atividades de promoção da	Em 100% das unidades básicas	Percentual de Unidades Básicas	Contínuo e ajustado	Secretaria Municipal	Dra. Ana Maria /	Item contemplado nos Insumos
58	SA-1.7	Incluir atividades intergeracionais nos	Em 100% dos Cucas, escolas de	Percentual de Cucas e de	Contínuo e ajustado	SME, SMS, Setra,	Dra. Ana Maria	Insumos
65	SA-1.8	Ampliar visitas domiciliares pelos	20% de idosos atendidos até 2020	Percentual de idosos em	100% até 2032	SMS	Dra. Ana Maria / Rui	Plano de Atenção Integral à Saúde do Idoso em fase de Insumos
72	SA-2.1	Ampliar e manter em escala compatível	100% das gestantes com acesso	Percentual de gestantes de	Contínuo e ajustado	SMS, Redes de	Dra. Ana Maria / Rui	É garantido 100 % dos Insumos
75	SA-2.2	Ampliar e manter em escala compatível	100% das gestantes em trabalho	Percentual de gestantes com	Contínuo e ajustado	SMS, Redes de	Dra. Ana Maria / Lea	Plano em elaboração Insumos
81	SA-2.3	Ampliar e manter em escala compatível	100% das mulheres com	Percentual de mulheres, com	Contínuo e ajustado	SMS, Redes de	Dra. Ana Maria / Lea	1. Criar um ambulatório Recursos humanos,
90	SA-2.4	Ampliar e manter em escala compatível	100% de gestantes com suspeita	Percentual de gestantes de	Contínuo e ajustado	SMS, Redes de	Dra. Ana Maria / Lea	1. Abertura de processo de Recursos humanos,
95	SA-2.5	Ampliar e manter em escala compatível	100% das mulheres durante o	Percentual de mulheres de	Contínuo e ajustado	SMS, Redes de	Dra. Ana Maria / Lea	1. Implantar ambulatório Recursos humanos,
92	SA-2.6	Articular e integrar as áreas e atividades	100% de serviços de assistência	Percentual de serviços de	Até 2020	SMS, SCDH, Setra,	Dra. Ana Maria / Lea	Em articulação Insumos
98	SA-2.7	Ampliar e manter em escala compatível	100% das mulheres vítimas de	Percentual de mulheres vítimas	Contínuo e ajustado	SMS, SCDH, Setra,	Dra. Ana Maria / Lea	1. Implantar serviços de Recursos humanos,
104	SA-2.8	Ampliar e manter em escala compatível	100% de atendimento às	Percentual de mulheres com	Contínuo e ajustado	IPM,	Dr. Romel	1. Implantar serviços de material educativo
110	SA-2.9	Implantar nas Regionais de saúde	100% das Regionais de saúde	Percentual de Regionais com	Até 2020	SMS - Secretarias	Dra. Ana Maria / Ana	Em articulação tecnológicos,
119	SA-2.10	Mobilizar e instituir procedimentos para	100% dos comitês de prevenção e	Percentual de comitês de	Até 2018	SMS - Secretarias	Dra. Ana Maria / Ana	Em articulação Equipamentos
124	SA-2.11	Qualificar os sistemas de avaliação do	100% das instituições que	Percentual de instituições do	Até 2020	SMS, Secretarias de	Dra. Ana Maria / Lea	Em articulação Insumos, qualificação
124	SA-2.12	Ofertar pelo Hospital da Mulher (HM)	Utilização de 100% de sua	Taxa de utilização da capacidade	Até 2020	SMS/Ministério da	Dr. Romel	Fortalecimento da linha do Insumos, qualificação
127	SA-2.13	Realizar campanhas de divulgação dos	8 campanhas (2ano)	Número de campanhas	Até 2020	SMS, Sesa,	Dr. Romel	Elaborar um plano de ação Recursos humanos,
132	SA-2.14	Realizar campanhas permanentes	48 campanhas (duas campanhas	Número de campanhas	2040	SMS, Sesa,	Dra. Ana Maria / Lea	Em licitação Recursos humanos,
137	SA-2.15	Realizar cursos de formação de	48 cursos (2 cursos/ano)	Número de cursos realizados	2040	SMS, CPMSCDH	Dra. Ana Maria / Lea	Está em fase de Recursos humanos,
141	SA-2.16	Implementar assistência integral à	100% de mulheres atendidas	Percentual de mulheres	Ação continuada de	SMS, CPMSCDH	Dra. Ana Maria / Lea	1. Fortalecer serviços Recursos humanos,
145	SA-2.17	Ampliar e garantir o acesso à vacinação	100% das adolescentes de até 13	% de adolescentes até 13 anos	Ação continuada de	SMS/CPMSCDH	Dra. Ana Maria /	Em articulação material educativo
150	SA-2.18	Promover a incorporação de novas	% a definir após estudo a ser	Percentual de redução de óbitos	Ação continuada de	Núcleo responsável	Dra. Ana Maria / Dr.	1. Promover a integração de Recursos humanos,
150	SA-2.18	tecnologias na área da saúde da	realizado pelo Núcleo de Inovação	de mulheres por meio da adoção	2017 a 2040	pela inovação	Rommel / Lea	instituições de ensino com tecnológicos,
156	SA-3.1	Articular e integrar os diferentes níveis	100% das instituições que	Percentual de instituições do	2020	SMS, Funcl,	Dra. Ana Maria /	1- Revitalização da Recursos humanos,
161	SA-3.2	Ampliar e garantir acesso contínuo a	100% dos nascidos vivos com	Percentual de nascidos vivos	Contínuo e ajustado	SMS, SME, Setra,	Dra. Ana Maria /	Plano em elaboração Recursos humanos,
165	SA-3.3	Ampliar acompanhamento do	100% das crianças na primeira	Percentual de crianças em	Contínuo e ajustado	SMS, SME Setra,	Dra. Ana Maria /	Plano em elaboração Recursos humanos,
168	SA-3.4	Articular para que as instituições de	100% das instituições de saúde	Percentual das instituições de	Contínuo e ajustado	SMS, SME Setra,	Dra. Ana Maria /	Em licitação Recursos humanos,
173	SA-3.5	Ampliar o acesso de todas as crianças a	100% das crianças com acesso a	Percentual de crianças com	Contínuo e ajustado	SMS, SME Setra,	Dra. Ana Maria /	Revitalização da estrutura Recursos humanos,
176	SA-3.6	Estruturar as Unidades de Saúde de	100% das Unidades de Saúde de	Percentual de Unidades de	Contínuo e ajustado	SMS, SME Setra,	Dr. Romel	Revitalização da estrutura Recursos humanos,
180	SA-3.7	Implementar procedimento de	100% dos óbitos fetais e infantis	Percentual dos óbitos fetais	Contínuo e ajustado	SMS, SME Setra,	Dra. Ana Maria /	Em licitação tecnológicos,
193	SA-3.8	Implementar nas UAPS o Sistema de	100% das UAPS	Percentual de UAPS com	Contínuo e ajustado	SMS, SME	Dra. Ana Maria / Ana	Em licitação infraestrutura, insur
197	SA-3.9	Articular e estabelecer vínculos formais	100% das UAPS estabeleçam	Percentual de UAPS, instituições	Contínuo e ajustado	SMS, Setra, SME,	Dra. Ana Maria /	Em execução Insumos e qualificac
195	SA-3.10	Desenvolver nas UAPS programa de	100% das UAPS com programa	Percentual de UAPS com	Contínuo e ajustado	SMS, SME	Dra. Ana Maria /	em execução Insumos e qualificac
195	SA-3.11	(Brinquedotecas) em hospitais infantis, hospitais com unidades pediátricas, Unidade de Atenção Primária à Saúde	100% dos Hospitais Infantis, Hospitais com Unidades Pediátricas, UAPS e UPAS com espaços interativos implantados	Percentual de hospitais infantis, hospitais com unidades pediátricas, UAPS e UPas com espaços interativos implantados	2017 a 2040	Coordenação: SMS e Gabinete da primeira-dama da PMF	Dra. Ana Maria / Ana Estrela	Projeto já em andamento Recursos humanos, tecnológicos, infraestrutura, insur e qualificação dos

Fonte: Câmara Setorial da Saúde (2017).

As primeiras impressões em contato com o desenho do Plano estratégico da saúde, evidenciam um plano elaborado a partir de um diagnóstico robusto, que compreende a necessidade de conectividade entre outros programas sociais e dos impactos causados por fatores externos, riscos ambientais, escolhas e estilo vida dos usuários. As deficiências da rede de saúde pública foram identificadas, a preocupação com o cenário econômico-social, as incertezas da política e a descontinuidade da gestão governamental, também foram posta à mesa, no entanto, não estão refletidas nas ações propostas.

Assim, durante os trabalhos iniciais de monitoramento do plano da estratégico da saúde, realizado pela Câmara Setorial da Saúde e técnicos da SMS, foi possível elaborar um quadro com as principais disfunções encontradas no desenho do plano e na composição de suas ações. Abaixo seguem os pontos identificados, tanto acerca das visões e escopo, quanto à disposição das ações do plano (QUADRO 4).

Quadro 4 – Pontos identificados no Plano estratégico da saúde

<b>QUANTO AOS CONCEITOS E VISÕES DO ESCOPO:</b>	
<b>QUESTÕES OBSERVADAS</b>	<b>DIFICULDADES CONSTATADAS</b>
Olhar fragmentado das ações (mulher, idoso, criança, negro, transexual, homoafetivo)	Impede a visão de ações que sejam sistêmicas e inclusivas, pois não considera as pessoas em todos os seus ciclos de vida e gênero, implicando em ações direcionadas e não globais, ocasionando repetições de atividades.
Entendimento limitado das pessoas enquanto atores sociais, frente a questões socioeconômicas e as diversas situações de vulnerabilidade a que estão expostas.	O problema é visto pelo lado dos efeitos e não por suas causas, gerando miopia no diagnóstico e dificultando a busca de soluções adequadas.
A pessoa não é vista como imersa no ambiente urbano e exposta a fatores de risco ambientais, sociais e promotores do adoecimento da população.	Como a análise de ambiente não foi feita de forma suficientemente ampliada, algumas ações tem características reativas e representam incompletude diante das suas necessidades.
Visão mais voltada mais às ações de tratamento e intervenção médica imediata e menos em ações de promoção à saúde ao longo do tempo, que incentivam e promovem da mudança de comportamentos e atitudes.	As ações, apesar de estarem referenciadas em outros planos, não estão bem conectadas, dialogadas e articuladas, do modo que permitam a sua execução e acompanhamento conjuntos.
Foco das ações são os serviços de saúde e não em saúde pública;	Essa distorção torna as ações reducionistas e comprometem seu alcance.
O plano não traz um estudo ou análises de cenários futuros.	Sem antever ou construir prováveis cenários para a saúde, o plano limita o campo de suas ações e fragiliza as estratégias de saúde.
<b>QUANTO À FORMULAÇÃO DAS AÇÕES:</b>	
<b>QUESTÕES OBSERVADAS</b>	<b>DIFICULDADES CONSTATADAS</b>
Grande quantidade de ações	Dificulta a execução, o acompanhamento e monitoramento.
Ações sobrepostas ou repetidas	Muitas ações já estão contidas em outras e acabam se tornando redundantes ou desnecessárias
Ações com textos confusos e distantes da operacionalidade	Geram dúvidas nas áreas técnicas no momento de mensurar e avaliar a execução as ações
Não identificação dos agentes institucionais com as ações declaradas	Não há envolvimento dos técnicos com as ações
Ausência de capilaridade e sincronia com os outros planos que envolvem o eixo e o plano de modo geral	A falta de visão sistêmica e integrada, afeta fortemente as macro estratégias do Plano Fortaleza 2040

Fonte: Elaborado pela Autora.

Apesar do olhar ampliado das principais demandas e das diretrizes gerais, percebe-se que as ações “se voltaram para dentro”, ou seja, focaram na oferta de serviços no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, e apesar da maioria das ações estarem relacionadas com outros planos do eixo, não há integração com os outros planos indiretos, como o Plano de Meio Ambiente e Saneamento Ambiental (MA) e Plano de Segurança Cidadã e Cultura de Paz (SC). Esse fato também é constatado no olhar conjunto de metas, indicadores, locais e executores.

Outro ponto que merece destaque é o lugar da pessoa no plano, refletido de certa forma nas ações elencadas, que não consideram a pessoa como implicada no ambiente social da cidade, com todos os seus reflexos e intersecções. Vale salientar que, com o encerramento do mandato e a mudança da gestão, a equipe que trabalhou na elaboração do plano, em boa parte foi substituída, e é preciso que a gestão presente, discuta e pactue com os novos membros as ações contempladas no plano estratégico da saúde do FOR2040, sua relevância e o modo de operacionalização.

Todavia, reconhecer a complexidade e as inseguranças do plano, não asseguram a efetividade das ações e a solução dos problemas envolvidos. O plano é extenso, possui muitas programações e intersecções organizacionais, dependências estruturais (recursos humanos e infraestrutura) e variáveis sistêmicas a serem conduzidas e trabalhadas (permanência da estrutura do SUS, conflitos de competência entre esferas políticas, gestão de recursos financeiros e orçamentários etc.) e os possíveis avanços (ou retrocessos) de um mundo em incessante mutação.

O plano também carece de um arcabouço legal, que venha dar segurança jurídica a sua execução no longo prazo, posto que, interesses mudam e convergem-se entre si, de acordo com as forças políticas do momento. Quais são as ações prioritárias? Quais pontos devem ser tratados preliminarmente? Iniciar por um programa de educação à saúde ou sanar os gargalos dos serviços de saúde? Muitas ações foram postas no plano sem uma escala de prioridades, “fazer-tudo-ao mesmo-tempo-agora”, nunca foi uma boa estratégia.

Contudo, ainda é preciso trabalhar o conceito de que a condição de saúde da população é um fio condutor a entrelaçar as demais políticas públicas. Entende-se que um plano de saúde tem grandes proporções e envolve certo grau de

complexidade, por isso, precisa que o seu desenho seja avaliado previamente, para que os vieses, imperfeições e equívocos sejam vistos e minimizados.

Outra lacuna identificada no plano estratégico da saúde foi a ausência de uma discussão acerca das oportunidades e ameaças do futuro, através de um estudo amplo de tendências e cenários que pudessem apontar as novas tecnologias e descobertas em saúde, como também, uma prospecção de comportamentos e conjunturas. Nesse sentido, os próximos tópicos visam apresentar essas possibilidades.

### **3.6 O Futuro e a Saúde**

De tudo que foi discutido e analisado é natural a curiosidade acadêmica de averiguar, ou melhor, avaliar, se o plano estratégico da saúde é consistente e capaz de gerar soluções ou encaminhamentos precisos para resolver os problemas críticos da saúde pública e coletiva em Fortaleza, hoje, amanhã ou em 2040.

O plano estratégico da saúde está preparado para o hoje e o amanhã? Porque afinal, se os problemas de hoje não forem superados, como conseguir o futuro que se quer?

E mais ainda, como identificar os desafios das décadas seguintes? Serão os serviços públicos de saúde capazes de absorver as inovações tecnológicas da medicina? Nanomedicina, mapeamentos genéticos, sensores corporais avançados, *start-ups* que usam Inteligência Artificial (I.A.) em aplicativos (ultrassom para smartphone), cirurgias *on-line* (telemedicina), monitoramento remoto de pacientes, tecnologia microfluídica etc. não são termos futurísticos ou ficção científica, já são tecnologias utilizadas na medicina de hoje.

Essas tecnologias irão baratear e desafogar a rede de serviços de saúde e poderão garantir uma população que vive mais e melhor? Quais são as novas descobertas e tendências da medicina? E o que o futuro reserva para a saúde da sociedade?

Para ciência não existe livre-arbítrio, tudo já foi resolvido. Pois, segundo Albert Einstein, “A distinção entre passado, presente e futuro é só uma ilusão, ainda que persistente”. Einstein explica que viajamos pelo mundo todo a toda hora, numa viagem a 1,08 bilhão de km/h (a velocidade da luz) e que nosso corpo é uma máquina do tempo e o tempo não é uma coisa etérea, mas um lugar. Na teoria da relatividade

de Einstein, tempo e espaço são basicamente a mesma coisa e o tempo é uma ilusão.

Se dá para dizer que o nosso futuro já aconteceu. Que poder a gente tem para escolher como vai ser o dia de amanhã? Onde vai parar nosso livre-arbítrio? “Desaparece. O universo de Einstein, o da Teoria da Relatividade, não aceita a liberdade de escolha. O jeito como as nossas vidas se desdobram, do nascimento até a morte, está mesmo escrito. As escolhas que ainda vamos fazer já estão impressas no tecido da realidade. Tão impressas quanto as escolhas que a gente fez no passado” diz o filósofo especializado em física Oliver Pooley, do Centro de Filosofia da Ciência da Universidade Oxford, na Inglaterra (REVISTA SUPERINTERESSANTE, 2004)<sup>49</sup>.

Nessa perspectiva, é possível viajar até 2030 ou 2050 e observar os eventos que já aconteceram: do presente ao futuro do pretérito. Esse é o convite desse texto, conhecer hoje o futuro que já aconteceu. Para tanto, a ideia é percorrer as recentes descobertas científicas na área da saúde e as novas tecnologias voltadas à biomedicina e em seguida, realizar uma prospecção estratégica à saúde do Brasil em 2030, com base nos estudos e nas recomendações da FIOCRUZ (2012).

### 3.6.1 *Smart Cities*

No cenário mundial as vertentes que são desenhadas para o amanhã tem como base as transformações sociais e novas tecnologias que prometem transformar o cotidiano das pessoas e anunciam uma era com mais qualidade de vida. A construção de *Smart Cities* (Cidades inteligentes<sup>50</sup>) combinam tecnologias disruptivas, inovações sociais e novas formas de utilizar dados, para gerar soluções inteligente e sustentáveis para um novo cenário urbano, como mostra a reportagem da Revista HSM Management (2018).

Pode-se dizer que uma cidade é considerada inteligente quando os investimentos em capital humano e social, a infraestrutura tradicional e as tecnologias disruptivas geram crescimento econômico e aumento na

<sup>49</sup> Disponível em: <<https://super.abril.com.br/comportamento/o-futuro-ja-aconteceu/>>. Acessado em: 08.ago.2018.

<sup>50</sup> “O que é uma “cidade inteligente”, a seu ver? Não é apenas tecnologia. [...] As cidades podem ser governadas usando tecnologia, mas devem ser projetadas com visão. Gosto de dizer que, para tornar um lugar bom para viver, você precisa de ‘CCTV’ [trocadilho coma sigla para câmeras de vigilância, em inglês] – Cidadãos, Comunidade, Tecnologia e Visão. [...] Quando começamos a construir Palava (*smart city* indiana, em Dubai), partimos da definição clássica. Utilizamos a noção de 5-10-15, o que significa que tudo aquilo que você precisa diariamente deve estar a 5 minutos de distância a pé, o que você precisa a cada três ou quatro dias deve estar a seu alcance uma caminhada de 10 minutos e coisas que você usa entre uma semana e um mês, deve ser obtido com uma caminhada de 15 a 20 minutos. Quando você começa a projetar uma cidade inteira com isso em mente, há vários benefícios.” Subbu Narayanswamy, CEO do Grupo Lhoda, em entrevista à Revista HSM. (HSM Management, p. 50, 2018).

qualidade de vida ao mesmo tempo, com uma gestão responsável dos recursos naturais e com uma governança participativa (HSM Management, p. 35, 2018).

Para tanto, é necessários que governos e cidadãos assumam novas posturas, com abertura para a inovação, novas formas de colaboração entre governos, habitantes e parceiros externos, na construção e condução da cidade, o que a HSM (2018) chama de ecossistema público-privado, forças atuando juntas na cocriação de soluções inteligentes.

As ideias para *smart cities* envolvem a coleta de lixo *just in time* com o uso de sensores; equipamentos responsivos que interrompem o consumo nos horários de pique; reciclagem de calor, o calor coletado no verão pode ser utilizado no inverno; prédios e casas inteligentes, com informações em tempo real e monitoramento de funções por celular. Esses são exemplos de soluções inteligentes que podem ser aproveitadas no FOR2040, considerando que construir cidades inteligentes não se restringe somente a inovações *hi-tech*, mas à criatividade e simplicidade.

A base dessas inovações, são os sensores, as tecnologias colaborativas, plataforma de dados aberta, armazenamento em nuvem, aplicativos amigáveis e sistemas de T.I. dinâmicos resilientes, que funcionem sem parar e se protejam em casos de ataques e o *big data* (capacidade de coletar e analisar grandes volumes de informação. “O que se chama de *big data* está revolucionando a forma como os governos de todo o planeta estão construindo suas políticas públicas, gerenciando o transporte coletivo e administrando o orçamento, entre outras atividades.” (HSM Management, p. 40, 2018).

Uma realidade de distante de nós? Pelo contrário. Aqui no Ceará, na cidade de Croatá, o setor privado está construindo a Smart City Laguna, com 330 hectares, considerada a primeira *smart city* social do mundo. Laguna enquadra-se no modelo *greenfield*, ou seja, cidades digitais, inteligentes e ecossustentáveis, com plantas industriais planejadas do zero, segundo informações da HSM (2018).

Redesenhar a estrutura urbana das cidades brasileiras não é fácil, mas não é impossível. A cidade de Medellín, na Colômbia, é um exemplo, passou da cidade mais violenta do mundo, para a cidade mais inovadora do mundo, como relata a reportagem da Revista Época Negócios. Na década de 90, a cidade era conhecida pelo altos índices de criminalidade, por causa do narcotráfico, as desigualdades econômicas também não ajudavam muito.



As mudanças em Medellín foram catalisadas através do empreendedorismo de alto impacto, aceleração de inovações na área de negócios digitais, indústria criativa e digital e biotecnologia, além de criar uma sinergia entre empresas e a academia. “O impacto do ecossistema gerado foi gigantesco, sobre todos os setores de Medellín. A desigualdade econômica e social diminuíram, o índice de homicídios caiu em 80% [...] Todos temos muito a aprender com Medellín.” (Revista Época Negócios, 2016)<sup>51</sup>.

Em 2017, o Ex-prefeito de Medellín (2012 - 2015), Aníbal Gavéria, participou do Seminário Internacional de Políticas Públicas Inovadoras para as Cidades, realizado em Fortaleza. No seminário Gavéria repassou a fórmula “É a combinação de investimento social e desenvolvimento urbano com, obviamente, autoridade para garantir e melhorar o nível de segurança”. A experiência vitoriosa da cidade colombiana é um dos exemplos de gestão que inspiram o Plano Fortaleza 2040. (Jornal O Povo online)<sup>52</sup>.

### **3.6.2 Tecnologias em Saúde**

O uso da Inteligência Artificial (I.A.), já algum tempo é uma realidade na medicina, tanto para rastrear os efeitos colaterais potenciais das combinações de medicamentos (polifarmácia), como próteses inteligentes de retina, que através de nanocâmeras captam imagens e enviam a um processador que as codifica e reenvia para o cérebro do paciente.

Além de outras técnicas que permitem entender os fatores de risco de doenças crônicas (algoritmos que preveem a hospitalização), análises de mamografia, detecção de nódulos pulmonares, automação robótica em procedimentos cirúrgicos, que podem reduzir em até 20% o tempo de internação de um paciente.

Os exemplos não para por aqui, são muitas inovações e soluções inteligentes no campo da saúde, como sensores instalados em roupas que monitoram, o tempo todo, a condição física dos pacientes, robôs enfermeiros, bengalas *hi-tech*, impressão 3D de medicamentos, os bios-eletrônicos (dispositivos implantados em

---

<sup>51</sup> Disponível em: <<https://epocanegocios.globo.com/Empreendedorismo/noticia/2016/03/medellin-de-cidade-mais-violenta-do-mundo-mais-inovadora.html>>. Acessado em: 08.ago.2018.

<sup>52</sup> Disponível em: < <https://www.opovo.com.br/jornal/economia/2017/01/as-licoes-de-medellin-para-fortaleza.html> >. Acessado em: 08.ago.2018.

diferentes partes do corpo, do cérebro à espinha nervosa) e até o uso de nanochips em células humanas vivas.

Decerto que atualmente toda essa tecnologia é realidade apenas para quem pode pagar, todavia algumas dessas tecnologias já estão sendo experimentadas nos hospitais estaduais do Espírito Santo, aqui no Brasil, inclusive no SUS<sup>53</sup>, como a impressão 3D de órteses e próteses, telemedicina nos diagnósticos, consultas a distância, com o usos de imagens de exames imagens em quatro dimensões e webconferência com especialistas e prontuários eletrônicos com o uso de I.A., que permite identificar o perfil de risco de cada paciente.

A tendência da medicina do futuro é a personalização dos tratamentos para cada paciente, através dos mapeamentos genéticos, que possibilitaram a descoberta da doença antes que ela se manifeste. Outra tendência é o empoderamento do paciente, com o crescente acesso a opções de tratamentos e medicamentos, nessa perspectiva o paciente deixa de ter uma postura passiva e passa a ter mais controle sobre os cuidados com a própria saúde.

Todavia, os hospitais, a rede de serviços de saúde, universidades, usuários e a de serviços devem moldar as políticas e práticas para acelerar a inovação e a transformação do sistema de saúde. É necessário que o sistema de saúde consiga absorver, adaptar-se e disponibilizar essas tecnologias, de forma a gerar seu impacto no desempenho do sistema de saúde, como ressalta Cavaco Dias, economista da Organização Mundial da Saúde, em seu livro “O valor da inovação: criar o futuro do sistema de saúde.” (DIAS, 2015).

Nesse entendimento, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em parceria com o a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e em pactuação com o Ministério da Saúde (MS), desenvolveu o projeto Saúde 2030, com o objetivo de prospectar o futuro da saúde na quarta década do milênio.

É imperioso planejar em prazos mais longos, dada a complexidade do setor Saúde e dos nítidos processos de transformação e inovação em curso nas suas diversas áreas de atuação. Não se trata apenas de criar imagens de futuro, mas, especialmente, de auxiliar na gestão estratégica, mediante diretrizes para o alinhamento das ações com um cenário de futuro desejável para nosso país. [...] Com isso a FIOCRUZ contribui para a formulação de políticas públicas em saúde, educação, ciência e tecnologia e inovação

---

<sup>53</sup> Disponível em: <<https://www.gazetaonline.com.br/noticias/cidades/2018/02/inteligencia-artificial-ja-e-realidade-nos-hospitais-do-estado-1014119491.html>>. Acessado em: 08.ago.2018.

em saúde, reafirmando sua posição na defesa e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), por seu desenvolvimento e alcance de padrão sustentável, assegurando a realização plena de seus princípios e possibilitando as necessárias conquistas socio sanitárias (FIOCRUZ et al, 2012, p.9).

O Estudo foi dividido em duas partes, a primeira traz as “Diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro para 2030”, um conjunto de discussões teóricas sobre os principais temas que cercam a saúde: Desenvolvimento, Estado e Políticas de Saúde; População e Perfil Sanitário em 2030; Organização e Gestão do Sistema de Saúde; Força de Trabalho em Saúde; Estrutura do Financiamento e do Gasto Setorial e Desenvolvimento Produtivo e o Complexo da Saúde.

A segunda parte é formada pelo cenário macroeconômico atual e por três “Cenários Prospectivos”, uma análise de cenários futuros com base em cada um dos temas abordados. É nesse segundo bloco de estudos prospectivos, que esse tópico irá focar.

### **3.6.3 Saúde 2030: Cenários**

“É possível conhecer o futuro? Mais precisamente: é possível prever o cenário em que estará vivendo a economia brasileira em um horizonte de vinte anos?” (FIOCRUZ et al, 2012, p.247). O texto da FIOCRUZ não pretende adivinhar o futuro ou determinar tendências, a intenção é indicar caminhos através do desenho de cenários possíveis que servirão de base para elaboração de políticas públicas para o setor da saúde.

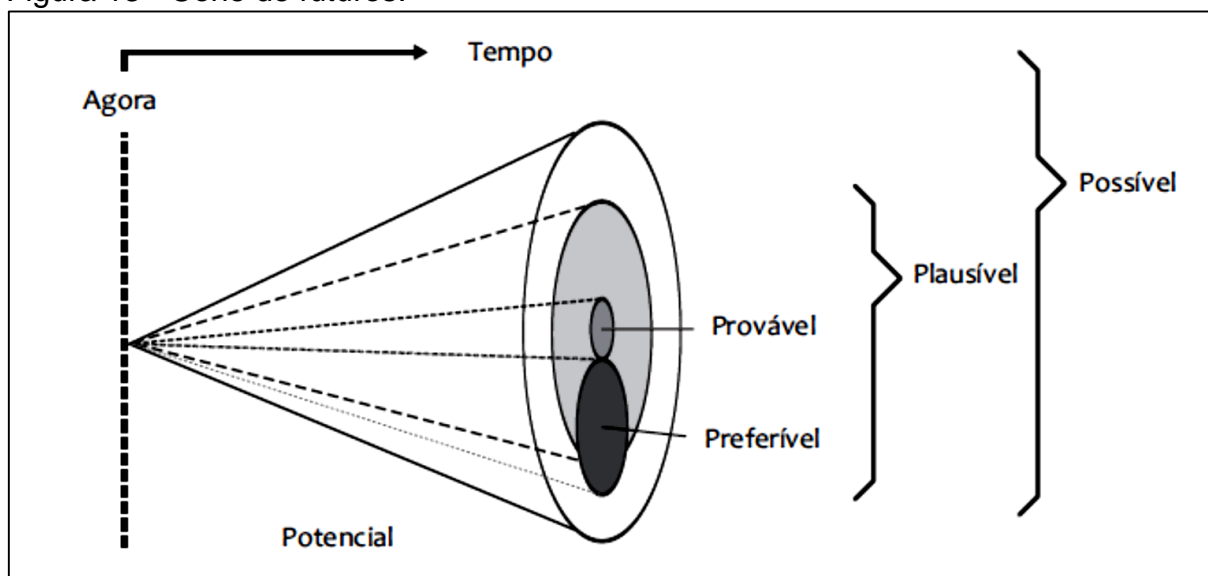
A construção de cenários alternativos é uma ferramenta estratégica muito utilizada nos trabalhos de planejamento de longo prazo, para apoiar o processo de decisão, onde as decisões de hoje construirão o amanhã. Não se trata de futurologia, mas sim uma referência imaginária para explorar o futuro.

É preciso, ainda, definir premissas, ponderar eventuais desdobramentos e visualizar possíveis consequências futuras, procurando minimizar os riscos inerentes à tomada de decisão. A construção de cenários torna-se fundamental para adequação da estratégia da organização aos objetivos que ela almeja atingir no longo prazo. [...] Assim, a construção de cenários é uma metodologia para ordenar a percepção sobre ambientes alternativos futuros nos quais as decisões de hoje deverão ser cumpridas e terão seu efeito continuado. [...] Cenários não são adivinhações (CHIAVENATO; SAPIRO .2003, p. 142 e 143).

A prospecção estratégica<sup>54</sup> foi a metodologia usada pela FIOCRUZ (2012) em suas pesquisas sobre as tendências e cenários possíveis para futuros alternativos. Essa metodologia detecta e interpreta precocemente as tendências na área econômica, social, política e tecnológica e seus possíveis impactos nos indivíduos e na sociedade. Com esses futuros antecipados é possível gerar visões acerca da evolução da sociedade com base nas opções de políticas já disponíveis para projetar o futuro desejado.

A prospecção estratégica, utilizada pela FIOCRUZ, possui três fases: 1) a detecção precoce e a análise da informação; 2) a geração de conhecimento prospectivo e 3) o desenvolvimento das opções (de políticas) futuras. Estabelecidas as análises, três cenários alternativos são criados: a) cenário desejável e possível; b) cenário inercial e provável e c) cenário pessimista e plausível, o chamado: cone de 'futuros'. (FIGURA 13).

Figura 13 - Cone de futuros.



Fonte: FIOCRUZ (2012)

Contudo, antes de apresentar os quadros com os cenários projetados, é importante antes identificar aos cenários macroeconômicos que serviram de base para a previsões. Os cenários macroeconômicos para 2030 estão dispostos a partir das

<sup>54</sup> A metodologia chamada prospecção estratégica teve suas origens, nos anos 1980, no campo da administração e foi empregada, posteriormente, no domínio das políticas públicas. Pode ser definida como uma tentativa deliberada de alargar as “fronteiras da percepção” e expandir a capacidade de atenção em relação a temas e situações emergentes.

principais variáveis que compõem a estrutura do sistema macroeconômico nacional (FIGURA 14).

Figura 14- Cenários macroeconômicos para 2030

Variável relevante	Situação atual	Cenário possível e otimista	Cenário plausível e pessimista	Cenário provável e conservador
PIB	R\$ 3.770 bilhões	R\$ 8.260 bilhões	R\$ 4.277 bilhões	R\$ 5.602 bilhões
População	190.755.799	216.410.030		
Renda per capita	R\$ 19.763,50	R\$ 38.240,00	R\$ 19.763,50	R\$ 25.935,00
Taxa de crescimento	7,5 % a.a.	4,0% a.a.	0,63% a.a.	2,0% a.a.
Taxa de desemprego	6,7 %	Cai	Aumenta	Permanece no mesmo nível
Salário mínimo	R\$ 510,00	R\$ 1.118,00	R\$ 578,00	R\$ 758,00
Rendimento médio do pessoal ocupado	R\$ 1.527,00	Crescimento superior ao da renda per capita	Crescimento inferior ao da renda per capita	Crescimento semelhante ao da renda per capita
Índice de Gini	0.543	0.40	0.60	0.60
Rendimentos do trabalho (participação no PIB)	34%	Melhoria pronunciada	Permanece no mesmo nível	Melhoria moderada
Resultado primário (governo central)	R\$ 101.696 milhões	Cai significativamente	Aumenta	Permanece no mesmo nível
Resultado primário (% PIB)	2,70%	Cai significativamente	Aumenta	Cai moderadamente
Serviço da dívida pública	R\$ 195.696 milhões	Cai significativamente	Aumenta	Cai moderadamente
Taxa de juros (Selic)	10,67%	1,65%	10,67%	4,35%
Taxa de câmbio	R\$ 1,6654 / US\$ 1,00	R\$ 2,50	R\$ 1,80	R\$ 2,00
Saldo do balanço comercial	US \$ 20,27 bilhões	Sobe		Permanece no mesmo nível
Déficit em transações correntes	US\$ 47,518 bilhões	Cai		Permanece no mesmo nível
Inflação (IPCA)	6,5% (IPCA)	4,5% (PCA)		

Fonte: FIOCRUZ (2012)

Com relação a projeções econômicas com estimativas numéricas em longo prazo, alguns autores trabalham com a técnica de construção de cenários alternativos diversos, em geral um cenário otimista, um pessimista e um ou mais cenários intermediários (PORTO, 2007; GIAMBIAGI e PORTO 2011). Os limites dessas estimativas, em termos de subjetivismo, risco e incerteza, não são ignorados, mas considera-se que, apesar deles, é possível reduzir a percepção a respeito do futuro e melhorar a qualidade de decisões estratégicas, tornando-as mais controláveis ou avaliáveis. Segundo esses autores, busca-se escapar do determinismo e “estabelecer uma sucessão lógica de eventos, de sorte que, partindo-se do presente (ou de uma dada situação), se visualize como se poderá chegar passo a passo a uma situação futura” (PORTO, 2007). [...] As diferenças entre os cenários envolvem distintas condições sobre a inserção econômica do país no contexto global e sobre o peso do Estado na economia, por serem considerados os dois fatores mais relevantes na definição dos rumos possíveis para o país (FIOCRUZ et al, 2012, p.263).

Nessa construção, os possíveis macrocenários que envolvem a saúde para as próximas décadas, são apresentados a seguir em quadros contendo a síntese dos cenários prospectados, na seguinte disposição: o cenário otimista e possível, o cenário pessimista e plausível e o cenário inercial e provável. Essas previsões, têm como ponto de partida o balanço macroeconômico do ano de 2010.

Os quadros estão divididos de acordo com os seguintes temas: Sociodemografia, Morbimortalidade, Redes Assistenciais, Gasto total em saúde, Respostas da Estrutura da Oferta e Respostas do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). Desta forma, os cenários permitem vislumbrar situações que envolvem temas relevantes para a condução das políticas de saúde, como o modelo de desenvolvimento, mudanças demográficas e epidemiológicas, capacidade de gestão, redes de atenção e assistência, financiamento e gastos em saúde e tecnologia na saúde (QUADROS 5, 6, 7).

Quadro 5 - Cenário otimista e possível

Tema	Projeção
Desenvolvimento Socioeconômico	Modelo de desenvolvimento articulado com a dimensão econômica (crescimento sustentado e pleno emprego) ambiental (com políticas de infraestrutura social: saneamento e habitação), social (orientado para o bem-estar social, com direitos universais consolidados, com políticas sociais abrangentes e inclusivas, redução da pobreza e desigualdades sociais) e política (democracia consolidada, com fortalecimento da participação popular).
Sociodemografia	Contínua tendência ao envelhecimento da população brasileira, com idosos superando o número de jovens. Aumento da razão de dependência (100 pessoas em idade ativa respondendo por 55, 5 da faixa etária não ativa). Taxa de fecundidade 1,5 filho por mulher, constante até 2050, com aumento de fecundidade em mulheres com escolaridade mais alta e bem posicionadas no mercado de trabalho. Redistribuição do território nacional, com fluxo migratório direcionado a cidades médias. E com tendência a atração de migrantes internacionais, no caso de crescimento assimétrico entre países latino-americanos.
Morbimortalidade	Ligeira queda na mortalidade e esperança de vida ao nascer, dada a melhora na distribuição de renda e condições de vida. Declínio na mortalidade infantil, com significativa redução no componente neonatal. Redução da mortalidade materna a metade. Com equação de indicadores regionais e sociais. Declínio das doenças cardiovasculares, com estabilidade de incidência e mortalidade por câncer, com mudanças no tipo de tumor e aumento de sobrevida em paciente

	acompanhados. Redução de acidentes de trânsito e agressões. Aumento da incidência e prevalência das doenças mentais, principalmente transtornos depressivos e quadros de demência associadas ao envelhecimento. Declínio das doenças preveníveis por vacinação, com tendência a erradicação. Aumento do controle da hepatite tipo B, diminuição de 30% casos de Tuberculose, melhoria no controle de arboviroses, diminuição da incidência de HIV. Contudo, o Brasil continuará a conviver com outras doenças endêmicas e com a possível ocorrência de novos vírus vindos de outros países.
Estado e Capacidade de Gestão	Políticas públicas coordenadas e integradas, com carreiras de Estado valorizadas, qualificadas e voltadas à gestão dessa política. Estado com poder de regulação consolidado, com inovações pautadas às necessidades sociais. Ampliação da transparência e do acesso a população na formulação e implementação de políticas públicas. Haverá uma burocracia sólida (com 80% dos cargos efetivos atuando em nível estratégico), qualificada e estável, com formação em planejamento e gestão com capacidade de diálogo e articulação com atores setoriais e extraterritoriais.
Modelos e Redes Assistenciais	SUS acreditado, com legitimação social e com a preferência e confiança de utilização pela maioria dos brasileiros. Diminuição da cobertura da população com seguro privado. Modelo de atenção à saúde orientado pela universalidade de integralidade, articulando promoção, prevenção, assistência e reabilitação. Ampliação do acesso (multiplicação dos pontos), solidificação dos serviços sociais locais, integração de redes estruturadas de atenção, introdução de novas tecnologias e modalidades de cuidado. Fortalecimento da capacidade institucional do Estado, nas três esferas de governo, na condução de políticas de saúde, voltadas aos princípios do SUS. Forte regulação do Estado, orientado na garantia da saúde como direito de cidadania. Ações de planejamento fortalecidas no curto, médio e longo prazo, integrando o campo da saúde com outras políticas. Conselhos de Saúde atuantes e com participação nas decisões sobre as políticas de saúde.
Gasto total em saúde	O gasto público total com a saúde alcançaria 5,10% do PIB. Redução gradativa dos subsídios

	diretos e indiretos ao setor privado, como progressiva ampliação do financiamento público a saúde. Destinação de novas fontes de recursos para o SUS, através de mecanismos tributários, com repartição dos royalties do pré-sal.
Respostas da Estrutura da Oferta	Com a nova configuração demográfica e epidemiológica em 2030, será necessária uma reorganização da oferta e serviços. Readequação da infraestrutura e aquisição de novos equipamentos. Fortalecimento da estratégia da Saúde da Família (ESF) e ampliação da cobertura a 80%, com articulação nos demais níveis de atenção. Priorização do acesso com o adensamento tecnológico extra-hospitalar. Garantia do atendimento individualizado e diminuição dos custos da atenção, organização do fluxo em direção aos centros de saúde e hospitais. Aumento da capacidade de regulação (extinção da dupla porta de entrada).
Respostas do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS)	Aumento do dispêndio com atividades de inovação e ampliação da competitividade tecnológica e científica na área da saúde (Tecnologias mais efetivas e rápidas e que favoreçam o diagnóstico precoce; equipamentos menos evasivos; desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação-TICs). Expansão da produção na Indústria farmacêutica nacional. Desenvolvimento dos fitomedicamentos, pesquisa com células- tronco, biomarcadores, produção de vacinas personalizadas para grupos populacionais específicos.

Fonte: FIOCRUZ (2012)

Quadro 6 - Cenário pessimista e plausível

Tema	Projeção
Desenvolvimento Socioeconômico	Estratégias de desenvolvimento comprometidas com políticas macroeconômicas de cunho neoliberal. Ação limitada do Estado com políticas de proteção social e de combate à pobreza, com redução da capacidade de intervenções na dimensão territorial. Ausência do crescimento do emprego, elevando as taxas de desemprego, acentuando-se as heterogeneidades, a distribuição de renda e as desigualdades no país.
Sociodemografia	Mesmo em um cenário de crise, será contínua a tendência ao envelhecimento da população brasileira, com idosos superando o número de jovens. A velocidade do crescimento populacional não deverá alterar-se de forma substancial. A taxa



	de fecundidade 1,5 filho por mulher, deverá manter-se constante até 2050. Impacto imediato no aumento das imigrações, na busca de melhores condições de vida. Com a contração do mercado de trabalho e diminuição do crescimento nacional, diminuirá o volume de emigrantes.
Morbimortalidade	Redução da velocidade de queda da mortalidade infantil, da esperança de vida ao nascer e taxa de mortalidade materna. A mortalidade por doenças cardiovasculares manterá a sua curva de tendência, com aumento da prevalência. Mortalidade por câncer se manterá estável. Tendência no aumento por morte no trânsito e de agressões. Aumento da prevalência de transtornos mentais, principalmente depressão e demência associada ao envelhecimento. Todas as doenças preveníveis por vacinação continuarão com a tendência de declínio. Dificuldades no controle da hepatite B. Não diminuição dos casos de HIV. Infecções secundárias poderão fugir do controle. Contudo, o Brasil continuará a conviver com outras enfermidades ainda endêmicas e com a possível ocorrência de novos vírus vindos de outros países.
Estado e Capacidade de Gestão	Capacidade Institucional do estado fragilizada na condução de políticas de saúde e consolidação do SUS, tanto por restrições político-econômicas, como por diversidades de interesses. Fragilidades na força de trabalho, como alta dependência de cargos, consultores e terceirizados (60% a 70% dos cargos estratégicos). Órgãos e entidades permeáveis a interesses diversos, expressado pela ocupação de cargos por grupos políticos ou de interesses contrários ao SUS e seus princípios.
Modelos e Redes Assistenciais	Aumento de restrições às políticas de saúde e ações e serviços públicos de saúde. Expansão do setor privado no financiamento e prestação de serviços (aumento do gasto total com saúde para o setor privado), mantendo ou acirrando as desigualdades em saúde. Aumento da população com planos e seguro privado. Restrições político financeiras ao funcionamento do SUS, com limitações na qualidade. Permanência das distorções nos modelos de atenção, baixa cobertura da estratégia de saúde da família (50 a 60% da população). Conflitos federativos manterão a fragmentação e desarticulação das políticas, apresentando debilidades no planejamento federal, com ênfase no

	planejamento local. Agravamento das fragilidades da regulação Submissão à programação de contenção orçamentária, limitação do investimento e a baixa cobertura levará a permanência elevadas de agravos à saúde. Dificuldades de diálogo com a sociedade, com tensões frequentes, com os conselhos de saúde voltados a interesses difusos, individuais ou corporativistas.
Gasto total em saúde	Instabilidade e indefinições nas fontes de recursos, com restrições ao financiamento, com participação do gasto com a saúde em torno de 8% ao PIB, sendo mais de 55% com participação privada no gasto total. Diminuição da participação federal com o gasto público (35% a 40%), seguindo a lógica da oferta. Intensificação dos subsídios ao setor privado, sem discussão com a sociedade.
Respostas da Estrutura da Oferta	Comprometimento com a integralidade e universalidade do SUS, dado a fragmentação dos serviços assistenciais. Manutenção da Iniquidades na distribuição da infraestrutura de serviços de saúde. Aumento dos hospitais públicos trabalhando com uma escala de produção Ineficiência e baixa tecnologia. Aumento da prestação de serviços na área privada. Aumento da desproporcionalidade entre o uso de serviços entre usuários do SUS e clientes dos planos de saúde.
Respostas do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS)	Nesse cenário regressivo, haverá perda de espaço na corrida tecnológica, dado a insuficiência do financiamento da saúde. Manutenção dos interesses sociais subordinado aos interesses econômicos. Manutenção dos baixos índices de inovação das empresas nacionais, com especialização da produção em produtos de baixo impacto na cadeia produtiva e de menor intensidade tecnológica.

Fonte: FIOCRUZ (2012)

Quadro 7 – Cenário Inercial e provável

<b>Tema</b>	<b>Projeção</b>
Desenvolvimento Socioeconômico	Mesmo com a moderada melhoria do PIB, o mercado de trabalho ainda não será capaz de absorver a mão de obra disponível, tendo como consequência o aumento da informalidade, manutenção da precariedade das relações de trabalho. Os níveis de emprego e a taxa de desemprego se manterão nos mesmos

	patamares. As estratégias de desenvolvimento nacional ficarão mantidas, com articulação nas dimensões econômicas (reduzido crescimento), ambiental (manutenção das políticas de saneamento e habitação), social (orientado para o bem-estar social, com redução da pobreza e das desigualdades sociais, apesar da dificuldade na consolidação dos direitos universais) e política (democracia consolidada e com participação).
Sociodemografia	Contínuo envelhecimento da população, com aumento da razão de dependência (100 pessoas em idade ativa, respondendo por 55,5 da faixa etária não ativa. Taxa de fecundidade de 1,5 filho por mulher. Intensificação dos fluxos Migratórios para as cidades médias, com melhora na distribuição espacial no território nacional.
Morbimortalidade	Ligeira queda da mortalidade e da esperança de vida ao nascer. Manutenção da tendência de declínio das taxas de mortalidade infantil, da taxa de mortalidade materna e das mortes por doenças cardiovasculares. Estabilidade na incidência e mortalidade por câncer, com mudanças nos tipos de tumor e aumento de sobrevida em pacientes acompanhados. Haverá distribuição territorial nos casos de acidentes de trânsito e agressões (diminuição no sul/sudeste e aumento no nordeste/centro-oeste). Aumento da incidência de transtornos mentais, principalmente nos casos de depressão e demência associada ao envelhecimento. Manutenção das taxas de declínio das doenças preveníveis por vacinação, com a incorporação de novas tecnologias e a disponibilidade de novas vacinas. Diminuição da incidência de infecções por HIV. Todavia, o Brasil ainda conviverá com enfermidades endêmicas. Novos vírus entrarão no país, vindo de outros países.
Estado e Capacidade de Gestão	Aperfeiçoamento da gestão de pessoas, orientada pela competência. Aumento da capacidade de implementação de políticas públicas. Maior interação entre Estado e sociedade, com ampliação do diálogo e da transparência. Diminuição relativa dos consultores e terceirizados (50% a 70% em cargos estratégicos). Manutenção das fragilidades na condução das políticas de saúde em relação as demandas exigidas pelo SUS.
Modelos e Redes Assistenciais	Aumento da utilização do SUS por parte expressiva da população (incluindo a “nova-classe média” que sairá da pobreza). Haverá

	<p>mudanças incrementais no modelo de atenção à saúde e avanços na reorganização do sistema, com incorporação de novas tecnologias e modalidades assistenciais, entretanto com manutenção da fragmentação e da reduzida eficiência. As disputas entre entes federativos ainda serão importantes, com parcerias intergovernamentais dispersas e predominância do modelo regulatório federal. Na área de planejamento haverá o predomínio de instrumentos de curto e médio prazo dos planos nacionais, com baixa consideração as dimensões territoriais. Pulverização dos incentivos federais através de vários planos/políticas/programas, voltado au atingimento de metas.</p>
Gasto total em saúde	<p>Os gasto públicos em saúde serão estimados em 3,96% do PIB em 2030. Manutenção dos incentivos diretos e indiretos do governo ao setor privado. Os recursos destinados ao SUS, apesar do crescimento, se manterão insuficientes.</p>
Respostas da Estrutura da Oferta	<p>Certa ampliação da ESF, abrangendo entre 60 a 70% de cobertura, com limitações de articulação nos demais níveis de atenção. Manutenção do protagonismo dos hospitais, aumento do número de leitos com tecnologia intensiva (concentrado nas áreas mais ricas). Desenvolvimento de estruturas de cuidado prolongados e cuidados paliativos. Ampliação do uso de tecnologias de alto custos na prestação dos serviços, todavia o aumento dos custos não resultarão na melhoria da situação da saúde, posto que não serão direcionadas à saúde coletiva. Capacidade de inovação limitada.</p>
Respostas do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS)	<p>Manutenção do atual patamar de desenvolvimento tecnológico brasileiro, com lenta inovação e baixa densidade tecnológica da indústria. Manutenção da dicotomia de interesses entre as esfera pública e privadas, relativo a geração de inovação. Aumento residual em Pesquisa e desenvolvimento (P&amp;D), como baixo incremento em inovação, com limitações no desenvolvimento tecnológico de equipamentos e materiais no âmbito do SUS, dado o baixo investimento na área.</p>

Fonte: FIOCRUZ (2012)

Esses cenários foram construído com base na conjuntura político-econômica de 2012 (e situação macroeconômico de 2010), um contexto bem diferente do atual, onde o pior cenário projetado não foi capaz de prever os retrocessos

vivenciados hoje, frente as limitações e cortes feitos às políticas sociais, como resultado do ajuste fiscal implantado e da EC 95/2016, que segundo Jairnilson Pain, “é a mais escandalosa das medidas de austeridade fiscal.”

Por fim, vale ressaltar que, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), preocupado com o futuro dos sistemas universais de saúde de diversos países, organizou em abril desse ano, um seminário internacional, “O futuro dos sistemas universais de saúde no mundo”<sup>55</sup>, para discutir propostas para a sustentabilidade e aprimoramento desses sistemas, visando traçar rumos para o futuro. O evento contou com a presença de representantes do Canadá, Costa Rica, Portugal e Inglaterra, países que também possuem sistemas universais de saúde.

No que tange a discussão acerca do futuro do SUS, que em 2018 completa 30 anos, os palestrantes focaram os desafios para a sustentabilidade do sistema no longo prazo. Todavia, ambos concordaram que a sobrevivência do SUS ao longo das próximas décadas perpassa por uma visão de saúde como fator de desenvolvimento estratégico e um direito humano.

Outros pontos de consenso foram que é imprescindível o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde (APS), o aprimoramento da organização e ordenação do cuidado através da lógica de redes integradas, como também, a convergência de políticas públicas para garantir melhores indicadores de saúde e qualidade de vida. “Se os outros setores não conseguem cumprir suas obrigações, o sistema de saúde tem sua sustentabilidade comprometida.”, alerta o diretor da Escola de Saúde Pública da Costa Rica, Maurício Vargas. (REVISTA CONSENSUS, 2018)

Gastão Wagner, presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), apresentou perspectivas para o SUS em meio aos rumos econômicos que se vislumbram. Ele defendeu que o futuro do SUS depende principalmente da ação política e do protagonismo de agentes políticos, gestores, pesquisadores, trabalhadores da saúde, governo e sociedade, ressaltando que a aposta no direito universal à saúde não é baseada em evidências, mas em caminhos e maneiras concretas de garantias desse direito. (REVISTA CONSENSUS, 2018).

Para o coordenador do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), Jairnilson Pain, há muita projeção sobre o futuro e pouca avaliação sobre o presente, acrescentando que as políticas internacionais criam um espaço mais restritivo para o SUS. “A crise mundial de 2008 agravou a situação do setor saúde, impondo ainda mais reformas orientadas pelo mercado, buscando coberturas parciais que, somadas ainda que de forma desigual, mantém sistemas segmentados, privatizados e excludentes”, explicou. Ele

---

<sup>55</sup> REVISTA CONSENSUS. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/conassdebate/?page\\_id=460](http://www.conass.org.br/conassdebate/?page_id=460)>. Acessado em: 15.ago.2018.

ponderou que não é possível vislumbrar um cenário que não seja o da resistência e do acúmulo de energias políticas para alterar a correlação de forças em defesa do direito à saúde e do sistema de saúde no Brasil (REVISTA CONSENSUS, 2018).

Enfim, os palestrantes enfatizaram que frente a realidade complexa e contraditória que o SUS vive, seu futuro irá depender no que será feito no presente. “Precisamos buscar alternativas que permitam ao SUS evoluir sem estar atrelado a uma visão de 30 anos atrás quando o mundo era bem diferente”, disse Fábio Vilas Boas, atual Secretário de Estado da Saúde da Bahia. (REVISTA CONSENSUS, 2018).

Nesse sentido, o futuro das estratégias de saúde perpassam ações inteligentes, integradas e inovadoras, pautadas no direito humano ao acesso a saúde de qualidade, como também, assegurar o financiamento dos recursos adequados as crescentes demandas da saúde e o contínuo investimentos em tecnologias e soluções.

Diante disso e das discussões teóricas realizadas nos capítulos pretéritos, busca-se avaliar se a visão contida no Plano Fortaleza 2040 para a saúde, contempla ações viáveis, exequíveis e necessárias para conduzir políticas de saúde capazes de promover e garantir desenvolvimento, saúde e qualidade de vida. O Plano estratégico da saúde do FOR2040 está preparado para o futuro? É o que se pretende avaliar.

## 4 A AVALIAÇÃO

### 4.1 Concepção Geral da Pesquisa Avaliativa

#### 4.1.1 Posição da Avaliação (quem avalia?): *sujeito implicado*

Há que se atentar, para o lugar do avaliador nesta proposta. Sua concepção sobre a política deve ser reconstruída a partir de sua imersão no campo. Isso significa que, assumindo uma postura relativista, deve contrapor as suas próprias concepções sobre a política com as de outros atores. Assim, na medida em que compreende o que os outros atores dizem, é possível avaliar essa política de forma a não estabelecer, de uma vez por todas, uma verdade sobre ela, mas sim uma compreensão eticamente ponderada acerca da política avaliada (GUSSI, 2016, p. 96).

Identificar “qual o lugar do avaliador na avaliação?” é uma premissa metodológica. Deixar claro a posição de quem avalia é explicitar como o objeto será estudado e que olhar será utilizado para investigar as nuances da política em comento. Logo, ser sujeito implicado na pesquisa, submete o pesquisador à suspeição, mesmo que já esteja caído por terra, a ideia de imparcialidade e neutralidade em pesquisas e avaliações.

Alinhar o profissional ao acadêmico, a teoria e a prática, poder intervir e ser sujeito no processo, vivenciar o dilema de teorizar e praticar é arriscado, pois esconde armadilhas, ao contraponto em que é gratificante e enriquecedor. E nesse sentido, se vivenciará a construção do “sujeito militante implicado”, do qual trata Merhy (2004):

Você é o pesquisador e o pesquisado. E, assim, o analisador e o analisado. Você é um sujeito militante que pretende ser epistêmico e os desenhos de investigação que temos como consagra dos no campo das ciências não dão conta deste tipo de processo. Precisamos pensar melhor sobre isso e encontrar novas pistas (p. 02).

E nessa roda-viva, o sujeito interessado ver-se como sujeito implicado, ao analisar as decisões de superiores, os resultados da instituição em que trabalha e o seu próprio desempenho, como também, deverá enxergar-se como sujeito social, ao avaliar o programa ou a política que também é beneficiário.

Emerson Elias Merhy (2004), médico sanitário, trata do desafio da

produção de um saber militante, como conhecimento legítimo. Coloca que as implicações e interesses do interlocutor (acadêmico ou científico) devem ser expostas e reconhecidas nos processos de intervenção e, mesmo frente a oposições, ideologias, poderes e afetos, o sujeito militante deve posicionar-se, diante do espaço público e durante transcurso de validação do conhecimento.

Na Saúde Coletiva, no rastro da Saúde Pública em geral, ou mesmo da Medicina Social Latino-americana, temos trabalhado com dois grandes caminhos científicos para conformar os processos de investigação. De um lado, o mais consagrado deles, em termos de reconhecimento e aceitação pelos pares, é composto por estudos que obedecem a desenhos investigativos, nos quais é claro e fundamental a separação entre o sujeito do conhecimento e o seu objeto de estudo; de outro lado, ainda consagrado, mas não tão hegemônico como o anterior, é o conjunto dos estudos que reconhecem a íntima relação entre sujeito e objeto, criando métodos de pesquisas que transformam esta “relação-contaminação” em componente dos procedimentos epistemológicos, e que devem ser trabalhados na investigação da forma a mais objetiva possível (MERHY, 2004, p. 03).

Aqui, Merhy (2004), coloca duas situações do método científico; no primeiro caso, quando a relação sujeito e objeto é positivada, para garantir a objetividade do conhecimento; no segundo, a relação íntima entre sujeito e objeto, traz a subjetividade, que deve ser “operada” por métodos de estudo que permitam reconhecê-la como componente qualitativo fundamental, mas objetivável. Em ambos, se persegue a objetividade epistêmica do sujeito, uma forma de garantir a legitimidade do estudo produzido.

É em sintonia com o pensamento de Merhy, que se desenvolverá a pesquisa avaliativa, na busca na objetividade, em meio a sentidos, significados e verdades, tendo em vista a validade e coerência do conhecimento em construção, já que a avaliadora é “sujeito militante” e está implicada no objeto. E assim, se discorrerá, brevemente, acerca do encontro do sujeito com o objeto.

Conceber planos de desenvolvimento social e econômico e planejamentos de longo prazo, há muito tempo é matéria dominada por economistas (ou “sociólogos do desenvolvimento”<sup>56</sup>), que se sentem tentados a interferir nas estratégias governamentais, para a transformação social e o progresso econômico.

Ao atentar que a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), tecia um plano de desenvolvimento urbano e social para as futuras décadas, a mestranda,

---

56 Expressão usada por Luiz Carlos Bresser Pereira em suas obras. Para maior conhecimento ver: NAKANO, Yoshiaki; REGO, José Marcio; FURQUIM, Lilian (orgs). **Em Busca do Novo: O Brasil e o Desenvolvimento nas Obras de Bresser-Pereira**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.



economista e servidora de carreira da PMF, de pronto adotou o plano Fortaleza 2040, como objeto de pesquisa.

Já o recorte do objeto não surgiu tão espontaneamente. Como analista de planejamento e gestão da Prefeitura de Fortaleza, na função de gerente de planejamento e orçamento da Secretaria Municipal da Saúde, a pesquisadora tem o encargo profissional de participar como membro das câmaras setoriais, instâncias do FOR2040, que monitoram a implantação e a execução dos planos de ação<sup>57</sup>.

Desta forma, com a abertura dos trabalhos da Câmara Setorial da Saúde, em 2017, teve início o monitoramento das ações do Plano estratégico da saúde. Na preparação do primeiro relatório de acompanhamento das ações, foi possível verificar certos desalinhamentos entre “a realidade que se tem e a realidade que se quer construir”, diante das ações propostas no plano. Outras lacunas sistêmicas e dificuldades operacionais foram percebidas, dado a extensão e complexidade do plano. Conseqüentemente, avaliar o desenho do Plano estratégico da saúde, suas fragilidades, consistências e oportunidades, tornou-se processo indispensável à exequibilidade das ações de saúde.

Agora, conhecido o lugar epistemológico do avaliador, os interesses e vínculos do sujeito com o objeto, se seguirá a descrição da metodologia de avaliação adotada, ou seja, a estrutura analítica definida para realização da pesquisa avaliativa.

#### **4.1.2 Estrutura da Pesquisa Avaliativa<sup>58</sup>**

Como ponto de partida da pesquisa avaliativa utilizou-se a estrutura delineada por Gussi (2017), apresentada na disciplina “Tópicos especiais em avaliação de políticas públicas”, onde foram discutidas as metodologias e práticas de pesquisa avaliativa, visando aprofundar temas, conceitos, metodologias e práticas de avaliação. O programa da disciplina pretende ainda orientar a construção de desenhos metodológicos e projetos de pesquisa exploratórios.

No exercício de estruturação da pesquisa as perguntas avaliativas e escolhas metodológicas foram realizadas sob prisma das seguintes questões: (I)

---

57 A composição e competências das Câmaras Setoriais serão discutidas no tópico que detalha a estrutura do Plano Fortaleza 2040.

58 [...] “*Evaluation design*” [...] plano ou desenho da pesquisa, em sentido estrito, a explicitação do modelo de avaliação, ou enfoque metodológico, de onde deriva a seleção dos métodos, instrumentos e procedimentos para a execução da pesquisa (HOLANDA, 2006, p.190).

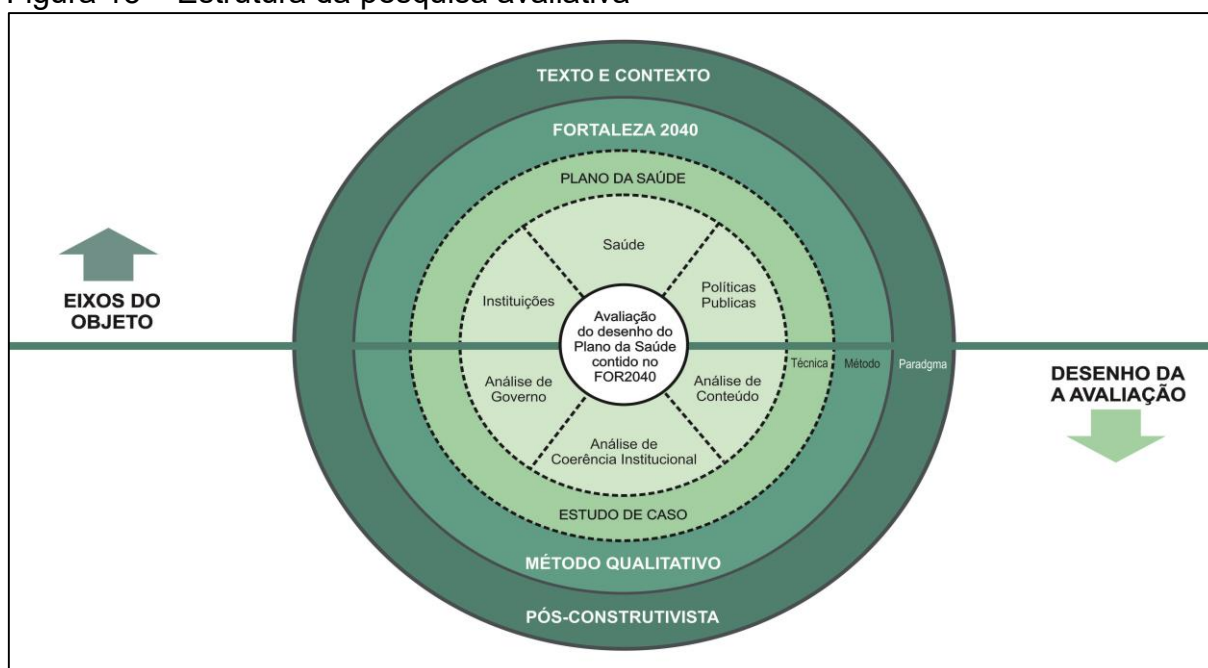
relações entre perspectivas políticas, paradigmas e metodologias quantitativas e qualitativas; (II) a construção de metodologias e técnicas de coleta e análises mistas; (III) interfaces com pesquisas avaliativas, atores, culturas e contextos; e (IV) tensões entre subjetividade e objetividade na avaliação (GUSSI; OLIVEIRA, 2016).

E diante da teia metodológica, questionamentos indispensáveis: “para que avaliar? Como avaliar? Avaliar, para quem? (...) Qual, enfim, o sentido de avaliar políticas públicas?” (GUSSI, 2016, p. 84). É partindo dessa provocação que se discorrerá acerca da pesquisa avaliativa do objeto em estudo. Partindo da concepção de que avaliar é perceber as intenções que norteiam a política pública, apurar o que não se pode apenas medir, investigando o que está em entrelinhas.

Entende-se que, para um desenho avaliativo completo, é condição *sine qua non* uma estrutura que contemple a análise de conjuntura do Estado em qual está inserida a política pública e a sinergia entre eles (Estado e política pública), a decisão paradigmática que norteia as escolhas metodológicas, os recortes do objeto e as técnicas de pesquisa.

Desta forma, partindo dos conceitos apresentados, foi elaborado um diagrama que explica o modelo avaliativo da pesquisa. O intuito é explicitar os eixos que circundam o objeto e o desenho da avaliação. O diagrama abaixo apresenta um esboço da lógica de desenvolvimento da pesquisa (FIGURA 15).

Figura 15 – Estrutura da pesquisa avaliativa



Fonte: Elaborado pela autora, inspirado em Gussi (2017).

A Estrutura da pesquisa avaliativa (Figura 1) é dividida em dois hemisférios, o superior representando os eixos conceituais do objeto, a conjuntura estatal, textos e contextos onde se insere a política pública em estudo (Fortaleza 2040 – Plano estratégico da saúde) e seus recortes temáticos e interdisciplinares (saúde, instituições e políticas públicas).

O hemisfério inferior indica as perspectivas metodológicas da pesquisa avaliativa, delimitadas entre paradigma de avaliação (pós-construtivista), metodologia (método qualitativo), técnica de pesquisa (estudo de caso). Já nos setores internos estão as abordagens analíticas que usadas na avaliação do objeto: análise de governo, análise de conteúdo e análise de coerência institucional.

No centro da Figura 1, conectado aos hemisférios, está o objeto central da pesquisa: a avaliação do desenho do plano estratégico da saúde, contido no Fortaleza 2040. Essa divisão é posta para auxiliar o entendimento e as conexões entre as partes que se integram no desenho investigativo, visando discutir a consolidação entre objeto e métodos e as pretensões da pesquisa. No item seguinte será apresentado o desenho da avaliação.

#### **4.1.3 Eixos do Objeto**

Os eixos que compõem o objeto pesquisado (o desenho do plano estratégico da saúde incluído no FOR2040) são formados pelas categorias teóricas (bases conceituais): saúde, instituições e políticas públicas; pelo contexto de formulação da política (conjuntura política e socioeconômica, o modelo político, econômico e social, a articulação entre políticas, os marcos legais etc.); pela análise do conteúdo da política estudada (concepção, ideia, formulação, trajetória institucional), historicidade e especificidades territoriais, como estudados nos capítulos 2 e 3.

#### **4.1.4 Desenho Metodológico da Avaliação**

Cada objeto é peculiar, tem a sua própria história, trajetória, escopo, dimensões, contextos, territórios, períodos e conjunturas. Singularidades estas que, devem ser vistas, para que se defina acertadamente os instrumentos metodológicos

que serão usados para investigá-lo. Analogamente, compara-se à escolha do instrumental cirúrgico que será utilizado na intervenção médica, seja ela uma simples biópsia, cirurgia ou transplante. Quanto mais nuances e interfaces tiver o objeto, mais profundo e denso devem ser as metodologias e métodos delineados no desenho avaliativo.

A metodologia de avaliação em profundidade de políticas públicas não obedece a modelos *a priori*, mas sim constitui uma construção processual do avaliador-pesquisador, que faz suas escolhas metodológicas ao longo do processo avaliativo. Isso implica um exercício de reflexão constante do avaliador quanto ao lugar sociopolítico, exigindo uma vigilância permanente para não cair nas armadilhas da subjetividade, dos seus próprios interesses e da sua vinculação institucional com a política pública, o que pode implicar em vieses avaliativos (CARVALHO E GUSSI, 2011).

Nos próximos itens, explicitará a seleção das ferramentas analíticas que serão empregados nos procedimentos avaliativos dessa pesquisa, o paradigma e perspectivas, o tipo, o método e a técnica de pesquisa. As razões das decisões metodológicas tomadas tiveram como base as particularidades do objeto e objetivos do estudo e nas características do tipo de avaliação, método interpretativo, técnica investigativa ou modelo de análise.

#### **4.1.5 O Momento que se Avalia (quando se avalia): ex-ante**

Uma grande inquietação que impulsiona essa pesquisa é a preocupação em avaliar a política antes de sua implementação, investigar e testar os caminhos traçados em sua formulação, para que os equívocos sejam reduzidos e os riscos administrados, evitando assim os inevitáveis desperdícios, sejam eles de recursos ou de tempo, que fatidicamente se transformarão em prejuízo social. A avaliação *ex-ante* “tem por finalidade proporcionar critérios racionais para uma decisão qualitativa crucial: se o projeto deve ou não ser implementado.” (COHEN; FRANCO, 2016, p.108).

Antever cenários políticos e analisar estratégias de ação, antes da tomada de decisão política, precisa ser uma prática usual para os gestores públicos no Brasil. A análise *a priori* das intervenções públicas tem o condão de clarificar situações, riscos e conflitos, facilitando ao gestor a realização de manobras e mudanças de percursos em tempo hábil. Usualmente as ações são elencadas a partir dos resultados que os governos querem alcançar, na busca de resolver problemas sociais através de

políticas públicas.

A avaliação *ex-ante* serve como apoio ao planejamento estratégico e na elaboração dos projetos e programas governamentais, bem como, pode ser usada como instrumento de negociação, conduzindo os debates sobre as escolhas estratégicas. Na avaliação *ex-ante* é possível recolher informação sobre as mudanças esperadas e acompanhar àquelas que ocorreram na fase de implementação.

Numa acepção mais generalizada, a avaliação *ex-ante* expressa uma concepção holística, interativa e iterativa, segundo a qual a avaliação se inicia desde o momento em que se define o problema ou necessidade que justifica a política, programa ou projeto, integra as discussões em torno da formulação das alternativas, envolve a tomada de decisão, e acompanha o processo de gestão, informando-o sobre os seus avanços, riscos e limitações, desvios a corrigir, vantagens a maximizar etc (RUA, 2018, p. 11).

[...] é um conjunto de atividades que tem por objetivo principal avaliar previamente o projeto que se pretende implantar, permitindo que a comunidade verifique antes mesmo de começar a desenvolver um determinado projeto, se será possível realizá-lo totalmente, tendo como ponto de partida o que foi inicialmente planejado (TENORIO, 2000, p. 22-23).

O fato é que, no momento da formulação da política, em muitos casos, não há a preocupação em analisar plenamente as conjecturas que cercam a implementação, como as interações com os atores sociais, os contextos políticos e as prospecções econômicas. Não raro, a ausência de reflexões que prognostiquem as circunstâncias e os ambientes que envolvem os projetos sociais, acarretam elevados custos, perdas e danos, para o governo e à sociedade.

Em geral, para se chegar com segurança aos resultados esperados é necessário avaliar previamente o escopo da política e a pertinência das soluções propostas. A avaliação a priori, prognóstica ou *ex-ante*, tem como propósito a busca por informações e subsídios que respaldem os processos deliberativos na elaboração eficaz e eficiente da política em estudo. Esse procedimento avaliativo tem o viés de antecipação e previdência, com a clara intenção estratégica de conjecturar situações e circunstâncias.

Todavia, é uma tipologia que possui críticas, Lobo (1998) tece comentários em relação a utilização da avaliação *ex-ante*, muitas vezes estimuladas pelas instituições de internacionais de financiamento, voltados à infraestrutura e obras urbanas (análises custo-benefício, de custo-efetividade, das taxas de retorno econômico dos investimentos previstos). A autora coloca a necessidade de adaptar desse tipo de avaliação à políticas e projetos sociais, onde o lucro social e os impactos

coletivos agregam maior valor público (LOBO, 1998).

Nilson Holanda (2006) coloca que entre os diferentes níveis de *timing* ou horizontes de tempo da prática avaliativa<sup>59</sup>, é na avaliação prévia que o gestor tem o máximo poder de decisão, podendo rejeitar, postergar, reformular ou aprovar, sob condições, a política proposta. Quando o grau de incerteza é elevado é comum a reformulação dos projetos ou a sua neutralização parcial, para a realização de novos estudos.

Não obstante, Nilson Holanda (2006) ressalta que a avaliação do tipo *ex-ante*, por ser de natureza prospectiva, apresenta muitas incertezas, pois as premissas e estimativas são ainda muito imprecisas e por isso a avaliação pode ser considerada um tanto precária.

Em qualquer hipótese, um projeto e as conclusões de sua análise *ex-ante* – por maior que tenha sido o esforço e a competência de planejadores e avaliadores – constituem apenas uma mapa preliminar para uma aventura em territórios pouco conhecidos (com as exceções de praxe). Isso já vai ficar evidente na etapa da avaliação *pari passu* e será confirmado na avaliação *ex-post* (HOLANDA, 2006, p. 122).

Essa inquietação em prevenir e controlar os eventos que envolvem a implementação das políticas, alinhou-se perfeitamente com o escopo do FOR2040, onde as decisões e escolhas serão tomadas no horizonte temporal de duas décadas. A esse respeito, cabe ainda salientar que, o FOR2040 tem uma proposta de execução de suas políticas no curto, médio e longo prazo, dessa forma, há no *policy cycle* do plano, certa flexibilidade que permite avaliações prévias e ajustes constantes.

Diante das preocupações e situações apresentadas, é perceptível o interesse e a imprescindibilidade em avaliar previamente o desenho de um plano de tamanha relevância para a saúde da população de Fortaleza, por isso, a proposta para a análise do desenho do plano estratégico da saúde é do tipo *ex-ante*, dado que a política ainda está no início da fase de implantação.

#### **4.1.6 Paradigma de Avaliação: Pós-Constructivista**

Este texto não discutirá questões paradigmáticas, nem trará argumentos sobre o pensamento de cada paradigmas científicos, sejam eles, hegemônicos

---

<sup>59</sup> Avaliação *ex-ante*, a avaliação intermediária (“*interim*” ou *midterm*”) ou *pari passu* (monitoramento permanente) e avaliação *ex-post* ou retrospectiva. (HOLANDA, 2006, p. 122).

(positivismo, pós-positivismo, teorias críticas, construtivismo) ou contra-hegemônicos (pós-construtivismo, hermenêutica-compreensiva). Em verdade, dissertará sobre o porquê da escolha paradigmática, no caso, o pós-construtivismo, desenvolvido por Raul Perez Lejano, professor PhD da Universidade de Nova York.

A noção fundamental para o modelo de análise de quinta geração ou pós-construtivista é a “revelação” que surge da observação do contexto, em que está inserida a política, em toda a complexidade e dimensionalidade própria do campo social e político. “É essa virada do texto para o contexto que caracteriza a nossa noção de pós-construcionismo.” (LEJANO, 2012, p. 235).

A perspectiva de Lejano (2012) é uma ruptura ao modelo tradicional de avaliação, que utiliza primordialmente técnicas quantitativas, baseado no modelo racionalista, randomista, simplista e descontextualizado. A intenção de Lejano (2012) é aprimorar a dimensionalidade e multidiversidade para além dos limites de modelos fechados e trazer a contextualidade e a complexidade às análises políticas. “O objetivo é propor novas abordagens para análise que consigam dialogar com a indescritível complexidade das situações políticas.” (p. 13).

O pensamento de Raul Lejano também está embasado no real e na experiência. A intenção é incluir situações e questões na análise que geralmente não estão claras no desenho do campo político. Para a análise ir além do raso das ideias comuns, a proposta de Lejano (2012) é o emprego de múltiplas perspectivas e enquadramentos, na descrição de situações reais que apresentem melhores contextos e experiências. “Este é um sentimento que, por falta de uma termo melhor, descrevemos, em vários momentos deste texto, como ‘pós-construtivista’.” (p.17).

A visão pós-construtivista (ou pós-construcionista), de complexidade e multidimensionalidade, proporciona um maior alcance analítico à avaliação de políticas. Suas lentes permitem perceber nuances, tons e matizes de ações e programas em suas singularidades, extensões, contornos e obstáculos envolvidos.

Não se trata apenas de uma virada filosófica e, na realidade, sua consequência primária é uma mudança acentuada no modo de pesquisa do analista que apresenta algum contraste com os reducionismos da análise clássica do modelo utilitário e, na virada mais pós-modernista, rumo à interpretação pura (LEJANO, 2012, p.235).

Lejano (2012) propõe novas trajetórias para o pensamento político e para a avaliação de políticas públicas, com mais embasamento, com foco no real e na

experiência. Seu convite é para que os analistas abandonem seus cubículos e busquem respostas no campo e na observação dos pormenores. Os caminhos colocados buscam o retorno da complexidade e dimensionalidade através do emprego de múltiplas perspectivas para o entendimento e a descrição das situações para a compreensão da realidade (o seu contexto).

#### **4.1.7 Como se Avalia: Método Qualitativo**

As perguntas avaliativas determinaram a escolha dos métodos e estas, podem ser bem respondidas com a utilização de métodos qualitativos. O uso dos métodos qualitativos é necessário quando se quer entender os vieses, complexidades e diversidades que envolvem o ambiente no qual se desenvolve a política pública, como é o caso do plano estratégico da saúde, elaborado no escopo do FOR2040, o objeto de investigação dessa pesquisa.

Com a utilização de métodos qualitativos espera-se a expandir o horizonte metodológico da pesquisa e assim proporcionar maior credibilidade as evidências e fenômenos encontrados na pesquisa.

Os defensores da pesquisa qualitativa apontam inúmeras vantagens em sua utilização. A mais relevante é que, por seu intermédio, pode-se investigar o porquê e o como das situações e não apenas o que, onde e quando os fenômenos acontecem. Deste modo justificam que investigar universos menores e mais focados é tão ou mais importante do que fazê-lo com grandes amostras. Assim, mais recentemente, a perspectiva convencional, que entende a abordagem qualitativa produz informações apenas sobre casos particulares estudados e pode, no limite, ser usada como apoio empírico para hipóteses de investigação, vem sendo substituída por uma visão mais ampla. Entende-se que as conclusões de um estudo qualitativo, mesmo não sendo replicáveis a outras situações, podem ser consideradas indicadores de tendências, sendo possível, inclusive, estabelecer algumas generalizações, respeitados os limites convencionados (FALSARELLA, 2015, p.714).

As pesquisas qualitativas de programas e políticas ampliam e buscam superar as limitações do modelo positivista, centrado exclusivamente em análises de custo/benefício, cálculos estatísticos e indicadores numéricos.

Os estudos qualitativos adquirem relevância e são insubstituíveis quando o objetivo é conhecer os processos sociais, relações e subjetividades, culturas e comportamentos de indivíduos e grupos em contextos específicos, percepções sociais sobre intervenções públicas e a forma como diferentes grupos interagem com os programas e seus agentes implementadores (ENAP, 2015, p.13).



Por esse motivo, visando expandir a capacidade de investigar as perspectivas dos gestores, implementadores e demais participantes da política, será usado o enfoque qualitativo, por suas vantagens que permitem compreender o contexto real e perceber o que efetivamente está acontecendo. O uso dos métodos qualitativos dialoga com as escolhas metodológicas desenhadas na pesquisa avaliativa, como o paradigma pós-construtivista e o estudo de caso, técnica de pesquisa definida para compor o desenho avaliativo dessa pesquisa.

#### **4.1.8 Técnica de Pesquisa: Estudo de Caso**

Diante dos contornos expostos da pesquisa, da singularidade do objeto em estudo e considerando ainda, o lugar da avaliadora na avaliação, como sujeito implicado, optou-se pela técnica de Estudo de Caso (YIN, 2005) como um método adequado para trabalhar e desenvolver a pesquisa, principalmente pelo “seu enfoque heurístico, de aprender fazendo” e por ser mais concreto e objetivo (HOLANDA, 2006, p.286).

Estudos de casos propiciam uma ferramenta rica para apresentação de problemas na administração pública (sejam eles reais ou fictícios), de tal forma que os usuários – estudantes, profissionais ou professores – podem auferir benefícios significativos. Os casos podem abranger, de modo singular, a gama de questões relacionadas a políticas públicas e gestão. De fato, o funcionamento do processo e a interação entre ideias relacionadas às políticas públicas, contexto, política e ambiente restritivo fornecem uma base ideal para os estudos de caso (GRAHAM, 2010, p.15).

Yin (2005) enfatiza que o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa empírica que tem como objetivo “investigar um fenômeno contemporâneo”, por isso, requer múltiplos métodos e fontes, para descrever e explicar estes fenômenos em seus contextos na busca do entendimento da realidade, sobre determinado tema. E nesse sentido, Holanda (2006) destaca que o estudo de caso é característico de avaliações qualitativas, dado que suas exigências metodológicas estão presentes na maioria das pesquisas de cunho qualitativo.

O estudo de caso permite uma investigação abrangente e em profundidade, ao invés de limitar-se à análise de apenas alguns aspectos muito restritos ou selecionados, como ocorre com as avaliações quantitativas. O que se pretende é entender o fenômeno de forma mais completa possível (HOLANDA, 2006, p. 287).

O estudo de caso possui um viés prático, descritivo e situacional, é um método que trata das interligações tanto entre fatores técnicos, sistêmicos e organizacionais, fato este, que permite a explicação e o entendimento dos funcionamento de um sistema, o que permite avaliações de perfil quantitativo. Somam-se a esses aspectos do método, as características apropriadas para a realização de avaliações densas, complexas e dinâmicas, com a que se pretende realizar.

Os estudos de caso são bons para ressaltar aspectos sob vários pontos de vista, facilita o entendimento de questões públicas multifacetadas, aproxima o estudo a realidade das situações das políticas e serviços públicos, como também, permitem a troca de práticas e conhecimentos. Desta forma, o perfil metodológico do estudo de caso, permite um alinhamento perfeito entre o prático e o teórico, entre o técnico e o subjetivo, entre o delimitado e o profundo, já que o foco investigativo permite um mergulho mais profundo em contextos e experiências reais.

Um estudo de caso consiste na inter-relação de pessoas e circunstâncias, discutindo um problema relacionado a uma política pública em forma de história, uma narrativa, com fatos e contextos, que espelha a vida real. Com a utilização da técnica de estudo de caso espera-se documentar e escrever de forma factual, dinâmica e menos formal, a investigação em curso.

#### **4.1.9 Coleta de Dados**

Os dados coletados foram extraídos do acervo do FOR2040, documentos trabalhados nas Câmara Setorial da Saúde, relatórios e informativos gerados pelos órgãos gestores da política de saúde pública, pesquisa bibliográfica, pesquisas e reportagens relacionadas à saúde e à Fortaleza. O recorte temporal da pesquisa engloba os anos de 2013 a 2017, o qual justifica-se o ano de 2013 por ser o ano da concepção do FOR2040 e 2017 pelo início dos trabalhos de monitoramento dos Planos de Ação, pelas Câmaras Setoriais.

O início da pesquisa deu seus primeiros passo em setembro de 2017, com encontros e reuniões realizados com os formuladores do FOR2040, gestores e técnicos do Iplanfor e da SMS e os membros da Câmara Setorial da Saúde. A partir daí, foram coletadas as primeiras referências e impressões acerca do FOR2040 e do

plano estratégico da saúde. Pela aproximação do sujeito ao objeto, como já tratado, foi possível manusear o plano estratégico da saúde, através da elaboração de relatórios e peças técnicas e ter acessos informações relevantes junto aos técnico e gestores, em um tipo de observação participante.

Além da coleta de documentos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com três categorias de atores envolvidos: gestores (da SMS e do Iplanfor), técnicos (da SMS e do Iplanfor) e membros do Conselho Municipal da Saúde de Fortaleza. Quanto as gestoras da SMS, vale ressaltar que foram entrevistadas a secretária atual e a ex-secretária que conduziu os processos de elaboração do plano estratégico da saúde. Ao todo foram doze entrevistas, totalizando seis horas de conversação, realizadas entre março e abril de 2018.

O objetivo das entrevistas foi identificar a opinião de gestores, técnicos e conselheiros quanto ao Plano estratégico da saúde, contido no “Plano Fortaleza 2040”. A intenção era perceber as concepções e expectativas dos atores quanto às possibilidades e limitações do plano, tendo como parâmetro a viabilidade política, o modelo institucional e a capacidade das ações planejadas gerarem qualidade de vida e bem estar social. Visando qualificar o conteúdo das entrevistas, foram definidos critérios de seleção para a escolha dos entrevistados, da seguinte forma (QUADRO 8):

Quadro 8 - Critérios de seleção de atores entrevistados

CATEGORIA DE ENTREVISTADOS	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO
Gestores Municipais	Ter participado do processo de elaboração ou condução do FOR2040 ou do plano estratégico da saúde (FOR2040), em posição estratégica e com poder de decisão.
Técnicos da área de Saúde ou Planejamento do Município.	Conhecer e participar do monitoramento do FOR2040, conhecer Plano estratégico da saúde ou ter experiência mínima de 05 anos na operacionalização de políticas de saúde na gestão pública municipal.
Conselheiros Municipais de Saúde	Ter participado dos processos de construção e discussão do FOR2040 ou ter participado da discussão e votação do plano estratégico da saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

As perguntas foram colocadas com referência a estrutura e aos aspectos do plano estratégico da saúde, divididas em três eixos de análise: viabilidade política, capacidade institucional e objetivos em saúde. Para tanto, foram realizadas nove perguntas-guia, distribuídas entre os eixos, conforme o roteiro de entrevista semiestruturada apresentado no QUADRO 9, abaixo:

Quadro 9 - Roteiro de entrevista semiestruturada

EIXOS	PERGUNTAS-GUIA
Compromisso e objetivo social do plano em gerar saúde, bem-estar e qualidade de vida	1) Na sua análise, as ações do plano estratégico da saúde são capazes de contribuir para a redução do aparecimento de enfermidades, morbidades e a diminuição das taxas de mortalidade? 2) Na sua percepção, as ações estabelecidas no Plano estratégico da saúde são adequadas e suficientes para a construção da qualidade de vida e o bem estar da população de Fortaleza, presente e futura? 3) Baseado em sua experiência, quais estratégias de saúde funcionariam melhor para a promoção da saúde e bem estar da população de Fortaleza do curto ao longo prazo?
Viabilidade política e participação	4) Como você avalia a estrutura do Plano estratégico da saúde, contido no Plano FOR2040, quanto à coerência entre o diagnóstico, visão de futuro, ações, metas e resultados esperados? 5) Na sua opinião, o Plano Fortaleza 2040 e por conseguinte o plano estratégico da saúde, têm mecanismos de gestão que permitam a sua implantação de forma efetiva e participativa? 6) Que tipos de dificuldades você observa no modelo institucional atual que facilitam ou impedem a implantação e a execução do plano estratégico da saúde, no curto e no longo prazo?
Capacidade Institucional de implementação	7) Quais foram as suas impressões acerca do Plano estratégico da saúde, contido no Plano FOR2040? 8) Quais as suas percepções quanto à flexibilidade e adaptabilidade do Plano estratégico da saúde, contido no Plano FOR2040, frente a mudanças de cenários e as oscilações do jogo político? 9) Como você analisa a exequibilidade e constância do Plano estratégico da saúde, contido no Plano FOR2040, ao longo do tempo?

Fonte: Elaborado pela autora.

#### **4.1.10 Análise de Dados**

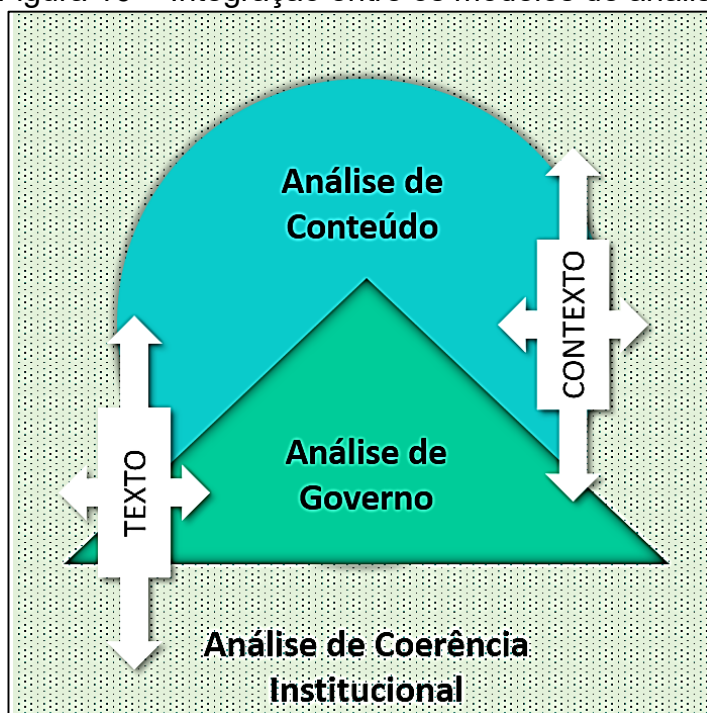
A análise dos dados, composta por textos (documentos) e contextos (entrevistas), foi realizada através das técnicas de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2016), tendo como marco analítico o Triângulo do Governo de Carlos Matus (1989) e, fechando o processo avaliativo, a Análise de Coerência Institucional de Raul Lejano, (2002). Os conceitos de cada método analítico serão apresentados mais adiante, nesse capítulo.

Para interpretar os dados coletados foi utilizada a análise de conteúdo para a decodificação do “texto” e “contexto” (documentos e entrevistas), tendo como categorias de análise, os elementos do triângulo do governo (objetivo institucional, governabilidade e governança, e, capacidade operacional) na intenção de investigar a estrutura do plano quanto à exequibilidade, constância, viabilidade política e a capacidade de realização e implementação do plano.

Partindo das duas primeiras análises realizadas (conteúdo e de governo) foi então, realizada a análise de coerência institucional, que visa identificar se há “encaixe institucional”, ou seja, ligações entre o texto e o contexto. Para isso, foram observadas as conexões entre as estruturas formais (texto) e informais (contexto) que envolvem o plano estratégico da saúde. O objetivo da análise de coerência é perceber como o plano está incorporado às práticas institucionais, de forma a permitir a sua execução e implantação.

No intuito de explicar melhor a correlação entre os métodos utilizados, segue abaixo, uma representação dessa integração (FIGURA 16).

Figura 16 - Integração entre os modelos de análise



Fonte: Elaborado pela autora.

A integração entre os modelos de análise (FIGURA 16), tem como centro a análise de governo, representada em forma de triângulo, em menção ao triângulo do governo de Matus (1989), que será explicado em detalhes mais à frente. A análise de conteúdo une esse triângulo (análise de governo) através do texto e do contexto. E o quadro maior, envolvendo as duas análises, a coerência institucional, análise final que permitirá investigar as relações entre texto e contexto, a partir das evidências encontradas nas outras duas análises.

Para viabilizar a realização das análises foi elaborada uma matriz analítica, instrumento que facilitará a investigação e interpretação dos dados coletados (documentos e entrevistas). A matriz analítica pode ser considerada também como uma outra forma de representar a integração entre os métodos de análise (QUADRO 10).

Quadro 10 – Matriz Analítica

<b>ANÁLISE DE GOVERNO</b>	<b>ANÁLISE DE CONTEÚDO</b>		<b>ANÁLISE DE COERÊNCIA INSTITUCIONAL</b>
<b>Categorias de Análise (Triângulo do Governo)</b>	<b>Texto (Documento)</b>	<b>Contexto (Entrevistas)</b>	<b>Coerência (Inferências)</b>
<b>Objetivo Institucional e Social</b> (Capacidade de gerar bem-estar e qualidade de vida)	<i>Fragmentos de textos</i>	<i>Sequências de entrevistas</i>	<i>Conexões e consensos entre texto e contexto</i>
<b>Governabilidade Política e Governança</b> (Viabilidade, Consistência, Governança e Participação)	<i>Fragmentos de textos</i>	<i>Sequências de entrevistas</i>	<i>Conexões e consensos entre texto e contexto</i>
<b>Desenho operacional</b> (Capacidade de Implementação e competência organização técnica-administrativa)	<i>Fragmentos de textos</i>	<i>Sequências de entrevistas</i>	<i>Conexões e consensos entre texto e contexto</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

O modelo de matriz analítica foi a base utilizada em todas as análises realizadas, sendo adaptado conforme o tipo de análise (ANEXOS A, B E C). Assim, a partir da construção da matriz analítica foi possível alinhar as perspectivas dos três métodos analíticos, realizando um cruzamento entre texto e contexto, tendo como parâmetro as instâncias do triângulo do governo, para assim, verificar se há também coerência institucional no desenho do plano estratégico da saúde.

Conforme as técnicas de análise de conteúdo, também foi idealizado um código de cores para identificar cada categoria de análise, conforme o modelo disposto nos quadros, sendo a cor lilás para os objetivos institucionais, a cor verde para governabilidade política e governança e a cor rosa para o desenho operacional.

Antes da discussão acerca das análises realizadas, nos próximos itens serão apresentados, individualmente e em detalhes, os conceitos teóricos, os modelos utilizados em cada análise e as características dos métodos analíticos utilizados na avaliação. Desta forma, segue primeiramente a análise de governo, em seguida a análise de conteúdo e por fim, a análise de coerência institucional.

## 4.2 Métodos Analíticos Utilizados na Avaliação: conceitos

### 4.2.1 *Análise de Governo*

Carlos Matus (1989), economista chileno membro da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), realizou críticas ao modelo normativo de planejamento e traçou os alicerces do Planejamento Estratégico Situacional (PES), modelo difundido, estudado e aplicado por diversos órgãos da América Latina, inclusive em instituições brasileiras como a FIOCRUZ e IPEA.

Para Matus (1989) o planejamento deve focar as situações de poder, o jogo social e a atuação de diversos atores sociais que formam a organização, atentando para a transitoriedade ou estabilidade desse grupo ou instituição, sua capacidade de gerar forças, desenvolver interesses e necessidades e atuar em determinadas situações, posto que é uma prática social, estruturado através de políticas, planos e programas (PAIM, 2009).

Nesse sentido, Matus (1989) coloca que o planejamento normativo (somente econômico) precisa ser ampliado, posto que no jogo social, existem diferentes interesses em disputa, sendo necessário um cálculo permanente que leve em conta além dos recursos escassos os múltiplos fatores situacionais. Desta forma, não basta ter um plano ou um bom projeto, é preciso ter possibilidade de realização, capacidade e recursos.

Por sua vez, Jannuzzi (2014) observa que políticas com metas e objetivos muito ambiciosos, podem levar ao descrédito de sua viabilidade, quando não há aderência à agenda político-institucional ou pela polarização de recursos financeiros e técnicos. Jannuzzi (2014) atribui o insucesso da implantação de programas e ações à falta de capacidade de gestão que dificultam a consecução dos objetivos pretendidos da política.

Boas ideias, compromissos viáveis e inscritos na agenda de políticas acabam por vezes não se viabilizando pelos desacertos de normatização, pactuação ou condução da governança político-institucional constituída. Mesmo democracias maduras precisam de lideranças com capacidade de diálogo e convencimento. Políticas e programas também necessitam de gestores que, na presença ou falta de regulamentos e pactos, consigam convencer ou fazer ajustes que conduzam todos na direção desejada. Por fim, compromissos viáveis, com instâncias afinadas de governança precisam de estruturas organizacionais e equipes técnicas adequadas para o sucesso da implementação da política e de seus resultados. Pelo que revela boa parte



das avaliações, a baixa efetividade das políticas e programas decorre da falta de capacidade de gestão, de corpos técnicos devidamente treinados, de financiamento de atividades tidas como não essenciais e infraestrutura adequada ao provimento de serviços pelos diversos agentes públicos e privados envolvidos. Analisar esses aspectos pode trazer elementos importantes para explicar as dificuldades consecução dos objetivos almejados na política (JANUZZI, 2014, p. 38).

Nessa lógica, Jannuzzi (2014) introduz o triângulo do governo de Carlos Matus (2006) na avaliação de programas sociais e políticas públicas como marco analítico, onde o foco dos estudos avaliativos estão voltados para os elementos constituintes e operacionais (avaliação de implementação) da política e na viabilidade e sustentabilidade das ações governamentais.

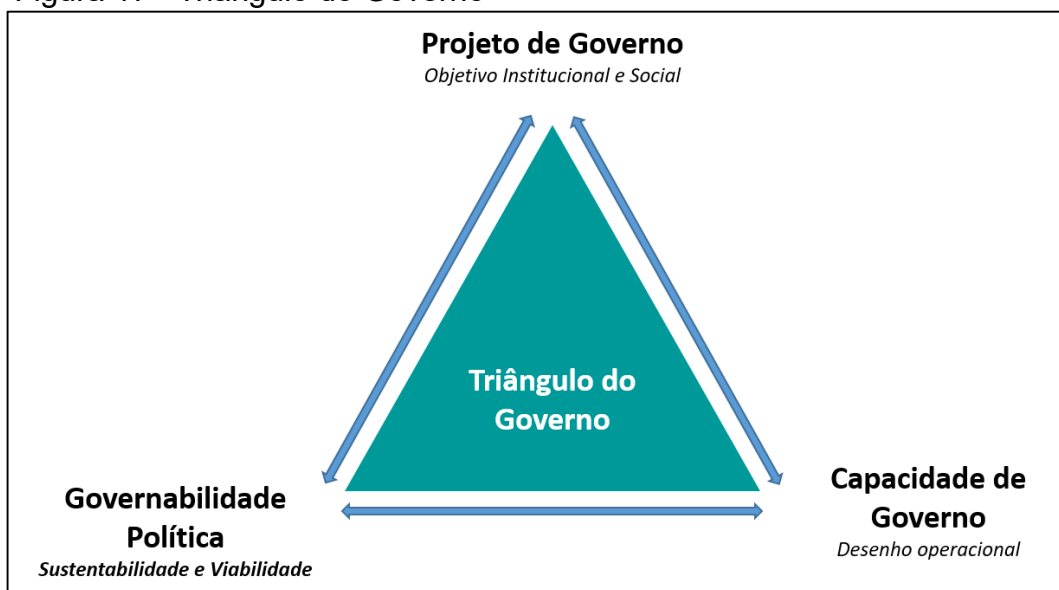
Fazendo uma releitura integradora dessas abordagens metodológicas de análise de componentes sistêmicos de políticas públicas, um governo, uma política pública ou um projeto social deveria ser analisado, inicialmente, segundo a viabilidade, consistência, e razoabilidade de seu objetivo. [...] Um primeiro modelo conceitual e metodológico para orientar tais análises é a inspirada na proposta de Carlos Matus (2006), conhecida nos meios técnicos como o triângulo do governo, assentado em três vertentes igualmente importantes: compromisso ou objetivo social do governo ou política; institucionalidades que lhe assegurem governança; e a organização e capacidade técnica que, conjuntamente com a governança, viabilizam o trabalho em direção à consecução dos compromissos (JANUZZI, 2014, p.37).

O triângulo do governo permite focar em três eixos investigativos<sup>60</sup> basilares para a concretude dos programas e políticas: o projeto de governo (objetivos institucionais e sociais da política); governabilidade (sustentabilidade e viabilidade política) e capacidade de governo (desenho operacional). (FIGURA 17). Ressalta-se que os eixos (ou vértices) do triângulo representam as categorias de análise definidas na pesquisa.

---

<sup>60</sup> Segue os argumentos dos eixos do triângulo do governo: **Projeto de governo:** é o conteúdo proposicional de um governo. Ao se configurar um ator, a definição de um projeto é a sua plataforma, a declaração de objetivos que busca alcançar, as ações que se quer realizar, a atividade fim de uma organização. Compreende ainda o conjunto de valores que pretende firmar, e as mudanças que quer realizar. **Capacidade de Governo:** são o conjunto de destrezas, experiências, habilidades, teorias e métodos de direção de que uma equipe de governo dispõe. Também é o conjunto de recursos financeiros, cognitivos, humanos, organizativos etc. com que um governo ou uma organização conta. **Governabilidade:** A governabilidade para um ator é a relação de peso entre as variáveis que controla e as que não controla, em relação ao seu plano. Pode ser associado com o poder, propriamente dito, que tem um ator, ou ainda, com a sua representatividade ou legitimidade. (DIEESE, 2014, p. 26).

Figura 17 - Triângulo do Governo



Fonte: Elaborado pela autora, inspirado em JANNUZZI (2014) *apud* MATUS (2006).

A articulação e a convergência entre os vértices do triângulo proposto por Matus (1989) enfoca o compromisso do governo em realizar mudanças e alterar realidades, as condições de sustentar o plano e a capacidade institucional de implementar as ações propostas e produzir soluções necessárias aos problemas sociais trabalhados na política pública.

A análise da política a partir dos três vértices do triângulo, permite avaliar acerca as fragilidades da gestão, como também, indica a área na qual estão sendo necessários ajustes. Desse modo, é possível identificar, por exemplo, se um plano apesar de tecnicamente bem construído, tem a legitimidade social necessária para ser implantado ou o apoio do gestor para a sua condução, se não houver, o plano não possui governabilidade.

Outras casos também são possíveis de acontecer, quando o plano é de interesse do gestor maior, mas não há equipe preparada e nem recursos para executar a política de governo, neste caso, não há capacidade de governo.

Um projeto de governo bem desenhado agrega em seu escopo um conjunto de visões e valores, um amplo debate acerca das propostas de mudanças sociais, o perfil de desenvolvimento desejado, conjuntura política econômica, nível de qualidade de vida almejado etc. Contudo, a política desenhada não deve retratar somente as circunstâncias, interesses e a agenda do governo, deve também está estruturada e interligada por elementos governança e governabilidade. Os vértices do triângulo do

governo foram a base utilizada para analisar a viabilidade e consistência do desenho do Plano estratégico da saúde e a capacidade do governo de implementá-lo.

Decerto que, no âmbito da saúde, foram consideradas as perspectivas de planejamento em saúde quanto aos ideais de saúde em gerar bem-estar e qualidade de vida, posto que o modelo normativo (ou positivista) de planejamento foca nos aspectos da doença (saúde seria apenas a ausência de doenças<sup>61</sup>) e na prestação e nas estruturas dos serviços de saúde.

Considerando os aspectos práticos do planejamento em saúde, Paim (2009) reflete sobre os formalismos dos procedimentos de planejamento, considerando um “comportamento ritualístico” em meio a processos burocráticos sem compromissos com as soluções reais dos problemas, acabando por levar ao descrédito o ato de planejar, posto que, na execução e na prática seria outra coisa, nem sempre consistente com a realidade.

Ainda assim, muito do planejamento em saúde existente no Brasil é vertical, ritualístico, um faz de contas, uma espécie de ‘pra-não-dizer-que-não-falei-das-flores’, sem compromisso com a recomposição das práticas com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população. As possibilidades de sua superação inscrevem-se nos movimentos das forças sociais que lutam por um SUS democrático, orgânico ao projeto de Reforma Sanitária Brasileira (CAMPOS; PAIM; *et al*, 2009, p.778 e 779).

Desta forma, será analisada a visão de saúde de contida no plano e a sua factibilidade, com também se compromissos e os objetivos contemplam um olhar sistêmico e ampliado de saúde, capaz de para garantir acesso, equidade e mudanças nas práticas sociais e no estilo de vida, para além da redução da morbimortalidade (doenças, mortes e agravos) e prestação de serviços.

#### **4.2.2 Análise de Conteúdo**

A análise de conteúdo foi o instrumento metodológico de base utilizado na pesquisa para interpretar e inferir os dados coletados. Segundo Bardin (2016) os objetivos do método é superar as incertezas a partir do aprofundamento do conteúdo das mensagens ou seja, “é rejeitar a tentação da sociologia ingênua, que acredita

---

<sup>61</sup> “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1948). Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/acao/saude/>>. Acessado em: 20.set.2018

poder apreender intuitivamente as significações dos protagonistas sociais, mas que somente atinge a projeção de sua própria subjetividade.” (p. 34).

Analisar o conteúdo das comunicações tem a função heurística de inferir. A inferência, como definida por Bardin (2016), pode ser considerada uma operação intelectual que visa deduzir de maneira lógica aspectos e antecedentes da mensagem, suas intenções e causas, como também seus possíveis efeitos.

Compreender o sentido da comunicação (como se fosse um receptor normal), mas também, e principalmente, *desviar* o olhar para outra significação, outra mensagem entrevista por meio ou ao lado da mensagem primeira. A leitura efetuada pelo analista, do conteúdo das comunicações, não é, ou não é unicamente, uma leitura “à letra”, mas antes o realçar de um sentido que figura em segundo plano (BARDIN, 2016, p. 47).

Bardin (2016) explica que para além de um conjunto de técnica de análise de comunicações, a análise de conteúdo é uma forma de explicitação e sistematização de significações expressas nas mensagens, onde são estudadas as formas e a distribuição, por meio de mecanismos de dedução e através do uso de indicadores ou categorias.

Para a aplicação da análise de conteúdo nessa pesquisa foram inspirados nos modelos de interpretação apresentados por Bardin (2016). As técnicas propostas são do tipo temático e frequencial, ou seja, é analisado a frequência em que temas predefinidos aparecem (repetem-se) na mensagem, através do quadro categorial. Essa técnica foi utilizada na análise dos textos, os materiais utilizados foram as publicações do FOR2040, composta pelas Revistas editadas durante o processo de elaboração do FOR2040, plano geral do FOR2040 e o plano da saúde. Das publicações foram extraídos partes dos textos relacionados com os temas do vértices da pirâmide de governo de Matus (1989).

Visando facilitar o processo de análise, foi criada um quadro de análise dos textos, onde há o cruzamento entre o material textual publicado e as categorias de análise (QUADRO 11). Esse quadro é uma derivação da matriz analítica, apresentada anteriormente, adaptada para a análise dos textos selecionados. Toda a análise de texto realizada seguiu a ordem proposta no quadro, as revistas e os planos foram dispostos de acordo com a cronologia de suas publicações, iniciando pelos primeiros volumes publicados (ANEXO A).

Quadro 11 – Quadro de análise dos textos

Categorias de Análise		Objetivo Institucional e Social	Governabilidade Política e Governança	Desenho Operacional
Texto	<b>Revista Iniciando o Diálogo</b> (FOR2040 n° 2)			
	<b>Revista Fortaleza Hoje</b> (FOR2040 n° 4)			
	<b>Revista Síntese das Proposições Estratégicas</b> (FOR2040 n° 7)			
	<b>Plano Fortaleza 2040</b> (Volume 1)			
	<b>Plano estratégico da saúde FOR2040</b> (Volume 4)			

Fonte: Elaborado pela autora.

Para as análises dos contextos, as entrevistas concedidas, Bardin (2006) salienta que essa técnica poderá levar à reducionismos, “a manipulação temática acaba então por colocar todos os elementos significativos numa espécie de ‘saco de temas’, destruindo definitivamente a arquitetura cognitiva e afetiva das pessoas singulares.” (BARDIN, 2016, p. 95). Assim, para mitigar os possíveis lacunas ou insuficiências na interpretação das entrevistas, Bardin (2016) propõe o uso de uma técnica complementar, dois níveis de análise, em duas fases sucessivas, onde os entrevistados são individualizados por certa tipologia.

Quando se faz análise de entrevistas, raramente é possível estabelecer um quadro categorial único e homogêneo, devido à complexidade e à multidimensionalidade do material verbal. [...] Constrói-se então um quadro que contenha, nas linhas, os temas qualificadores e, nas colunas, os indivíduos. Basta depois marcar cada intercessão (presença, ausência, ou número de ocorrências, por indivíduos) (BARDIN, 2016, p. 120).

Dessa forma, para realizar a análise do contexto, os atores entrevistados foram identificados conforme a grupo de cada interlocutor (gestores municipais, técnicos, e conselheiros). Para análise foi necessário elaborar um novo quadro (QUADRO 12), onde são dispostos nas colunas os entrevistados e nas linhas as categorias de análise, um outra adaptação da matriz analítica.

Quadro 12 – Quadro de análise do contexto

Categorias de Análise	Gestor				Técnico				Conselheiro			
	G1	G2	G3	G4	T1	T2	T3	T4	C1	C2	C3	C4
Objetivo Institucional e Social												
Governabilidade política Governança												
Desenho operacional												

Fonte: Elaborado pela autora.

A intenção desse modelo foi identificar a perspectivas e impressões acerca do plano estratégico da saúde a partir do olhar de específico de cada ator, de acordo com a posição que ocupa no processo de construção e implantação das ações de saúde vinculadas ao plano. Com o uso da técnica foi possível observar a opinião (e as críticas) dos atores frente ao desenho do plano estratégico da saúde e as concepções gerais do FOR2040.

#### **4.2.3 Análise de Coerência Institucional**

O estudo que se segue aborda a análise de “coerência” ou “encaixe institucional” de uma política, ou instituição, proposta por Lejano. “A primeira noção que motiva este tipo de análise é o simples fato que uma nova política não apenas aterrissa em uma situação, como se fosse uma nave alienígena, e então passa colonizar as redondezas” (LEJANO, 2012, p.227).

A preocupação aqui é como uma política incorpora-se ao convívio e as práticas de uma lugar e, é claro, às suas instituições e as estruturas de governança. A essa adequação o autor intitula como “coerência”, e ao tipo de análise proposta, de “coerência institucional”, voltada para a compreensão das instituições a partir de suas construções sociais reais e das práticas de pessoas e lugares,

Os analista políticos deveriam ser, até certo ponto, antropólogos – não se pode querer explicar cultura corporativa sem se adentrar os meandros de corporações concretas. Até certo ponto, devemos estudar as políticas e instituições em contexto (LEJANO, 2012, p.235).

As políticas públicas acontecem em meio a contextos específicos e a partir de conexões entre o modelo de governança, estruturas sociais e a comunidade. A legitimidade dessas ligações darão a consistência para que a política seja incorporada, ou não, no cotidiano das pessoas. Lejano (2012) define esse fenômeno como “encaixe institucional” ou coerência institucional, onde o foco da análise é adequação das políticas às relações e costumes de um lugar. Assim, coerência descreve o nível em que uma iniciativa política foi ou poderá ser incorporada ao *modus operandi* de um determinado lugar.

Porém, para compreender o modelo de análise de coerência institucional apresentado por Raul Lejano, se faz necessário compreender a visão paradigmática pós-construtivista de avaliação de políticas públicas e sobre os conceitos de instituições, coerência e contexto utilizados nesse estudo.

Para essa análise mais densa é preciso compreender que a política ao ser implantada precisa ser adequada a realidade da comunidade local. É necessário que ela seja absorvida e encaixada às rotinas e instituições do lugar. Lejano (2012) trata aqui o termo “política” como uma “nova instituição”, no entendimento de que instituições são construções sociais, “ou seja, uma prática que cresceu habituada em algum contexto.” (p.228).

Assim, se uma instituição (política) é capaz de adequar-se a certo contexto e a contextos diversos, por conseguinte, haverá diferenças nos modelos dessas instituições. Nesse entendimento, conclui-se que a analisar a coerência é verificar os encaixes da política aos diferentes elementos de uma instituição e seus contextos específicos.

É preciso refletir sobre o contexto em que essas conexões foram criadas, verificar se há compatibilidade, se a política não é um corpo estranho em meio as práticas e costumes locais ou se ela integra-se e passa a pertencer ao meio, sendo assim uma nova instituição local. A compreensão desse “ajuste” ou “adequação” é a forma de análise de coerência institucional.

Lejano (2012) coloca ainda que a análise política deve considerar as formas e condições nas quais a política irá se formar (contexto) e os elementos necessários para esse ajuste (coerência). Na verdade, pondera Lejano (2012), para uma análise responsável, as formas de ajuste e para a adequação da política deveriam ser vistas

antes a sua implementação ou no momento de sua proposição, dessa forma, uma avaliação *ex-ante* poderia descobrir se o programa é adequado ao novo local.

Nesse entendimento, Lejano (2012) recomenda que a análise de coerência institucional seja prévia (avaliação do tipo *ex-ante*), ou seja, antes da implantação das políticas e programas no território:

Em outras palavras, o sentimento pós-construcionista envolve a capacidade de ir além dos sistemas fechados do mitológico. Não iremos tão longe com criar um ditado, mas se tivéssemos de fazê-lo, ele poderia muito bem ser: Na política, não há nada como a análise *a priori* (p. 13).

“Para levarmos a coerência a sério, o que devemos descobrir são diversas características das política e instituições que estudamos [...]” (LEJANO, 2012, p.231). As instituições são arranjos sociais mantidas por atores políticos, são estruturas e situações refletidas no cotidiano de comunidades. Nesta acepção, a instituição é vista como algo projetado ou que se desenvolveu com o objetivo de encaixar elementos em seu contexto.

As instituições devem ser mantidas por atores políticos que tenham os meios de sustenta-las, e devem ter o suporte de sistemas sociais e materiais. Ou seja, devemos encontrar, na estrutura social e material de uma situação, nichos nos quais uma instituição se inseriu nos aspectos cotidianos da vida. [...] devemos esperar que as instituições reflitam algumas características que sejam únicas para seu contexto em particular (LEJANO, 2012, p.232).

Para uma análise de contexto Lejano sugere a busca pela coerência, aqui entendida como a ideia de que a política está envolta às condições, circunstâncias e ao modelo institucional. Ou seja, a coerência é encontrada na realidade cotidiana entre relações sociais e instituições locais em cada contexto.

Na análise de coerência Institucional a proposta é identificar as experiências e contextos que cercam as políticas e as instituições e como estas se encaixam às rotinas da comunidade. Esse tipo de avaliação esclarece e revela os fatos do campo político e da execução da política que só podem ser percebidos quando observamos de perto o contexto.

Utilizar a análise de coerência institucional na avaliação de políticas públicas ampliará os limites da investigação, o aprofundamentos de questões e facilitará as respostas à pergunta avaliativa da pesquisa, que não seriam alcançadas plenamente, apenas com a utilização de uma avaliação do tipo técnico-normativa, dado a amplitude de análise que requer as múltiplas facetas do objeto.



Por isso, acredita-se que com o uso do paradigma pós-construtivista, a partir das análise de coerência proposta por Lejano (2012), será possível compreender e descrever o modelo de relações trabalhadas pelas instituições envolvidas na execução das políticas, como se ajustam e como se adequam frente a implantação de novos programas ou diante sua a manutenção de políticas.

É nesse paradigma de avaliação que a pesquisa será conduzida, na perspectiva de aprofundar e interpretar relações e os contextos que entrançam a política pública que implicam na capacidade do desenho do plano estratégico da saúde em desenvolver e produzir os resultados sociais esperados.

### **4.3 Relatório de Análises e Considerações do Texto**

Nesse tópico será apresentado os achados da análise de texto realizada (ANEXO A). Para a análise dos textos coletados foram separados cinco documentos (publicações relativas ao Plano FOR2040<sup>62</sup>), sendo estes: *Revista Iniciando o Diálogo* (FOR2040 v. 2), *Revista Fortaleza Hoje* (FOR2040 v. 4), *Revista Síntese das Proposições Estratégicas* (FOR2040 v. 7), Plano Fortaleza 2040 (Volume 1) e Plano Estratégico da Saúde FOR2040 (Volume 4), publicadas nessa ordem cronológica.

A amostra selecionada considera que as publicações em análise reasentam a visão institucional do plano, condição relevante para avaliar a coerência institucional, quando em confronto com o contexto, este representado pela fala dos atores envolvidos na elaboração e implantação do plano.

Nesse sentido, após a triagem das publicações, os trechos foram selecionados de acordo com os vértices da Pirâmide de Governo de Matus (1989), visando identificar como foram tratados esses aspectos no texto institucional, para ser realizada a análise de conteúdo.

As publicações foram produzidas de acordo com as fases de construção metodológica do FOR2040, representando um momento do processo estratégico realizado. Contudo, a pesquisadora, visando fazer uma referência, faz uma analogia aos momentos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Matus (1989).

Assim, a *Revista Iniciando o Diálogo* e a *Revista Fortaleza Hoje*, publicação

---

<sup>62</sup>Publicações Disponíveis em: <<http://fortaleza2040.fortaleza.ce.gov.br/site/fortaleza-2040/publicacoes-do-projeto>>. Acessado em 30.set.2018.

da primeira fase do FOR2040, um entendimento sobre “a cidade que temos” e os principais desafios para construir “a cidade que queremos”, pode ser correlacionada com o momento explicativo<sup>63</sup> ou diagnóstico, do PES.

Dessa forma, *A Revista Síntese das Proposições Estratégicas*, corresponde ao momento normativo do PES, onde é traçado o desenho da realidade que se quer e como se faz para alcançá-la, onde são colocadas as diretrizes (definição de objetivos e formulação das estratégias) do planejamento.

O Plano Fortaleza 2040, pode ser considerado, ainda em paralelo ao PES, como o momento estratégico, onde são tratadas as questões de viabilidade do plano, aqui são vistos os obstáculos a serem superados e analisadas as restrições de cunho político e econômico e a capacidade organizativa e institucional. Essa publicação consiste também na integração das informações da equipe técnica, com as contribuições dos diversos grupos de bairros, setoriais e governamentais.

O Plano estratégico da saúde FOR2040, pode ser tido como o momento tático-operacional o estágio onde todas as análises devem ser postas em prática, através de ações concretas, representado aqui pelo plano de ação da saúde. Pois, segundo Matus (1989) os momentos anteriores são cálculos, constituem análises, desenhos e simulações que não produzem efeito na realidade e coloca “Mas é necessário chegar o momento em que toda esta análise acumulada deve transformar-se em uma ação concreta, em um operador de mudança.” (MATUS,1989, p. 143).

A intenção da análise do texto é extrair o ponto focal das estratégias do plano, visando identificar e correlacionar com as categorias de análise estudadas. Então, explicado os motivos da triagem realizada dos dados coletados e a definida a sequências e as categorias analíticas, seguir-se-á as análises e considerações do texto, que segue a ordem cronológica das publicações (QUADRO 11).

---

<sup>63</sup> Momentos do Planejamento de Matus (1989): *El momento 1 es el momento explicativo. Trata de comprender la realidad identificando los problemas que declaran los actores sociales. Trabaja en los tiempos verbales fue, es y tiende a ser. Su propósito es explicar la realidad del juego social y para ello usa el análisis situacional.[...] El momento 2 es el momento normativo-prescriptivo. Trata del modo en que se formula el plan y trabaja bajo la forma verbal del debe ser. Su propósito es producir las propuestas de acción en un contexto de incertidumbre y sorpresas.[...] El momento 3 es el momento estratégico. Trata del modo de examinar la viabilidad política del plan y del proceso de construcción de viabilidad política para las operaciones no viables en la situación inicial. Su propósito es formular propuestas estratégicas para tratar las operaciones como un proceso de producción política en parte cooperativo y en parte conflictivo. [...]El momento 4 es el momento táctico-operacional. Trata de la acción con el soporte del plan. Su propósito es crear un proceso continuo, sin rupturas, entre los tres momentos anteriores y la acción diaria. Trata también del recálculo del plan y su afinamiento a las circunstancias del momento de la acción y al detalle operacional que la práctica exige.* (MATUS, 1996, p. 74 e 75).

### 4.3.1 Objetivo Institucional e Social – Projeto de Governo

A *Revista Iniciando o Diálogo* esclarece que o aparecimento do Plano FOR2040 na agenda política governamental surgiu como uma demanda identificada pela gestão municipal, visto a ausência de políticas públicas de longo prazo para Fortaleza, que viessem orientar o desenvolvimento urbano e social para os próximos anos.

O texto ressalta a necessidade de garantir o direito à cidade sustentável e socialmente justa, para as presentes e futuras gerações, tendo como fator indutor desses direitos uma matriz de planejamento de longo prazo, integrada a uma rede de políticas públicas que assegurem a sustentabilidade urbana, desenvolvimento humano de forma participativa.

As políticas de desenvolvimento urbano, de usos e ocupações dos espaços das cidades, de garantia do acesso à moradia digna, de saneamento, de transporte e mobilidade urbana e de desenvolvimento econômico e social, que compõem o chamado **direito difuso a cidades sustentáveis e socialmente justas**, devem ser formuladas e geridas de maneira **planejada e participativa**. Desta forma, superar os inúmeros conflitos socioespaciais, mormente nas áreas carentes de investimentos públicos e de urbanização precária, e **assegurar o direito à cidade** - entendido como direito à terra urbana, à moradia digna, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte, aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, **para as presentes e futuras gerações** só são possíveis pelo caminho da **participação**, que promove a **responsabilidade coletiva** e o **controle social** (REVISTA FOR2040 – v. 2, 2015, p.114 e 115, grifo nosso).

Na *Revista Fortaleza Hoje* destaca-se o entendimento acerca do desenvolvimento social e a qualidade de vida desejada é imprescindível o acesso das pessoas à bens, serviços e informação.

**A base do desenvolvimento social e da economia nas cidades é definida pelo acesso** a pessoas, bens, serviços e informação. Quanto maior a qualidade dos acessos, maior o compartilhamento entre habitantes, os benefícios econômicos, os efeitos de aglomeração e as vantagens em rede. Metrópoles com altos níveis de aglomeração, coordenados com acessos, tendem a ter altos níveis de renda per capita e de produtividade. (REVISTA FOR2040 – v. 4, 2015, p.4, grifo nosso).

A interdependência entre meio ambiente e desenvolvimento também é discutido. O Plano FOR2040 utiliza estratégias de incorporação de serviços ecossistêmicos no planejamento das cidades, visando garantir a sustentabilidade econômica, social e ambiental da cidade e o bem-estar humano.

O uso da Abordagem ISE (Integração dos Serviços Ecológicos ao Planejamento do Desenvolvimento) é um avanço em matéria de planejamento, pois permite aos atores envolvidos e aos planejadores perceberem as relações entre as pessoas, natureza e desenvolvimento, como também identificar os riscos e oportunidades que surgem a partir da dependência e do impacto de seu plano de desenvolvimento sobre os ecossistemas da cidade (GIZ, 2012).

De acordo com a *Secretariat of the Convention on Biological Diversity* (2012), os **serviços ecossistêmicos** são as contribuições diretas e indiretas dos ecossistemas para o bem-estar humano. **As cidades dependem de ecossistemas** localizados dentro e fora do ambiente urbano para obter uma ampla variedade de bens e serviços essenciais à sustentabilidade econômica, social e ambiental. **Em muitos países, já se reconhece e mensura os serviços ecossistêmicos, sendo o seu valor incorporado ao processo de planejamento da cidade**, bem como das contas públicas municipais, cujas perdas se dão através dos constantes reparos da infraestrutura urbana, que acontecem em razão de alagamentos; do investimento constante em obras de drenagem (cujas águas poderiam ser drenadas naturalmente pelos rios ou percoladas pelo solo não impermeabilizado); e dos **gastos com saúde pública, mais especificamente com doenças hidricamente veiculadas**, dentre outros (REVISTA FOR2040 – v. 4, 2015, p.72, grifo nosso).

Na atualidade, em todo o mundo — e principalmente nas cidades europeias — **as cidades já são planejadas sob a óptica da complexidade**, a partir da compreensão de que os entes naturais oferecem **serviços ecossistêmicos (funções ecológicas)** fundamentais tanto para a saúde humana quanto para a qualidade de vida no ambiente urbano, incluindo a resiliência a processos ambientais globais como, por exemplo, as mudanças climáticas (REVISTA FOR2040 – v. 4, 2015, p.76, grifo nosso).

Nessa edição é discutido, para a área da saúde, a implantação do Complexo da Saúde de Porangabussu. Lançado em janeiro de 2018, o Distrito de Inovação em Saúde (ZEDUS Porangabussu) <sup>64</sup> um projeto autossustentável do FOR2040 que visa promoção de conhecimento e desenvolvimento local e regional, incluindo transferência tecnológica, além do apoio na qualificação e na fixação da mão de obra local.

Essa estratégia de desenvolvimento sustentável, prevê a melhoria dos indicadores sociais, com foco no modelo econômico de utilização da “Indústria da

---

<sup>64</sup> De acordo com o Plano Fortaleza 2040, os distritos são definidos de acordo com sua vocação principal. Os distritos de inovação são áreas geográficas onde instituições âncoras de pesquisa e prosperidade de negócios se enraízam e se conectam para formar bairros compactos, densos e facilmente acessíveis por transporte público, com todos os seus componentes alcançáveis por uma caminhada. As chamadas Zonas Especiais de Dinamização Urbanística e Socioeconômica (ZEDUS), estão instituídas na nova Lei de Uso e Ocupação do Solo (LUOS).

Saúde”, que permite a atualização e a manutenção da estrutura tecnológica de saúde e um sistema integrado de inteligência com regulação e monitoramento das ações globais de Saúde no cidade.

**Um campo privilegiado da nova economia em Fortaleza localiza-se na área da saúde**, e não necessariamente no grande complexo ofertante de serviços de atenção à saúde, mesmo que este mobilize equipamentos, insumos e profissionais intensivos em conhecimento e tecnologia. Dentro desse conjunto há, pelo menos, quatro tipos de possibilidades de curto prazo que poderão colocar o conhecimento da área a serviço da melhoria da qualidade de vida da população, sobretudo de baixa renda: **odontologia social, prevenção ao uso abusivo de medicamentos, fitoterapia (farmácias vivas) e educação à distância em saúde**. A articulação com centros de pesquisa tem sido fator decisivo para a formação dessas atividades econômicas na área da saúde, como no caso do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos. Além disso, uma fonte promissora de oportunidades que a Prefeitura de Fortaleza e seus parceiros podem aproveitar é o **Complexo da Saúde de Porangabussu**, já estruturado na forma de aglomeração de atividades especializadas. Nesse complexo localizam-se várias organizações acadêmicas de ensino e pesquisa, bem como de serviços de saúde, a exemplo do Hospital Universitário. **A saúde é um campo privilegiado da nova economia**, não necessariamente no grande complexo ofertante de serviços de atenção à saúde, ainda que este mobilize **equipamentos, insumos e profissionais intensivos em conhecimento e tecnologia**. **Esse complexo costuma reproduzir o padrão tecnológico de cadeias globais produtoras de máquinas, equipamentos e medicamentos**, muito bem controlado por poucas empresas multinacionais (REVISTA FOR2040 – v. 4, 2015, p.226 e 227, grifo nosso).

A implementação do distrito da saúde visa proporcionar a ampliação das oportunidades de empregos e renda por meio da geração de novos negócios, gerando, com o apoio da rede de hospitais públicos e privados parceiros, uma maior oferta de serviços gratuitos de saúde de alta qualidade para a população.

Assim, diante de todas as escutas populares e dos estudos realizados, foi possível realizar um amplo diagnóstico que pudesse refletir e congregar a realidade e as visões de futuro. O encontro entre o presente e o futuro, são apresentados e discutidos na *Revista Síntese das Proposições Estratégicas*.

O volume 1, que traz uma visão geral do FOR2040, foi construindo tendo como base 32 políticas públicas, divididas em 7 eixos estratégicos, posto que o objetivo institucional é “enxergar, entender e trabalhar” a cidade como um organismo complexo e interdependente.

A publicação traz inicialmente um texto do o Arquiteto Urbanista, Fausto Nilo, um dos mentores do plano, que esboça uma visão de uma cidade “Compacta e Sustentável”, pautada em experiências exitosas em outras cidades do mundo.

[...] Aqui, cerca de três milhões e meio de pessoas residirão de forma digna, em vizinhanças seguras, conectadas ao resto da Cidade e baseadas em habitações de custos acessíveis. [...] A essa altura, a Cidade já terá observado a prática vencedora em cerca de 160 cidades do mundo e terá conquistado o clima de confiança indispensável ao êxito dessa mudança. **O sonho é viável** e resume propostas que consideraram a história urbana, a atualidade e as tendências urbanas de Fortaleza (REVISTA FOR2040 – v. 7, 2016, p.9, grifo nosso).

Em seguida, a fala do Prefeito Roberto Cláudio que sintetiza algumas visões estratégicas do plano:

Depois de três anos de exaustivos trabalhos e, com ampla participação da sociedade, entregamos à cidade de Fortaleza o Plano Fortaleza 2040. Este instrumento, concebido durante a minha primeira campanha eleitoral à Prefeitura de Fortaleza, teve a sua elaboração coordenada pelo **Instituto de Planejamento de Fortaleza (Iplanfor)**, com a execução técnica da **Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura (FCPC/UFC)**, por meio da qual foram contratados vários especialistas e consultores, e a participação voluntária de milhares de cidadãos e cidadãs que atuaram durante as suas três fases de elaboração contribuindo com informações, críticas e proposições. **O Plano Fortaleza 2040 tem como principal objetivo a transformação de Fortaleza em uma cidade mais acessível, justa e acolhedora; o incremento da oferta de oportunidades apoiadas pela boa ordenação da rede de conexões de seus espaços públicos e privados; e a obtenção de controle eficiente do seu crescimento econômico.** Sua concepção se deu diante da necessidade de dotar Fortaleza de um plano de longo prazo, que estabeleça uma visão de futuro, aponte estratégias na superação dos desafios e detalhe um conjunto de ações, metas, responsabilidades e custos no seu alcance, sem descuidar de propor o seu modelo de gestão e governança, condição essencial para que se consolide como um plano de Estado a ser adotado por sucessivas gestões da cidade até a sua consecução; para tanto, encontra-se estruturado em seis módulos quadriennais. [...] Neste volume também são identificados os **custos de implementação do conjunto de ações propostas, definindo um orçamento e apontando fontes, analisando as relações de custos e benefícios com a sua implementação**, bem como proposto o sistema de governança desenhado para que sua implementação seja assegurada com transparência e controle da sociedade. Contém ainda a **proposta de marcos legais para a sua institucionalização de forma a assegurar força legal na sua continuidade e obediência com relação aos planejamentos futuros**. [...] Fortaleza 2040 é, assim, um **plano de desenvolvimento da Cidade e da sociedade**. Entretanto, embora o seu processo de elaboração tenha se esforçado para mobilizar e articular diferentes atores sociais e agentes públicos em torno das grandes prioridades de desenvolvimento, **a Prefeitura Municipal de Fortaleza tem uma responsabilidade central na sua implementação**. As prioridades estratégicas do Plano devem ser **a base para a formatação dos Planos Plurianuais municipais, parcela de responsabilidade da Prefeitura na sua execução**. Este comprometimento dos governos com o Fortaleza 2040 **depende, contudo, da adesão da sociedade e do controle social da gestão municipal, assim como do próprio envolvimento dos diversos segmentos da sociedade na responsabilidade que cabe na execução do Plano**. Esta é assim a primeira contribuição da Prefeitura Municipal de Fortaleza, por meio do Instituto de Planejamento de Fortaleza (Iplanfor), na elaboração de um instrumento que permita a **construção de uma Fortaleza de oportunidades, mais justa,**

**bem cuidada e acolhedora.** [Prefeito Roberto Cláudio] (PLANO FOR2040 – v. 1, 2016, p. 17-19, grifo nosso).

A palavra do atual chefe do executivo municipal é aqui reproduzida na íntegra porque entende-se que reflete mais aproximadamente os objetivos e as intenções institucionais da plataforma de planejamento adotada, hoje, pelo governo municipal. O gestor coloca que a elaboração do plano é uma construção coletiva, formada pelo pensamento de órgãos públicos, acadêmicos, sociedade e civil e da população, com a intenção maior de tornar Fortaleza uma cidade acessível, justa e acolhedora.

O Prefeito ainda reforça que o FOR2040 não é um plano de governo e sim, um plano de Estado, e que para tanto, se torna imprescindível um modelo de gestão e governança que permita a continuidade dos objetivos traçados e a participação social. Quanto à exequibilidade do plano, Roberto Cláudio, ressalta a importância da questão orçamentária, o equilíbrio das contas públicas e a necessidade de institucionalização do FOR2040. Para tanto, coloca que os próximos Planos Plurianuais (PPA) devem seguir as linhas estratégicas planejadas para o futuro. Finalizando, ressalta a responsabilidade institucional do governo municipal de implantação do FOR2040 e o envolvimento da sociedade.

A visão de saúde, é discutida amplamente em todas as políticas apresentadas no volume 1 do Plano Fortaleza 2040, visto que, estão interligadas pelos aspectos humanos, ambientais, econômicos e sociais. No entanto, ao tratar exclusivamente da área da saúde, o plano se restringe às questões do sistema de saúde da infraestrutura para realização das ações e serviços públicos de saúde.

A população de Fortaleza terá alta expectativa de vida e contará com **acesso amplo ao sistema de saúde pública de qualidade, universal, interativo, humanizado, equânime e efetivo, com o foco na vida, combinando o atendimento à Saúde da Família com estrutura de hospitais, UPAs e postos de saúde com boa estrutura, equipamentos adequados, fornecimento adequado de medicamentos, médicos e enfermeiros preparados e comprometidos com um atendimento humanizado e em tempo adequado às necessidades** (PLANO FOR2040 – v. 1, 2016, p. 119, grifo nosso).

Esse viés é replicado no Plano FOR2040, volume 4, publicação que detalha o plano estratégico da saúde para as próximas duas décadas. Aqui há um afunilamento das ideias concebidas de início e a saúde é reduzida à manutenção do sistema de saúde. Apesar do plano reconhecer que existem inter-relações entre

questões ambientais e urbanas (a questão social não é discutida), reforça constantemente que a solução para os problemas de saúde passa principalmente pelo fortalecimento da rede de atendimento municipal. Segue abaixo alguns trechos do plano que exemplificam essa análise.

*A expressão de uma vida saudável desejada pelos fortalezenses, estruturada durante a elaboração do Plano, contempla um conjunto de fatores que, entre outras coisas, apontam:*

- Para necessidades **urgentes de melhoria no Sistema Público de Saúde**, notadamente no que diz respeito ao **acolhimento nas unidades de saúde**;
- Para a formação de hábitos saudáveis, tanto físicos, quanto ambientais e socioculturais; e
- Para o fortalecimento de uma cultura de respeito e tolerância com as diferenças que constroem o dia a dia na cidade.

*No campo da saúde pública, Fortaleza ainda possui elevados índices de doenças infecciosas, como sífilis, AIDS e tuberculose; e altas taxas de mortalidade materna. Outras causas de morte, a exemplo de homicídios, acidentes e suicídios, apontam para a necessidade de um esforço coletivo na construção permanente de uma cultura de paz, tolerância, não violência e consciência cidadã. **Há desafios a superar na oferta de um serviço público de saúde que contribua para a redução de doenças**, amplie a expectativa de vida ao nascer e promova o envelhecimento ativo e saudável. Entre eles está o **desenvolvimento de um bom acolhimento no sistema de saúde**, pois embora sejam feitos esforços consideráveis para a **universalização do acesso à saúde pública de qualidade**, a **qualidade no atendimento da população nas unidades de saúde ainda é uma das maiores queixas relacionadas a este serviço**. A saúde da população depende das condições ambientais da cidade; saneamento; qualidade do meio ambiente; mobilidade; **oferta de equipamentos e serviços públicos; bem como de um bom atendimento médico-hospitalar**. Por outro lado, a saúde depende também dos hábitos, tanto alimentares quanto esportivos, da população. Por isso, para enfrentar o desafio da deterioração da saúde, devem ser articulados e integrados: um Plano de Saneamento e Meio Ambiente, criando conforto ambiental e contribuindo para a qualidade do ar; um Plano de Mobilidade e Acessibilidade, com oferta de transporte público; e um Plano Urbanístico, fomentando uma vida mais confortável e menos estressante na cidade, estimulando o esporte e o lazer. **Evidentemente, vale ressaltar, todas essas condições que influem na produção de um ambiente saudável para a vida dos fortalezenses devem ser complementadas pela oferta de um sistema público de saúde de qualidade**. Outro vetor componente de uma vida mais saudável e possibilidade de interatividade é a prática de atividades físicas, o que, atualmente em Fortaleza, ainda está bem aquém do que se considera saudável pela Organização Mundial de Saúde. (PLANO FOR2040 v - 4, 2016, p.19, grifo nosso).*

*O Plano Estratégico de Saúde prevê a oferta de atenção e cuidados de promoção, proteção e recuperação da saúde e qualidade de vida da população, num sistema de saúde público, gratuito, efetivo, eficaz e humanizado, em consonância com os direitos fundamentais da pessoa humana. **A Prefeitura Municipal de Fortaleza deve assegurar, na organização do Sistema Municipal de Saúde, o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade de acesso, equidade social, igualdade no cuidado e integralidade da atenção, com efetiva participação e controle social na definição de prioridades e destinação de recursos** (PLANO FOR2040 – v. 4, 2016, p.24, grifo nosso).*



Então, quanto aos objetivos institucionais e sociais do FOR2040, percebe-se que a visão de futuro estão em sintonia com as ideias de cidades sustentáveis e ecossistêmicas, baseada em princípios de desenvolvimento socialmente responsável, voltada para o acesso da população à políticas públicas integradas, humanas, inclusivas e participativas, que gerem o bem-estar e a qualidade de vida.

Todavia, percebe-se que o olhar do Plano estratégico da saúde é ainda muito voltado a questão curativa, do atendimento, da figura do profissional de saúde e do modelo hospitalocêntrico e a questões de infraestrutura. Onde se vê que os princípios dos SUS são citados de uma forma muito distante do que é realmente visto e colocado no plano como solução da saúde para cidade de Fortaleza em 2040. De fato, parecem mais com os desafios do serviço de saúde.

#### **4.3.2 Governabilidade Política e Governança – Viabilidade e Consistência**

Aqui o foco são os textos que tratam sobre os mecanismos que venham assegurar a sua viabilidade e a consistência do plano e modelo de governança adotado. Fundamentando esse tema, a *Revista Iniciando o Diálogo*, trata da gestão democrática e da participação popular como condição para construção e a validação das políticas públicas, relacionadas ao direito à cidades.

A experiência tem demonstrado que os espaços de discussão coletiva sobre a gestão urbana (conselhos, audiências públicas, fóruns etc.), além de proporcionarem a conjunção do saber técnico com o saber popular - fruto da vivência que a população tem dos problemas da cidade e da sua capacidade de apontar soluções -, auxiliam na **construção do sentido de pertencimento** (REVISTA FOR2040 – v. 2, 2015, p.114 e 115, grifo nosso).

Para tanto, logo no início das etapas de elaboração do FOR2040, foi criado por lei do Conselho da Cidade de Fortaleza (Lei 10.232/2014), instância responsável pelo acompanhamento do planejamento para as próximas décadas. O Conselho da Cidade é um fórum consultivo do planejamento da cidade composto por todos os conselhos gestores, entidades de classe e de notáveis especialistas, que deverão assessorar o prefeito na implementação de políticas e programas de desenvolvimento econômico, social e ambientalmente sustentável para Fortaleza.

Como se vê, o **Conselho da Cidade de Fortaleza** tem reservado para si papel relevante como **fórum consultivo do planejamento da cidade** que se constrói para as próximas décadas, especialmente no que se refere à missão

de **auxiliar na elaboração e acompanhamento do Plano Estratégico Fortaleza 2040**. Liste-se também que, por meio da Lei Complementar 37/2014, reestruturou-se a rede de conselhos municipais e inovou-se com a **criação do Conselho Municipal de Planejamento Participativo**, vinculado ao gabinete do Prefeito. Atualmente, discute-se ainda a criação dos Conselhos Territoriais, que, conforme se pretende, terá a finalidade de promover a circulação da informação, através de canais de livre expressão e diálogo, no âmbito do território de cada Regional (REVISTA FOR2040 – v. 2, 2015, p.118, grifo nosso).

Fortaleza dispõe de um **extensa teia de organizações da sociedade** voltadas para os mais diversos fins. Não há um registro definitivo e nem uma atualização sobre dados de funcionamento das **centenas de associações, federações, movimentos, ONGs** e outras formas de organização social, que a população criou ao longo dos tempos na cidade. Por sua vez, **a gestão da cidade conta com 32 conselhos** (REVISTA FOR2040 – v. 2, 2015, p.81, grifo nosso).

A discussão do tema governança pública é ampliado e revivido na Revista Fortaleza Hoje, através do histórico dos movimentos sociais na cidade de Fortaleza. Vale a pena citar alguns trechos, por sua relevância no contexto de formação política dos cidadãos, como para evidenciar uma mudança na forma de atuação da participação política após a Constituição de 1988, que segundo o texto passa de confrontos diretos com o poder público a modesta participação política dos fortalezenses.

**A cidade abriga um conjunto amplo de formas associativas** que desempenham funções de natureza social, cultural, política e religiosa e que, **ao longo das últimas décadas vêm modificando suas práticas de atuação**. [...] Ao longo do tempo foram se estabelecendo distintas formas de interlocução entre os movimentos sociais e poderes públicos [...] **Essa dinâmica foi sobretudo fortalecida por conta de mudanças provocadas pela Constituição de 1998** que apontou a necessidade de descentralização e diversificação de poderes do Governo Federal para estados e municípios. [...] Se em determinado momento da história das **formas urbanas de organização** o contraponto entre poderes públicos e associações assumiram ares de confronto, **nas décadas mais recentes o tema da participação prevaleceu, destacando-se uma espécie de legitimação das interlocuções e mediações**. [...] Duas mudanças mais recentes podem ser identificadas nas experiências associativas em Fortaleza. Inicialmente um recorte referente às atividades envolvendo distintas formas de sociabilidade: grupos religiosos, grupos de jovens, diferentes ONGs e projetos de natureza educativa, econômica entre outros. Os formatos associativos dão os contornos de um mapa de organização **não configurado a primeira vista como expressão de participação política** (REVISTA FOR2040 – v 4, 2015, p. 115 a 118, grifo nosso).

O texto também traz exemplos das recentes movimentações políticas na capital, reacendidas em todo Brasil a partir do movimento passe-livre em 2013 e a influência das redes sociais na organização desses eventos e difusão de ideias e

ideais de cunho político-filosófico. Entretanto, o texto ressalta ao final que esses atos políticos são encabeçados, em sua maioria, pelos “setores médios da sociedade”. O que nos leva a inferir que esse levante político não atinge as camadas mais populares da cidade e nem as suas elites.

*A evolução tecnológica vem possibilitando uma velocidade na transmissão das informações e é através desse **espaço virtual** que vão sendo construídos **variados modos de ativismo** que passam diretamente **do contato virtual para as ruas**. [...] As **atuais formas de organização social** através de redes permitem que eventos, **manifestações e protestos se organizem em velocidade recorde**, prescindindo de lideranças ou partidos que no passado exerciam o papel de mediadores. Manifestações e mobilizações instituídas nesse novo formato podem ser exemplificadas por diversos movimentos como o que se faz em torno da Preservação do Parque do Cocó, no qual participantes do Fórum da Sociedade Civil sobre o Meio Ambiente **contribuíram para construir pautas ambientais e influenciar as políticas públicas**, e o Movimento Fortaleza Apavorada, que organizou passeatas reivindicando mais segurança na cidade. Outros em evidência são a **Massa Crítica**, movimento que já se organiza em diferentes cidades do mundo, que vem pintando ciclofaixas em vários lugares da cidade, incluindo bairros de periferia, **tendo em vista demandar da Prefeitura atenção para locais não contemplados na proposta inicial; Movimento Passe Livre**, que se autodenomina como “autônomo, apartidário, horizontal e independente”, tendo por objetivo a conquista de transporte público gratuito para o conjunto da população e fora da iniciativa privada, mobiliza os atores sociais a participarem de campanhas contra o aumento das tarifas e promovem uma série de intervenções nas ruas e nos terminais de passageiros. (como panfletagens, cursos e batucadas que chamam a atenção para a causa.) O movimento Quem Dera Ser um Peixe vem utilizando audiências públicas, denúncias realizadas via redes sociais endereçadas aos órgãos competentes, articulação com ONGs ambientais e parlamentares, oposição à construção do Acquário Ceará, uma obra do Governo do Estado do Ceará, a ser erguida no bairro Praia de Iracema. **Os movimentos citados possuem maior mobilização junto aos setores médios da sociedade** (REVISTA FOR2040 – v. 4, 2015, p. 119, grifo nosso).*

Importante tocar nesse ponto, posto que, a espinha dorsal do plano é a participação ativa da população, o envolvimento dos habitantes da cidade como guardiões dos projetos desenhados para o futuro. Identificar o perfil dessa população é condição precípua para o desenvolvimento de instrumentos que venham garantir não apenas a participação, mas estratégias que criem consciência cidadã e envolvam as pessoas no processo da gestão da cidade.

Os Conselhos Municipais, enquanto instâncias de governança, ainda carecem de organização, estrutura e voz mais ativa, como também de um maior entendimento, por parte dos seus membros, de suas competências e reais responsabilidades, que passam pelo apoio e incentivo do poder público.

Outra situação bastante frequente é a **desatualização das composições dos colegiados** em decorrência de frequentes reformas administrativas, que criam e/ou suprimem os órgãos aos quais estão vinculados os conselhos sem que, posteriormente, ocorra a readequação necessária. **Muitos dos conselhos existentes não estão em atividade.** A precariedade se faz notar pela quantidade de conselhos sem regulamento interno, sem plano de trabalho e sem sede própria. **Estudo elaborado pelo Iplanfor, em 2014, observou que 26,6% dos conselhos ainda não tinham sido regulamentados, 35,7% não possuíam regimento interno e 78,6% não dispunham de um plano de trabalho.** Quanto a natureza de suas decisões verificou-se que 67,8% tem poder de influir na formulação das políticas públicas de forma decisiva, já que possuem natureza deliberativa. Enquanto 50% tem natureza unicamente consultiva, assessorando, desta forma, o poder executivo, nas matérias temáticas a que se atém, sendo forma qualificada de consulta. Também se observou que 25% dos conselhos têm função legal de fiscalizar a atuação do poder público (REVISTA FOR2040 – v. 4, 2015, p. 246, grifo nosso).

As outras bases para a governabilidade e governança são apresentadas na *Revista Síntese das Proposições Estratégicas*, nesse volume, a governança de gestão é tratado mais especificamente. Aqui são tratadas as questões chaves para a viabilidade política do plano, para além das questões de participação e controle social. A preocupação também é assentar mecanismos que permitam a institucionalização do FOR2040, como política de planejamento da cidade, dando respaldo jurídico ao que foi planejado e condicionando as próximas gestões a seguirem os projetos iniciados.

A) Situar a Gestão do Plano no Instituto de Planejamento de Fortaleza - Iplanfor – Para garantir a governança efetiva do Plano Fortaleza 2040 é necessário **definir o Iplanfor, institucionalmente, como administrador do Plano**, implicando no fortalecimento do mesmo com a **configuração de um quadro de servidores de carreira**, seus deveres, direitos e responsabilidades, institucionalizando, por seguinte, o sistema de governança do Plano em questão (REVISTA FOR2040 – v. 7, 2016, p.95 a 97, grifo nosso).

O texto também expressa a necessidade de um alianças, pactos e a construção de redes entre poder público, sociedade civil, instituições de ensino e cidadãos, elos de uma corrente, que guardará as estruturas do planos.

Esse sistema deverá estar assentado na manutenção de alianças, redes e pactos sociais considerando os territórios, seus interesses e características, incluindo iniciativa privada, municipalidade, gestor e guardião do Plano, ao lado dos cidadãos (REVISTA FOR2040 – v. 4, 2015, p.95 a 97, grifo nosso).

O volume I do Plano FOR2040 já detalha as estruturas do Sistema de governança. Nesse ponto é diretamente tratado a internalização dos planos na

administração municipal através dos instrumentos legais de planejamento (PPA, LDO e LOA); a Institucionalização do Fortaleza 2040 e seus diversos planos; uma nova divisão administrativa, com territórios menores (o projeto prevê a divisão de 12 regionais, ao invés das 7 regiões atuais); a criação de um Centro de geração de conhecimento visando o desenvolvimento da governança municipal e, por fim, a adequação dos marcos legais indicados nos planos ou a institucionalização de novos marcos legais. (PLANO FORTA2040, 2015).

Além da institucionalização do FOR2040 e a internalização de suas políticas, há ainda uma forte preocupação quanto à legalização do plano, enquanto um marco legal da política de planejamento da cidade. A criação da Lei Geral do FOR2040, já foi apresentada à Câmara Municipal, em 2016, e ainda está em discussão nas comissões parlamentares. Segue abaixo trechos do Plano FOR2040 que explicam a proposição dos instrumentos legais.

Antes de adentrarmos na temática da proposição de instrumentos legais do Plano Fortaleza 2040, entende-se necessário apreender a **juridicidade deste plano e sua inserção no campo das políticas públicas**. [...] Neste sentido, é no contexto da **Política Municipal de Planejamento** que o Plano Fortaleza 2040 deve ser apreendido, primeiramente como **instrumento desta política**, secundariamente como uma espécie do gênero planejamento estratégico, neste caso de cunho urbanístico, econômico e social. **A política de planejamento serve para garantir o direito de planejamento, consagrado pela Constituição Federal de 1988, e proporcionar o empoderamento do cidadão bem como da administração, mediante a compreensão do planejamento como direito, gerando, assim, a capacidade de transformação social pelo aperfeiçoamento do controle social e das políticas públicas.** Essa importante política pública é a responsável, a priori, pelo alinhamento dos diferentes planos e planejamentos municipais que vão surgindo no exercício natural da gestão pública. Entre outros, o plano diretor, o plano plurianual, o plano estratégico; as políticas municipais; os projetos participativos municipais; o planejamento de recursos humanos; e o planejamento de informações e tecnologias. Todos eles complementares. Mas também auxilia na definição dos papéis entre os órgãos governamentais responsáveis pelo planejamento, no estabelecimento de espaços formais de pactuação, deliberação e participação (fóruns, conferências, comissões intergestoras, Conselhos etc.) e dos modos de gestão da própria política. Trata a política de planejamento, na verdade, do desenho de um processo dinâmico e interativo para estruturar estratégica, tática e operacionalmente as informações do município, a tecnologia da informação, os sistemas de informação e de conhecimentos, as pessoas envolvidas e a infraestrutura necessária para gestão da cidade. **Começa aí a necessidade primeira de legislar**, surgida a partir da experiência com a elaboração do Plano Fortaleza 2040, qual seja, **definir legal e claramente a sua natureza jurídica e o lugar que ocupa no arcabouço legal do município** de Fortaleza, ou seja, identificar o referido plano como instrumento da política de planejamento municipal a ser instituída. Oportunamente a instituição desta política regulamentará a Lei Orgânica quanto ao modo de cumprimento dos princípios e diretrizes da organização municipal, relacionados no art. 10, entre esses a prática democrática, a transparência e

o controle popular na ação do governo, a programação e o planejamento sistemático, bem como quanto ao processo de planejamento do município mencionado no art. 13, I. **Questão também importante é diferenciar o Plano Fortaleza 2040 do Plano Diretor**, de modo a evitar conflitos e dirimir dúvidas relativas aos seus papéis no planejamento da cidade. **O Plano Fortaleza 2040 é instrumento da política de planejamento, garantidora do direito de planejamento, enquanto o Plano Diretor é instrumento da política de desenvolvimento urbano, garantidora do direito à cidade.** Portanto, cabe à política de planejamento a definição de responsabilidades e de procedimentos atinentes à integração desses planos complementares, inclusive com outros instrumentos de planejamento (PLANO FOR2040 – v. 1, 2016, p. 239 e 240, grifo nosso).

Outro ponto analisado, foi a letra do Projeto de Lei do Plano estratégico da saúde (PLPS)<sup>65</sup>, de início o projeto instituí o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, composto por quatro instâncias: Secretaria Municipal de Saúde, como Órgão Gestor; Conselho Municipal da Saúde de Fortaleza (Decreto Nº 8.41790); o Fundo Municipal de Saúde (Lei Municipal 5.771/1983) e o próprio Plano Estratégico de Saúde.

O PLPS prevê ainda a instituição do Política Municipal de Saúde de Fortaleza, com vigência até 2040, em consonância com as diretrizes gerais de saúde delineadas pela então Lei Geral do Fortaleza 2040. Seguem ainda as diretrizes da Política Municipal da Saúde e seus objetivos. Todavia, o foco que se quer dá nesse momento são nos instrumentos de gestão que viabilizaram a condução do plano no longo prazo.

O Capítulo IV do PLPS é destinado para regulamentar o modelo de gestão do plano. Neste capítulo são definidos os órgão e suas atribuições, os mecanismos de monitoramento e o financiamento do Plano estratégico da saúde. O Iplanfor, gestor da execução do Plano Fortaleza 2040, tem a incumbência de pesquisar e avaliar impactos das ações realizadas, atualizar ou revisar quadrienalmente, dentre outras ações inerentes ao órgão. Já a SMS fica responsável por coordenar, elaborar e implementar ações concretas que venham construir uma comunidade saudável em articulação com as demais secretarias municipais.

Contudo, entende-se que as competências e atribuições do Conselho Municipal da Saúde de Fortaleza (CMSF), estão além da capacidade da comissões atuais, apesar de ter como base um Decreto Municipal da década de noventa, do

---

<sup>65</sup> O Projeto de Lei do Plano estratégico da Saúde (PLPS), um dos anexos do PLANO FOR2040 - V.1, segue na íntegra como anexo dessa pesquisa, junto à análise do texto. Também disponível em: <[http://fortaleza2040.fortaleza.ce.gov.br/site/fortaleza-2040/marcos\\_legais.>](http://fortaleza2040.fortaleza.ce.gov.br/site/fortaleza-2040/marcos_legais.>). Acessado em: 30.set.2018.

século passado. É importante salientar esse fato, posto que, o CMSF é um órgão deliberativo da política de saúde do município para o presente e para o futuro.

Art. 12. São atribuições do Conselho Municipal de Saúde, instituído pelo Decreto Municipal 8.417/90:

- I- Atuar na formulação das estratégias e no controle da Política Municipal de Saúde;
- II- Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos municipais de saúde, em função das características epidemiológicas e de organização dos serviços;
- III- Propor e analisar a programação e orçamentação integradas para o Município, anualmente;
- IV- Propor critérios para a definição dos padrões e parâmetros assistenciais;
- V- Controlar e avaliar a atuação do setor privado da área de saúde, credenciado mediante contrato ou convênio;
- VI- Aprovar os convênios e contratos do setor público com o setor privado, para a prestação de serviços de saúde;
- VII- Assegurar o aporte tempestivo de informação à população que permitia uma efetiva participação da comunidade no controle e avaliação do sistema;
- VIII- Elaborar o seu regimento interno e modificações (FOR2040, Marcos Legais).

O PLPS também cria a Câmaras Setorial da Saúde, instância responsável por articular instituições responsáveis pela execução das ações referenciadas no plano. A sessão seguinte trata sobre o monitoramento contínuo e de avaliações periódicas, a serem realizadas conjuntamente por outros conselhos municipais e fóruns de participação.

#### **Sessão II**

##### **Do cronograma e mecanismos de monitoramento**

Art. 14. As ações previstas nesta Lei serão objeto de monitoramento contínuo e de avaliações periódicas, realizados pelo Conselho e/ou Fórum, instituído pela Lei xxx/que será instituído no prazo de xxx, com a participação das seguintes instâncias:

- I - Municipal de **Cidadania e Direitos Humanos;**
- II – Secretaria Municipal de **Saúde;**
- III – Secretaria Municipal de **Educação;**
- IV – Secretaria Municipal de **Desenvolvimento Social, Trabalho e Combate à fome;**
- V – Secretaria Municipal de **Desenvolvimento Econômico;**
- VI – Fundação de **Desenvolvimento Habitacional** de Fortaleza;
- VII – Secretaria Municipal de **Cultura** de Fortaleza;
- VIII – Coordenadoria Especial da **Juventude;**
- IX – Coordenadoria Especial de **Participação Popular;**
- X – Secretaria Municipal de **Segurança Cidadã.**

**Art. 15. A execução dos Planos, Avaliação, monitoramento e revisão devem estar de acordo com o Cronograma Geral, que consta no Anexo X desta Lei (FOR2040, Marcos Legais, grifo nosso).**

Ressalta-se que as atividades de monitoramento e avaliação dos planos trata o art. 15 do PLPS, já estão sendo executadas através do sistema de

acompanhamento das câmaras setoriais do FOR2040<sup>66</sup>. Quanto ao financiamento do plano estratégico da saúde, o PLPS trata somente que será financiado pelo Fundo Municipal de Saúde e deixam aberto ao financiamento de outras possíveis fontes.

O que se pode verificar inicialmente pela análise do texto é que existe já instituído um rol de instrumentos de governança que permitem a participação e o controle das políticas pela sociedade. Quanto à internalização do plano nas estruturas de planejamento da administração municipal, já é possível perceber essa inserção do FOR2040 no PPA 2018-2021, da e da Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2018 em vigor e do Projeto da LOA 2019.

Não obstante, a governabilidade institucional e política do plano é ainda muito frágil, considerando que até o momento a Lei Geral do Plano FOR2040 não foi sancionada. Um risco de inexecuibilidade do plano, tendo como fator crucial as mudanças quadrienais de gestão. Outro ponto que fragiliza a viabilidade e a constância do plano é o não envolvimento dos fortalezenses (até mesmo pelo desconhecimento do público geral acerca FOR2040 do plano, ainda muito restrito às entidades acadêmicas e ao poder público) e as limitações dos conselhos municipais e dos intermitentes movimentos sociais.

No âmbito do Plano estratégico da saúde, que segue o modelo de governança do FOR2040, encontram-se as mesmas vulnerabilidades, tendo como agravante a complexidade e as debilidades da saúde.

#### **4.3.3 Desenho Operacional – Capacidade de Governo**

A análise do desenho operativo pretende dimensionar a capacidade de governo tendo como base a estruturas e recursos de gestão do plano, ou seja, a competência, a organização e as condições de implantação das ações propostas. A *Revista Iniciando o Diálogo* terce observações sobre as dificuldades do poder público em coordenar ações e programas e executá-las de forma integrada e menciona a necessidade de implementar um modelo de gestão integrativa, para o gerenciamento dos planos do FOR2040.

Naturalmente multidisciplinar e transversal a diversas áreas e setores de intervenção pública, e inserido no contexto de **gestão descentralizada das políticas públicas** como promovido pela Constituição de 1988, o Fortaleza

---

<sup>66</sup> Disponível em:< <http://fortaleza2040.fortaleza.ce.gov.br/camarassetoriais/>>.



2040 demandará do poder público municipal enfrentar os problemas de **coordenação de ações e programas**, dentro de sua própria estrutura de governo, com a União, com o Estado e os municípios da região Metropolitana, e **integrar as políticas públicas, de forma a torná-las complementares e, desta forma, mais eficientes, mais eficazes e, portanto, mais efetivas**. Desta forma, é oportuna e necessária a **construção de um modelo de gestão integrativa**, que venha facilitar a identificação, a prevenção e o **gerenciamento intensivo e permanente dos pontos nodais**, comprometedores da efetividade almejada, em – e entre - os programas e organizações integrados ao Fortaleza 2040. [...] Um trabalho de planejamento de longo prazo como o almejado pelo Fortaleza 2040, em função da quantidade de políticas setoriais envolvidas, da heterogeneidade do público-alvo, da diversidade de programas públicos utilizados no governo e entre níveis de governo (União, Estado e municípios da RMF), **necessariamente demandará esforços de integração e coordenação, a fim de minimizar o natural efeito descontínuo das políticas públicas** no panorama da gestão descentralizada e de minorar também o seu grau de fragmentação. A maior ou menor integração das políticas públicas dependerá tanto dos níveis de coordenação, consistência e coerência entre elas, como também da ação de fatores de convergência estrutural sobre os seus processos de formulação e implementação. [...] A esse **intricado desenho de gestão**, some-se o fato comum à União, Estados e municípios, de que, isoladamente, **as políticas setoriais são relativamente incapazes de resolver os problemas públicos contemporâneos**, apontando, desta maneira, para a necessidade de **acolher abordagens intersetoriais, de promover formas integradas de gestão e de coordenação**. O desafio, portanto, que se coloca à gestão pública contemporânea, relativamente ao planejamento, é **desenvolver um modelo integrativo de gestão governamental que minimize o grau de complexidade e o efeito fragmentado das políticas públicas ao tempo em que promove a inclusão do cidadão em todo o ciclo da política pública** (REVISTA FOR2040 – v. 2, 2015, p.116 e 117, grifo nosso).

Os idealizadores do FOR2040 possuem a ciência de que um plano dessa envergadura só será possível se existir uma gestão integrada e coordenada, que possuam consistência e coerência, visando mitigar a fragmentações e as descentralizações da gestão. Outro ponto clarificado pelo plano é a consciência acerca da escassez de recursos, as demandas crescentes e o curto prazo dos mandados governamentais.

Segundo a OCDE, a **escassez de recursos no setor público** e a **necessidade crescente de estabelecer prioridades** no atendimento das demandas; a interconectividade nos debates sobre políticas públicas e a ampliação do número de demandas e de atores envolvidos no ciclo de políticas públicas; a **curta duração dos ciclos eleitorais e a tendência às ações e interesses de curto prazo** por parte dos “**governos de plantão**”, são fatores que contribuem para aumentar o quadro de complexidade da gestão pública. Além desses fatores, a OCDE considera também, como fatores causais da **complexidade na administração pública**, a **descentralização**, a **transferência de competências** entre os órgãos nacionais e subnacionais, e a compartimentalização institucional, os quais potencializam **arranjos estruturais fragmentadores** e, por via de consequência, geram **políticas fragmentadas** (REVISTA FOR2040 – v. 2, 2015, p.117, grifo nosso).

Para tanto, o *policy maker* reforça a imprescindibilidade de instituir formas integrativas de gestão das políticas públicas. Pois, idêntica que a políticas setoriais isoladas não são capazes de resolver as demandas sociais e os problemas ambientais e urbanos da cidade.

A esse **intricado desenho de gestão**, some-se o fato comum à União, Estados e municípios, de que, isoladamente, **as políticas setoriais são relativamente incapazes de resolver os problemas públicos contemporâneos**, apontando, desta maneira, para a necessidade de **acolher abordagens intersetoriais, de promover formas integradas de gestão e de coordenação**. O desafio, portanto, que se coloca à gestão pública contemporânea, relativamente ao planejamento, é **desenvolver um modelo integrativo de gestão governamental que minimize o grau de complexidade e o efeito fragmentado das políticas públicas ao tempo em que promove a inclusão do cidadão em todo o ciclo da política pública**. [...] Relativamente à integração das políticas públicas, com a **reestruturação do Instituto de Planejamento de Fortaleza** pela Lei Complementar 37/2014, criou-se, mais recentemente, a **Diretoria de Integração de Políticas**. Referida instância tem o papel fundamental de **promover a redução da fragmentação das políticas públicas, mediante a análise da coerência, consistência e coordenação na formulação e implementação de políticas, programas ou projetos**; promover ações que se reforcem mutuamente nos diferentes órgãos do governo, criando **sinergias para a realização de objetivos comuns**; conceber sistemas institucionais e gerenciais para a formulação de políticas de forma conjunta e congruente; **assegurar que as políticas setoriais não sejam interna ou externamente contraditórias**; desenvolver padrões de gestão compartilhada do território municipal que viabilizem a integração de políticas públicas em escala territorial; e realizar a análise dos programas e ações que compõem os planos e leis orçamentárias como forma **de fomentar a integração das políticas públicas desde as suas formulações** (REVISTA FOR2040 – v. 2, 2015, p.117 e 118, grifo nosso).

Aprofundando o tema do desenho operativo do plano a *Revista Fortaleza Hoje* traça o retrato das dificuldades políticas de planejamento e falhas de implementação dos projetos, que muitas vezes ficam somente no papel. Um erro apontado pelos mentores do FOR2040 é a falta de um modelo de governança que coloque a sociedade no controle do projeto.

No Brasil, os fatos mostram que planos de desenvolvimento municipais, ou mesmo planos diretores municipais, não têm sido compartilhados e pactuados como deveriam com os representantes dos variados interesses da sociedade. **Os projetos assumem as características de uma administração, e não da própria sociedade, sendo frequentemente engavetados — o que justifica a tediosa indisponibilidade da população em discutir pontos e tópicos fadados a não ter continuidade**. Outra grande falha recorrente nestes processos é a **etapa seguinte à elaboração** destes planos urbanos, ou planos estratégicos de desenvolvimento, que **não integram**, no seu escopo, a definição de **um modelo de governança** que transponha para a sociedade o controle do

projeto, e não à **determinada gestão municipal, limitada a um período de quatro anos** (REVISTA FOR2040 – v. 4, 2015, p.7, grifo nosso).

Para a área da saúde, outras dificuldades de operação são apontadas pela revista, tendo em vista que o serviço da saúde, pelo sentimento da sociedade, é muito precário e deficiente. A insuficiência de unidades de saúde, médicos, medicamentos, insumos e equipamentos. O mau atendimento, a superlotação e a precariedade das instalações e também são destacados, quase unanimemente, pelos usuários.

Para tamanho desafio e considerando as complexidades e intercessões da área da saúde, foi estabelecido na Revista *Revista Síntese das Proposições Estratégicas*, as bases do desenho do plano estratégico da saúde municipal para os próximos anos.

**O desenho deste Plano deve considerar a transição demográfica, de redução da fecundidade e fertilidade e envelhecimento populacional progressivo e a acumulação epidemiológica, de predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, mais a constância de elevadas taxas de morte por causas externas, homicídios, acidentes e suicídios e a persistência de doenças infecciosas e parasitárias.** Deve, portanto, articular ações de assistência, promoção de saúde com ações intersetoriais que possam intervir, conjuntamente, nos determinantes sociais do processo saúde-doença. **O escopo da proposta do Plano de Saúde está distribuído em linhas de ação estratégicas, relacionadas com o ciclo de vida, a formação profissional adequada, a organização de serviços em redes de atenção e a convivência saudável em sociedade.** Para que isso aconteça, o Plano de Saúde no âmbito do Fortaleza 2040 será estruturado em uma rede solidária de atenção, **inclusive intersetorial**, com sistema de avaliação e controle, na transparência na aplicação de recursos, na gestão e governança democrática da ação governamental e no controle e participação ativa da comunidade (REVISTA FOR2040 – v. 7, 2016, p. 39 e 40, grifo nosso).

Ao analisar as linhas de ação identificou-se uma diferença entre as linhas especificadas na *Revista Síntese das Proposições Estratégicas* e as linhas elencadas no Plano estratégico da saúde FOR2040 (QUADRO 13).

Quadro 13 - Comparativo das linhas de ações entre publicações

<b>Revista Síntese das Proposições Estratégicas</b> (REVISTA FOR2040 - V.7, maio/2016, p.40)	<b>Plano estratégico da saúde FOR2040</b> (PLANO FOR2040 – V. 4, dez/2016, p.32)
<p>1. Envelhecimento saudável da <u>populacional</u>, condições crônicas não transmissíveis e cuidados paliativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acessibilidade funcional, geográfica, social e cultural.</li> <li>- Desenvolvimento de atividades intergeracionais.</li> </ul>	<p><b>SA.1</b> – Envelhecimento <u>saudável e ativo</u>, condições crônicas não transmissíveis e cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acessibilidade funcional, geográfica, social e cultural <u>aos serviços e espaços públicos</u>; e</li> <li>- Desenvolvimento de atividades intergeracionais <u>nos diversos espaços públicos de convivência</u>.</li> </ul>
<p>2. <u>Proteção da gestante e do concepto</u>, reprodução assistida e desenvolvimento da criança na primeira infância.</p>	<p><b>SA.2</b> – <u>Proteção à mulher</u>, particularmente em situações de <u>risco e vulnerabilidade</u>, relacionadas com a violência e o estupro, o ciclo gravídico- puerperal e as doenças específicas da condição feminina.</p>
<p>3. Formação profissional, acumulação epidemiológica e transição demográfica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão de pessoas, acolhimento e ética.</li> <li>- Informações para tomada de decisões.</li> <li>- Pesquisa, inovação tecnológica, qualificação em diagnóstico e terapia voltadas para a assistência às necessidades da população.</li> </ul>	<p><b>SA.3</b> – <u>Proteção à criança</u>, desde o período de vida intrauterina até a primeira infância, e ao <u>adolescente</u>, em particular o exposto à situação de vulnerabilidade social.</p>
<p>4. Assistência à saúde e organização de serviços.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organização de redes temáticas de atenção.</li> <li>- Pesquisa, inovação tecnológica em diagnóstico e terapia.</li> <li>- Gestão do trabalho e educação permanente.</li> </ul>	<p><b>SA.4</b> – Assistência à saúde e organização de serviços.</p>
<p>5. Saúde mental, redução de danos e convivência saudável. (p. 40)</p>	<p><b>SA.5</b> – Assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência.</p>
	<p><b>SA.6</b> – Atenção especial à saúde para as populações LGBT e negra.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Comparando as duas linhas de ação apresentadas no Quadro 6, verifica-se algumas distinções. Inicialmente a quantidade de ações apresentadas nos dois volumes, na Revista *Revista Síntese das Proposições Estratégicas* constam cinco

linhas de ações enquanto o Plano estratégico da saúde apresenta seis linhas de ação. Mas, as dissemelhanças não são apenas na quantidade, são também de qualidade, no qual considera-se as mais relevantes. Ressalta-se ainda que existe um lapso temporal de alguns meses, entre as duas publicações, sendo a *Revista Síntese das Proposições Estratégicas* tendo sido publicada em maio de 2016 e o Plano estratégico da saúde em dezembro do mesmo ano.

Na linha de ação 1 foram realizadas algumas alterações na tentativa de ampliar o escopo da linha através do uso dos termos “saudável e ativo” com relação ao envelhecimento da população, “serviços e espaços públicos” aqui relacionado a acessibilidade dos idosos e “nos diversos espaços públicos de convivência” quanto às atividades intergeracionais.

Na linha de ação 2, inicialmente relacionada apenas com a parturiente e ao recém-nascido, teve uma ampliação no foco, concentrando-se agora na proteção integral à saúde da Mulher, quanto à vulnerabilidades e riscos, ciclo gravídico–puerperal e doenças específica do gênero.

Assim, a Linha de ação 3, que anteriormente reunia três pontos específicos (Formação profissional, acumulação epidemiológica e transição demográfica) foram substituídos por uma nova linha de ação, referente a proteção da criança e do adolescente, em situação de vulnerabilidade.

Todavia observa-se que os tópicos e subtópicos retirados não foram alocados em outras linhas de ação. Caso semelhante, também é percebido na linha de ação 4, que trata acerca da Assistência à saúde e organização de serviços, os subtópicos não foram rerepresentados (e nem foram desenvolvidos no âmbito da linha de ação, quanto às propostas de ação postas no plano, como será visto mais adiante).

A linha de ação 5, que inicialmente enfocava a saúde mental, redução de danos e convivência saudável, voltou-se para ações de assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência. As ações voltadas à saúde mental foram diminuídas e diluídas entre as linhas de ação 3, especificamente entre as ações para as crianças<sup>67</sup> e adolescentes<sup>68</sup>. E por fim, foi criada a linha de ação 6, referente a atenção especial

---

<sup>67</sup> SA.3.18- Ampliar nº de CAPS Infantil para Atenção Psicossocial Infantil, Unidade de Acolhimento, Leitos de Atenção Integral, Centros de Convivência e Cultura de atenção secundária em saúde Mental (PLANO FOR2040, 2016, p. 43).

<sup>68</sup> SA.3.24- Realização de campanhas preventivas em relação ao uso de entorpecentes bem como orientação sobre rede de serviços existentes (inclusive dos serviços de saúde mental). (PLANO FOR2040, 2016, p.44)

à saúde para as populações LGBT e negra.

Dessa forma, a partir dessa reanálise efetuada pelo grupo elaborador, ficaram fora das linhas de ação do plano estratégico da saúde que tratavam de questões relevantes para a operacionalização do plano:

- a) formação profissional, gestão do trabalho e educação permanente.
- b) gestão de pessoas e ética;
- c) informações para tomada de decisões;
- d) pesquisa, inovação tecnológica,
- e) organização de redes temáticas de atenção;

A ausência desses temas representa um grande prejuízo para a gestão do plano estratégico da saúde, apesar de alguns desses conceitos terem sido tratados diretrizes e objetivos estratégicos, não estão presentes no rol de ações do Plano. Os pontos não tratados no plano fragilizam a capacidade de implantação das ações planejadas, pois são bases e instrumentos essenciais para a condução das rotinas, processos e atividades.

O desenho operativo do Plano FOR2040, volume 1, inicia tratando do maior desafio do FOR2040, a garantia de exequibilidade e aplicabilidade no tempo.

Garantir que o Plano Fortaleza 2040 fosse levado em consideração e executado pelas próximas seis gestões municipais foi uma das maiores preocupações manifestadas pelos milhares de participantes presentes no processo de formulação. O que é muito natural dado que dezenas de planos foram elaboradas para Fortaleza e muito pouco de uns poucos foi executado. **Não há cultura de planejamento nem muito menos de continuidade entre uma gestão e outra, em geral mais preocupadas em desenvolver seu marketing político do que desenvolver a própria cidade** (PLANO FOR2040 – v. 1, 2016, p. 221, grifo nosso).

Para tanto, sobre essa questão, já foi discutida a necessidade de institucionalização, instrumentalização da política de planejamento municipal e legalização do FOR2040, para assegurar a governabilidade política e o fortalecimento do sistema de governança e o uso de estratégias para incentivar a participação social. Entretanto, o que parece ainda ser ainda mais difícil será a quebra do paradigma do curto prazo dos gestores e o descrédito da população nas intenções dos políticos e na competência do poder público.

O processo de elaboração do Fortaleza 2040 transcorreu de forma aberta e democrática, com total liberdade crítica. Percebendo esta autonomia, o

projeto foi aos poucos conquistando pessoas de distintos posicionamentos político-partidários. Aos poucos milhares de pessoas estavam acompanhando e colaborando ao longo das inúmeras reuniões, fóruns e seminários realizados. **Nestes eventos uma pergunta era recorrente: como é que vocês vão garantir que este plano seja executado?** É motivo de grande satisfação a preocupação demonstrada por todos de que o plano seja executado, por outro lado é assustador o quanto a população brasileira se habitou a não exercer seus direitos e o devido controle social. O exercício de ver além de seus próprios interesses, ou mesmo o exercício de compreender o quanto as políticas públicas impactam umas nas outras, agregou grande conhecimento a todos os participantes. **Outro grande desafio para a maioria dos participantes foi o de passar a tratar e conceber desde já um novo futuro para a cidade. O imediatismo e o curto prazo predominam na cultura brasileira, na população, no meio acadêmico e no governo em geral.** Mas aos poucos, a grande maioria dos participantes perceberam que as transformações que a cidade necessita não ocorreriam no curto ou mesmo no médio prazo, e que **estas transformações exigem o alinhamento de visões e esforços das diversas esferas de governo e da sociedade.** Mas aos poucos, a grande maioria dos participantes perceberam que as transformações que a cidade necessita não ocorreriam no curto ou mesmo no médio prazo, e que esta transformação exige o alinhamento de visões e esforços das diversas esferas de governo e da sociedade. **Ao mesmo tempo em que alguns gestores públicos das diversas esferas e poderes deram todo seu apoio, participando intensamente do projeto, outros tantos continuaram se ocupando de ações ou projetos planejados no passado e para o passado.** O que é natural dentro de todo processo de mudança de cultura, suscitando, em alguns casos, grande divergência entre as ações ou projetos que apresentavam, com as do Fortaleza 2040 (PLANO FOR2040 – v. 1, 2016, p.247, grifo nosso).

Contudo, até aqui não foi tratado questões relacionadas à viabilidade financeira do plano. E então, existem recursos econômico-financeiros que suportem a execução do plano? A partir desse ponto será estudada a engenharia financeira elaborada para assegurar a exequibilidade do FOR2040 em sua integralidade<sup>69</sup>.

Algumas questões foram recorrentemente colocadas pelos participantes e gestores públicos ao longo do processo de elaboração do Fortaleza 2040: **“Haverá recursos para tudo isso? Os recursos municipais poderão arcar com todos os investimentos e custeios previstos nas dezenas de planos que integram o Fortaleza 2040?”** Para responder a estas perguntas essenciais e até mesmo para demonstrar a viabilidade das propostas apresentadas, uma equipe de cinco profissionais especializados (do ramo das Finanças e da Economia) assessorou os 33 grupos de trabalho na formulação de seus orçamentos e fez estudos complementares para obter estimativa da evolução das receitas próprias municipais, gastos com a previdência municipal, previsão da evolução ou estrangulamento da capacidade de investimento do executivo municipal, além de possíveis fontes de recursos e operações que viabilizassem a implementação do Fortaleza 2040.<sup>70</sup> [...] **O montante final previsto de receitas e despesas foi**

<sup>69</sup> Nota<sup>1</sup>: coordenação da equipe responsável pelo Orçamento do Fortaleza 2040 ficou a cargo do consultor Célio Fernando Bezerra Melo, e integraram a equipe de assessoramento aos 33 grupos os consultores técnicos Filipe Rabelo Távora Furtado, Juliana Rabelo Melo, Pedro Rafael Lopes Fernandes e André Luís Freitas Ferreira. (PLANO FOR2040 – V. 1, 2016, p. 186).

<sup>70</sup> Nota<sup>2</sup>: Pela ausência de projetos executivos, as despesas foram estimadas com base em indicadores

**organizado na forma de um PPA de Longo Prazo, compreendendo seis quadriênios, de 2017 a 2040.** Portanto, a partir dos dados coletados junto aos 33 Grupos, buscou-se demonstrar o grau de dinamismo para o futuro da cidade de Fortaleza, sob o ponto de vista do orçamento público com base nos planos elaborados qualitativamente pelos Grupos, para a formulação de um relatório demonstrativo, com a consolidação de todas as projeções de receita e despesa correntes, destacando-se as receitas e despesas de capital, e obedecendo às limitações determinadas pela legislação vigente, em particular àquelas contidas na Constituição Federal, Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA) e Lei do Plano Plurianual (PPA) (PLANO FOR2040 – v. 1, 2016, p.185 e 186, grifo nosso).

Após uma pequena introdução acerca do papel do Estado no crescimento econômico através de suas funções (alocativa, distributiva e estabilizadora) e sobre a relevância da participação do governo na economia. O texto, em seguida, apresenta um aumento da capacidade de investimento do município, no período de 1998 a 2015, através de um incremento da Receita Corrente Líquida (RCL), que cresceu acima da despesa correntes. Do grupo de despesas correntes, os gastos com pessoa e encargos representam o maior volume, com picos de 61,5% das despesas totais.

Segundo o texto, o crescimento com despesas com pessoal dificulta a gestão das despesas correntes e limita a capacidade de investimento do município. Outra questão atrelada ao peso dos gastos com pessoal e encargos, é relativo aos impactos no regime previdência própria do município no longo prazo.

Pode-se obter a falsa impressão de que a questão da previdência não é um problema tão premente quanto a despesa de pessoal ativo. No entanto, quando se considera a projeção atuarial do regime de **previdência próprio do município**, exposto na tabela 6, tem-se a verdadeira noção da dificuldade que a previdência pode trazer para a estabilidade fiscal do município. A partir de 2022, a **Prefeitura precisará cobrir uma dívida crescente da previdência**. Se nenhuma reforma for feita, a projeção indica que o desnível nas contas da previdência é crescente, perfazendo um valor maior do que R\$ 16,7 bilhões em 2040, o que compromete, perigosamente, a estabilidade fiscal do município e sua capacidade de investimento. **Neste sentido, uma reforma previdenciária que reverta a tendência de crescimento do déficit da previdência é vital.** Sanear esta fonte de instabilidade fiscal é indispensável para a boa condução fiscal do município de Fortaleza e, conseqüentemente, **para preservação e elevação da capacidade de investimento da cidade.** É importante salientar que, além da relação negativa entre capacidade de investir e despesas correntes, bem visível no gráfico 51, existe uma relação positiva entre investimentos e despesas correntes. Isto é, **investimento e despesa de capital geram, em alguma medida, um acréscimo nas despesas correntes.** Um exemplo simples é a

---

de custos já existentes ou acessíveis, indicadores sugeridos por programas federais (quando era o caso), ações similares realizadas em outras localidades, ou mesmo estimativas elaboradas por consultores ou gestores à frente de cada grupo de trabalho, tendo por base suas experiências com ações similares até então. Algumas poucas ações, que não continham a precisão mínima necessária para terem seus custos estimados, ficaram com valores a definir a posteriori. Mas em geral trata-se de ações com pouca representatividade no montante total orçado.



construção de um hospital. Todo o gasto na compra do terreno, na obra, nos equipamentos, pode ser enquadrado como despesa de capital. Mas um hospital equipado, sem médicos, sem medicamentos e sem profissionais de saúde é inútil. **Portanto, o planejamento de investimentos de longo prazo deve considerar os rebatimentos destes nas despesas correntes e por consequência seus impactos na própria capacidade de investir. No sentido de verificar esse fato para Fortaleza, foram realizadas algumas estimações, e todas elas apontaram que o ato de investir gera crescimento da despesa corrente** (PLANO FOR2040 – v. 1, 2016, p.193 grifo nosso).

Nessa conjuntura, o Investimento público é colocado como solução imprescindível para a realização das próximas fases do FOR2040, que requer em um volume expressivo de investimentos.

É necessário também salientar a **importância dos investimentos municipais na elevação do nível de atividade econômica da cidade**, e por consequência, seus rebatimentos na arrecadação tributária municipal. Na tabela 10 tem-se a estimação da Receita Corrente Líquida contra o nível de investimentos municipais realizados no período 1998-2015. O resultado é uma clara, robusta e significativa relação entre o nível de investimentos executados e a Receita Corrente Líquida do município. A direção desta relação é positiva, significando que quanto mais se investe, mais se arrecada, ou seja, uma das formas de aumentar a arrecadação é via aumento de investimento. **O investimento municipal afeta a receita corrente líquida via receita tributária**; por meio da elevação do nível de atividade econômica, o município arrecada mais, elevando assim a capacidade de investir, bem como de manter um ciclo positivo de crescimento endógeno via investimento em capital público. [...] Outra dimensão do impacto do investimento municipal na atividade econômica é extraída de sua relação com o PIB do município. A partir da tabela 12, obtém-se que **o investimento municipal afeta positiva e significativamente o PIB de Fortaleza**. Esta relação é importante, uma vez que comprova a **importância do investimento municipal no processo de desenvolvimento da cidade**. Mais investimento municipal significa maior nível de atividade econômica e maior geração de emprego e, assim, aumenta-se a base arrecadatória da cidade, possibilitando aumento de receita e fomentando o papel de condutor de desenvolvimento da municipalidade. **Neste sentido, a partir das estimações aqui apresentadas, tem-se que, quanto maiores os investimentos, maior o nível de atividade econômica do município, maior a geração de emprego, e, por consequência direta, maior a arrecadação e maior a capacidade de investir do município**. (PLANO FOR2040 – v. 1, 2016, p. 196 a 198, grifo nosso).

Diante dos cenários e estudos realizados, a equipe econômica do plano FOR2040, apresenta propostas e sugestões para otimização da capacidade de investimento de Fortaleza, visando alterações na gestão fiscal que afetem positivamente a capacidade do município em realizar gastos produtivos. O remédio amargo é bastante conhecido, um ajuste fiscal, com base no aumento das alíquotas dos impostos e redução despesas públicas.

Em suma, as evidências listadas apontam que ajuste fiscal eficiente, tanto em termos de gerar a estabilização fiscal necessária ao Estado como em termos das repercussões nas taxas de crescimento econômico, é **ajuste alicerçado no corte de despesas correntes, que preserve os gastos com capital, e que evite elevações recorrentes da carga tributária**. [...] Com vistas à preservação dos investimentos municipais, é necessário equacionar o problema da previdência do funcionalismo municipal e também desacelerar o crescimento da despesa com pessoal ativo. O que permite elevação da capacidade de investir do município via diminuição das despesas correntes. Concomitante à necessidade de redução das despesas do município, há a necessidade de manutenção e aprimoramento dos serviços de educação, saúde, saneamento, habitação e urbanismo. O que aparentemente torna temerária a sugestão de reduzir as despesas com essas funções numa cidade como Fortaleza, tão marcada pela desigualdade e precariedade com que vive grande parte de sua população. **No entanto, reduzir as despesas não implica um fornecimento reduzido de bens e serviços públicos**. [...] O FMI divulgou um relatório em 2015, em que, entre outras coisas, estimou o potencial de geração de economia a partir da **redução do nível de ineficiência no fornecimento de bens e serviços públicos**. Conforme os dados do FMI, o potencial de economia para o Brasil chega a 3,25% do PIB/ano. Tomando por hipótese que o **município de Fortaleza compartilhe nível semelhante de ineficiência** e considerando o PIB de 2013 da cidade, tem-se que potencial de economia por meio da redução do nível de ineficiência é da ordem de R\$ 1,7 bilhão/ano. Ainda que o nível de ineficiência do Brasil fosse o triplo de evidenciado por Fortaleza, a economia com a redução da ineficiência seria superior a R\$ 500 milhões/ano. **Portanto, uma fonte, nada desprezível, de orçamento para o Fortaleza 2040 é, sem dúvida, a redução da ineficiência na gestão e no fornecimento de bens e serviços públicos**. (PLANO FOR2040 – v. 1, 2016, p.198 a 200, grifo nosso).

Como discutido no primeiro capítulo dessa dissertação, a ideia geral de desenvolvimento e crescimento econômico, perpassa um ajuste fiscal, com corte de despesas correntes (pessoal, serviços, consumo), ampliação da base arrecadatória e reforma da previdência. Solução que também a acompanha o discurso acerca de ineficiência dos gastos públicos.

A cidade de Fortaleza terá seus ativos valorizados após a implementação do Plano. Podendo se valer do fator verde em seus tributos para induzir os investimentos privados em cisternas, usos de placas fotovoltaicas, o plantio de árvores etc. A análise da capacidade de investimento do município, combinada com as propostas aqui listadas, mostra que **as metas do Fortaleza 2040 podem ser alcançadas por meio de uma gestão eficiente dos recursos públicos e de sua integração harmoniosa com a iniciativa privada bem como a formação de parcerias com os órgãos multilaterais de fomento ao desenvolvimento econômico e social**. (PLANO FOR2040 – v. 1, 2016, p.201, grifo nosso).

O plano também está em sintonia com a abordagem da Economia Institucional, onde o comportamento das instituições é fator determinante para o crescimento econômico e na evolução dos sistemas econômicos, como discutido no primeiro capítulo do referencial teórico da pesquisa.

Já a **qualidade institucional como causa fundamental do crescimento econômico** é devida aos trabalhos do historiador econômico **Douglas North**, destacando aqui o de (1990), em que ele formulou um modelo no qual **instituições são causa fundamental do desenvolvimento econômico de longo prazo**. A **Economia Institucional** ganhou força e foi posteriormente aperfeiçoada pelos trabalhos de vários economistas, muito especialmente os trabalhos de Daron Acemoglu, que contribuíram significativamente para o fortalecimento deste aparato teórico na ciência econômica. (PLANO FOR2040 – v. 1, 2016, p.201, grifo nosso).

Pode-se resumir os componentes de Viabilização Financeira do Fortaleza 2040 através do seguinte trecho do plano.

Embora o orçamento consolidado e as análises de custo e benefício apontem para a viabilização financeira do Fortaleza 2040 e seus respectivos planos, uma vez que os recursos necessários não chegam a comprometer mais de 30% das receitas próprias ao longo dos 24 anos, **muitas destas ações ou projetos dependem da captação de recursos do Governo do Estado, da União, iniciativa privada ou recursos externos**. Captar recursos é bem mais fácil quando se tem um projeto com a qualidade do Fortaleza 2040, mas, por outro lado, tem-se um grande conjunto de projetos executivos a elaborar, orçamentos mais precisos e mais completos, centenas de contratos, convênios e parcerias com demais entes ou bancos de fomento a firmar, o que remete para a criação de escritório de gestão de projetos vinculado ao Iplanfor. Vários planos possuem ações ainda não detalhadas e orçadas, pendências a serem sanadas pelo órgão gestor da política. Deverá se proceder também um estudo mais aprofundado sobre quais despesas correntes serão substituídas por gastos incorporados aos planos propostos, e quais tendem a permanecer. O mesmo vale para gastos com pessoal e investimentos. Dessa forma, poderá se ter maior precisão sobre o montante exato das receitas municipais que poderá ser comprometido com as ações do Fortaleza 2040. Deverão também ser modeladas operações urbanas que possam viabilizar a execução dos corredores de urbanização e dos projetos específicos previstos no Plano Mestre Urbanístico e de Mobilidade. (PLANO FOR2040 – v. 1, 2016, p.246 e 247, grifo nosso).

Assim, no tocante à viabilidade financeira o FOR2040, ressalta-se a proposta de um pacote de medidas econômicas, tendo o poder público como principal condutor e catalizador do crescimento econômico e a iniciativa privada, apenas como parceira em investimentos públicos, o que o plano vem chamar de “integração harmoniosa”. Fica aqui um receio quanto à capacidade governamental em conduzir esses macroprocessos sem uma inserção maior do capital privado e das forças de mercado.

Por último, a análise do desenho do Plano estratégico da saúde, realizada a partir dos elementos estruturantes do planejamento, tendo como base a contextualização discutida anteriormente, sobre a situação da saúde e seus determinantes, sociais e ambientais.

No desenho deste Plano foi considerada a transição demográfica de redução da fecundidade e fertilidade e envelhecimento populacional progressivo; o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis; a constância de elevadas taxas de morte por causas externas, homicídios, acidentes e suicídios; a persistência de doenças infecciosas e parasitárias; e taxas ainda elevadas de mortalidade materna. No enfrentamento destes desafios deve-se articular ações de assistência e promoção de saúde, com ações intersetoriais que possam intervir, conjuntamente, nos determinantes sociais do processo saúde-doença. [...] **O escopo da proposta do Plano de Saúde do Plano Fortaleza 2040 está distribuído em linhas de ação relacionados com os ciclos de vida, a formação profissional adequada, a organização de serviços em redes de atenção e a convivência saudável em sociedade, como também atenções específicas para o atendimento adequado à população negra e população LGBT, além de atenções especiais a pessoas portadoras de deficiência.** (PLANO FOR2040 – v. 4, 2016, p.26 a 27, grifo nosso).

O plano estratégico da saúde coloca como os principais desafios a elevada desigualdade social de Fortaleza, o aumento de doenças crônicas, o mudança no perfil demográfico. Para tanto, foram consideradas os seguinte diretrizes gerais e objetivos específicos, metas e resultados esperados e linhas de ação para uma análise comparativa entre a fases normativa e estratégica e a tático-operacional.

#### **[Diretrizes Gerais]**

- Garantir, ampliar e qualificar a oferta e o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na justiça social, humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde;
- Garantir o cuidado integral às pessoas nas várias fases do ciclo de vida, considerando as questões de gênero, orientação sexual, étnico racial, religiosas e em situação de vulnerabilidade social;
- Garantir o atendimento às urgências, com expansão e adequação de unidades de pronto atendimento (UPA), de serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU), de hospitais e centrais de regulação, articuladas às outras redes de atenção;
- Promover a inovação e incorporação tecnológica em procedimentos e protocolos clínicos, baseados em evidências científicas;
- Estabelecer que as prioridades de ação, investimentos e ajustes curriculares, na formação profissional, sejam baseadas no perfil epidemiológico e necessidades da população;
- Implementar e consolidar a gestão democrática, integrativa e humanitária no acolhimento e organização dos serviços;
- Fortalecer a vinculação do processo de ensino aprendizagem acadêmica aos diversos níveis do sistema único de saúde;
- Profissionalizar a gestão pública, rompendo com o espontaneísmo, o compadrio, a ineficiência e o desperdício;
- Atualizar o código sanitário municipal, que ordene a prestação de serviços que afetem direta ou indiretamente a saúde da população, protegendo-a de riscos potenciais biológicos e não biológicos, ambientais e do trabalho, prevendo inclusive respostas imediatas diante de desastres naturais e emergência em saúde pública; e
- Integrar e articular as redes públicas de educação e de saúde;
- Promover práticas corporais e atividade física nas escolas;
- Promover a alimentação saudável e adequada;
- Desenvolver ações focadas na prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas;
- Promover ações de cultura da paz e de prevenção das violências; e

- Promover ações de educação em saúde nas escolas.
- Promover a articulação das políticas públicas afirmativas, que intervenham nos determinantes sociais da saúde, por meio de ações intersetoriais nos espaços dos territórios regionais, na perspectiva da promoção e proteção da saúde. (PLANO FOR2040 – V. 4, 2016, p.30, grifo nosso).

#### **[Objetivos Específicos]**

- População saudável e bem acolhida no sistema de saúde, com amplo acesso à saúde pública de qualidade;
- Saúde pública preventiva e assistencial estruturada em rede, com ampliada capacidade e eficiência; e
- Alimentação saudável e adequada, com apoio de agricultura urbana orgânica e reeducação alimentar. (PLANO FOR2040 – V. 4, 2016, p.30, grifo nosso).

#### **[Metas e Resultados Esperados]**

- Redução da Mortalidade Infantil de 11,8 Óbitos em mil nascidos vivos (2013) para 5,7 (2040);
- Redução da Mortalidade Materna para 10 Óbitos/100.000 N.V;
- Redução da Taxa de Mortalidade Prematura (<70 Anos) por DCNT em 2% ao ano;
- Redução de 80.000 Anos Potenciais de Vidas Perdidas por Causas Externas;
- Elevação da Expectativa de Vida de 74,4 Anos (2010) para 80,2 anos (2040);
- Erradicar a Sífilis Congênita;
- Eliminar casos novos de hanseníase em menores de 15 anos;
- Reduzir o Coeficiente de Incidência da Tuberculose para menos de 10 casos por 100 mil hab. e o número de óbitos em 90%;
- Garantir saneamento básico e água potável de fluxo contínuo para 100% da população;
- Garantir atendimento em saúde de acesso universal, integral, equânime e com qualidade, numa rede de atenção à saúde suficiente nos diferentes níveis de complexidade. (PLANO FOR2040 – V. 4, 2016, p.30 e 31, grifo nosso).

#### **[Linhas de Ação]**

Linha de Ação SA.1 – Envelhecimento saudável e ativo, condições crônicas não transmissíveis e cuidados paliativos:

- Acessibilidade funcional, geográfica, social e cultural aos serviços e espaços públicos;
- Desenvolvimento de atividades intergeracionais nos diversos espaços públicos de convivência.

Linha de Ação SA.2 – Proteção à mulher, particularmente em situações de risco e vulnerabilidade, relacionadas com a violência e o estupro, o ciclo gravídico– puerperal e as doenças específicas da condição feminina.

Linha de Ação SA.3 – Proteção à criança, desde o período de vida intrauterina até a primeira infância, e ao adolescente, em particular o exposto à situação de vulnerabilidade social.

Linha de Ação SA.4 – Assistência à saúde e organização de serviços.

Linha de Ação SA.5 – Assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência.

Linha de Ação SA.6 – Atenção especial à saúde para as populações LGBT e negra. (PLANO FOR2040 – v. 4, 2016, p.32, grifo nosso).

Fica claro observar que o a visão colocada nas diretrizes gerais não é acompanhada, na mesma amplitude, magnitude e integralidade, pelo objetivos específicos, metas e resultados esperados e linhas de ação. Percebe-se que as

diretrizes gerais envolvem um olhar mais sistêmico e global, envolvendo vulnerabilidades social, acesso a saúde, humanização, cuidado integral, inovação e incorporação tecnológica, formação profissional, integração, prevenção, promoção etc.

Através dessa análise, percebe-se que houve uma ruptura entre o pensamento estratégico (visões, missão e valores) e o pensamento tático-operacional (objetivos, metas e ações). Nesse sentido, é possível identificar algumas razões para o distanciamento entre a concepção inicial e as perspectivas finais, no elenco de ações projetadas no plano, como por exemplo: desmembramento e descontinuidade das equipes que iniciaram os estudos e as que concluíram as ações.

Outro ponto visto é a dificuldade dos participantes em materializar ações criativas e inovadoras. Aqui vale a máxima de Abraham Maslow, psicólogo americano, “Para quem só sabe usar martelo, todo problema é um prego.” Ou seja, os profissionais de saúde mantiveram as mesmas soluções, para velhos problemas, mesmo tendo a consciência da abrangência, capilaridade e intersectorialidade dos determinantes de saúde.

Fato esse que pode ser observado no plano, a partir da constituição das metas e resultados esperados que têm como base de monitoramento, indicadores usuais de resultados para área da saúde. O interessante seria que o plano contivesse novos indicadores, mais integrados a outros condicionantes e determinantes de saúde, conforme as análises e diagnóstico realizado inicialmente pelos estudos do FOR2040.

O mesmo pode ser dito em relação as linhas de ação, braço operacional do plano, como visto, as linhas de ações sofreram perdas no processo de elaboração, ademais também estão dissociadas da visão estratégica inicial. As ações desenhadas não são capazes de realizar as mudanças necessárias na saúde do município, posto que, estão muito voltadas a questões e procedimentos internos da Secretaria de Saúde do Município.

Em uma análise crítica voltada diretamente as ações infere-se que existem repetições de intervenções e práticas, todas porém, isoladas do contexto, faltou articular e integrar as estratégias, ações e atividades de assistência social, segurança, juventude, educação, justiça e de assistência à saúde, em todos os ciclos de vida e considerar as condicionantes sociais, econômicas, territoriais e ambientais. (As ações do plano estão detalhadas no ANEXO A da análise de texto).

Também não há integração entre a as próprias linhas de ações de saúde,

muitas vezes percebe-se repetições entre ações. Faltou ainda priorizar ações, identificar o “por onde começar”, em um rol de mais de oitenta ações, não existe uma orientação quanto às ações prioritárias e secundárias. Pelo aqui exposto entende-se que o desenho operacional apresenta dificuldades para a sua implantação, bem como, não será capaz de mudar a realidade da saúde de Fortaleza. (Análises preliminares e impressões do plano estratégico da saúde já foram apresentadas no segundo capítulo).

#### **4.4 Relatório de Análises e Considerações do Contexto**

Inicia-se a análise dos dados coletados nas entrevistas, pela perspectiva dos atores entrevistados, envolvidos no processo de elaboração e implantação do Plano estratégico da saúde. Aqui a fala dos gestores, técnicos e conselheiros, foram categorizadas e analisadas de acordo com cada eixo da Pirâmide de Governo de Matus (1989), sendo eles: o Projeto Social e Institucional da política, o modelo de Governabilidade e Governança Política e o Desenho Operacional do plano e conforme o método de interpretação proposto por Bardin (2016).

Desta forma se utilizou o cruzamento de dois métodos de análise, a análise do Governo e Análise de Conteúdo, para o estudo do contexto institucional.

##### **4.4.1 A Visão do Gestor**

Desta forma, quanto aos objetivos do plano em gerar qualidade de vida e bem estar, o GESTOR 1 percebe uma “desconexão com a efetiva problematização da saúde”, coloca que a visão do plano tem que ser mais evoluída, mais ampliada, para que ser capaz de “mudar comportamentos, mudar estilos de vida” e não apenas com o olhar na doença.

Em sua análise, o GESTOR 1 coloca que o plano possui uma “visão míope e de pouco alcance” e desconectada com os outros instrumentos de planejamento da Prefeitura. Em sua conclusão observa que as ações do plano “ineficientes e inapropriadas”, desta forma afirma que o Plano não alcançou o que se pretendia, posto que, ele não possui uma estratégia de mudança de comportamento da população, através da promoção e prevenção da saúde.”

A minha impressão inicial é que o Plano estratégico da saúde do Fortaleza 2040, ele apresentava mesmo mediante um diagnóstico amplo, uma **desconexão com a efetiva problematização da saúde de Fortaleza** e conseqüentemente com as ações que deveriam ser inseridas desdobradas para que efetivamente mudasse o panorama dessa saúde em Fortaleza. [...] Precisamos evoluir mais [...] **O que efetivamente vai mudar a saúde de uma população é mudar comportamentos, mudar estilos de vida, atentar para que não se pode correr apenas atrás de doenças** e efetivamente cuidar do bem estar das pessoas. [...] O Plano não alcançou o que se pretendia quando nasceu o Fortaleza 2040 e acho que ele não consegue alcançar a dinâmica de mudar o comportamento da população, através de prevenção, através de promoção da saúde. (GESTOR 1, grifo nosso).

Seguindo esse mesmo entendimento o Gestor 2, considera que o olhar está muito voltado à prestação de serviços e coloca que o foco deve ser outro, não a correção e sim a prevenção.

[O plano] não tem uma análise crítica mais consistente acerca do sistema [...] mas **tudo muito ainda no foco, infelizmente, do próprio sistema** [...] eles [os consultores] **se limitavam muito ao serviço de saúde** e os que tradicionalmente eram ofertados pelo SUS [...] Ou seja, a demanda específica desses grupos era o que não estava funcionando a contento no sistema de saúde tradicional. [...] **Uma coisa é saúde pública, outra coisa é serviço de saúde.** Temos que ter um plano voltado para a saúde pública. Então, a saúde pública está nas pessoas, está no ambiente saudável ou mesmo na moradia insalubre. Mas, nunca em serviço, serviços na verdade, para mim, considero como a última instância do paliativo. **É o corretivo, não é o preventivo. Então, a estrutura do Plano de Saúde, ele está limitado ao serviço de saúde e não ao que impacta na saúde.** É isso! (GESTOR 2, grifo nosso).

O GESTOR 2 coloca a insatisfação com o plano e com as ações, que não são adequadas e apropriadas para a construção da qualidade de vida e o bem estar para a população, visto que, não trazem propostas para mudanças no estilo de vida das pessoas do ambiente, pois não considera as causas do adoecimento, tem como metas apenas o tratamento das doenças e agravos.

No feriado, eu fui lá na casa deles, dos consultores, e pedi para eles e fiz duas perguntas para eles: **Primeiro, o que ocupa 70% dos leitos do IJF hoje? Eles responderam: acidente de moto. O que tem aqui no plano de saúde relacionado a isso?** Eu lhe pergunto: o que está ocupando a grande maioria dos postos de saúde hoje? Arboviroses. Oriundos de quê? De saneamento. Onde tem aqui uma linha de saneamento do plano de saúde? Ou seja, as questões que apontei, as questões mesmo de social, alimentação, obesidade, falta de prática de esporte. O que tem aqui a um plano de saúde relacionado a isso? Diabetes. São doenças que estão tomando por parte da frente das causas de morte. **Apesar das insistentes provocações, nada mudou.** (GESTOR 2, grifo nosso).



O GESTOR 2 sinaliza a vontade de rescrever o plano em um perspectiva mais ampliada, onde o plano não seja apenas da Secretaria de Saúde, mais um plano de saúde para a cidade.

**“[...] Eu fiquei muito insatisfeita com esse Plano de Saúde, vou rasgá-lo, fazer um outro totalmente diferente [...] Queria muito fazer um outro plano de saúde, para o Fortaleza 2040. [...] Agora, esse não é um plano de saúde, esse é o plano da secretaria de saúde.** Essa é a confusão que se faz. Estamos tentando inclusive montar um sistema de planejamento para as pessoas entenderem que essas matérias elas não podem ficar limitadas a execução de um órgão. (GESTOR 2, grifo nosso).

O GESTOR 3 também considera que o plano deve ser revisado, pois percebe que existem lacunas, principalmente na parte de integração com outras política públicas, pois percebe que a SMS sozinha não conseguirá reduzir os indicadores negativos de saúde, como a violência, acidentes de trânsito e saneamento. Para isso, aconselha uma maior articulação com outras secretarias, para que sejam criadas ações conjuntas que possam realmente dá resultados.

Assim, como na saúde, as ações que estão sendo tomadas na área de mobilidade e acessibilidade no curto prazo [...] é um grande aliado da saúde. **A saúde não consegue reduzir a velocidade no trânsito, mas o pessoal da mobilidade consegue. Com isso descongestiona o maior hospital de emergência traumática que é o IJF, ele sozinho não consegue. Então se olhar só para dentro dele, ele vai continuar aumentando o número de leitos, continuar contratando médicos e profissionais da área de saúde, não vai acabar nunca isso, vai virar uma bola de neve [...]** O Plano de saúde, ele precisa passar uma revisão, para ter um entendimento mais ampliado do que deve ser o Plano de saúde. Com o olhar da prestação de serviço, da sua rede de equipamento que ele tem disponível, com a sua estrutura de profissionais que ele tem. Mas, ele tem que entender que tem ações que vão melhorar a situação de saúde da população que não depende só dele. Mas, que o plano, e **o setor saúde tem que se articular com outros para que os outros setores possam contribuir para a melhoria dos resultados** do Plano de Saúde, ele tem que enxergar isso. (GESTOR 3, grifo nosso).

Acrescenta ainda que o olhar do plano deve estra voltado não apenas ao atendimento das demandas crescentes por saúde, pois dessa forma, sem minimizar as causas dessas demandas, o aumento por infraestrutura e insumos, não terá fim, somente aumentará e os problemas reais de saúde não terão sido verdadeiramente resolvidos.

**Não podemos pensar que vamos ter 25% de investimento na área de saúde, de número de gastos, de gastos na área de saúde, e que chegou a 28%, e que daqui há cinco anos vai ser 30%, que daqui há 10 anos vai ser 40%, e que daqui a pouco vai ser 100% dos gastos do município, não**

***pode pensar dessa forma. Se for analisar em um cenário tendencial vai chegar a isso. Porque, ele está crescendo o tempo todo. Ele não pode continuar crescendo. Ele não vai continuar, não pode, não deve continuar crescendo, se ele tiver colado e ele enxergar qual é a contribuição dos outros planos. Se ele conseguir fazer isso e se abrir para olhar as contribuições, para diminuir inclusive o seu esforço, diminuir a carga e a responsabilidade para dizer: o problema de saúde não é da secretaria de saúde, não é o plano de saúde, ele por si só que não vai resolver os problemas de saúde da população, mas as outras políticas vão influenciar, então hoje nesses últimos anos, em especial esse último ano, as ações que a Secretaria de Saúde em grande medida tem feito muitas ações de forma articulada e tem dados resultados muito bons, essas ações integradas com outras áreas, isso tem aberto espaço, o plano tem que refletir, essa intenção, esse é o resultado de curto prazo. Isso tem que estar pensado no longo prazo também.*** (GESTOR 3, grifo nosso).

O GESTOR 4 analisa que a saúde acaba respondendo por outras políticas públicas que falharam em seus objetivos, sendo assim o fim de uma cadeia que não deu certo. Por isso, também coloca a necessidade de mais integração.

Na questão da saúde, propriamente dita, é porque percebemos que foi visto muito **que a saúde muitas vezes é o fim de algumas políticas sociais que tiveram falhas ao longo de seu processo.** Essa visão da intersetorialidade, que você **ver a saúde integrada dentro das políticas sociais,** mas que precisamos **trabalhar essa visão da intersetorialidade,** toda conta dessa cidade, dessa população mais saudável, com mais qualidade de vida. Então Fortaleza 2040, ela resgata muito isso, as visões das políticas sociais, da intersetorialidade. (GESTOR 4, grifo nosso).

O GESTOR 4 concorda que saúde é muito mais que unidades de atendimento, contudo, coloca que a visão que foi trabalhada no plano partiu do processo de escuta popular e que para os usuários saúde é ter suas necessidades atendidas, é o rápido tratamento da doença, é o equipamento de saúde funcionando. Ou seja, ressalta que o olhar dado ao plano foi o resultado das demandas populares oriundas do processo de participação e que o plano teve o foco do momento.

Hoje, o próprio cidadão tem muita carência de ver a saúde, como extremamente ter mais próximo de sua casa, do seu domicílio em equipamento de saúde, como equipamento, **que na verdade não é saúde, que é muito mais da doença.** Então foi muito mais essa visão, que hoje fazemos e se você olhar, foi muito ainda **voltada, olhada, muito essa visão de equipamentos, como se saúde fosse só isso e que sabemos que não é.** Mas, compreendemos que foi muito mais essas conquistas. **Foi dada ao povo essa oportunidade de falar e eles vão falar que é importante ter,** mas que precisamos ter essa visão, que acho que ao longo desses tempos, desses anos, vai sendo ajustado isso. Quando, com certeza você teve um governo que investiu muito na estrutura, já daqui há um tempo, acho que se vier agora fazer algum outro olhar, não vai ter tanto a necessidade, como foi vista alguns anos atrás. Por isso que existe uma carência muito concreta de necessidade de melhoria de equipamentos, tudo. **Então, a população não ver essa visão muito essa visão da saúde, ela ver mais a doença.** A doença, ela está muito focada na questão dos equipamentos. Então se você

ver, como foi investido muito nessa primeira etapa, no início do plano e nos equipamentos, nas melhorias das estruturas. Se isso fosse com certeza avaliando, vai se norteando melhor, vai se colocando, vai se agregando a outros fatores e esses outros fatores quando vejo no Plano de Saúde de que se deve ter uma visão muito mais focada, na visão da intersetorialidade é uma coisa muito real. Exemplificando, você pega a questão da violência hoje, superlota as nossas unidades hospitalares e **nós somos o fim de algo que não foi construído.** [...] Você vai vendo que **a população sente a necessidade de ter cada vez mais a visão do Hospital, a questão das emergências, das urgências para dar conta de toda essa necessidade,** de quando você ver o ente sofrendo algum dano, um ente querido você quer logo uma resposta. Então o plano de saúde, **ele foi nessa realidade, porque foi aberta essa discussão** e que com certeza ao longo do tempo, vai ser monitorado esse plano, ele vai se agregando mais a outros valores que entendemos como plano de saúde, para dar conta da real qualidade de vida das pessoas. (GESTOR 4, grifo nosso).

Todavia, entende que o planejamento é um processo e que, por isso, o plano deve ser sempre ajustado para que as necessidades sejam atendidas, para tanto, o plano deve ser constantemente monitorado. Também observa que o plano estratégico da saúde deve ser um plano de Estado e não um plano de Governo.

PESQUISADORA: Mas, assim nessa questão, a senhora acha que as ações que estão no plano, elas podem contribuir? GESTOR 4: **O Plano, ele olhou, fez o foco naquele momento.** Acho que quem está coordenando o plano, tem a clareza que vai ser monitorado. Cada vez mais ele vai fazendo o que? **O PDCA, ele vai rodar o PDCA.** O que foi que naquele momento eu não vi, que hoje estou vendo? O que eu posso agregar? O que eu agreguei? O que o plano me trouxe de novidade e de melhoria para esse território? Para essa área? Na área especificamente da saúde, da visão com a integração das outras políticas, da **intersetorialidade**, vai dar um tempo que as coisas vão melhorar. Estão entendendo e que muitas vezes não é vista se não se apercebemos, mas o que foi? Não, foi isso. Foi um momento que se abriu dentro do município, dentro de um território um plano, que se ver um planejamento ao longo dos anos, e que não se viu em uma visão segmentada, se viu o todo. Então é **uma visão muito mais sistêmica.** Quando você tem muito o plano, muito segmentado. Não tem o plano estratégico da saúde. O plano nos permitiu ver uma cidade mais completa. Que isso é uma coisa muito importante. Uma coisa complemente a outra. Muitas vezes **se eu estou melhorando o ambiente, eu vou melhorar também o meu sistema de saúde,** eu vou ter menos agravos, provavelmente de doenças que podem está até sendo contribuído pelo próprio lixo, pela própria não limpeza. Acho que vai sendo. O plano ele vai ser muito importante, se ele tiver o **olhar de monitoramento e de retorno.** De fazer o **feedback,** de fazer, retornar depois. Porque nós cada vez mais que se inteira de projetos de planejamentos, compreendemos que precisamos de um tempo, não só de amadurecimento, que possamos ter uma noção muito grande, um plano desse para dar conta de uma cidade, para quase 20 anos. Que se pensa que é muito, mas não é. Achamos que é o tempo necessário para **consolidar algumas políticas de estado, não política de governo.** Mas, o que se precisa ter cada vez mais muito forte são essas políticas que possam permear por anos e anos, com uma lógica de início, meio e fim. Principalmente para uma cidade como Fortaleza, a quinta capital de um País, como o Brasil, de muita desigualdade no seu território.... Precisamos pensar isso... ao longo do tempo e o **que mais claro fica é que não temos política de governo mas, política de Estado.** (GESTOR 4, grifo nosso).

Pelo relato dos entrevistados, percebe-se que os gestores concordam que o plano estratégico da saúde precisa ampliar o foco de suas ações para além da prestação dos serviços, mas também para as ações voltadas a mudanças e transformações sociais. Para tanto, acreditam que a SMS sozinha não é capaz de solucionar os problemas da saúde Fortaleza, para isso precisa trabalhar políticas intersetoriais e transversais efetivamente.

Todavia, o GESTOR 4, que iniciou os trabalhos de elaboração do plano, coloca que a visão do plano é um reflexo do processo participativo, posto que as ações foram colocadas pela população, que por sua vez ainda percebe a saúde como o tratamento da doença através dos equipamentos e profissionais de saúde. Também coloca a necessidade da integração de políticas ressaltando que muitas vezes a saúde acaba por refletir o resultado de políticas que não deram certo. Os gestores consideram a possibilidade do plano ser reescrito dado suas limitações e lacunas.

A análise da fala dos gestores segue para o segundo vértice da Pirâmide de Governo de Matus (1989), o modelo de Governança Política, no qual está envolvido o plano estratégico da saúde. O GESTOR 1, ressalta que apesar de ter existido no processo de escuta social muita participação, considera que o plano é pouco inclusivo e que não vê possibilidade de que haja um efetivo controle social, levando em consideração que o plano na forma que foi escrito não permite a participação social no processo de implantação do plano, posto que trata-se apenas de execução de serviços públicos, sob a responsabilidade do poder público.

Ele assegurou esse processo de participação, em relação ao **diagnóstico, que milhares de atores foram efetivamente ouvidos**. O que acontece é que **a execução deles não permite** que se acompanhe efetivamente com o **controle social mais adequado**, a implementação do jeito que ele está. Então nesse aspecto ele apresenta pouca possibilidade de acesso e participação na implementação desse plano e no acompanhamento com o efetivo controle social. (GESTOR 1, grifo nosso).

Já o GESTOR 2 destaca que o plano, por se só, não garante nada e que é necessário constante debate da sociedade isso parte pela mudança de posturas e de consciência. Contudo, reforça que existem instrumentos no modelo de governança do FOR2040 que asseguram a participação e o controle social e cita as câmaras setoriais, os fóruns territoriais e observatório da cidade. Frisa que a sociedade tem que se apoderar no Plano, para que esse modelo realmente funcione.

O plano em si não segura nada. **O que segura o plano é o debate** que se faz para construir, ou seja, a consciência que se traz as pessoas e o processo de formação de um plano. [...] Então, por exemplo, quando você cria um embrião de raciocínio, uma forma de embrionar o raciocínio na cabeça das pessoas, para poder fazer uma ruptura e trazer essa consciência. **Claro, que sempre teremos conflitos de interesse, o plano também está dentro do jogo de interesse, ambiente político, como você está colocando.** [...] O nosso ambiente político, ele é controlado pelo ambiente econômico. [...] Nós agora esse ano estamos trabalhando com a implementação do modelo de governança [...] Uma coisa importantíssima para reforçar que eles sejam executados, é composta por três pilares: **câmaras setoriais**, espaços de acompanhamento de execução desses planos feita pelos órgãos responsáveis do ambiente municipal; [...] O segundo são os **fóruns territoriais**, então, o fórum é aberto, um espaço para discussão, sempre aberto e também não só para ter discussões ali, mas também uma ligação entre do território para os órgãos. Que é muito importante a questão do protagonismo do próprio território. [...] O terceiro ponto seria o **observatório da cidade** que trazemos exatamente essas discussões todas, em nível da política pública por temática, **para começar criar uma mentalidade de Fortaleza pensar na cidade.** (GESTOR 2, grifo nosso).

O empoderamento do plano pela sociedade, para o GESTOR 3, é a melhor forma de garantir o modelo de governança política, todavia reconhece que a população ainda não se apropriou do FOR2040 e de suas políticas, por isso, considera que nesse momento, o que vai garantir a sustentabilidade política do plano no longo prazo é um marco legal e que esse processo passa por uma emenda na Lei Orgânica do Município. Acrescenta que essa institucionalização do FOR2040 passará pela formalização e de fortalecimento da política de planejamento municipal, hoje inexistente.

O GESTOR 3 ressalta que o empoderamento da sociedade é fundamental, como também trabalhar na população uma visão de longo prazo, hoje muito focada no curtíssimo prazo, contudo entende que esse olhar no “agora” é um reflexo das carências e demandas sociais não satisfeitas.

Quando falamos de mudanças políticas, não é simplesmente trocar o gestor, mas a mudança muitas vezes são ideológicas na gestão. Isso tendo uma vacina que pode minimizar muito essas transições que é a população entender que o que está planejado é o melhor para a coletividade. Enquanto, a população não tiver esse entendimento, esse plano, vai poder ser maculado de todas as formas, **porque não tem lei que vai sustentar esse plano.** Se a população não entender e ela não participar de forma efetiva na condução das ações que forem previstas pelo plano, então... [...] **Quando se pensou o modelo de governança para o plano, foi pensando em ‘empoderar’ a sociedade para influenciar a tomada de decisão do poder público.** [...] Então, essa apropriação [por parte da população] não é uma coisa muito fácil, porque é natural, não é porque as pessoas querem assim, **mas é natural que hoje com tanta carência, com tanta demanda sempre o olhar é de curtíssimo prazo,** é o buraco da calçada, é a criança que não pode ir para a

escola, porque não tem um problema de violência, é o problema do remédio que não chegou, que está com a mãe doente, não sei o que. Então esses problemas de curtíssimo prazo, eles nesse plano de ação que estabelece, principalmente é para tentar debelar ao máximo esse problema de curto prazo. **Para começar a abrir esse cenário, descortinar o plano para as pessoas conseguir enxergar a visão de futuro, porque se não vão ficar olhando só para o problema que está na frente que é o do dia a dia.** [...] Essa população hoje, ela está querendo necessidades básicas que sejam atendidas, básicas, são ações de curto prazo mesmo. [...] **Nem todas as pessoas querem participar, essas lideranças nem sempre se manifestam de uma forma adequada.** Então congregar esses interesses que é o grande desafio. Mas, só se tiver isso. [...] Temos colocado: senão conseguirmos organizar a sociedade, **não é porque o prefeito quer, é porque ele entende que é importante para a cidade. Mas, a sociedade tem que se convencer de que é também.** Não basta entendermos que é, todo mundo tem que entender que ele é importante. (GESTOR 3, grifo nosso). PESQUISADORA: **Existe um marco legal que assegure isso, enquanto a sociedade não se apodera?**

GESTOR 3: Então, dentro do Plano de governança, ele está previsto essas ações de instrumentalizar todos os procedimentos, inclusive a **institucionalização do Plano Fortaleza 2040.** Passa por um ajuste na Lei Orgânica do município e passa para a edição de uma lei complementar. **O plano Fortaleza 2040, não é um plano da política de desenvolvimento urbano... ele é muito mais amplo,** tem uma abrangência muito maior para o plano diretor. Ai a pergunta é: se ele é um plano, qual é a política que está dizendo que deve existir esse plano? Porque, o plano não pode estar sozinho do meio do nada. Então **a política entendemos que deveria dar essa orientação é a política de planejamento** que ela não está institucionalizada a política de planejamento do município. (GESTOR 3, grifo nosso).

E finalizando acrescenta que outro ponto que é trabalhado no modelo de governança, além do empoderamento, e a aplicação de canais comunicação, é melhorar o relacionamento entre prefeitura e a sociedade.

Ao estruturar esse modelo de governança, garantirmos que todas as pessoas sejam ouvidas naquilo que ela tem de melhor: ou como técnica, como profissional ou como entidade de classe ou como morador da cidade [...] A prefeitura disponibilizando informações e a sociedade cuidando dele, cobrando da prefeitura. Que é esse o pensamento que está dentro do plano e é esse observatório lá e a prefeitura seria um desses observatórios que orbitam, esse observatório de governança. **Neste momento não foi possível, porque a sociedade, não está organizada dessa forma, não tem maturidade para ter essa abrangência de atuar em torno desses segmentos.** [...] Então, a prefeitura ela tem dentro da sua estrutura organizacional uma coordenadoria de participação social. Mas, essa coordenadoria se recente de falta de recursos, recursos humanos e tudo mais, para ampliar suas ações. Muito embora ligada a uma rede de agentes de cidadania, mas ela como estrutura da prefeitura, as pessoas se ressentem. Então, tem que melhorar, ajustar um pouco melhor internamente a prefeitura, para conseguir avançar, para inclusive sistematizar essas demandas, dar esse encaminhamento, temos feito um esforço está em estágio inicial, mas inclusive para **melhorar esse relacionamento da população com a prefeitura.** (GESTOR 3, grifo nosso).

O GESTOR 4 observa que a governança do plano passa por uma tomada de consciência da população, que também tem seu percentual de responsabilidade, tanto no saber cobrar e acompanhar, tem que ser um cidadão político ativo. Como também coloca que o poder público tem o papel de educar e facilitar a comunicação.

Nós temos hoje, as pessoas a população, elas estão adoecendo de doenças crônicas, e as condições crônicas **eu preciso dividir com os gestores, com os homens públicos, da minha responsabilidade como indivíduo e como cidadão. Eu preciso saber me cuidar também, porque eu dirijo uma moto, um transporte de duas rodas e saio bêbado... Quer dizer, aí tem um acidente, traumatismo, vou encher [o hospital], vou participar daqueles corredores, vou viver naqueles corredores, porque é uma imensidão de gente.** Eu vou ter essa visão, essa mudança desses cenários, onde também, o plano, nos permite ao longo do tempo também eu me apoderar dessas informações, eu ser ponderado das condições que eu posso contribuir, que **são minhas responsabilidades de contribuir para a melhoria da minha vida, da vida da minha população.** Acho que vai ser possível, porque isso vai ter uma evolução muito rápida. Vamos precisar rapidamente ter uma política muito específica, para que as pessoas se tornem consistentes com a sua responsabilidade, com a sua saúde, para que eu possa ter cada vez mais. (GESTOR 4, grifo nosso).

Ressalta ainda o GESTOR 4 que falta representatividade por parte dos conselheiros, que muitas vezes trabalham apenas suas individualidades, em detrimento do coletivo. Mas, entende que a participação é um processo em construção e que isso tem melhorado ao longo dos anos.

Vamos compreender. Que aquilo não foi um plano específico de um governo, mas um plano de Estado que vou precisar brigar pelos meus direitos também, **vou me tornar um cidadão mais político, um cidadão mais coerente e de saber cobrar.** Se eu coloquei lá, vou saber escolher bons governantes, para dar continuidade aquele plano. Nós temos hoje conselhos, aqui em Fortaleza mesmo, tem os conselhos locais, regionais, o conselho municipal que é um caminho, é um espaço que eu vou permitir, eu vou colocar essa participação da sociedade. **Claro que eu preciso também estar, como gestora estar educando, estar permitindo, estar propondo também a melhoria dessa participação, porque somos também os conselheiros, somos cidadãos que vivem em seus territórios.** Então eles chegam, se eles não tiverem uma boa preparação, então eles podem sair do foco, de ter aquele conselho que seja o meio para fazer as melhorias para o plano, ter a visão de planejamento, a visão desse olhar, as necessidades que o povo precisa, ver essa visão epidemiológica da cidade, ver plano, ver tudo isso, como são os objetivos, as metas, os indicadores que acompanhamos se apoderarem de tudo isso dentro do seu contexto, para que eles possam propor a melhoria. **A participação, de uma maneira geral, já temos na saúde, há muito tempo essa participação. Mas, eu diria que sempre acho que precisamos cada vez mais melhorar, mais essa participação, que essa participação ela seja efetiva, realmente.** Que eles representem as diversas representatividades. Por exemplo, percebemos não só do usuário, mas também da própria gestão, dos profissionais, muitas vezes as pessoas acabam não sendo aquela representatividade de que nós gostaríamos que fosse, por exemplo, da forma que está tendo assento nos conselhos, possa também voltar o que foi discutido nessas reuniões, nos diversos momentos

com os seus membros, ela voltar para a sua representatividade. **Como também ela chegar com as propostas, sendo representativas e sendo com suas propostas que representem os anseios de seus grupos, que muitas vezes isso realmente achamos um pouco distante. Muitas vezes as pessoas acabam tendo assento nos conselhos, essas pessoas e muitas vezes se colocam nas suas individualidades, elas não voltam lá para as suas representatividades e também não traz, muito mais essa coisa mais concreta da sua representatividade.** Isso são coisas, que acho que temos melhorado ao longo dos anos. Mas pensamos que poderia ser bem mais participativo. Acho que o plano, permitiu mais ainda a participação, esse canal de participação. (GESTOR 4, grifo nosso).

De um modo geral os gestores acreditam que a governança, a participação e o controle social depende do envolvimento e de uma tomada de consciência da sociedade. Que existem muitos instrumentos de escuta e participação, entretanto, é preciso que a população se apodere do plano, saia da apatia política e esteja interessada na gestão coletiva dos seus territórios. Para tanto, entendem também esse empoderamento social perpassa um evolução cultural e precisa do apoio do poder público para ser consolidada, posto que, exigem ainda muitas demandas básicas para serem atendidas no curto prazo.

Agora, o outro ponto a ser tratado é o Desenho Operacional do plano, aqui os gestores analisam a capacidade de exequibilidade e de implantação do plano, quanto às questões de recursos (financeiros, humanos) e estrutura (física, administrativa e política). O GESTOR 1 percebe o desenho do plano como ineficiente, inapropriado, míope, limitado e desconectado com os outros instrumentos de planejamento em saúde. Considera que o plano deve ser reescrito a partir de uma olhar mais ampliado e inclusivo de saúde.

Acho o plano **inapropriado**, acho o plano **ineficiente**, acho que o Plano não alcançou o que se pretendia quando nasceu o Fortaleza 2040 e acho que **ele não consegue alcançar a dinâmica de mudar o comportamento da população, através de prevenção, através de promoção da saúde**". [...] **Visão míope e de pouco alcance** [...] eu sinto uma desconexão entre o que está escrito com o diagnóstico[...]. A estrutura do Plano, na verdade na minha opinião, ela é desconectada dos outros instrumentos de planejamento da saúde e de toda Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Acredito que ele [o plano] possa ser reescrito através de uma proposta mais abrangente**, mais inclusiva, acredito que ele possa ser redimensionado para tratar das questões da problematização da saúde, com outras ferramentas de planejamento, que agreguem ao diagnóstico que já foi estabelecido, nova visão de curto, médio e longo prazo. (GESTOR 1, grifo nosso).

Esse entendimento é compartilhado pelo GESTOR 2 que não visualiza a exequibilidade e a constância do plano do longo prazo, posto que ele está voltado



para o curto prazo e para a prestação de serviços e que dessa forma, sem foco na prevenção, haverá dificuldades de financiamento do plano.

PESQUISADORA: Então, como você analisa a exequibilidade e a constância do plano de Saúde, contido no Fortaleza 2040, ao longo do tempo? **GESTOR 2: Então, eu não vejo [...]. É tudo curto prazo.** [...] Eles não incorporaram sequer as demandas dos outros planos, no plano de saúde. Porque na verdade, assim, uma grande discussão que foi colocadas no Plano Fortaleza 2040: o direito de serviço de saúde, da nossa Constituição. É uma discussão que está sendo feita... 'ah, mas não temos dinheiro para garantir uma saúde de qualidade, serviço de saúde de qualidade para todo mundo'. Ai? **Não tem dinheiro, não tem mesmo não. Dentro desses termos, teríamos se fossemos fazer de uma forma preventiva.** Porque, não praticar mais esporte? Ver as praças, as condições de segurança. Estimular isso... Ai, sim o dinheiro daria. Mas se for ação corretiva, não dar. Ação preventiva sempre é mais barata. Dá. **Então o plano como um todo, o Fortaleza 2040, tentamos fazer sempre para as causas, e não para as consequências. As causas sempre é mais barato, você chegar e resolver a causa você economiza muito dinheiro.** (GESTOR 2, grifo nosso).

Entretanto, coloca que planejamento é um processo e que as vezes um plano está aí para ser refutado, reconstruído, como uma base para um processo de evolução.

**[Planejamento] Acho que é um processo isso,** não vejo como papel, é um processo. Um pensamento estratégico é um processo, que não tem fim. Vai ter que ir se aperfeiçoando, uma base de reflexão. Eu tenho um plano de saúde mesmo defectivo na mão, posso perguntar para alguém: isso aqui vai mudar em alguma coisa? Imagina que isso aqui de fato vai mudar em alguma coisa? Não, tem quem diga: vai. Sabemos que não vai. Então, vamos ver como é que mudamos de fato. Porque isso é um produto de um grupo de médicos, de personagens da área de saúde pública, de professores das universidades, foi um plano deles. Então assim, é toda uma estrutura para se questionar. 'O que se tem, por aí?' **Então as vezes, o plano só serve para refutar. Para começarmos tudo de novo. Até uma maneira de desconstruir, a desconstrução faz parte do processo de evolução.** Então assim, se eu tivesse nada, e não tinha nem o que desconstruir. Eu tendo completamente uma proposta feita pelo pensamento vigente, é muito mais fácil eu criar um processo de desconstrução, do que se eu não tivesse essa pressa. Então o máximo que evoluímos foi isso? **O plano estratégico da saúde, é um elemento para poder facilitar essa desconstrução, para as coisas serem melhores a partir dessa desconstrução.** (GESTOR 2, grifo nosso).

Para o GESTOR 3 há muito tecnicismo ao plano, considera ainda que há um grande elenco de ações que inviabilizam a tomada de decisão eficaz, por não um critério de priorização de ações.

Esse plano estratégico da saúde, teve um viés muito positivo no aspecto do olhar para dentro do setor e esse viés era para ser em determinado momento, contudo, era para ele ter sido redirecionado, mas infelizmente não foi, **as pessoas se ocuparam muito com o setor interno, com a preocupação**

**dos equipamentos, dos profissionais, das condições de trabalho, da oferta e do serviço [...] Os técnicos se preocupam muito com essa parte, muito tecnicismo mesmo.** É para ter focado em um campo mais amplo, para ver t o espectro todo, **foi o sistema olhando para dentro de si mesmo [...]** Todos os planos têm que ter embutido a visão maior do Fortaleza 2040, que é a redução das desigualdades [...] essa lacuna precisa ser completada. [Outro ponto] Acabam muitas vezes tendo um elenco de ações muito grande e que não se consegue, depois tem uma dificuldade muito grande em priorizar. Então essa uma dificuldade que também não só no plano estratégico da saúde, mas em todos assim, **tem havido assim uma certa dificuldade, em estabelecer critérios de priorização.** [...] A partir do próximo mês, todas câmaras setoriais serão estimuladas a identificar **critérios para priorizar**, ele tem que saber, não pode ter um elenco de 200 ações, que **muitas vezes não vai ser factível executar ou por questões de tempo, por questões financeiras, orçamentárias ou muitas vezes por estrutura institucional. Não tem capacidade instalada para conseguir executar.** As pessoas querem, acho que é importante para não termos capacidade instalada e isso é uma limitação muito grande. Como falando em um espectro mais amplo assim, a Prefeitura tem toda a boa vontade de buscar recursos e tudo no exterior, mas tem uma limitação de tempo (GESTOR 3, grifo nosso).

Explica também que pelo plano ter olhado muito para dentro (execução de serviços) acaba que há uma pressão muito grande exclusivamente as ações do poder públicos, como tudo é normatizado, a tendência é o engessamentos das ações, posto que falta capacidade de implantação (orçamento, finanças, pessoa, ou seja, capacidade instalada).

[...] Não é que não haja coerência, ou seja, tem coerência mas dentro do olhar desse viés que foi dado. Identificada a luz, de como a gestão hoje está enxergando, porque, como ele foi olhado muito para dentro do setor. **Então, a grande maioria das ações depende muito do poder público**, tudo é muito normatizado, o setor de saúde, ele é muito normatizado. [...] Porque, a política municipal de saúde, ela está encadeada, as outras duas esferas dois entes, principalmente da União. **Então eu vejo assim o Plano de saúde, não é uma coisa simples para fazer e executar.** (GESTOR 3, grifo nosso).

Ressalta ainda que mudanças de curto prazo são muitos difíceis, principalmente num plano como o as saúde, contudo acredita que a invocação e a criatividade podem ajudar, como também parcerias com o setor privado.

Em geral não se consegue esses resultados assim, mudanças, muito radicais assim em curto prazo. Muito embora, mais uma vez, temos que ser muito criativo e a inovação ela tem que está à frente. Além de ter esse olhar para a redução das desigualdades, assim todas as ações precisam ter também esse componente, essa pitada, esse tempero de inovação, que ai sim conseguimos com criatividade, essas experiências, os *Benchmarking* que podemos utilizar aí, muitas vezes adaptando para a nossa realidade, isso é muito importante. Então isso que havíamos comentado, essa análise de custo e benefício também: **os recursos para termos para um plano desse tipo são muito grande, muito maior do que a capacidade que temos**, pelo menos de receita e capacidade operacional de executar tudo isso e **nem todas as ações dependem só do Poder Público. Tem ação também do**

**setor privado.** Investimentos que tem – melhorias do espaço urbano, não sei o que mais. A prefeitura não consegue construir nada. Quem constrói é a iniciativa privada. (GESTOR 3, grifo nosso).

O GESTOR 4 acredita que o monitoramento contínuo e as transformações sociais e institucionais são as chaves para alcançar os resultados do plano. Todavia via, não terce comentários sobre a operacionalidade do plano e as dificuldades de implantação das ações.

Eu fiz o diagnóstico, eu vi como ele vai ser e tem que ter o **fortalecimento do monitoramento.** Muito importante o planejamento nessa lógica. Eu sei onde é que estou, sei onde ele quer chegar. Eu tenho o caminho, você trilhou um caminho. Então quando você trilha um caminho, é mais fácil de você, do que você está saindo sem rumo. Você pode até chegar a algum lugar bom, mas é mais difícil. Então você tem tudo isso, **acho que o mais importante do plano é isso é a visão dos parceiros, dos atores.** Foi muita gente que foi ouvida, foram em todos os níveis. Eu acredito que quem chegar e que for chegando ao longo desses anos, vai encontrar as coisas com mais facilidade, porque você vai ter um **instrumento muito rico.** Isso para mim, cada vez mais estamos em um entendimento que precisamos fazer algumas transformações, você precisa utilizar o que você tem, mas você também **transformar** algo, a população precisa, o sistema precisa se aproximar mais, pode ser mais eficiente, mais eficaz, do jeito que ele está aí, já sinalizamos algumas transformações, **fortalecer mais as transformações para que se chegue mais rápido, para dar conta de todas as necessidades para que os recursos eles não estejam sendo desperdiçado inutilmente, sem ter uma noção de resultado, de qualidade que queremos para o sistema.** (GESTOR 4, grifo nosso).

Através da fala dos gestores é possível perceber que eles estão cético na exequibilidade no plano e na capacidade de implementação de suas ações, tanto pelo modo como foi construído, como pela conjuntura político-econômica e como por questões de estrutura da SMS e da própria Prefeitura.

#### **4.4.2 A Mira do Técnico**

Nesse ponto da pesquisa é apresentado como os técnicos percebem os ideais e vieses do plano estratégico da saúde, como identificam os aspectos estratégicos e operacionais e como analisam a viabilidade de execução político-administrativa. Para seguir o padrão estabelecido na pesquisa, primeiramente será analisado a visão dos técnico sobre os Projeto Social e Institucional da política, o modelo de Governabilidade e Governança Política e o Desenho Operacional do plano.

O TÉCNICO 1, considera que o plano foi elaborado de forma estanque, fragmentado, em um formato assistencialista, com foco na doença e não na intenção de tornar Fortaleza mais saudável.

Eu vejo que ele [o plano] **trabalhou a saúde, assim tipo estanque**, a saúde prevenção, a saúde assistência e a saúde doença, cuidar da doença, ele está só assim ... Não é o que está acontecendo e **eu não vejo em nenhum dos planos uma preocupação e uma visão disso de como fazer com que Fortaleza se torne mais saudável, mais preventiva do que curativa**. Na hora que estou invertendo, nos recursos com **o maior volume de recurso é para a parte curativa, não é para a preventiva**. Então como é que eu vou cuidar de prevenção em 2040? PESQUISADORA: Então, podemos chegar a conclusão pela sua fala que o modelo que está hoje na gestão, ele foi transportado para o Plano Fortaleza 2040, no **modelo assistencialista e que há mais volume de contratualização e do que mesmo a questão de prevenção**. TÉCNICO 1: Essa é a conclusão, a finalização da história. (TÉCNICO 1, grifo nosso).

Para tanto, acredita que o objetivo institucional deva ser o casamento entre a política de prevenção e o monitoramento da cidade, acompanhado por uma equipe constante de vigilância em saúde ambiental.

[...] Em uma perspectiva de saúde e ambiente, nas ações. Acho até que já abordei isso... Então, se não houver esse **casamento, prevenção e monitoramento**, a qualquer momento eu tenho que estar revendo minhas metas, porque eu volto a dizer que **o recurso é pouco**, porque a qualquer momento pode está acontecendo esses problemas. As coisas tem que acontecer, tem que vir da raiz, que está na prevenção, tem que ter recurso, tem que ter **grupo permanente de controle** disso, porque a todo momento aparece a dengue, não sei o que, é chikungunya, tudo que são de coisas desse tipo que há muito tempo não existia no Brasil e não vai mudar não. Agora, se não houver uma vigilância, quer dizer, para que tudo isso aconteça **tem que ter uma vigilância em saúde ambiental constante**. Realmente acontecendo, acompanhando os indicadores e monitorar, pode ser. (TÉCNICO 1, grifo nosso).

O TÉCNICO 2 aponta a transição epidemiológica e a desigualdade social como fatores relevantes do diagnóstico da saúde apresentado no plano. Analisa que, para transformar a realidade constatada, é preciso executar as ações de saúde conjuntamente como outras políticas sociais, através de estratégias integradas, capazes de reduzir tanto os indicadores de violência, como os de morbimortalidade, ou seja, trabalhando as causas das desigualdades sociais para diminuir as mortes por fatores externos e o processo de urbanização e saneamento.

[Sobre o diagnóstico do plano] Participei perifericamente, eu participei apenas no diagnóstico de saúde. Ou por outro lado você tem um redesenho urbanístico de alguma maneira influenciar as doenças transmissíveis, aumentando expectativa de vida e tal, qualidade de vida, mas não conheço

as estratégias fundamentais do Plano de saúde, que estão lá no Fortaleza 2040 [...] **Eu conheço o diagnóstico** que uma parte foi feita por nós aqui, que é o diagnóstico que apontava para um cenário de polarização, que tem uma lógica que chamamos de epidemiologia que quando você tem uma situação epidemiológica que você onde a transição não se completou, ou seja, doenças crônicas convivem com agravos adultos. Alguns países falam em **transição epidemiológica**. Sair de um contexto onde havia uma série de predominância de mortes e da própria morbidade, da carta de doenças muito relacionadas as doenças transmissíveis com um cenário de doenças crônicas, tudo no Brasil, Fortaleza, particularmente não. Hoje, você tem um cenário de convivência entre doenças crônicas e doenças agudas. **Não só doenças, mas agravos, como, por exemplo, a violência que durante dois anos consecutivos foi a maior causa de morte em Fortaleza.** Que foram as causas externas. Então esse diagnóstico, mais ou menos específico que fizemos e enviamos para as mesas e acho que as mesas que estavam discutindo o Plano receberam. [...] **Os homicídios** foram a maior causa de morte individual específica de Fortaleza disparado. O homicídio, enquanto, causa específica, ele teve 700, 800 mortes a mais do que pneumonia, em específico que foi o segundo agravo, que teve o maior número de morte. Ou seja, se você teve 2 mil homicídios, como no ano passado, enfim, quantas pessoas foram vítimas de violência e não morreram, por exemplo. **Qual o impacto econômico que isso tem sobre: vão ficar construindo hospitais de traumas? Um, dois, três, quatro, mil? Sem mudar as condições determinantes do ambiente?** Está muito difícil. Esse cenário de Fortaleza atual que você tem uma série de desafios, desafios antigos, desafios novos, faz com que a gente meio que atualmente tenha dificuldades com planos a longo prazo. (TÉCNICO 2, grifo nosso).

No entanto, acrescenta que outros pontos essenciais, para melhoria da qualidade de vida e da saúde, dependem da mudança no estilo de vida da população, um trabalho de longo prazo que depende da integralidade e transversalidade de outras políticas públicas, como esporte, nutrição, educação e urbanismo.

*Acho, Marta, que quando vejo a situação que temos hoje, faço uma análise da situação de saúde, da cidade de Fortaleza, mais ampla. Eu vejo em algumas ações, em algumas estratégias postas em outros setores, uma capacidade tão grande ou maior de impactar indicadores do que propriamente o Plano de Saúde. Vou dizer porque, porque acho que o problema mais grave de Fortaleza, são as desigualdades sociais. Acho que o modo de produção de doença de Fortaleza, é muito particular e está muito bem caracterizado no mundo inteiro. Então se você fizer um urbanismo em um assentamento precário, em uma favela de Fortaleza, você provavelmente tem um maior impacto nos seus indicadores de saúde, melhor do que construir um hospital. **Você propõe muitas ações exclusivamente curativas, no âmbito do tratamento ou mesmo ações que são interessantes de promoção de saúde, mas que são de longo prazo, como por exemplo, estilo de vida, e você não pensa muito em ações que não estão dentro do setor da saúde e que talvez tenham impacto até maior.** Se você imaginar que 40% da população da cidade vive em áreas que são denominadas assentamentos precários. Ou seja, são áreas que não tem assentamentos sanitários, são áreas que você não tem opção de lazer, são áreas onde as crianças, enfim, não tem, vivem situação de quase abandono, de semiabandono. Ou seja, tem indicadores maternos infantis muito ruins dessas áreas. Já fizemos estudos, como você sabe, de análise espacial e você ver que os principais agravos que ocorrem em Fortaleza, desde mortalidade infantil até os homicídios, passando por leishmaniose,*

*tuberculose, hanseníase, dengue, zica e chikungunya estão nesses lugares. Os indicadores de saúde do Meireles, eles são comparados aos indicadores de saúde da Suécia. Os indicadores do Bom Jardim são comparados com os indicadores da maioria dos países da África, são os mais pobres. Eles estão na mesma cidade. Então, esse daí talvez seja uma visão muito particular que tenho. **Acho que Fortaleza 2040 poderiam revolucionar os indicadores de saúde, mas isso passa por emprego, boas condições de vida mas, essas estratégias, são estratégias de longo prazo, como estamos falando daqui há 22 anos, se elas foram de fato implementadas a partir de agora...porque, vamos falar de estilo de vida, estilo de vida, você tem, impacto de doenças crônicas, é um impacto de 10 anos, 15 anos, não tem menos, como foi impacto da política de redução do tabagismo, por exemplo. Você vai diminuir a obesidade de Fortaleza, vamos trabalhar sobre isso, vamos trabalhar com melhoria do estilo de vida, aumenta a atividade física, melhora a qualidade na merenda nas escolas, trabalha com as crianças e tal... Isso é a longo prazo, não é curto prazo. Assim, você vai diminuir taxas prematura de infarto e AVC que são as maiores causas de morte em Fortaleza, que são doenças do aparelho circulatório, com impacto no âmbito da neoplasias, melhoria de qualidade de vida, indiscutível, como as ações da prefeitura vem mostrando o Bicicletar, as faixas exclusivas de ônibus, você diminui o tempo que o trabalhador leva, a sua residência tem mais tempo livre, pode se exercitar, fazer coisas mais saudáveis e tal. Então acho que é uma combinação dessas coisas.** (TÉCNICO 2, grifo nosso).*

O TÉCNICO 3 também percebe que a melhoria da qualidade de vida envolve a integração de outros órgãos e que a saúde sozinha não tem o poder de melhorar as condições de vida e saúde da população, dado a quantidade de pessoas dependentes do SUS, o nível de desigualdade social nos territórios e outros fatores como violência e os assentamentos precários, não será capaz de resolver tantos problemas, posto que é um grande desafio.

PESQUISADORA: Então, baseado na tua experiência, quais as estratégias de saúde que funcionaria melhor no plano estratégico da saúde, para a promoção desta saúde e do bem estar da população no curto e longo prazo? Quais estratégias funcionariam melhor para o plano? Na sua opinião, na sua experiência? TÉCNICO 3: **Acredito que esteja tão integrado certas coisas, que acaba que a saúde não ficando sozinha.** Um dos maiores problemas da nossa Fortaleza, que estamos sofrendo hoje é com violência, é a questão da pobreza. **Nós temos 12% do nosso território, dos 313 km quadrados em áreas pobres, chamamos de assentamento precários. Nesses 12% do território, moram 40% das pessoas do município.** Então, acredito que envolva vários outros entes, controle urbano, é importantíssimo, as vezes as pessoas se instalam no local, e esse local não é apropriado, é uma área de risco. **Então, eu, na minha visão, acredito que essa melhoria da qualidade da população não depende só da saúde, depende de outros fatores.** A saúde vai fazer o papel dela, de atendimento, de prevenção. Acho importantíssimo. Outra informação, que é a última vez que vi, 68% da população depende só do SUS e deve ter aumentando, porque muita gente perdeu o emprego que era dependente da empresa. Deve estar com mais de **70% da população, dependendo do SUS.** Então vai dar o quê ...1 milhão e 900 mil pessoas, é muita gente! Então, um desafio imenso, para qualquer gestor que esteja aqui. (TÉCNICO 3, grifo nosso).

Ao também contextualizar sobre o cenário epidemiológico de Fortaleza, TÉCNICO 4, reflete que ter um ambiente saudável perpassa as questões de saneamento, para tanto, observa que os as mortes por fatores externos ultrapassaram as neoplasias, todavia, ressalta a importância do monitoramento de indicadores e da vigilância em saúde, principalmente para plano de saúde para 2040, pois entende que, mudar os atuais indicadores levará anos.

PESQUISADORA: Você acabou neste instante falando da visão sanitária, na sua análise, em uma perspectiva de saúde e ambiente, as ações do Plano estratégico da saúde, são capazes de contribuir para a redução do aparecimento de enfermidades, morbidades e a diminuição das taxas de mortalidade? TÉCNICO 4: O que mais impacta na redução de enfermidades, morbidades, diminuição das taxas, dessas taxas, seria realmente um ambiente saudável. Um ambiente saudável, com saneamento e com acesso ... mas, não só isto. Porque se o ambiente, no território onde você convive, você não tem a questão da segurança, de se sentir seguro na convivência das pessoas (o índice de morbimortalidade por questões externas é impressionante que esteja agora em segundo lugar, superou as neoplasias). Então as violências homicídios, suicídios, acidentes, tem mostrado que as causas externas tomaram segundo lugar que eram da neoplasia, e a neoplasia ficou em terceiro lugar e vem junto o retorno de algumas doenças inesperadas, isso demonstra uma falta de um monitoramento das ações que não podemos perder de vista. Quando falamos assim: ah, não são só os agravos, não são só as doenças. Mas, não podemos perder de vista isso daí. Tivemos casos, como o do retorno do sarampo, agora estamos tendo caso do retorno da Febre Amarela, se expandindo. Mais endêmica. Tem a caxumba esse ano, retornando, agora tem que ter o controle da vigilância a saúde que seja efetiva e estamos tendo essas respostas. Observando que não só a saúde e o meio ambiente, **e o ambiente tem tudo a ver com a saúde** e ao mesmo tempo **não pode desprezar o monitoramento e a intervenção oportuna nas questões das morbidades,** e na possibilidade de retorno de doenças seculares que temos ainda, indicadores péssimos, como é a sífilis, a tuberculose, a hanseníase, a aids. Então ainda estamos convivendo de um lado pessoas muito vulneráveis e sem oportunidades e que pensarmos Fortaleza para 2040, nessa perspectiva, tanto da não violência, de você poder conviver em um ambiente sem classificação qual é o ambiente para rico, para pobre, tem mais acesso aos serviços de saúde e cuidar também dessas doenças que marcam a população mais vulnerável. **Porque, a saúde sozinha, andando sozinha fica percebida pelos agravos.** Aí, ela faz uma análise situacional, consegue ver que tem os determinantes da saúde, consegue ver a necessidade Inter setorial, mas ela não tem tentáculos para isso. [...] PESQUISADORA: Você percebeu que as ações do plano elas são capazes de diminuir? TÉCNICO 4: Acho que é capaz de impactar. No momento em que você trabalha de forma intersectorial, o resultado vai vir. Se você consegue melhorar a expectativa de vida das pessoas, reduzir taxas, como a taxa de mortalidade infantil que tem tudo a ver com o desenvolvimento econômico e social. Então demonstrariam as taxas, elas estão aí, inclusive as clássicas, como é mortalidade infantil, mortalidade materna, são clássicas e que são bem sensíveis para mostrar como está a situação de uma cidade, de um país. **Se temos hoje uma perspectiva de futuro, temos que está vendo, o hoje, o que está acontecendo hoje.** No ano passado para cá a mortalidade infantil já teve um aumento. Então tem que ver, reanalisar o que está fazendo realmente, onde é que está sendo falhas que podem ser corrigidas e as vezes são pequenas falhas que não tem nada a ver com que estamos falando, de um plano mais complexo que envolve setores, mas é na

própria saúde. Então o que eu queria dizer era assim que a saúde, ela tem essa interlocução e ao mesmo tempo ela tem algo que ela tenha que monitorar sozinha e ter ações para responder. **Acho que temos que esperar para ver, eu sou muito do monitoramento.** Porque, tem que ser monitorado, temos que dar um prazo de um, não vamos para quatro anos, o impacto surgiria primeiro em 10 anos? Porque nenhuma ação agora vai modificar o quadro que estamos e ainda mais com as questões relevantes de risco que temos em relação a política e a conjuntura nacional. Então acho que vai ter que ter um prazo, para ser avaliado. O monitoramento está ai, está proposto, e tem que buscar também nessas ações um estudo, pode até ser paralelo, porque isso aqui foi uma expectativa que também veio da população. (TÉCNICO 4, grifo nosso).

No âmbito geral os técnicos concordam que o plano possui um foco na doença e no tratamento, e não na eliminação ou prevenção das causas das morbimortalidades. Percebem que a necessidade de integração com outras políticas, para a redução dos fatores externos, como violência, saneamento e desigualdade social. Também entendem que essa construção é de longo prazo e passa por uma mudança no estilo de vida da população, por transformações sociais e melhoria urbana.

Em seguida, seguem as falas dos técnicos quando as questões de governança e governabilidade política do plano estratégico da saúde do FOR2040. O TÉCNICO 1, acredita que a governabilidade só é possível se houver uma decisão de gestão, que o processo só acontecerá se for de cima para baixo (*top-down*).

Bom, acho que assim, **a partir do momento que existe uma decisão política e que o próprio gestor assume a responsabilidade,** essas coisas acontecem só quando ela vem da cabeça da gestão. Não adianta começar de baixo para cima. O técnico pode ter a maior boa vontade, está vendo, está apontando mas, não está acontecendo. Quer dizer se não houver uma decisão política nas políticas públicas voltadas para a saúde, nada vai acontecer. (TÉCNICO 1, grifo nosso).

Sugere uma maneira de acontecer uma maior participação e um melhor controle da população, através das equipes da saúde da família (eSF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que seriam os indutores e guardiões do plano em seus territórios.

Bom acho assim, como são muitos técnicos os instrumentos deveria haver uma **maior comunicação direta,** sem criar grupos que fossem para as comunidades, para a população de onde haja as **equipes de saúde da família e o agente comunitário** em suas regiões, onde cada um tem a sua região, para cada componente desse, se uma equipe dessa e fizessem com que eles conhecessem esses elementos, que são **equipe saúde da família e os agentes comunitários em que eles fossem o instrumento de levar isso para a realidade,** eu vou dizer, assim *in loco*, junto a população, a



**comunidade. Aí sim, ela participaria**, ela passaria a ver que existe isso e que ela está sendo beneficiada, monitorada, acompanhada com base nesses instrumentos e que esses instrumentos a comunidade principal, tem que ter conhecimento para fazer uma cobrança e para ver se isso está chegando e está e está acontecendo. **Quer dizer se não houver por parte da decisão da gestão de fazer com que isso chegue e a maneira de chegar, que vejo, é através das equipes de saúde da família e dos agentes comunitários, não vai acontecer, não adianta está fazendo reuniões**, aonde vão os conselhos locais, aquele horror de gente, porque fica um debate muito mais político, pequeno, de picuinhas, regionais para se falar, do que propriamente se levar a um problema sério que é a saúde da população. (TÉCNICO 1, grifo nosso).

Acrescenta que o conselho municipal de saúde tem um papel relevante na fiscalização e controle do plano, contudo lembra que para isso é necessário que os membros do conselho tenham consciência disso e que estejam preparados para assumir essa obrigação constitucional.

**[O Conselho] É fundamental.** Por que o conselho (pela lei 12.080, pela Constituição, na lei complementar 141 e tudo que tem aí estabelecido que diz respeito à saúde) é o primeiro órgão de fiscalização das políticas de saúde pública. Então é obrigação dele. Ele tem que está voltado para essas ações, ele tem que também está dentro desses planos, e acompanhando, e vendo o que está acontecendo e cobrando e ter o conhecimento independente da maioria, da minoria, ele está ali para funcionar, para fazer com que isso aconteça, **ele é um órgão primeiro, de controle e fiscalização da saúde do município.** Se ele não montar também uma estratégia, se ele não se voltar também para isso, não tiver uma equipe de acompanhamento disso, **se não tiver pessoas especializadas**, se não tiverem a consciência de que é uma ação a relevância pública, que está na constituição, **não vai acontecer.** Agora, se eles tiverem essa consciência e souberem do papel deles, que para mim, é um papel primeiro, faz a coisa acontecer, a partir do momento que você tem um conselho atuante, brigão, mas que busque a política pública de saúde [...]. (TÉCNICO 1, grifo nosso).

O TÉCNICO 2 quanto à governabilidade, limita-se a atuação dos conselhos e ressalta que existe nos conselhos tendências à junções políticas de ocasião, contudo, fala por sua experiência e estudos na área, todavia não sabe como está o comportamento dos conselhos atualmente em Fortaleza.

Agora, se os Conselhos Municipais de saúde são órgãos que de fato são representativos da sociedade que eles pertencem, sobretudo, quando se fala de uma grande cidade... eu não sei, eu não sei bem. Alguns anos atrás, estudei pouco isso, e os conselhos municipais de saúde, acho que tem alguns textos sobre isso, **são muitos permeáveis as junções políticas de ocasião. Não sei bem, como é atualmente essa relação institucional, em Fortaleza particularmente, tenho pouco contato.** (TÉCNICO 2, grifo nosso).

Já o TÉCNICO 3 lembra que não há na sociedade uma cultura de participação, que não há envolvimento na construção das políticas. No entanto,

considera que uma solução para essa questão é incentivar e desenvolver discussões sobre cidadania e responsabilidade social.

PESQUISADORA: Que tipo de situações você observa nesse modelo institucional que facilita ou dificulta essa participação social? Esse modelo que temos, dessas pessoas que nós temos, o nível de conselho que temos, grau de participação da sociedade? TÉCNICO 3: Acho que tem alguns problemas, eu não sei se eu vou responder, se eu não responder você me diz. Mas, primeiro acho que a **população ela não tem uma cultura de participação**. Nós não temos, eu, nem todo mundo. **Nós não temos uma cultura de participação, queremos o resultado de uma política, mas não queremos participar nem mesmo da construção, nem mesmo da elaboração do plano**. Por exemplo, temos exemplos muito assim está notório, para darmos esses exemplos, enviamos ofícios, enviamos comunicados para as pessoas, elas recebem, e eles depois dizem que nunca ouviram falar do plano. Então isso é uma realidade. Então nós quanto população, não temos essa cultura de participação. O que o Estado está fazendo para despertar essa cultura de participação. [...] **Mas acho que tem que existir um conteúdo de cidadania, uma discussão de cidadania. Eu, enquanto, cidadão também sou responsável**, sou responsável por mim, mas também sou responsável por exigir. Acho que é isso. Eu não sei se eu respondi completamente. Pesquisadora: Respondeu sim! (TÉCNICO 3, grifo nosso).

Nesse entendimento, o TÉCNICO 4 coloca que nem sempre os Conselheiros representam bem seus territórios, que por isso muitas vezes traz as plenárias apenas as suas percepções. Comenta que é preciso formar os conselhos para que representem bem os seus territórios. Então, acredita que para o plano dá certo é importante trabalhar a desigualdade social, até porque hoje o clamor da população são por coisas essenciais, como ter material para um curativo ou um remédio para um tratamento, o que dificulta um entendimento maior por parte da população do que seja saúde. Ou seja, a participação e ações de governança estão vinculadas também ao atendimento básico das necessidades da população.

*Acho que os conselhos, eles tiveram na construção do plano, oportunidade de participar, **mas nem sempre os representantes do conselho, eles representam realmente os segmentos que eles tem o entendimento ou eles percebem a vulnerabilidade do seu território, mas ele trás para cá só um eco muitas vezes de uma percepção dele**. Então acho que ainda está muito precisando de uma formação, formação ser conselheiro, para executar melhor. Acho que estamos sentindo isso há muito tempo, existe essa proposta junto, tanto eles tem essa necessidade, você também já participou inicialmente dos primeiros momentos de formação que estamos fazendo e então acredito que **para que eles sejam realmente esse vínculo com a comunidade, eles precisam também se preparar, ter um olhar que capte mais o que a comunidade não só materialmente precisa, enxergam muito a falta de um medicamento que a população é tão necessitada que é visto só dessa forma. Então para que o plano dê certo é preciso dar outras condições para que a população também consiga entender o que ela precisa e o quanto que ela pode ser reduzidas essas desigualdades que existem. Então acredito***

*que exista uma desigualdade tão grande que a população as vezes, a reivindicação dela chega apenas por pequenas coisas pontuais, o que está faltando ali para fazer o curativo, os recursos distribuídos na cidade, que teriam a visão da saúde, mais completa, de você ter acesso aos recursos que estão na cidade, a cidade está muito dividida: entre uma cidade que está perto da praia, a cidade que está a margem de tudo. Então isso daí acho que é o grande desafio... **Então é importante que isso seja uma questão colocada na sociedade, abraçada na sociedade, um entendimento que já seria um ganho grande.** Acredito que esse entendimento da saúde que os sanitaristas vem há muito tempo tentando passar, que não é só a ausência de doenças. É você ter uma convivência, onde você tenha oportunidades iguais. Onde você pode expressar também sua cultura, seus desejos, suas vontades, como você pensa enfim.... (TÉCNICO 4, grifo nosso).*

Em geral os técnicos colocam o despreparo, a não-representatividade dos membros dos conselhos e a cultura de não participação de toda sociedade, como fatores limitantes ao modelo de governança do plano. Entretanto, os técnicos limitaram o modelo de governança e à governabilidade política apenas a atuação do Conselho Municipal de Saúde e a participação da população, desconsiderando outros aspectos que envolvem o tema.

A próxima fala dos técnicos é referente a capacidade operativa do plano, a capacidade de implantação da política e os meios para executar as ações propostas. Nesse sentido, o TECNICO 1 observa que o plano apresenta algumas distorções, todavia considera que só haverá exequibilidade se houver um monitoramento contínuo, posto que, há sempre mudanças de cenários, de situações e no foco.

Nosso plano, como ele foi feito está muito distante, separado, meio desassociado de outros instrumentos necessários para isso, deu uma pequena distorção. Tem algumas distorções que deixaram de contemplar alguma coisa, já outras contentam. [Quanto à exequibilidade e capacidade de implantação] **“Eu só vejo isso com uma condição. Se houver um monitoramento, se houver um interesse da gestão,** se houver um olhar para as ações de políticas públicas com relação a saúde, se olhar isso e se, isso que estou dizendo, nós estamos em março, não vi ainda isso começar a ter essa ação. Então, se eu não trabalhar desde início essa coisa, aí não tenho como consertar. Então, vai ter que ter um monitoramento muito grande, uma readaptação, uma análise, fazer o grupo da saúde se sentar e estudar o que será para 2040, e não é viável no Fortaleza 2040, 2018 que é o primeiro ano desses planos. Então 2018, já estamos em abril quase, eles já estão começando a ser vistos, a serem monitorados? A serem analisados?” Até porque **tudo isso é muito variável, de repente o que está estabelecido aqui muda,** surge uma epidemia, uma coisa, e vai mudar, porque o recurso vai quase todo para isso, e vai e muda, **porque é a necessidade do momento,** porque saúde é uma única ação que na Constituição é de relevância pública. É a única! Então a qualquer momento você pode mudar o foco, mudar o foco, mudar as coisas e dar preferência e prioridade para uma necessidade da própria ação, para que ela tome outro rumo. **Tudo isso leva a você verificar se tem condição,** se precisa fazer novas coisas. O que existe de unidade de condições é muito pouco, deixa a desejar, as condições,

o aspecto qualitativo e quantitativo, dessas unidades que possam dar esse suporte para o Fortaleza 2040. (TÉCNICO 1, grifo nosso).

Assim, nesse contexto, entende que é necessário verificar constantemente a capacidade de execução, por isso, acredita ser indispensável instrumentos de gestão eficientes, tanto para gerir os recursos escassos, como para garantir resultados.

Então, esses instrumentos [de planejamento e gestão] eles tem que estejam aptos para saber que isso vai acontecer, então se não houver, insisto, **um monitoramento, de uma equipe institucionalizada, competente, técnica, capaz de mostrar os desvios e os erros que estão acontecendo, os pontos negativos, apontar os positivos que é bom para a gestão e os negativos, tentar melhorar.** Aumentou a mortalidade. O que está acontecendo? Como estão os indicadores? Como eu melhoro isso? Como faço isso? **Então, se não houver esse monitoramento em compatibilizar essas coisas, se não houver decisão política de fazer isso acontecer eu acho que fica muito mais na parte de livros, de bíblias, de formulários, de papéis** que foram pensados naquele momento e gerados, mas que não está sendo dado a importância e nem é dada a importância que deveria ter, no contexto da saúde do município. [...] Agora é difícil, acho que falta também um estudo com relação a **racionalização de recurso**. Porque, não adianta, eu queria colocar tudo isso que está estabelecido nos planos, se eu não tiver consciência de que **eu preciso de recurso para aquilo, e que o lençol é curto...** normalmente a visão sanitária é uma visão de saúde ideal, mas infelizmente **eu trabalho com o real dinheiro e ele é limitado e o cobertor puxa para um lado e descobre o outro.** Então, eu tenho que fazer também essa adequação, de **ver as prioridades, quais as melhores necessidades,** o que eu posso aplicar de maneira melhor e **tudo isso envolve uma decisão política de saúde.** Acho que também o tempo, é muita coisa! Fortaleza é muito grande! Muito desestruturada e com isso traz para esses gestores uma dificuldade muito grande de arrumar, mas acho que da parte deles está havendo muita boa vontade e eles estão querendo acertar. Mas, para isso, **tem que ter o monitoramento, acompanhamento, vontade de fazer acontecer.** (TÉCNICO 1, grifo nosso).

Quanto à operacionalização do plano coloca que há um *gap* entre o que foi planejando e a realidade de execução, considerando as limitações de recursos (profissionais, equipamentos, financeiro). Lembra as especificidades do SUS e a necessidade não só de profissionais qualificados, mais profissionais perenes (fixos no quadro de pessoal) e que amem o que fazem. Acrescenta ainda que a vontade política é outro fator preponderante para fazer acontecer.

[...] Então, existe sempre uma distorção muito grande no Plano, entre o que ele lança e entre aquilo que existe na execução. Porque aqui nesse intervalo tenho uma **dificuldade muito grande de profissionais, de recursos humanos qualificados.** Eu tenho **dificuldades de recursos financeiros que são poucos e limitados.** Os do Ministério praticamente vem todo carimbado. E eu tenho as dificuldades dos instrumentos. Dos equipamentos de saúde, que são poucos e que são falhos. Faltam recursos, falta condução,

falta medicamento, falta estrutura para que isso aconteça. Então, entre um e outro, existe tudo isso. **O especialista, ele não está no dia a dia para ver isso, e isso é o que faz a saúde não acontecer.** Assim, **escrever é fácil, é bonito, no papel cabe tudo, as vezes são sonhos.** Coloco no papel meus sonhos. Volto a dizer, gosto muito nos sanitaristas, porque ele é muito sonhador, a visão dele é do ideal, é do mundo ideal, é a saúde ideal. Mas, aí, quando você parte para o real, dinheiro, você parte para a situação do dia a dia. **Volto a dizer, para o tipo de recursos humanos que você tem, desqualificado, essa coisa de descontinuada da terceirização. Hoje é um profissional, amanhã é outra, depois de amanhã é outra e quando muito dura dois anos com as seleções. Isso para a saúde não funciona, que a saúde tem que ser uma coisa continuada, tem que ser uma coisa de amor, de interesse, de dedicação.** Aqui dentro você tem SUSIANOS, as pessoas que defendem, são militantes do SUS. **Ele tem o ideal, porque realmente o SUS, é o melhor sistema do mundo em termo de princípios, de ideias.** Se acontece, era maravilhoso, mas exatamente não acontece, como é para ser, em função de orçamento e em função de outros integrantes que tem aí pelo meio que sabemos, porque isso não é no primeiro mundo, porque é muito difícil, com o orçamento que tenho, tenho que cobrir toda a população do município. Isso é impossível. PESQUISADORA: Eu vou fazer a última pergunta que seria: quais as estratégias que funcionariam melhor para o plano? A senhora colocou **monitoramento, planejamento, participação...TÉCNICO 1: ... e uma equipe única** para compatibilizar todos esses instrumentos. PESQUISADORA: Uma equipe **perene**? TÉCNICO 1: É, Perene! Constante e que isso seja e que isso seja coordenado pelo lplanfor, pois achava que ele que deveria coordenar. Já que a inteligência do planejamento são eles, a inteligência está lá nesse instituto e acho que eles tinham que está acompanhando. Mas, efetivamente com técnicos qualificados. Não são técnicos indicados. Técnicos qualificados, que conheçam, que saibam, que viveram. **Isso tem que ter experiência, isso tem que ter vivência, tem que ter amor ao que está fazendo, isso tem que ter dedicação.** Isso tem que ter muita coisa que as vezes para você, para alguns isso representa número, poder, força. Eu vou mandar, eu vou fazer parte do grupo seletor. Não é essa a visão que é para ter, é a visão daquela pessoa que ama o que faz, que quer fazer acontecer, com todas as dificuldades, que não tem uma tendência, que não seja radical. PESQUISADORA: É o perfil do servidor público *stricto sensu*. TÉCNICO 1: Isso, esse é o perfil. Esse é o perfil do profissional que não tenha vínculo partidário. Claro que todo mundo tem. O que você gosta, mas que não traga para o seu trabalho técnico isso. Não insira aqui isso. Isso que ele vai inserir é conhecimento, capacidade e vontade de que exista saúde no município de Fortaleza. **Com o pouco dinheiro que tem, com as coisas que tem que ter, se o gestor quiser, tem como fazer.** (TÉCNICO 1, grifo nosso).

A dificuldade de planejamento de longo prazo é uma das limitações do plano estratégico da saúde observadas pelo TÉCNICO 2, que observa que o setor público nunca se planejou bem o longo prazo. E quanto a exequibilidade e capacidade de implantação do plano, acredita que somente será possível se o FOR2040 for legalmente institucionalizado, caso contrário não vê como executar o plano, pois adverte que há a possibilidade do próximo prefeito ignorar o plano, caso seja um gestor sem uma visão de futuro.

PESQUISADORA: [...] Então nesse cenário, como você ver essa questão da adaptabilidade, flexibilidade do plano? TÉCNICO 2: Que o planejamento de longo prazo, ele sofre com isso em qualquer lugar. Particularmente aqui no Brasil. **Nunca se planejou a longo prazo com eficiência, no setor público, sobretudo quando se fala de uma gestão de um município com um milhão de pessoas.** Então você amarrar uma série de ações, Fortaleza 2040, sobretudo, no ponto de vista que eu conheço, um pouco mais urbanístico, muito ousadas, agudas, são mudanças muito importantes, impactantes em um desenho urbano, e como consequência sócio econômicas muito grandes e impactantes, **eu imagino que deva haver alguma forma de amarrar isso constitucionalmente, juridicamente. Porque, caso contrário em uma viabilidade pode ser nenhuma.** O próximo prefeito pode achar que isso, se não for um prefeito alinhado, que não tenha essa mesma visão de futuro que a rede estadual tem, poderia ignorar esse plano. **Acho que as amarras institucionais e jurídicas que possam fazer com que isso se forme em uma política de governo, mas uma política de Estado,** uma política como o SUS, é claro que você pode atacar o SUS, mas para acabar com o SUS, não é uma coisa tão simples. É uma política do Estado brasileiro. Mas mesmo assim está sofrendo atualmente uma série de ataques, como a da emenda, a emenda que prever gastos com o social, uma emenda que amarra o país a uma situação social e econômica extremamente desigual, com o que tem hoje. Você não prever aumento de gasto, você não prever mudança no cenário da desigualdade, das inequidades sociais e tal. Então eu imagino que na hora que eu tenha sustentabilidade, frente essas mudanças de cenário, **tem que ter algum amarra, tem que ter algum mecanismo de torná-lo uma política de Estado.** (TÉCNICO 2, grifo nosso).

O Técnico 3, por sua vez, ressalta a importância de se ter um norte, um planejamento, apesar de ter dúvidas, quanto ao horizonte temporal, quanto à execução do plano no longo prazo. Fala por experiência, por estar desde de 2001 na gestão, da dificuldade de manter políticas contínuas, devido as rupturas que ocorrem nas mudanças de gestão, e que os novos gestores não tem interesse em continuar trabalhos já iniciados e que possuem a vaidade de “dar a sua cara” às políticas. Entretanto, acha positivo ter um planejamento que indique onde se quer chegar e o que se quer alcançar.

Acredito que seja um prazo ambicioso, você planejar 22 anos, mesmo porque as coisas mudam bastante. Já estou na secretaria desde 2001... Já vi muitas ações ocorrendo ao longo desse tempo, mas todas ocorreram em momentos de gestão diferentes. **Você ter um plano, que por mais de duas décadas, eu não teria como te dizer se é exequível ou não,** se vai deslanchar ou se na próxima administração, se isso vai ser englobado. Vou dar um exemplo: tenho um plano diretor de geoprocessamento que é uma área que eu atuo também, que foi feito na administração anterior, por sinal muito bom e elogiado no país inteiro. Foi feito por técnico para técnico. Quando fui fazer um curso agora, os técnicos novos nem conheciam o Plano Diretor de geoprocessamento, não sabiam nem que existiam. Como estou há bastante tempo, então disse: você não conhece isso? Não. Porque lá está dizendo como tem que ser a padronização dos dados, a padronização dos sistemas, tudo direito. Então estava discutindo a roda, uma coisa que já tinha sido feita lá trás e muito bem feito. **Então o que eu vejo as vezes é que não tem continuidade das coisas, principalmente quando há queda de grupo político dentro de uma gestão.** Acho que é em qualquer município do país,

qualquer administração. Possa ser que ocorra, que mude com o tempo. Mas não há, na minha visão do que tenho, há um interesse, fica lá, **mas acabo não executando o que foi feito anteriormente**. Sei fazer o meu, tem que dar minha cara... tenho que dar a minha cara. Acaba que você tendo um retrabalho das coisas. Agora, perspectiva de horizonte e indicador de melhoria, acredito que sim. Porque sai de uma condição que eu não tinha noção do que eu queria de futuro, hoje eu tenho. Ao perseguir esse horizonte se eu chego ou não tenho que ter uma justificativa – ah, não cheguei porque faltou dinheiro. É uma possibilidade, eu não tive recurso, eu não tive pessoal, porque a lei de regularidade fiscal não permite passar 60% e não posso fazer concurso. Mas, o que posso fazer? Posso contratar uma cooperativa. Então tem coisas que vão envolver isso. **Na minha visão acredito que seja positiva em uma perspectiva de horizonte, futuro, dizer: olha, quero chegar aqui, quero melhorar**. Entede, eu quero dar uma qualidade melhor de vida para a população. Eu acredito que sim, a resposta é essa. (TÉCNICO 3, grifo nosso).

Na concepção do TÉCNICO 4 é um grande desafio político, que envolve um tripé: competência técnica, vontade política e participação social. Analisa que nesse momento exista vontade política e profissionais capacitados para isso, entretanto lembra, que mesmo nos planejamentos quadrienais há uma reprogramação de prioridades por parte dos gestores e que os profissionais devam fazer parte do quadro efetivo da saúde, para dar segurança, uma garantia de resistência e continuidade. Todavia observa que a execução verdadeira se dará a partir do acompanhamento gerencial e da fiscalização social.

A primeira impressão que tive do Plano Fortaleza 2040 foi o ponto distante entre o ano atual e 2040... **que acho que parece muito mais um desafio político, que não sabemos da possibilidade dele ser alcançável**, embora percebemos toda uma mobilização, não dar ainda para medir o peso de técnicos, de sociedade civil, de gestores. **Mas, não podemos deixar de continuar trabalhando**. Eu acho que trabalhamos com três coisas: **competência e vontade política**, inicialmente. Que tem uma vontade política, mas esbarra exatamente nessa questão da falta de exercício dessa cidadania, de compromissos com as políticas que deram certo, passa um governo e entra outro, e fica a marca do seu governo, quer queira ou não. Esse Fortaleza 2040, como o Ceará 2050, eles vão ficar marcados em algum governo. **Então, é preciso muita sabedoria política para poder dar continuidade a um projeto que surgiu, que mesmo que se diga, há ele surgiu de forma participativa**. Mas, a participação temos que avaliar mais na frente. Porque participar é muito mais do que representações que as vezes não se tem muito espaço, já escutam ou que só fazem as vezes algumas perguntas, não colaboram de verdade para a elaboração de uma política pública. **Então vemos que, seria assim: vontade política, existe. Competência técnica, acredito que sim. Participação comunitária, é outro ponto desse tripé que acho que é importante**, pensar melhor de que forma está havendo essa participação, e na competência técnica também que não seja somente gestores que estão de passagem. É importante que descem uma oportunidade para que os servidores de carreira estivessem mais presentes nessas participações, porque dariam uma garantia pelo menos de resistência, de continuidade. Para que favorecer a continuidade. Seria uma resistência, seria uma memória [...] **Outra coisa, Não temos essa cultura, esse exercício de trabalhar e de fazer disso um instrumento de**

**verdade, operacional.** Então se planeja para quatro anos e as coisas vão acontecendo de acordo com o momento, de acordo com o que é mais conveniente...eu acho muito difícil, sinceramente. Para que isso dê certo, precisa de uma conjuntura. (TÉCNICO 4, grifo nosso).

A partir dessas considerações percebe-se que os técnicos entrevistados acreditam que a base para a execução do plano é o constante monitoramento, profissionais de carreira capacitados, decisão política e o envolvimento da sociedade. Identificam as deficiências de gestão e as limitações de recursos e consideram ainda, a quebra de continuidade decorrente das mudanças de governo um risco para a implantação das ações do plano.

#### **4.4.3 O Olhar do Conselheiro**

Nesse ponto da pesquisa é disposto o olhar dos conselheiros acerca do desenho do Plano estratégico da saúde para Fortaleza em 2040, iniciando pelos objetivos da política. O CONSELHEIRO 1 inicia a sua fala lembrando os determinantes da saúde, que envolvem saneamento, educação, moradia, trabalho e lazer. E então, coloca que isso limita muito o trabalho do conselho, dado que não tem como os conselheiros interferirem nas políticas de saneamento, por exemplo, por isso, vê a necessidade do trabalho integrado e unificado dos conselhos municipais.

É muito bom lembrar, você é economista, não é isso? Se você for pegar a Lei 8080, a Lei Federal e o Sistema Único de Saúde. São duas leis, a 8080/90 e a 8042/90 que é a Complementar. **A Lei 8080, no artigo terceiro, ela diz o seguinte: que a saúde, tem como fatores determinantes, condicionantes o quê? Trabalho, lazer, educação, moradia, iluminação pública, transporte e etc.** É mais ou menos isso. É mais ou menos isso, que é tudo isso que atinge a aflige a nossa sociedade. Quer dizer, o Fortaleza 2040, deveria ter discutido, que foi entregue ao Conselho de Saúde e demais conselhos aqui de Fortaleza, para ser incluído no Plano, nos seus Planos Municipais, até por ser uma forma intersetorial de política pública. O que enfraquece muito o nosso sistema é porque as políticas de saúde, como o **próprio Plano Municipal, ela limita muito. Por exemplo, o saneamento básico – o Conselho de Saúde não pode deliberar sobre o saneamento básico. O saneamento básico não faz parte da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde.** O saneamento básico, está com quem? É do município, mas está com o Estado. O Conselho pode recomendar um trabalho, segurança? A mesma forma. Tudo isso, educação. Tudo isso tem a ver com saúde, porque se em uma cidade não tem saneamento, uma cidade não tem qualidade de vida e Fortaleza, principalmente na periferia não tem isso daí. **Se você for me perguntar, no Fortaleza 2040 tem? Não sei. O problema é esse, não sei, porque foi um trabalho paralelo. Isso no meu entender é algo que tem que ser visto de uma forma unificada:** o Plano Municipal de assistência social, o Plano Municipal de Educação, o Plano Municipal de Saúde, o de Segurança. **Tudo isso tem que estar junto,** porque saneamento,



educação, educação na maneira formal, educação escolar, as políticas de educação. **Tem que mudar os paradigmas. Tem que mudar essa visão, tem que ter política intersectorial.** (CONSELHEIRO 1, grifo nosso).

O CONSELHEIRO 2 acerca do Plano estratégico da saúde, coloca que não pode opinar porque não viu o resultado dos levantamentos e questionamentos do plano. Participou da fase de diagnóstico mas não teve acesso ao plano pronto.

PESQUISADORA: Como o senhor avalia as **ações do Plano estratégico da saúde**, qual a análise que o senhor faz sobre a coerência entre o que foi diagnosticado, o que foi levantado junto as comunidades e as ações que se tornaram parte do plano? Elas têm conexões? Ou seja, o que foi diagnosticado, levantado naquela escuta, nos territórios. Elas estão refletidas verdadeiramente nas metas, nas ações e da proposta do plano? CONSELHEIRO 2: Não, não porque o plano quando ele fez essa análise da saúde, isso são feitas por pessoas que estão fora da área da saúde, que não são pessoas que estavam envolvidas, e como eu participei das duas partes do plano, do primeiro momento voltado a esse Fortaleza 2040, que foi feito uma análise superficial, em relação a carência e a necessidade do local, e em outro momento foi a discussão do Plano Plurianual. Das CORES, realizada pelas próprias coordenadorias de saúde, regionais de saúde, que foram outras pessoas, justamente as pessoas dos conselhos, também envolvidos com a comunidade, na igualdade especificamente a saúde. Então eram dois momentos. **No Fortaleza 2040, não houve uma ação definida, clara sobre essas realidades.** Falo isso de uma forma até sem ter visto o resultado final do plano, porque depois que houve, fizemos o mapa, cada um traçou as suas diretrizes diárias, depois foi enviado. Teve um tempo determinado para isso, para ser entregue, tipo um mapa, uma grade, tinha os índices daquele que deveriam ser alcançados, estipulados sobre cada área de abrangência, cada bairro, no caso, e eu vi baseado nisso aí do plano, nós analisamos a pergunta sobre se houve o acompanhamento? Sinceramente, eu não sei responder, porque eu não vi o resultado ainda do que foi questionado. (CONSELHEIRO 2, grifo nosso).

Quanto ao FOR2040, acredita ser um proposta utópica, fantasiosa e pretenciosa, pois questiona as intenções da gestão, já que essa só passará quatro anos, como pode pensar em 2040?.

[Sobre o FOR2040] As pessoas, sinceramente, pela forma inicial do projeto, a forma que ele é aplicado, a ideia política dessa transformação, **uma utopia na verdade, uma realidade fantasiosa**, eu não tenho nenhuma base concreta a não ser a ideia que possa haver uma transformação, porque a própria política, ela não tem embasamento, já que estamos falando de uma administração que tem um tempo limitado. Então a administração passa quatro anos no poder, e ela quer promover uma análise daqui há 40 anos. Então é uma coisa pretenciosa até em nível de realidade. Então o povo ver isso aí, como mais uma maneira de só aquilo que os políticos muitas vezes lançam na comunidade, a comunidade absorve, porque tem toda uma questão política, aqueles que estão envolvidos de uma certa forma direta ou indiretamente nas questões políticas, os que fazem, os que tem os nomes técnicos para isso, aqueles que promovem, essas reuniões para trazer a realidade da área, que eles estão inseridos como líderes comunitários e outras entidades para analisar uma proposta dessa. Então no primeiro

momento se ver que é mais uma coisa que não vai dar em nada, na realidade é só um argumento, uma ideia de situação muito individual. (CONSELHEIRO 2, grifo nosso).

Quanto aos objetivos institucionais e sociais o CONSELHEIRO 3 lembra que o plano partiu da realidade que temos para o futuro que queremos, que essas análises foram também importantes porque tiveram a participação popular.

No primeiro momento que se tem, a respeito do que queremos para o futuro, **é uma análise de o futuro que queremos**. Uma análise do futuro baseado nas condições presentes e dentro, porque se fez dentro de uma área abrangente de cada local, de cada bairro daquele se tirou essa perspectiva de avaliação futura. Participei, no primeiro momento que foi feito e em cada esfera de bairro. Onde o projeto saiu foi feito um critério dentro dessas observações de cada, direito da saúde, de saneamento básico e várias questões que estão fundamentadas dentro do plano. Então ao meu ver, **eu vejo assim muito proveitoso a análise, uma análise boa**. Eu creio que o resto das minhas respostas, terão outras perguntas. Como está perguntando como eu vejo, eu vejo, como bom, muito bom, **termos uma noção realmente da participação popular sobre um ponto de vista global**, de uma forma mais abrangente para a realidade, tendo em vista o momento. (CONSELHEIRO 3, grifo nosso).

O CONSELHEIRO 4 entende que quando estudou o plano estratégico da saúde percebeu que a visão de futuro que tinha trabalhado nas oficinas estava diferente. O plano não tratava das desigualdades sociais e nem na prevenção das causas, mas na cura das doenças.

Eu não sei se já estou influenciada mesmo pelas discussões que tivemos nele, e por essa, não é em relação ao plano estratégico da saúde, não sei se foi influenciada por isso, mas é como se ele não tivesse a ver com o diagnóstico, **ele não traduz a realidade do diagnóstico**, em relação ao diagnóstico. Em relação a visão de futuro, como eu participei de algumas reuniões para a constituição do plano de terem momentos de bastante reflexão, a respeito do que queríamos para a saúde, a partir do planejamento anterior a sede de Fortaleza, Fortaleza saudável, Fortaleza não sei se você pegou essa discussão. Enfim, mas a partir desse planejamento da sede Fortaleza, as discussões que tiveram para a construção do Plano estratégico da saúde não condizia do que foi discutido, porque trabalhamos muito na perspectiva das promoções, da prevenção e o plano não refletia isso. Não refletia o que tínhamos discutido lá na elaboração. É como se tivesse um grupo feito uma parte, o outro grupo feito outra parte e não. Para a visão do futuro que tínhamos visto do planejamento do Plano de Governo anterior que era a sede Fortaleza, **é como se o Plano no Fortaleza 2040 não traduzisse e não alcançasse o que a gente quer, que é justamente a redução das desiguais para uma Fortaleza saudável** do ponto de vista consciente, de ter uma promoção de saúde, e não ser uma Fortaleza que está sendo atendida pelos hospitais, que está tomando medicação e o que acho que está curando as doenças e não que está fazendo com que a doença não aconteça. (CONSELHEIRO 4, grifo nosso).

Percebe-se que os conselheiros compreendem que o conceito de saúde é ampliado e envolve outras políticas públicas e questões sociais. Todavia, ressaltam pontos distintos, como a dificuldade de fiscalizar e controlar resultados em um plano de saúde que deve ser implantado intersetorialmente, outro conselheiro acredita que plano seja uma utópico e pretencioso, outros entendem a importante das análises realizadas e do olhar de futuro traçado.

Ressalta-se que dos conselheiros entrevistados, apenas uma conselheira procurou ler o plano (disponibilizado no site do FOR2040) e pôde perceber a diferença de perspectiva entre o olhar vivenciado nas oficinas de escuta popular e as ações postas no plano. Em seguida, a percepção dos conselheiros quanto às questões de governabilidade política e governança.

De pronto o CONSELHEIRO 1 lembra que esses movimentos de escuta da população a partir dos conselhos tem se tornando muito comum nas gestões. Contudo, coloca que não lembra se o Plano estratégico da saúde do FOR2040 foi discutido no CMSF. Coloca que os conselheiros possam ter participado das escutas e no processo de diagnóstico dos nos bairros do FOR2040. Mas, não pode opinar sobre o Plano estratégico da saúde, porque não leu.

**É muito comum acontecer esses movimentos, por exemplo, esses movimentos populares pelos gestores, como Fortaleza 2040. Aconteceu também na gestão anterior** que era o OP, o Orçamento Participativo. Quer dizer, cada governo tem, uma política que trabalha com a comunidade. Isso é a parte até dos próprios conselhos, que são quase 40 aqui em Fortaleza. Não de saúde, estou falando do conselho da Mulher, do Idoso, da criança, do deficiente, portadores de deficiências especiais, também. Então o que acontece: esses conselhos de saúde, como eles são institucionalizados, mas tem uma participação efetiva para a população, eles são muitas vezes, seus membros, muitos, muitos mesmo, engajados nesses movimentos, como: Fortaleza 2040. [...]Eu acredito que muito dessas propostas tem muito a ver com Fortaleza 2040. Bem que se eu for fazer uma análise pelo que pouco li e que **nós tivemos acesso insuficiente ao Fortaleza 2040**, que deveria ter sido discutido com o conselho de saúde. **Você vai dizer: Foi discutido? Não sabemos, atualmente não sabemos se foi discutido formalmente com alguns conselhos de saúde. Também tenha sido debatido com as comunidades que formam o conselho de saúde.** Talvez não. Em quais comunidade foi feito isso? Então, você desqualifica Fortaleza 2040? [...] Porque, pelo que percebemos o Fortaleza 2040, ele não só trabalhou somente com as classes sociais menos favorecidas. Mas, com todo o sistema que for para a nossa sociedade. É uma questão de se discutir políticas públicas, que é a essência do Fortaleza 2040, do Plano Municipal de Saúde, construir política pública no caso. **No 2040 você discute, mas no conselho municipal você constrói. Mas, eu não posso falar pelo que está no plano, porque eu não li...** (CONSELHEIRO1, grifo nosso).

O CONSELHEIRO 2 afirma que o plano estratégico da saúde contido no FOR2040 não foi discutido no CMSF. Que não teve uma propositura ou debates de ações do plano por parte do Conselho, segue o trecho da entrevista.

PESQUISADORA: O senhor como membro do Conselho, neste ano, ou no ano passado, a pauta, Fortaleza 2040, ela entrou aqui no Conselho?  
 CONSELHEIRO 2: Não. **Essa discussão Fortaleza 2040, dentro do conselho não.** O que discutimos aqui nos conselhos foram as questões dos planos anuais, dos planos plurianuais que são parte que estão dentro do sistema de conselho. PESQUISADORA: Mas, o Plano estratégico da saúde, Fortaleza 2040?  
 CONSELHEIRO 2: **Fortaleza 2040, não foi,** porque, aliás, ele não foge tanto, porque a saúde, ela não é uma saúde exclusivamente da questão de doenças. **Hoje em dia nós temos a saúde pública como a constituição de 88, abriu essas portas, porque a saúde, não é só a questão da ausência de doença, mas toda a questão do bem estar social. Então ela entra nesse caso, só que nunca foi discutido realmente. É uma ideia, cultura de que eu sei, do que queremos, como administração como gestão participativa, essa situação pautada pelos conselhos.**  
 PESQUISADORA: Então para finalizar aqui as três perguntas: sobre questões das ações do plano... O senhor conhece as ações do plano? Não, não é?  
 CONSELHEIRO 2: **Não, as ações do plano, praticamente seria o quê?** As ações baseadas no que foi acordado como plano, porque provavelmente deve ter tido um resultado, esse plano. Não é?  
 PESQUISADORA: No caso seriam as ações que ficaram, foi feito todo aquele levantamento na comunidade, as ações que foram colocadas, elas não chegaram aqui ao conselho?  
 CONSELHEIRO 2: Não. Como deveria ter sido feita, os mesmos grupos que participaram do primeiro momento. Não vimos a essa resposta, porque os grupos deveriam ter voltado a se reunir, ter lançado, talvez tenha sido lançado de uma forma geral, falo sobre conhecimento de caso, porque era mantido a resposta sobre isso e creio que muitos outros que participaram, também não tiveram, se saiu não chegou ao conhecimento de todos. PESQUISADORA: **Como as outras perguntas envolviam as ações que estão contidas no plano estratégico da saúde do Fortaleza 2040. Então, já colocamos que o senhor não teve acesso a essas informações.**  
 CONSELHEIRO 2: Não tive. (CONSELHEIRO 2, grifo nosso).

O CONSELHEIRO 3 ficou satisfeito de participar amplamente dos debates do Plano estratégico da saúde, segue o trecho da entrevista:

**Eu participei da construção não de um todo, mas participei do início, acompanhei algumas reuniões, onde estavam sendo discutidas, debatido o plano.** Dei inclusive sugestões na época, participei de um seminário onde foram construídas algumas propostas para a elaboração do plano, o seminário que houve, acho que o prefeito estava lá, e também participei das apresentações que foram feitas aqui no Conselho. Achei a participação construtiva e ampla e foram discutidas várias vezes, várias reuniões, foram regionais, eu participei de dois, três seminários e depois o debate do pleno, do conselho colegiado daqui. **Então tudo foi debatido, exaustivamente por várias reuniões.** Foi um plano construído em conjunto com o conselho. Inclusive na base houve a construção e a participação popular, os conselhos das regionais participaram, todas as reuniões que tinham, os conselheiros eram contratados a participar. Eu não sei se o nosso secretário executivo na regional II participou, mas, houve a reunião também e acredito que ele até tenha participado. (CONSELHEIRO 3, grifo nosso).

O CONSELHEIRO 4 acredita que haja ferramentas que facilitam a participação da população, lembrou dos fóruns territoriais e do observatório da cidade como canais de participação do modelo de governança do FOR2040.

[Sobre a existência de ferramentas de participação no modelo de governabilidade e governança do plano] Sim existe. Existe é que agora eu esqueci o nome, mas é como se fosse a implantação de bases territoriais em que se discute o que o Plano está propondo e essas áreas territoriais, **a população ela vai ter acesso ao plano e ela vai poder participar disso**. Por exemplo, digamos no território que temos os exemplos aqui, na Regional II, tem as salas profissionais e tal. Aquela população, lá tem essa base territorial que agora eu esqueci o nome, é até que você participou do seminário do território, lembra? Vai ter essa instância e a população vai ver o que o povo está fazendo, está acompanhando e ela pode participar disso, dizer: não, isso não é bem assim. Ou então: eu gostaria de participar das ações dessa forma. Então eu vejo que isso é uma forma de participar. A outra que você bem lembrou observatório de Fortaleza é onde está sendo disseminado onde o Plano propõe, o que o observatório faz? O observatório ele traz a Fortaleza, que começou a ser ocupada e por causa dessa ocupação proporciona diversos problemas, aponta os problemas e Fortaleza 2040, também propõe soluções para esses problemas. Para que a população possa acessar é gratuito, de acesso público, possa acessar e começar a ter noção do que é o Plano. Essa é uma das coisas e tem também essa parte dessa instância territorial. (CONSELHEIRO 4, grifo nosso).

Aqui cabe um esclarecimento, os conselheiros colocam que tiveram participação no processo de diagnóstico do plano (oficinas de escuta nos bairros). Contudo, alegam que não houve discussão do plano de saúde pelo CMSF, depois de realizado o diagnóstico situacional e definidas as ações. Todavia, até esse momento da pesquisa, o CMSF não provocou, nem cobrou providências, junto à SMS quanto à essa situação.

Em resumo, quanto à visão dos conselheiros sobre a governança, o que se apreende é que, observam que a gestão busca uma aproximação com os conselhos, que existem meios que possibilitam a participação, a escuta e a participação existiu nos primeiros momentos do FOR2040. Contudo, os membros do conselho revelam que no âmbito do plano estratégico da saúde, não houve discussão junto ao CMSF. Ou seja, apesar de existir um arcabouço jurídico e administrativo que reforce a governança, na prática o CMSF não foi chamando a participar dos detalhes táticos e operacionais do plano.

E por fim, segue o entendimento dos membros do CMSF acerca da capacidade de implementação e execução e o desenho operacional do plano de saúde. Em sua fala o CONSELHEIRO 1 cita como exemplo a tentativa de uma gestão passada em integrar políticas, tentativa essa, que acabou fracassando, por isso

conclui, que é muito difícil trabalhar a intersectorialidade e que as coisas são maravilhosas no papel, ou seja, ressalta a dificuldade da política sair do papel. Por isso, não acredita na continuidade do plano, porque falta compromisso, planejamento e outra coisa que impede o funcionamento dos planos é que muda a gestão, muda a cabeça do gestor e assim, muitas vezes projetos são engavetados.

Aqui em Fortaleza, na gestão do Juraci Magalhães, foi criada uma Secretaria Municipal de Saúde, não sei se você sabe, SMDS – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e ela ficava, era um tripé antigo (educação, assistência social e saúde) e isso é o que fazia, tanto que tentavam transformar o sistema. Se não me engano foi a FIOCRUZ que com esse projeto maravilhoso. **Aqui no Brasil, tudo é maravilhoso no papel.** A pessoa que era secretária para esse SMDS que era uma médica, que você ver que a maioria desses secretários são médicos, nada contra, mas o que acontece? Ela não estudou que a saúde tinha fatores determinantes. Ela achava também, que era negócio de posto de saúde, hospital, etc. não é só isso. [...] Não deu certo, porquê? Porque a visão do gestor na época, de 25 anos atrás, é totalmente diferente do gestor de hoje. Ou não é? **Mas, é muito difícil, fazermos políticas públicas de forma intersectorial.** Que é a quebra de paradigmas, a chave do sistema de saúde justo, é a política e realmente o trabalho e o que o município, do que disse no começo: o saneamento, com segurança, com lazer, com o trabalho, com educação, até com a pavimentação. Com a água. Que hoje tem muito a ver com essa questão do nosso consumo de água e também muito a ver com saneamento e meio ambiente. [...] A resposta: **o Plano de saúde, o Fortaleza 2040, a continuidade dele, para mim, eu não acredito... Acho que a primeira coisa tem que ter compromisso. Sabe. Compromisso social.... Falta compromisso social, falta planejamento, é justamente isso.** Como é que você pode, está aqui, é um funcionário do Habitafor, de moradia, de secretaria, da educação, da assistência social, ele faz um projeto, ser demitido, ser exonerado, sei lá, se pede transferência, o projeto dele, muitas vezes é engavetado. Então, não tem como, sabe, é como as conferências de saúde, para quem nunca participou, você coloca duas mil pessoas, mil pessoas no evento desse e depois que você coloca, dificilmente o que foi discutido ali é posto em prática. Agora você imagina em um sistema nosso, onde cada governo quer mostrar algo diferente e sempre é igual. Porque, os problemas de Fortaleza, certo, se você for dar uma olhada em 1970, 1960 foram só aumentando: problema de saneamento, surgiu lixo nas ruas, porque? Porque, a ausência de políticas públicas, que realmente nós não tivemos governo, que acabasse com isso e isso... **Portanto, no meu entender, é isso que impede de funcionar.** Porque se o governo, por melhor que seja, porque assim esse Fortaleza 2040, se o povo pôr em prática vai ser uma coisa exitosa mesmo, mas as dúvidas que tenho. **É quando o governo muda, muda as cabeças,** tem sempre aquela pessoa que vai fazer algo diferente e nem sempre flui ou espelha a sociedade como todo se os interesses pessoais e políticos de seus gestores. (CONSELHEIRO 1, grifo nosso).

O CONSELHEIRO 2 coloca que a escuta popular é um mecanismo muito usado pelo poder público, por interesse político, por isso acaba não tendo continuidade, quando os governos mudam de mão, considerando que quem chega, acaba desfazendo o que tinha sido feito. E aí é desperdício e gasto de dinheiro público. E coloca que nesse processo de planejamento deveria ser fundamento de uma

maneira que, os novos projetos, partissem de outros que já foram pensados ou iniciados.

**Não é a primeira análise feita pela administração, todas elas, nas administrações passadas, também fizeram um levantamento em relação a isso, ao desenvolvimento das necessidades das suas áreas assim específicas.** Mas, em termo de que isso pode favorecer, é um mecanismo que pode ser utilizado. Agora, como ele é utilizado para a questão política, de interesse político, porque é um interesse de poderes, aquilo que vai desenvolver para uns, pode não ser interessante politicamente para outro grupo. Esse tipo de ação que vem no controle social, que fica o direito da participação popular, sobre elencar essas responsabilidades gerais, essas **condições de perpetuar aquilo que é discutido na gestão e depois ser usada em outra gestão de uma forma de critério ativo, escolhido pela própria comunidade.** Não, nós discutimos isso, anteriormente, entre outras gestões, mas precisamos que haja continuidade sobre aquilo. Esses interesses não são bem esclarecidos, porque ainda tem uma questão de público que tem que ser analisado de uma forma cultural, não temos ainda um desenvolvimento bem estruturado a respeito de interesse popular sobre essas demandas, muito fica a critério realmente de cada gestão. **Entra uma gestão e sai outra gestão. Os planos políticos de uma gestão as vezes não são interessantes para quem está chegando, para outra gestão e acaba desfazendo tudo que já foi feito,** todo um trabalho desenvolvido, um gasto de dinheiro público que foi dispensado naquela produção de trabalho e isso nunca foi analisado de uma forma mais responsável, e se dá justamente por uma questão cultural, de participação popular, com cidadãos devidamente esclarecidos sobre essas questões com suas realidades, direitos e deveres, para que possam ver essa unificação de interesses no remanejamento de gestões. Para que aquilo que seja formado, como o que estamos citando, como exemplo, Fortaleza 2040, tenha um embasamento com outros fundamentos, de realizações de interesses políticos, dentro daquilo que se propõe a uma análise feita quando é apresentado sobre os planos de gestão sobre aquilo. **Os planos de gestões hoje deveriam ser desenvolvido baseado naquilo que já se está se recebendo, aquilo que temos.** (CONSELHEIRO 2, grifo nosso).

Da mesma forma pensa o CONSELHEIRO 3, que considera o plano extenso (temporalmente) e acredita que, dado as circunstâncias políticas, o plano não sairá do papel e ficará somente no campo das ideias.

Como tudo na vida da gente, acredito que houve muita coisa boa, e muita inserção popular, que acredito que se aplicando vai surtir efeito e um resultado positivo. Só que ainda, acredito que necessita de, porque **o plano é muito extenso, até 2040, a gente vive uma realidade hoje.** Principalmente na área da saúde, com os recursos reduzidos, congelado. A nossa realidade é essa. **Será que daqui há 10 anos, vamos está na mesma realidade?** Não sei, ou se vai ter condição de aplicar ele da forma, como a forma que pretendemos, como as pessoas que debateram, as pessoas que debateram vão ter a mesma cabeça que a gente, que quis para esse plano? **Na realidade, eu tenho receio de que nada que se projetamos se execute.** Porque, porque hoje estamos vendo a realidade política incoerente, em disparidade com a nossa realidade..., **é impactante sabermos que vai ficar só nos cantos das ideias, da idealização** ou que fizemos de bom, a realidade, o futuro, a realidade política que vivemos hoje, não tem expectativa de coisas melhores, pelo menos no momento não. Vamos esperar agora, no

período eleitoral, em 2018, se as pessoas se conscientizam em política pública de saúde principalmente para executar e para ver, para não ficar só no campo ideológico.

O CONSELHEIRO 4 concorda que as ações do poder público tem que ser planejadas, porque mesmo não sendo factível naquele momento, se está mirando aonde se quer chegar. Acrescenta que o ponto fraco do plano é a dificuldade de executar o plano de forma integrada.

PESQUISADORA: Agora, vamos para o eixo de viabilidade política. Aqui o que quero discutir: o Plano Fortaleza 2040 na sua visão ele é viável politicamente? Então a pergunta é: quais as suas percepções, expectativas quanto a flexibilidade e adaptabilidade do Plano estratégico da saúde do Fortaleza 2040 frente essas mudanças de cenário, mudança de gestão, oscilação do jogo político? CONSELHEIRO 4: Acredito que toda e qualquer ação do poder público ou da iniciativa privada tem que ser bem planejado. Ela tem que ter uma linha ou um horizonte que devo seguir e acredito que o Plano dar esse horizonte, sendo ele factível ou não de ser alcançado. **Mas pelo menos tenho um ponto que eu estou mirando para ele e que quero chegar.** Em relação ser politicamente viável, eu acredito que vai depender de muitos fatores, principalmente dos investimentos. **Acredito que as integrações dessas ações é um 'calcanhar de Aquiles' mesmo dentro da saúde."**

Como é possível perceber, os conselheiros entrevistados, não acreditam na continuidade do plano, entendem que novos governos invariavelmente ignoram os projetos em andamento e realçam a dificuldade da prefeitura trabalhar de forma integrada.

#### 4.5 Relatório de Avaliação: do Texto ao Contexto

A culminância dessa pesquisa está associada à análise de coerência entre o discurso institucional e prática organizacional e como isso interfere na implantação e execução da política pública. Nessa etapa da pesquisa é realizado o confronto entre texto e contexto, a virada do texto para o contexto, conforme o modelo de Análise de Coerência Institucional de Lejano (2012).

A implantação de uma nova política depende do contexto local, ou seja, é preciso verificar as condições e circunstâncias do lugar em que a política vai ser implantada. Isso requer, segundo Lejano (2012), um teste de consistência lógica e prática, pois é preciso identificar quão uma política (aqui, na forma de texto) pode adequar-se ao um contexto específico. Aqui a intenção é identificar se a política faz



parte do dia-a-dia, do cotidiano da população, se essa é percebida e vivenciada na comunidade.

Para análise de coerência institucional será usado, especificadamente, as análises de texto e contexto voltadas a implantação do plano estratégico da saúde, o objeto dessa pesquisa. Sendo o texto, o plano estratégico da saúde, e o contexto, a percepção dos atores envolvidos sobre o plano e o ambiente institucional, bem como as condicionalidades de ambos.

Para responder a pergunta: “A política está no contexto?” Se faz necessário responder outras tantas indagações, como por exemplo: “A solução proposta pela política contempla a complexidade e a amplitude do contexto?” Considerando como “solução proposta”, as ações elencadas no plano, é possível afirmar que não. Como visto, as ações propostas no plano não acompanham a magnitude e a dimensionalidade necessárias para resolver as questões de saúde da cidade e de sua população.

Observa-se que o texto versa sobre uma perspectiva ampliada de saúde, voltada para uma visão de sistêmica e sustentável de cidade no longo prazo. Todavia, a real circunstância é um plano de saúde voltado para rotinas e procedimentos da secretaria de saúde. Outro ponto percebido no texto é o discurso de políticas públicas integradas, quando na verdade, o plano estratégico da saúde não apresenta essa característica de intersetorialidade.

Também é possível questionar: “A solução proposta pela política envolve a comunidade? Existe conexões entre a política e a comunidade? Não. As ações do plano (a solução proposta pela política), não é capaz de envolver a comunidade, pois trata em grande parte na realização de serviços por parte da SMS, não constam ações voltadas à quebra de paradigmas ou mudanças no estilo de vida, para que esse processo aconteça, para que haja esse envolvimento.

“Em que nível a política foi incorporada às rotinas das instituições?” A política também não conseguiu envolver os atores implicados na concepção e implantação do plano (gestores, técnico e conselheiros), conforme percebido pelo contexto. A esse respeito, pode-se afirmar, que não foi estabelecida uma conexão entre a política e as estruturas institucionais, até o momento. O plano estratégico da saúde, ainda no texto, já apresentava distorções nas diretrizes estratégicas e cerceamento nas linhas de ações de instrumentos importantes para a

operacionalidade do plano. Ou seja, já são vistas incoerências institucionais no próprio texto.

Esse fato colaborou com o descrédito quanto a exequibilidade e constância do plano estratégico da saúde, que é visto como inviável pelos gestores, técnicos e membros do conselho. Percebe-se que muito foi trabalhado no papel, não houve uma sensibilização ou planejamento operacional direcionado para implantação da política, que envolvesse o corpo da saúde como todo. Não foi uma demanda acolhida pela instituição, ela de fato, não está incorporada aos processos cotidianos da instituição.

“A política possui conexões com os padrões existentes de governança?” Não. Apesar de existir um amplo sistema de governança no texto, o plano estratégico da saúde ainda não foi discutido nas plenárias do CMSF (todavia, essa lacuna não foi colocado como pauta de assembleia), o plano ainda não foi instituído por lei, a câmara setorial da saúde está com as atividades paralisadas.

O texto apresenta um sistema de governança complexo que garante proporcionar a governança do plano. No contexto, os atores percebem que na realidade a população ainda não tomou consciência do seu papel e que a sociedade ainda não está envolvida as práticas de cogestão da cidade. Na verdade a população está desacreditada de planos e projetos do governo, conforme a fala dos conselheiros.

“A política está no contexto?” Não, está muito descontextualizada. É recorrente no texto a declaração de que participação social e o fortalecimentos das instâncias e estatutos de governança, são fundamentais para a condução do plano. A percepção é que apenas um grupo isolado construiu o plano estratégico da saúde, dissociado, tanto da ótica estratégica do FOR2040, como das internalidades da secretaria de saúde.

Nas entrevista foi visível o distanciamento ou o estranhamento com relação ao plano estratégico da saúde. Não houve essa ligação entre atores, instituições e a política. O plano orbita ou flutua sobre a realidade, sobre as rotinas, como algo a parte, não enraizado nas instituições (sejam estas instituições o cotidiano, os atores e as estruturas). Desta forma, há mesmo que se duvidar da implantação das ações, o que dirá o mesmo de sua continuidade.

Sendo assim, percebe-se que política não conseguiu ainda encaixar-se na situação. Ou melhor, o texto não está adaptado ao contexto. Desta forma, por tudo o que foi analisado, é visível que texto e contexto não se encaixam. Tanto o FOR2040,

como o plano estratégico da saúde, apresentam visíveis discrepâncias entre si, como também, entre o planejado e a realidade. Ambos ainda são um “corpo estranho”, tanto na instituição como na comunidade. Assim, pela análise de coerência institucional realizada, pode-se concluir que a nova política não conseguiu fazer a passagem entre o abstrato do texto e as circunstâncias reais do contexto, conforme diria Lejano (2012).

No paradigma pós-construtivista, estudar as políticas e instituições em contexto é compreender as contingências e peculiaridades das práticas institucionais, visando apontar as condições e realidades do campo para aperfeiçoamento da política.

Nesse entendimento, a intenção da análise é ir além, e indicar quais propriedades institucionais possuem mais coerência com os componentes do contexto, para que a política tenha significado dentro dos padrões e estruturas da instituição.

Para Lejano (2012) a análise serviria também como um “suporte institucional” para ajudar a manter e adaptar a política proposta no contexto, partindo da seguinte pergunta: É possível que a nova política seja retrabalhada? Certamente. Visto que, redesenhar o plano estratégico da saúde é um projeto já em execução na SMS, em parceria com o Iplanfor.

Nesse novo desenho, as ações da saúde são redimensionadas e integradas a outras políticas públicas, foram inseridas novas linhas de ação, foram estabelecidos critérios de priorização para a execução das ações, inclusão de um sistema de monitoramento, dentre outras alterações significativas que permitirão a implantação e a execução da política municipal de saúde para as próximas gerações.

Outra indagação que pode ser feita é a seguinte: É possível que a nova política seja encaixada ou adequada à situação? Positivo. Estão sendo estudadas mudanças no desenho que permitirão aumentar a coerência da política e a resolução de conflitos. O processo de redesenho será realizado através do uso de novas metodologias e técnicas, que poderão garantir maior aderência entre texto e contexto (APÊNDICE A).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um bom condutor deve dirigir a vista para diferentes distâncias à frente e ainda para a mais longínqua, que coincide com o seu destino e que não pode enxergar, mas, além disso, deve olhar para atrás olhando para frente. Com a planificação ocorre o mesmo. Devemos concentrar nossa atenção no presente. Todavia, decidir racionalmente no presente requer sinais direcionais situados a uma ano de distância, a cinco anos para captar o período de governo e numa distância mais longa, a perder de vista, de 20 a 25 anos (RIVERA, TESTA, MATUS, 1989, p. 149).

Inicia-se as considerações finais desta pesquisa com as palavras de Rivera, Testa e Matus (1989), as quais sintetizam a visão do planejamento estratégico governamental, o ato que precede e preside a ação. Compreende-se que planejar ações viáveis, no presente, para um futuro incerto, é um campo de múltiplas possibilidades que abrem as portas para um conjunto infinito de contradições e conflitos. Sabe-se que o planejamento é um desafio para os gestores, pois se trata de instrumento impreciso e cheio de armadilhas. Porém, planejar é uma ferramenta imprescindível de gestão, que deve atuar no presente e nas conjunturas, de forma imediata, dinâmica e flexível, para minimizar e equacionar as imprecisões e incertezas.

Nessa perspectiva, realizou-se esta pesquisa, entendendo que, mesmo diante de imperfeições, o ato de planejar é essencial e rever estratégias faz parte do aperfeiçoamento do processo. Neste texto foi apresentado um estudo de caso do plano estratégico da saúde, uma das trinta e duas políticas contidas no FOR2040, no caso, um conjunto de ações recém elaboradas que precisam ser revistas, para a sua plena implantação.

O trajeto desta pesquisa teve início com a abertura dos trabalhos de monitoramento e acompanhamento do FOR2040, realizados pela Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza (SMS), em conjunto com a Câmara Setorial da Saúde, em 2017, nos quais foram observadas algumas divergências conceituais e metodológicas no Plano Estratégico da Saúde. Inicialmente foi verificado que o desenho do plano estava muito voltado à prestação de serviços, além de outras fragilidades que poderiam impactar a implantação e o execução das ações propostas, bem como o alcance das metas e resultados esperados.

Ainda foi percebido que as ações do plano tinham um olhar restrito ao adoecimento, passando ao largo de questões determinantes e condicionantes para se ter uma vida plena e saudável, como as desigualdades sociais e os fatores ambientais. Ou seja, as lentes usadas na formulação das propostas de intervenção, não focavam a problematização da saúde de forma integrada e ampliada, posto que, não consideravam todas as questões envolvidas, no âmbito social, econômico, cultural, ambiental e territorial.

Outros fatores externos, como o estilo de vida, comportamentos e ambientes de risco, também não foram considerados no desenho. É visível que o olhar do plano se voltou à execução de serviços, um olhar “hospitalocêntrico”, voltado às intervenções médicas e ambulatoriais, replicado ao tratamento da doença e não as causas do adoecimento.

Até questões mais estruturais e concretas não foram bem delineadas na execução das ações. Não se discutiu a dependência das fontes de financiamento, a depreciação da infraestrutura, o sucateamento e a depreciação dos equipamentos hospitalares e a necessidade de reposição e modernização. Pontos cruciais como os recursos humanos, requalificação, capacitação, ampliação dos quadro de servidores, foram apenas pontualmente tratados.

A integração de sistemas e redes de informação, os impactos dos avanços tecnológicos e a apropriação das inovações da medicina na rede de assistência médica também não foram discutidos. Foi sentida ainda, a ausência da construção e prospecção de cenários futuros, estudos essenciais em planejamentos de longo de prazo, que permitem um prever e prevenir riscos e visualizar oportunidades e ameaças.

Outro ponto importante, a disposição as ações do plano não apresentavam uma lógica de prioridades. Quais ações deveriam ser primeiramente executadas? Quais têm maior pertinência e relevância? Não existia uma ordem para a implementação das ações, fazendo com que o plano lembrasse uma lista de tarefas.

Esse foi um primeiro olhar sobre o plano estratégico da saúde e, frente a esses achados, entendeu-se ser imprescindível realizar um estudo que identificasse outras possíveis falhas no desenho do plano da saúde, as quais inviabilizassem a realização dos objetivos traçados, na intenção maior de propor ações corretivas ou um redesenho.

Nesse sentido, uma agenda para transformar o sistema de saúde deve apontar com clareza os caminhos para a reestruturação do atual sistema de saúde público municipal; utilizar ferramentas inteligentes, sustentáveis e inovadoras de gestão e, sobretudo, perceber a saúde como um direito humano e uma exigência para qualquer tipo de transformação social.

Na pesquisa também foi necessário conceituar uma visão ampliada de saúde, políticas públicas e discutir a relevância das instituições na condução e implementação das ações e políticas sociais. Para tanto, foi utilizado um amplo referencial teórico que respaldou os conceitos e concepções utilizados, dentre esses, as teorias de Amartya Sen (desenvolvimento como liberdade), Douglas North (desenvolvimento institucional), Carlos Matus (Planejamento Estratégico Situacional) e Maria Cecilia Minayo (abordagem ecossistêmica em saúde).

Assim, frente à pergunta “esse plano é realmente viável, consistente e exequível?” se viu a necessidade de utilizar uma metodologia que fosse capaz de abarcar toda a complexidade que envolve as políticas de saúde, ao ponto que fornecesse um direcionamento gerencial para as ações corretivas do plano. Para isso, buscou-se unir três formas de análise, uma relacionada com os aspectos de gestão do plano (análise de governo, de Carlos Matus), um método relacionado com a interpretação dos dados coletados no campo (análise de conteúdo, de Lawrence Bardin) e uma terceira análise voltada ao encaixe e conexões do plano nas práticas e realidades do contexto (análise de coerência institucional, de Raul Lejano).

Dessa forma foi montada uma matriz analítica que envolveu os três modelos citados acima, de maneira a unir o material coletado no campo. Inicialmente foi realizada a análise do texto (documentos), em seguida, a análise do contexto (entrevistas) e por último, análise de coerência institucional, conforme apresentado na pesquisa avaliativa. A intenção foi avaliar, tanto a viabilidade e consistência do plano, como a sua aderência ao contexto e as condições e elementos que envolvem a capacidade de implantação e execução da política.

A partir da análise do texto foi possível observar as intenções e fragilidades do FOR2040 e chegar as primeiras conclusões acerca do plano estratégico da saúde: há uma dissintonia entre os pensamentos estratégicos iniciais e a forma acabada do plano, limitada, desarticulada e voltada para dentro. O Plano FOR2040 possui sérias vulnerabilidades institucionais, apesar do extenso e volumoso estudo realizado sobre

a cidade de Fortaleza e do rico diagnóstico apresentado. Essas inconsistências são refletidas no plano estratégico da saúde que, além desses entraves, ainda possui ações de saúde focadas na prestação de serviços e desligadas de outras políticas setoriais e de questões sociais e ambientais. Além disso, observam-se dificuldades que impedem a capacidade operativa, como a falta de priorização das ações e de elementos de suporte para manutenção e gestão do plano, os problemas de integralização das ações e o pensamento de curto prazo dos gestores.

Como já demonstrado, o plano estratégico da saúde não conseguiu absorver as dimensões e profundidades abordadas pelo FOR2040, trabalhando em seu desenho de forma unidirecional e rasa, não contemplando em seus objetivos, metas e ações a amplitude necessária que o plano exige para realizar as transformações desejadas.

Ainda com a análise de texto, verificou-se que o plano FOR2040 não é ingênuo, pois identifica os principais gargalos para sua exequibilidade e constância no longo prazo, ao ponto em que indica soluções e remédios para isso. Observa-se que tanto o FOR2040, como o Plano estratégico da saúde, contém um objetivo social e institucional sólido e voltado para a realidade da cidade e de sua população, amparado por teorias de acesso, desenvolvimento sustentável e ecossistêmico e qualidade de vida, tendo como base e fio condutor o fortalecimento institucional.

É possível verificar que existem métodos e instrumentos elaborados para assegurar a governabilidade política e a governança e mecanismos que permitem a participação e o controle social. No entanto, cabe ao poder público incentivar os fortalezenses para que se apropriem do plano (não só na sua concepção, mas durante o tempo de sua execução), bem como, falta à população consciência e envolvimento político com as questões da cidade de Fortaleza. Apesar disso, é válido lembrar, que não existe uma lei municipal regendo FOR2040 e que é preciso um ajuste nas contas públicas para a execução dos investimentos previstos, fora a parte, as dificuldades de integração e implantação das políticas, como é o caso da saúde.

Destaca-se, por fim, o estreitamento conceitual sofrido pelo plano estratégico da saúde. Que, como visto, apesar de um amplo e integral diagnóstico, teve suas ações voltadas para execução de serviços da secretaria da saúde, desarticulada das outras políticas públicas do FOR2040. Não só isso, ações importantes para a manutenção e gestão foram retiradas do plano operativo, o que

poderá dificultar a sua implantação e execução.

A análise do contexto confirma os pontos já observados sobre o FOR2040 e o plano estratégico da saúde. Os entrevistados apontaram ainda a necessidade de redesenho do plano, para a ampliação do foco e o desenvolvimento de ações integradas, bem como externalizaram um unânime descrédito quanto a reais possibilidades do plano ser implantado e mantido no longo prazo. Ressaltaram ainda o não envolvimento da sociedade e a baixa participação popular; a atual conjuntura político-econômica; a cultura de curto prazo e de quebra de continuidade de políticas e projetos, comum nos governos.

O grupo de gestores entrevistados observaram que o plano de saúde deve ser revisado, considerando que possui uma visão muito interna de saúde, voltada apenas a prestação de serviços, visto que, entendem que desenvolver a qualidade de vida e o bem estar da população de Fortaleza, depende da integração e intercessão com outras políticas públicas. Percebem que existem instrumentos para a participação e controle social, todavia colocam que é preciso que a sociedade tome posse do plano, necessitando para isso de um processo educativo sobre a importância dessa atuação da população. Não acreditam na operacionalidade do plano caso não seja elaborado um instrumento legal que dê sustentabilidade ao Plano FOR2040<sup>71</sup>.

Pelo conteúdo das entrevistas é possível observar que os gestores têm uma preocupação maior com o aspecto visionário e ideológico do plano, planejando as políticas em um nível mais estratégico. Elaboraram, por exemplo, vários instrumentos que permitem o acesso da população, porém, mesmo reconhecendo que inexistente a cultura de participação e o envolvimento político da sociedade, não executaram ainda campanhas de divulgação do FOR2040. Igualmente, apesar de possuírem a consciência da inconsistência do FOR2040 no decorrer de novas gestões, não tem envidado esforços em aprovar no Legislativo o instrumento jurídico que irá dar sustentabilidade ao plano.

Os técnicos entrevistados também apontam alguns dos elementos indicados pelos gestores. Consideram que as ações do plano estão direcionadas apenas para o âmbito interno da saúde e não apresentam soluções preventivas para

---

<sup>71</sup> Afinal, já que os gestores da SMS e do Iplanfor não concordaram com os objetivos institucionais e sociais do plano, porque então, aprovaram a sua elaboração? Aqui cabe uma contextualização. O plano foi elaborado por consultores externos que visivelmente não consideraram o diagnóstico elaborado no processo de escuta popular. Apesar da tentativa de redirecionar o plano, havia um cronograma de entrega, o que inviabilizou o reconfiguração do plano em tempo hábil.



trabalhar as causas da mortalidade e as morbidades. Tem consciência que as políticas devem estar integradas e que os resultados serão visíveis no longo prazo, para tanto colocam que é imprescindível o acompanhamento ambiental, bem como o monitoramento e a avaliação de indicadores.

Do mesmo modo, destacam a cultura de não participação da população, porém, esquecem que também fazem parte desse todo. É visível a desilusão e o descrédito quanto às iniciativas similares ao FOR2040. Vale ressaltar que o perfil dos técnicos entrevistados varia com servidores estatutários entre 10 e 30 anos de serviço público, ou seja, que já estão habituados com as descontinuidades de planos, projetos e programas de governo. Por isso, entendem bem que as mudanças de gestão representam um sério risco a continuidade do plano, o que pode fazer com que evitem se envolver com mais afinco e paixão.

Os conselheiros entrevistados, de um modo geral, entendem tanto as limitações do plano, quanto as inseguranças e dificuldades dele em se estabelecer. Dos grupos entrevistados, esse foi o que se mostrou mais descrente quanto à aplicabilidade e exequibilidade do plano, apesar de terem participado do diagnóstico realizado e conhecerem o FOR2040. Destaca-se, contudo, que eles desconhecem as ações do Plano estratégico da saúde, posto que não foram discutidas junto a eles, segundo o relato dos entrevistados.

Todos os grupos falaram de integração e intersetorialidade, ou seja, os entrevistados entendem essa necessidade, contudo foi possível perceber que possuem essa dificuldade entre eles. Em outras palavras, não existe integração entre os membros que compõe a gestão e nem intersetorialidade entre os diversos setores. Acredita-se que esse seja um dos principais nós para a implantação e implementação tanto do FOR2040, como o do plano estratégico da saúde contido nele.

Por fim, considerando as entrevistas concedidas (análise de contexto), pode-se aferir que existe uma desconfiança quanto a execução do FOR2040 fora da atual gestão e que o plano estratégico da saúde foi descartado como solução factível e viável para a saúde de Fortaleza. Entende-se que existe a necessidade de iniciar um processo de acreditação e divulgação do Plano FOR2040, bem como a sua institucionalização e estruturação legal. E que, quanto ao Plano estratégico da saúde, a intenção dos gestores e a sugestão dos técnicos é que ele passe por uma ampliação de escopo, para que possa ser redesenhado, sob uma nova ótica de saúde.

Assim, tanto no texto, como no contexto, visualizaram-se as instabilidades e inconsistências das macrovariáveis de governo, no âmbito do FOR2040 e no plano estratégico da saúde. Ambos apresentaram deficiências nos três vértices do triângulo do governo: estreitamento do objetivo institucional e social quanto as ações projetadas para a saúde; riscos de governabilidade política e lacunas no modelo de governança; dificuldades no desenho operacional que limitam a capacidade de implementação da política (estruturas e recursos).

Quando foi feito o cruzamento do texto e contexto, para identificar o encaixe institucional da política, percebeu-se que não há coerência entre ambos e nem aderência da política às instituições. A nova política está literalmente descontextualizada das práticas e muito distante das realidades institucionais. Portanto, não conseguiu se estabelecer como solução aos problemas públicos discutidos, apresentando dificuldades de implementação. Mediante essa realidade, bem como os demais dados apresentados, sugere-se que é necessária uma reformulação do plano estratégico da saúde, visando assegurar a sua implantação e efetividade social.

Todavia, diante disso, vale ressaltar a iniciativa e resolutividade da gestão municipal em reconhecer a necessidade de reestruturação do plano e de pronto empreender os trabalhos de redesenho do plano. A SMS e o Iplanfor já iniciaram as atividades de reformulação das ações do plano estratégico da saúde, a partir de uma nova perspectiva de planejamento e de uma abordagem bem mais ampliada de saúde pública. No projeto de redesenho foram observadas as lacunas e disfunções do plano atual e a partir dessas constatações, estão sendo criadas novas ferramentas e estratégias para a construção de um novo plano, o relatório de redesenho segue apêndice a dissertação (APÊNDICE A).

Assim é o ciclo do planejamento e das políticas públicas, um processo constante de formulação, implementação, monitoramento, avaliação e correção. Esses processos e reprocessos fazem parte da dinâmica de condução das atividades e programas da gestão pública, enquanto preceptora das ações estatais, que têm como norte a busca do desenvolvimento e do bem-estar social.

## REFERÊNCIAS

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.

BANCO MUNDIAL. **Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**. Volume I – Síntese. Grupo Banco Mundial, 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edições 70: São Paulo, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil/1988**. Brasília: Senado Federal, 2008.

BRASIL. Portaria Ministerial nº. 1.034, de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 de maio de 2010, Seção 1, pág. 58.

BUARQUE, Sérgio C. **Metodologia de Planejamento e Desenvolvimento Local e Municipal Sustentável**. INCRA: Brasília, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PAIM, Jairnilson Silva; *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. Editora Hucitec: São Paulo; Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2009.

CARVALHO, Alba Maria Pinho; GUSSEI, Alcides Fernando. **Perspectivas contemporâneas em Avaliação de Políticas Públicas**. Seminário “Avaliação de Políticas Públicas em Tempos Contemporâneos”. Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas, UFC, 2011 (inédito).

CAVACO DIAS, Casimiro. O valor da inovação: criar o futuro do sistema de saúde. Coimbra: Edições Almedina, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103\\_73312016000301073](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103_73312016000301073). Acessado em: 08 ago.2018.

CHIAVENATO, Idalberto. SAPIRO, Arão. **Planejamento estratégico, fundamentos e aplicações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

COALIZÃO SAÚDE. **Coalizão Saúde Brasil – uma agenda para transformar o sistema de saúde**. Disponível: <http://icos.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Relato%CC%81rioNet.pdf> Acesso em: 18 de fev. de 2018.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de Projetos Sociais**. Editora Vozes: Petrópolis, Rio de Janeiro, 2016.

CONASEMS. **Novas regras sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/01/nota-tecnica-prt-3992.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.

DÁVALOS, Pablo. **O pós-neoliberalismo, notas para uma discussão**. Brasil no Mundo. Julho, 2016. Disponível em: <http://brasilnomundo.org.br/noticias/o-pos-neoliberalismo-notas-para-uma-discussao/#.W-ygM9JKiUI>. Acessado em: 12 de ago. 2018.

DIÁRIO DO NORDESTE. **14 pessoas mortas na maior chacina do Ceará**. Janeiro, 2018. Disponível em: <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/policia/online/14-pessoas-mortas-na-maior-chacina-do-ceara-1.1886225>. Acesso em: 18 fev. 2018.

DAYRELL, Ludmylla Souza de Oliveira Silva. **Gestão Compartilhada do SUS: a importância da pactuação para efetividade do direito constitucional à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

DIEESE. **Planejamento estratégico situacional**. Brasília/DF: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação, 2014.

DRUCK. Graça; FILGUEIRAS. Luiz; MOREIRA. Uallace. **Ajuste fiscal e as universidades públicas brasileiras: a nova investida do Banco Mundial**. Edgardigital. Disponível em: Universidade Federal da Bahia. <http://www.edgardigital.ufba.br/?p=584>. Acessado em: 22 jun.2018.

ENAP. **Avaliação de programas e políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2015

FALSARELLA, A. M. O lugar da pesquisa qualitativa na avaliação de políticas e programas sociais. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 20, n. 3, p. 703-715, nov. 2015.

FIOCRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

FORTALEZA. **Plano Fortaleza 2040**. V. 1. Fortaleza: Iplanfor, 2016a.

FORTALEZA. **Plano Fortaleza 2040**. V. 4. Fortaleza: Iplanfor, 2016b.

FORTALEZA. **Revista Fortaleza 2040**. V. 2. Fortaleza: Iplanfor, 2015a.

FORTALEZA. **Revista Fortaleza 2040**. V. 4. Fortaleza: Iplanfor, 2015b.

FORTALEZA. **Revista Fortaleza 2040**. V. 7. Fortaleza: Iplanfor, 2016c.

FORTALEZA. Lei nº 10660, de 27 de dezembro de 2017. Estima a Receita e fixa a Despesa do Município para o exercício financeiro de 2018. **Diário Oficial do município de Fortaleza**. Fortaleza, CE, 28 de dez. 2017 (suplemento).

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 6ª edição. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

GILLIGAN, Carol. **In a different voice: Psychological theory and women's development**. Cambridge, MA: Harvard university Press, 1982.

GIOVANELLA, Ligia. **Ajuste fiscal e injustiças em saúde – comentário de ao relatório 'Um ajuste justo', do Banco Mundial**. Centro de Estudos Estratégicos da FIOCRUZ. Publicado 08 Dezembro 2017. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/699>. Acessado em: 22 jun.2018.

GRAHAM, Andrew. **Como escrever e usar estudos de caso para ensino e aprendizagem no setor público**. Brasília: ENAP, 2010.

GUIMARÃES, Maria. Para tirar as Cidades do pronto-socorro. **Revista Pesquisa FAPESP**. Ed. 262, dez 2017.

GUSSI, Alcides Fernando e OLIVEIRA, B.R. Políticas Públicas e outra perspectiva de avaliação: uma abordagem antropológica. **Revista Desenvolvimento em Debate**, v. 4, n. 1, p. 83-101, 2016.

HOLANDA, Antônio Nilson Craveiro. **Avaliação de Programas (conceitos básicos sobre avaliação “ex-post”)**. Fortaleza: ABC Editora, 2006.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Política Pública. Seus Ciclos e Subsistemas. Uma Abordagem Integral**. Tradução Técnica Francisco G. Heidemann. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013

HSM MANAGEMENT. **Dossiê Smarts Cities – Transformação Digital nos Serviços Públicos**. São Paulo: HSM Management: Março – abril, 2018.

IBGE. **Cidades e Estados do Brasil – Fortaleza**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?t=destaques&c=2304400>. Acesso em: 29 de jan de 2018.

IPEA. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, 2016.

IPECE. **Perfil Municipal – Fortaleza 2017**. Disponível em: [http://www.ipece.ce.gov.br/perfil\\_basico\\_municipal/2017/Fortaleza.pdf](http://www.ipece.ce.gov.br/perfil_basico_municipal/2017/Fortaleza.pdf). Acesso em 29 jan.2018.

JANUZZI, P. M. Avaliação de Programas Sociais: conceitos e referenciais de quem a realiza. **Est. Aval. Educ.** São Paulo, v. 25, n. 58, p. 22-42, maio-ago, 2014.

JANUZZI, Paulo de Martino. **Monitoramento e Avaliação de Projetos Sociais – uma introdução aos conceitos e técnicas**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2016.

JANUZZI, Paulo de Martino. Indicadores para Avaliação Sistêmica de Programas Sociais: o caso PRONATEC. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 27, n. 66, p. 624-661, set./dez. 2016.

KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto contexto - enferm.** [online], vol.20, n. 1, p. 184-193, 2011.

LALONDE, Mark. **A new perspective on the health of Canadians.** Ottawa, ON: **Minister of Supply and Services Canada.** Retrieved from Public Health Agency of Canada, 1974. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acessado em: 02 ago.2018.

LEJANO, Raul P. **Parâmetros para Análise de Políticas Públicas – a fusão de texto e contexto.** Campinas, SP: Arte Escrita, 2012.

LOBO, T. Avaliação de processo e impactos em programas sociais: algumas questões para reflexão. *In*: RICO, E. M. (org.). **Avaliação de políticas Sociais: uma questão em debate.** São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos especiais, 1998.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gatos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017. DOI:10.5380/rinc.v4i1.50289.

MATUS, C. **El método PES: planificación estratégica situacional.** 2 ed. La Paz: Editorial Cereb, 1996.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In*: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (orgs.). **Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45.

MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (orgs). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2007.

MISES BRASIL. **Os efeitos nefastos de um ajuste fiscal baseado no aumento de impostos.** Mises Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.mises.org.br/Article.aspx?id=2728>. Acessado em: 10 ago. de 2018.

NORTH, Douglas C. **Instituições, mudança institucional e desempenho econômico.** São Paulo: Três Estrelas, 2018.

OAPS. “Ajuste justo” para quem? Instituto de Saúde Coletiva. **Boletim do Observatório de Análise Política em Saúde da Universidade Federal da Bahia**. Salvador, ano 3, edição nº 14, novembro/dezembro, 2017. Disponível em: <<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/14/>>. Acessado em: 22.jun.2018.

OLIVEIRA, Júlio Marcelo de. **Ajuste fiscal profundo é urgente para um sustentável ciclo de prosperidade**. Conjur. Agosto, 2017. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2017-ago-01/contas-vista-ajuste-fiscal-profundo-urgente-ciclo-prosperidade>> Acessado em: 02.ago.2018.

O POVO. **Anuário de Fortaleza 2012-2013**. Agosto, 2012. Disponível em: <http://www.anuariodefortaleza.com.br/>. Acessado em: 20 dez.2018.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: “uma nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, 32 (4): 299 – 316, 1998.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

RUA, Maria das Graças. **Avaliação e Monitoramento de Políticas Públicas, Programas e Projetos Governamentais**. Disponível em: [http://igepp.com.br/uploads/arquivos/igepp-gestor-pp-ponto\\_7-avaliacao-rua\\_\\_m.g.pdf](http://igepp.com.br/uploads/arquivos/igepp-gestor-pp-ponto_7-avaliacao-rua__m.g.pdf). Acesso em: 20 de janeiro de 2018.

SADER, Emir (org.). **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma** - São Paulo, SP: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO 2003.

SADER, Emir; GENTILI, Pablo (org.). **Pós-liberalismo - As políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SANSON, César. **O pós-neoliberalismo, notas para uma discussão**. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/557972-o-pos-neoliberalismo-notas-para-uma-discussao> Acessado em: 12 ago. de 2018.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução de Laura Teixeira Mota. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

SINGER, André. **Os sentidos do Lulismo: reforma gradual e pacto conservador**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SUPER INTERESSANTE. **111 Ideias que valem ouro**. São Paulo: Editora Abril: agosto, 2013.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS S. R. L.; FERREIR, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002.

TEIXEIRA, C. F (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TENÓRIO, F. G. (coord.). **Avaliação de projetos comunitários: uma abordagem prática**. São Paulo: Loyola, 2000.

TESTA, Mario; MATUS, Carlos. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. Cortez: São Paulo, 1989.

THERBORN, Goran. A Crise e o Futuro do Capitalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo. **Pós-Neoliberalismo - As políticas sociais e o Estado democrático**. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1995.

TRIBUNA DO CEARÁ. **Mais da metade dos bairros de Fortaleza tem IDH inferior ao do país mais pobre do mundo**. Outubro, 2015. Disponível em: <http://tribunadoceara.uol.com.br/noticias/cotidiano-2/mais-da-metade-dos-bairros-de-fortaleza-tem-idh-inferior-ao-do-pais-mais-pobre-do-mundo/>. Acesso em: 30 jan.2018.

TRIBUNA DO CEARÁ. **Criminosos gravam vídeo de execução de motorista na CE-040 e divulgam nas redes sociais**. Fevereiro, 2018. Disponível em: <http://tribunadoceara.uol.com.br/videos/jornal-jangadeiro/criminosos-gravam-video-de-execucao-de-motorista-na-ce-040-e-divulgam-nas-redes-sociais/>>. Acesso em: 02.fev.2018.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [on-line], vol. 14, suppl. 1, p. 1565-1577, 2009.

VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; PAIM, Jairnilson Silva; SCHRAIBER, Lília Blima. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva – Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

WHICHER, A.; SWIATEK, P.; CAWOOD, G. **An Overview of Service Design for the Private and Public Sectors**. Cardiff. 2013.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.



## **APÊNDICE A – RELATÓRIO DE REDESENHO: MODELANDO A COERÊNCIA INSTITUCIONAL**

Considerando que a avaliação realizada também tem como propósito a melhoria da política, não apenas apontar as suas incoerências e visando apresentar alguns resultados da pesquisa, segue a proposta de redesenho do Plano estratégico da saúde, em andamento, Aqui são apresentadas algumas considerações às alterações do plano estratégico da saúde, o que que refletem, em parte, um pouco da avaliação realizada no campo da política pública em análise.

Nesse novo modelo serão usadas ferramentas estratégicas que permitirão trabalhar as intersetorialidades, dimensionalidades e complexidades da saúde, partindo de um olhar ampliado dos fatores sociais, ambientais e comportamentais que envolvem a o bem-estar e a qualidade de vida e a promoção da saúde humana. Esse redesenho do plano estratégico da saúde, contará ainda com um envolvimento maior dos atores envolvidos desde o início, será uma cocriação entre gestores, técnicos e conselhos das temáticas envolvidas, não mais uma contratação de consultores apartados do contexto real da saúde.

Inicialmente, cabe aqui um breve histórico sobre os percursos traçados para que fosse aprovada um redesenho do plano da saúde. Com o início dos trabalhos de acompanhamento e monitoramento realizados pela Câmara Setorial da Saúde foram observadas algumas questões conceituais e metodológicas no Plano estratégico da saúde em que se percebem fatores que dificultam a implantação e o monitoramento das ações propostas, bem como o alcance das metas e resultados, como estudados até aqui.

Um fator conflitante era o desconhecimento do plano por boa parte da equipe técnica, recém nomeada pelo novo governo, posto que, muito dos servidores que trabalharam na elaboração do plano, foram exonerados, realocados em outras secretarias ou voltaram a seus órgãos de origem. Então, identificar o andamento das ações e os percentuais de execução das metas, para preencher os relatórios de acompanhamento.

Como os novos gestores da SMS acompanharam a insatisfação do Iplanfor com o escopo limitado e autoreferenciado do plano, a ideia de uma reformulação das estruturas do plano ocorreu de forma natural. Em setembro de 2017, iniciaram os estudos de redesenho das do plano estratégico da saúde, tendo como mentores o

gabinete da secretária adjunta de saúde e a coordenadoria de planejamento da SMS, com o apoio técnico do Iplanfor e Câmaras Setorial da Saúde.

O primeiro momento da etapa de planejamento foi iniciado em outubro de 2017 com as constatações do relatório inicial que apontam deficiências no documento que justificam o redesenho do plano. As propostas preliminares foram apresentadas e discutidas previamente com a gestão da Secretaria Municipal da Saúde e a equipe do Iplanfor. Após várias reuniões e ajustes, foi apresentado em dezembro de 2017, ao superintendente do Iplanfor, Eudoro Santana, o projeto de redesenho.

## 1 O PROJETO DE REDESENHO

Diante do exposto e visando a exequibilidade, operacionalidade, a coerência e a sustentabilidade do plano para a realização plena das metas e resultados, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) junto à Coordenadoria da Câmara Setorial da Saúde, iniciou o novo processo de planejamento para a o redesenho do Plano estratégico da saúde, contido no FOR2040.

Nessa nova construção serão usadas ferramentas de planejamento estratégico para melhor desenvolver as ações a partir de uma nova visão holística, tendo o indivíduo como centro das ações, considerando o ambiente da cidade e seus fatores como condicionantes à saúde pública. De certo que, nesse processo de reconstrução, não há de se desprezar o processo de coleta de dados, estudo de ambiência e diagnóstico, dado que é um material riquíssimo que reflete com precisão a realidade da saúde pública do município, e nem desconsiderar o amplo exercício de participação social que foi realizado.

Para tanto, estudos e atividades de análise já foram iniciadas na busca de identificar uma metodologia que reflita um olhar ampliado e global para remodelar o plano. A intenção é elaborar e distribuir as ações logicamente, para facilitar o entendimento, a execução e a mensuração das metas e resultados, não apenas do ponto de vista quantitativo e “eficientista” mas, possibilitando o olhar qualitativo, através da observação do campo, da vivência, da experientiação da realidade relatada pelo técnico no monitoramento e avaliação das ações. Outro ponto que merece destaque no processo de reformulação é a definição de metas, indicadores e resultados de simples mensuração e acompanhamento.

É sugerido que todo processo seja pensando utilizando a filosofia do *design thinking* (técnica de pensamento visual) que tem como pilares: a cocriação, empatia e experimentação, como também, é uma técnica de desenho de projetos que promove o distanciamento do *status quo*, favorece o “pensar fora da caixa” e a criação de estratégias disruptivas, através de insights, observação e tendo o como foco o usuário.

## 2 A METODOLOGIA DE REDESENHO

Para o processo metodológico de reformulação do plano, inicialmente imaginou-se o encadeamento de cinco etapas: planejamento, mapeamento, formulação, discussão e avaliação. “Planejar o planejamento” é o pilar do processo e a garantia de êxito. Na etapa de planejamento foi definida a Estrutura Analítica do Projeto (EAP), em linhas gerais, as etapas do projeto, a metodologia, os modelos de análise e estabelecido um cronograma de execução

A etapa de mapeamento guiará a construção de soluções e ações, para tanto, foram sugeridos modelos de análise para identificar e adequar as ações às realidades complexas que envolvem à saúde pública. Esse leque de modelos de análise visa servir como instrumento de apoio no processo de ideação das alternativas, que serão desenvolvidas no plano estratégico da saúde. Decerto, não é necessário utilizar todas as ferramentas analíticas propostas, estas deverão ser usadas conforme o caso e a tipicidade das intervenções.

Para identificar as ações prioritárias, conforme a gravidade, urgência e tendências, é sugerida a análise de intensidade, a partir da Matrix G.U.T. A análise de interseções é um guia para verificar o grau de entrelaçamento (transversalidade e intersetorialidade) com outros planos, programas e políticas públicas. Já a análise de amplitude permite identificar o alcance espacial das alternativas propostas (micro-meso-macro). Outra ferramenta de análise primordial que será é a construção e prospecção de cenários futuros. Por fim, a análise de Pareto (80/20) deve ser usada como parâmetro no processo decisório, buscando identificar 20% das causas que são responsáveis por 80% dos problemas.

Na etapa de formulação será trabalhada por um time de técnicos, especialistas em diversas áreas de atuação. Assim, após a construção do desenho e definido alguns pontos estratégicos, o plano seguirá a etapa de discussão e

consolidação. Nessa etapa (comunicação com os *stakeholders*), como o escopo do plano pré-definido, terá início a etapa de discussão. A proposta perpassa pelas oficinas multidisciplinares (internas e externas), dinâmicas de grupo, entrevistas, questionários, pesquisas, bem como, processos de observação e experientiação (vivências), que envolverão os conselho municipais, membros da câmaras setoriais e convidados da sociedade civil.

A última etapa será composta de um conjunto de avaliações prévias, recomendada para avaliar o grau de consistência dos indicadores, uma reavaliação da proposta orçamentária e demais atualizações. Todo processo estará integrado análise do grau de alinhamento com os outros instrumentos de Planejamento integrantes do Planejasus.

### 3 NOVAS LINHAS DE AÇÃO

A proposta aprovada de redesenho do Plano estratégico da saúde, contido no Fortaleza 2040, está dividida em sete linhas de ação: SA.1-Inteligência (Geração do Conhecimento); SA.2-Redes (Redes de Atenção); SA.3-Governança (Gestão Saúde); SA.4-Biológicas (Fatores Internos); SA.5-Sociais (Fatores Externos); SA.6-Comportamentais (Atitudes de Risco) e SA.7-Territoriais (Ambientes de Risco).

Cada linha de ação está dividida em três linhas de atenção, que contemplam as áreas que deverão ser trabalhadas, internamente e externamente, da seguinte forma (QUADRO 15):

Quadro 14 - Linhas de Ações Propostas

<b>LINHAS DE AÇÕES – INTERNAS</b>	
<b>SA.1</b>	<b>INTELIGÊNCIA (GERAÇÃO DO CONHECIMENTO)</b>
SA.1.1	Integração
SA.1.2	Informação
SA.1.3	Comunicação
<b>SA.2</b>	<b>REDES (REDES DE ATENÇÃO)</b>
SA.2.1	Acesso
SA.2.2	Qualidade
SA.2.3	Educação Permanente
<b>SA.3</b>	<b>GOVERNANÇA (GESTÃO SAÚDE)</b>
SA.3.1	Orçamento e Finanças

SA.3.2	Capital Humano e Intelectual
SA.3.3	Processos e Projetos
<b>LINHAS DE AÇÕES – EXTERNAS</b>	
<b>SA.4</b>	<b>BIOLÓGICAS (FATORES INTERNOS)</b>
SA.4.1	Ciclo de vida
SA.4.2	Gênero
SA.4.3	Saúde mental
<b>SA.5</b>	<b>COMPORAMENTAIS (ATITUDES DE RISCO)</b>
SA.5.1	Doenças Crônicas
SA.5.2	Doenças Infecciosas e Evitáveis
SA.5.3	Cânceres e Drogas
<b>SA.6</b>	<b>SOCIAIS (FATORES EXTERNOS)</b>
SA.6.1	Vulnerabilidades Sociais
SA.6.2	Violência
SA.6.3	Acidentes de trânsito
<b>SA.7</b>	<b>TERRITORIAIS (AMBIENTES DE RISCO)</b>
SA.7.1	Urbanidade (espaço público, mobilidade, deslocamento e acessibilidade)
SA.7.2	Meio Ambiente (ar, água, solo e organismos vivos)
SA.7.3	Cidade Sustentável (enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida)

Fonte: Elaborada pela autora.

A concepção dada às ações partem de uma visão multidimensional que envolve aspectos institucionais, individuais, sociais e territoriais, a partir da intercessão entre fatores internos e externos, ambientes, atitudes e risco. A relevância dessa construção é a abrangência e densidade pela qual são tratadas as ações e serviços de saúde, um encadeamento de causas e efeitos que permitem compreender as transversalidades e intersectorialidade que devem ser discutidas as políticas de saúde.

Contudo, deve ser ressaltado que as linhas de ações partem de uma perspectiva interna, o ambiente de gestão da SMS, e perpassam desde atitudes individuais dos cidadãos, até questões que envolvem os aspectos sociais e sistêmicos da saúde e da cidade.

Nessa construção, conforme já mencionado, o processo de redesenho do Plano estratégico da saúde parte da ideia de que é necessário preliminarmente realizar um remodelamento organizacional na Secretaria Municipal da Saúde (SMS), visando melhorar os processos, pessoas e resultados, como condição essencial para

estabelecer o conjunto de ações basilares para a construção da saúde de Fortaleza que se espera para as próximas décadas.

Até o momento, já foram identificados os principais problemas institucionais implicados nas rotinas e procedimentos do modelo administrativo da SMS. Essas questões foram separadas em três linhas de ação (SA.1 - Inteligência, SA.2 - Redes e SA.3 - Governança) e, a partir disso, foi utilizada a análise causa-efeito, através do método de construção da árvore problemas/objetivos, para transformar as dificuldades encontradas em soluções.

Ainda nesse processo, foram analisadas as linhas de ação e suas respectivas linhas de atenção. Na árvore de problemas foram diagnosticados as “causas, razões ou fatores geradores” do principal problema identificado e as correspondentes “consequências e efeitos negativos”.

Em seguida, tendo como base as dificuldades encontradas, foi criada a árvore de objetivos, contemplando o objetivo geral, os “meios e objetivos específicos” para a solução dos problemas e os “efeitos positivos” esperados, para a linha de ação em estudo. Logo abaixo seguem as matrizes resultantes do método de análise utilizado.

O próximo passo do mapeamento será realizado nas linhas de ação externas: SA.4-Biológicas (Fatores Internos); SA.5-Sociais (Fatores Externos); SA.6-Comportamentais (Atitudes de Risco) e SA.7-Territoriais (Ambientes de Risco), previsto para ser finalizado até dezembro de 2018. As outras fases do projeto serão iniciadas em janeiro de 2019, com previsão de encerramento do redesenho para final do primeiro semestre de 2019.

## ANEXO A – ANÁLISE DE TEXTO

Quadro 15 - Recorte dos Textos

Categorias de Análise	Objetivo Institucional e Social
<p><b>Revista Iniciando o Diálogo</b> (FOR2040 nº 2)</p>	<p><i>As políticas de desenvolvimento urbano, de usos e ocupações dos espaços das cidades, de garantia do acesso à moradia digna, de saneamento, de transporte e mobilidade urbana e de desenvolvimento econômico e social, que compõem o chamado <b>direito difuso a cidades sustentáveis e socialmente justas</b>, devem ser formuladas e geridas de maneira <b>planejada e participativa</b>. Desta forma, superar os inúmeros conflitos socioespaciais, mormente nas áreas carentes de investimentos públicos e de urbanização precária, e <b>assegurar o direito à cidade</b> - entendido como direito à terra urbana, à moradia digna, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte, aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, <b>para as presentes e futuras gerações</b> só são possíveis pelo caminho da <b>participação</b>, que promove a <b>responsabilidade coletiva</b> e o <b>controle social</b>. (p.114 e 115).</i></p> <p><i>A gestão do prefeito de Fortaleza, Roberto Cláudio (eleito em 2012), identificou como problema público a <b>ausência de planejamento municipal de longo prazo</b>, e o considerou relevante o suficiente para <b>incluir-lo na agenda política governamental</b>. Desta forma, entendeu necessário formular uma política de planejamento que tivesse, como instrumento basilar, um plano mestre urbanístico, integrado aos planos de mobilidade e de desenvolvimento econômico, para um horizonte de 25 anos. A este plano deu-se o nome de Fortaleza 2040. (p.116)</i></p> <p><i><b>O Fortaleza 2040 pretende ser matriz de planejamento para Fortaleza</b>, no contexto da Região Metropolitana, tendo, como diretrizes, indicar meios para concretizar o acesso democrático a oportunidades que a cidade venha a oferecer, <b>apoiar o planejamento de infraestrutura urbana</b>, e <b>orientar a integração das políticas de investimentos</b> e financiamentos das esferas de governo federal, estadual e municipal. (p.116).</i></p> <p><i>Acredita-se que, desta forma, o Executivo Municipal cumpre seu papel político de acolher as necessidades e desejos manifestos pela cidadania, e de também atender ao fito administrativo de elaborar e executar políticas públicas que assegurem o <b>desenvolvimento humano sustentável</b> de base territorial, condição para o <b>crescimento econômico com a equidade de oportunidades</b>. (p.118)</i></p>

Revista  
Fortaleza Hoje  
(FOR2040 nº 4)

**A base do desenvolvimento social e da economia nas cidades é definida pelo acesso** a pessoas, bens, serviços e informação. Quanto maior a qualidade dos acessos, maior o compartilhamento entre habitantes, os benefícios econômicos, os efeitos de aglomeração e as vantagens em rede. Metrópoles com altos níveis de aglomeração, coordenados com acessos, tendem a ter altos níveis de renda per capita e de produtividade. (p.41)

De acordo com a Secretariat of the Convention on Biological Diversity (2012), os **serviços ecossistêmicos** são as contribuições diretas e indiretas dos ecossistemas para o bem-estar humano. **As cidades dependem de ecossistemas** localizados dentro e fora do ambiente urbano para obter uma ampla variedade de bens e serviços essenciais à sustentabilidade econômica, social e ambiental. **Em muitos países, já se reconhece e mensura os serviços ecossistêmicos, sendo o seu valor incorporado ao processo de planejamento da cidade**, bem como das contas públicas municipais, cujas perdas se dão através dos constantes reparos da infraestrutura urbana, que acontecem em razão de alagamentos; do investimento constante em obras de drenagem (cujas águas poderiam ser drenadas naturalmente pelos rios ou percoladas pelo solo não impermeabilizado); e dos **gastos com saúde pública, mais especificamente com doenças hidricamente veiculadas**, dentre outros. (p.72)

Na atualidade, em todo o mundo — e principalmente nas cidades europeias — **as cidades já são planejadas sob a óptica da complexidade**, a partir da compreensão de que os entes naturais oferecem **serviços ecossistêmicos (funções ecológicas)** fundamentais tanto para a saúde humana quanto para a qualidade de vida no ambiente urbano, incluindo a resiliência a processos ambientais globais como, por exemplo, as mudanças climáticas. (p.76)

**Um campo privilegiado da nova economia em Fortaleza localiza-se na área da saúde**, e não necessariamente no grande complexo ofertante de serviços de atenção à saúde, mesmo que este mobilize equipamentos, insumos e profissionais intensivos em conhecimento e tecnologia. Dentro desse conjunto há, pelo menos, quatro tipos de possibilidades de curto prazo que poderão colocar o conhecimento da área a serviço da melhoria da qualidade de vida da população, sobretudo de baixa renda: **odontologia social, prevenção ao uso abusivo de medicamentos, fitoterapia (farmácias vivas) e educação à distância em saúde**. A articulação com centros de pesquisa tem sido fator decisivo para a formação dessas atividades econômicas na área da saúde, como no caso do Núcleo de



	<p><i>Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos. Além disso, uma fonte promissora de oportunidades que a Prefeitura de Fortaleza e seus parceiros podem aproveitar é o <b>Complexo da Saúde de Porangabussu</b>, já estruturado na forma de aglomeração de atividades especializadas. Nesse complexo localizam-se várias organizações acadêmicas de ensino e pesquisa, bem como de serviços de saúde, a exemplo do Hospital Universitário. <b>A saúde é um campo privilegiado da nova economia</b>, não necessariamente no grande complexo ofertante de serviços de atenção à saúde, ainda que este mobilize <b>equipamentos, insumos e profissionais intensivos em conhecimento e tecnologia. Esse complexo costuma reproduzir o padrão tecnológico de cadeias globais produtoras de máquinas, equipamentos e medicamentos</b>, muito bem controlado por poucas empresas multinacionais. (p.226 e 227).</i></p>
<p><b>Síntese das Proposições Estratégicas</b> (FOR2040 nº 7)</p>	<p><i>Dada a necessidade de dar destaque às estratégias voltadas à garantia do direito à vida e do direito à cidade, tão comprometidos pela grande desigualdade territorial, social e econômica de Fortaleza, foi introduzido o Eixo 0 – EQUIDADE TERRITORIAL, SOCIAL E ECONÔMICA. Este eixo deverá reunir estratégias voltadas à redução da violência, acidentes e morte por doenças decorrentes de falta de saneamento e moradia digna. Ao todo, <b>foram tratadas 32 políticas públicas de forma participativa, ao longo de Sete eixos de desenvolvimento do Plano, distribuídas da seguinte maneira:</b></i></p> <p><i>Eixo 0 - Equidade Territorial, Social e Econômica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de Habitação</li> <li>• Política de Regularização Fundiária</li> <li>• Política de Trabalho, Emprego e Renda</li> <li>• Política de Segurança Cidadã e Cultura de Paz</li> </ul> <p><i>EIXO 1 - Cidade Conectada, Acessível e Justa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de Desenvolvimento Urbano</li> <li>• Política de Mobilidade e Acessibilidade</li> </ul> <p><i><b>EIXO 2 - Vida comunitária, Acolhimento e Bem-Estar</b></i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Política de Saúde</b></li> <li>• Política de Segurança Alimentar e Nutricional</li> <li>• Política de Esporte e Lazer</li> <li>• Política da Juventude</li> <li>• Política de Combate a Drogas</li> <li>• Política de Proteção e Defesa da Criança e do Adolescente</li> <li>• Política de Direitos das Mulheres</li> <li>• Política de Direitos do Idoso</li> <li>• Política de Assistência Social</li> <li>• Política de Direitos LGBT</li> <li>• Política de Igualdade Racial</li> <li>• Política de Direitos da Pessoa com Deficiência</li> <li>• Política de Desenvolvimento de Cultura Cidadã</li> </ul> <p><i>EIXO 3 - Desenvolvimento da Cultura e do Conhecimento</i></p>

- Política de Cultura e Patrimônio
  - Política de Educação
  - Política de Ciência, Tecnologia e Inovação
- EIXO 4 - Qualidade do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais*
- Política de Meio Ambiente
  - Política de Saneamento Ambiental
  - Política de Segurança Hídrica
  - Política de Energia
- EIXO 5 – Dinâmica Econômica e Inclusão Produtiva*
- Política de Desenvolvimento Econômico
  - Política de Economia Criativa
  - Política de Agricultura Urbana
  - Política de Turismo
- EIXO 6 – Governança Municipal*
- Política de Integração Metropolitana
  - Política de Governança Municipal (p.7 e 8)

**[A cidade que queremos]**

*“Um dia Fortaleza poderá assegurar a habitabilidade de todos os seus cidadãos, de qualquer padrão de renda, faixa etária ou estilo de vida. **Aqui, cerca de três milhões e meio de pessoas residirão de forma digna, em vizinhanças seguras, conectadas ao resto da Cidade e baseadas em habitações de custos acessíveis.** Teremos fácil acesso ao Centro Urbano Reabilitado, onde sua herança cultural edificada será preservada e vivificada. Os lugares de natureza estarão convenientemente protegidos, as orlas limpas, as lagoas acessíveis e as demais centralidades serão reconhecidas como lugares de todos. Nesse futuro, os idosos serão em maior número e a Cidade se antecipará para dar-lhes o conforto merecido. A 25 anos daqui, Fortaleza já haverá conhecido as formas preferíveis de produzir estruturas compartilháveis para habitação, comércio, indústria, serviços, instituições, lugares de entretenimento e esportes. Viajaremos muito menos, a Cidade terá reduzido sua motorização e os projetos de tráfego serão viáveis e sincronizados com a produção de novos estoques habitacionais. **Um plano abrangente terá sido implementado de maneira gradativa e monitorado pela própria população.** As áreas de estação do transporte público serão identificáveis como clusters de empregos e focos de vizinhanças, com todas as facilidades típicas e acessíveis por uma caminhada máxima de cinco minutos. A essas melhorias deverão ser acrescidos os projetos de adaptação de assentamentos precários existentes, a eliminação gradativa das situações de riscos e das irregularidades fundiárias. Fortaleza entenderá que as viabilidades econômicas e as parcerias construtivas entre setores públicos e privados serão eficientes, mas deverão ter seus propósitos e resultados compartilhados, de forma transparente, rigorosamente eficiente, justa, legal e legível a todos. Na construção da **Cidade Compacta e Sustentável**, as*

parcerias para reurbanização serão prioritariamente dedicadas a construir habitações e usos mistos em Corredores de Urbanização Orientados pelo Transporte Público. Este padrão típico é coordenado com projetos de usos do solo e também demanda intervenções urbanas que envolverão propriedades locais situadas nas quadras adjacentes a cada corredor. Assim, a reurbanização produzirá alterações de valores cujos resultados serão compartilhados entre o poder público, os proprietários e os empreendedores do incremento. A essa altura, a Cidade já terá observado a prática vencedora em cerca de 160 cidades do mundo e terá conquistado o clima de confiança indispensável ao êxito dessa mudança. **O sonho é viável e resume propostas que consideraram a história urbana, a atualidade e as tendências urbanas de Fortaleza, pautadas a partir de um inédito e abrangente trabalho de audiências públicas realizadas pelo Instituto de Planejamento de Fortaleza (Iplanfor). Os dados disponíveis, os textos existentes sobre o assunto, as teses acadêmicas, os relatórios urbanísticos já elaborados sobre a Cidade e todas as consequências dos planos urbanos que Fortaleza já elaborou foram determinantes na qualidade do resultado.** A elaboração do Plano Urbanístico e de Mobilidade Fortaleza 2040 é um processo aberto e participativo. Por decisão do Prefeito, o plano tem sido conduzido com independência crítica.” [Fausto Nilo. Arquiteto e Urbanista]. (p.9)

**O grande objetivo do eixo “Vida comunitária, acolhimento e bem-estar”** é construir uma Cidade em que predominem sentimentos e atitudes de acolhimento das pessoas em todas as suas relações sociais, da valorização de suas identidades, do desenvolvimento de sentimento de afeição pela Cidade, contribuindo para uma cultura de paz e tolerância, que favoreçam a **melhoria da qualidade de vida** da população. (p.37)

**Objetivo 2.1 – Comunidade Saudável:** Fortaleza deverá transformar-se em uma cidade com uma **população saudável e bem acolhida no sistema de saúde pública**, com amplo **acesso à saúde pública de qualidade desenvolvendo saúde pública preventiva** com sistema bem estruturado, com ampliada capacidade e eficiência, bem como uma alimentação saudável com apoio de agricultura urbana e reeducação alimentar. (p.37).

Em 2040, Fortaleza deverá ter se tornado **referência nacional em qualidade de vida** da população, por meio do **acesso ao estilo de vida fisicamente ativo**, com políticas de estado institucionalizadas e garantia de fonte de recursos próprios para promoção universal do **esporte e lazer, integrado à saúde, combate a violência, educação e cultura**. Para isso, deverá desenvolver ações voltadas para o **esporte participação – lazer, integração e saúde pública**, o esporte educacional e

	<p>esporte de alto rendimento, tendo um sistema esportivo apoiado por financiamento assegurado, infraestrutura adequada e <b>governança assegurada por participação</b> das diferentes esferas da <b>sociedade no controle, no monitoramento e na avaliação das ações planejadas</b>. (p.38).</p>
<p><b>Plano Fortaleza 2040</b> (Volume 1)</p>	<p>“Depois de três anos de exaustivos trabalhos e, com ampla participação da sociedade, entregamos à cidade de Fortaleza o Plano Fortaleza 2040. Este instrumento, concebido durante a minha primeira campanha eleitoral à Prefeitura de Fortaleza, teve a sua elaboração coordenada pelo <b>Instituto de Planejamento de Fortaleza (Iplanfor)</b>, com a execução técnica da <b>Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura (FCPC/UFC)</b>, por meio da qual foram contratados vários especialistas e consultores, e a participação voluntária de milhares de cidadãos e cidadãs que atuaram durante as suas três fases de elaboração contribuindo com informações, críticas e proposições. <b>O Plano Fortaleza 2040 tem como principal objetivo a transformação de Fortaleza em uma cidade mais acessível, justa e acolhedora; o incremento da oferta de oportunidades apoiadas pela boa ordenação da rede de conexões de seus espaços públicos e privados; e a obtenção de controle eficiente do seu crescimento econômico.</b> Sua concepção se deu diante da necessidade de dotar Fortaleza de um plano de longo prazo, que estabeleça uma visão de futuro, aponte estratégias na superação dos desafios e detalhe um conjunto de ações, metas, responsabilidades e custos no seu alcance, sem descuidar de <u>propor o seu modelo de gestão e governança, condição essencial para que se consolide como um plano de estado a ser adotado por sucessivas gestões da cidade até a sua consecução;</u> para tanto, encontra-se estruturado em seis módulos quadrienais. O Plano Fortaleza está organizado em 8 volumes, nos quais se distribuem os produtos finais do trabalho executado. Este volume apresenta a sua estrutura a partir da descrição do atual contexto da cidade, em que se resgatam aspectos importantes de sua evolução urbanística e um breve diagnóstico de suas condições socioeconômicas que deram a base para a identificação dos desafios que deverão ser enfrentados na construção do futuro desejado. Apresenta a visão de futuro, elaborada após ampla consulta aos grupos territoriais nos fóruns temáticos e setoriais, e aponta metas a serem alcançadas diante dos grandes desafios identificados. Resume também a estrutura do Plano, por meio de seus sete eixos estratégicos, detalhando seus objetivos e identificando quais planos temáticos e setoriais deverão ser desenvolvidos para o alcance de tais objetivos. Neste volume também são identificados os <b>custos de implementação do conjunto de ações propostas, definindo um orçamento e apontando fontes, analisando as relações de custos e benefícios com a sua implementação</b>, bem como proposto o</p>



sistema de governança desenhado para que sua implementação seja assegurada com transparência e controle da sociedade. Contém ainda a **proposta de marcos legais para a sua institucionalização de forma a assegurar força legal na sua continuidade e obediência com relação aos planejamentos futuros**. [...] Fortaleza 2040 é, assim, um **plano de desenvolvimento da Cidade e da sociedade**. Entretanto, embora o seu processo de elaboração tenha se esforçado para mobilizar e articular diferentes atores sociais e agentes públicos em torno das grandes prioridades de desenvolvimento, a **Prefeitura Municipal de Fortaleza tem uma responsabilidade central na sua implementação**. As prioridades estratégicas do Plano devem ser **a base para a formatação dos Planos Plurianuais municipais, parcela de responsabilidade da Prefeitura na sua execução**. Este comprometimento dos governos com o Fortaleza 2040 **depende, contudo, da adesão da sociedade e do controle social da gestão municipal**, assim como do próprio envolvimento dos diversos segmentos da sociedade na responsabilidade que cabe na execução do Plano. Esta é assim a primeira contribuição da Prefeitura Municipal de Fortaleza, por meio do Instituto de Planejamento de Fortaleza (Iplanfor), na elaboração de um instrumento que permita a construção de uma Fortaleza de oportunidades, mais justa, bem cuidada e acolhedora. [Prefeito Roberto Cláudio]. (p. 17 a 19)

**[Visão de Futuro]** Em 2040, Fortaleza será uma das melhores cidades do Brasil para viver e para empreender. Com boa qualidade de vida, economia competitiva e dinâmica, meio ambiente recuperado e conservado, bem arborizada, com equidade de acesso aos serviços públicos e infraestrutura urbana, serviços de saúde e educação de qualidade, forte redução da pobreza e distribuição mais equitativa de renda e das oportunidades econômicas, onde as pessoas circulem com conforto e segurança, com forma urbana compacta, dotada de corredores, espaços e equipamentos públicos que facilitem a acessibilidade, estimulem a conectividade e integração social, com vida comunitária fortalecida pela gentileza e cordialidade, valorizando a diversidade e diferentes identidades. (p.117)

**[Saúde]** A população de Fortaleza terá alta expectativa de vida e contará com **acesso amplo ao sistema de saúde pública de qualidade, universal, interativo, humanizado, equânime e efetivo, com o foco na vida**, combinando o atendimento à Saúde da Família com estrutura de hospitais, UPAs e postos de saúde com boa estrutura, equipamentos adequados, fornecimento adequado de medicamentos, médicos e enfermeiros preparados e comprometidos com um atendimento humanizado e em tempo adequado às necessidades. A prática de esportes nas diferentes modalidades será amplamente exercida pelos fortalezenses, contando com instalações e equipamentos adequados (quadras,

	<p><i>ginásios, areninhas, campos de várzea, Cucas etc.), estimulada por competições. (p.119)</i></p> <p><i>Expressão das expectativas e desejos da sociedade, a visão de futuro de Fortaleza será tão mais viável quanto mais se configure um contexto externo favorável e, principalmente, a postura dos atores sociais e dos governos com implantação de uma <b>estratégia de desenvolvimento combinando políticas públicas</b> para reestruturação urbana, a competitividade e a qualidade de vida da população com empresariado inovador e proativo. (p.117. Nota de rodapé)</i></p>
<p><b>Plano da Saúde FOR2040</b> (Volume 4)</p>	<p><b>[Os desafios para uma cidade saudável e acolhedora]</b> A expressão de uma vida saudável desejada pelos fortalezenses, estruturada durante a elaboração do Plano, contempla um conjunto de fatores que, entre outras coisas, apontam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Para necessidades <b>urgentes de melhoria no Sistema Público de Saúde</b>, notadamente no que diz respeito ao <u>acolhimento nas unidades de saúde</u>;</li> <li>•Para a <u>formação de hábitos saudáveis</u>, tanto físicos, quanto ambientais e socioculturais; e</li> <li>•Para o fortalecimento de uma cultura de respeito e tolerância com as diferenças que constroem o dia a dia na cidade.</li> </ul> <p>No campo da saúde pública, Fortaleza ainda possui elevados índices de doenças infecciosas, como sífilis, AIDS e tuberculose; e altas taxas de mortalidade materna. Outras causas de morte, a exemplo de homicídios, acidentes e suicídios, apontam para a necessidade de um esforço coletivo na construção permanente de uma cultura de paz, tolerância, não violência e <b>consciência cidadã</b>. Há desafios a superar na oferta de um serviço público de saúde que contribua para a <b>redução de doenças, amplie a expectativa de vida ao nascer e promova o envelhecimento ativo e saudável</b>. Entre eles está o desenvolvimento de um bom acolhimento no sistema de saúde, pois embora sejam feitos esforços consideráveis para a <b>universalização do acesso à saúde pública de qualidade</b>, a qualidade no atendimento da população nas unidades de saúde ainda é uma das maiores queixas relacionadas e este serviço. <b>A saúde da população depende das condições ambientais da cidade; saneamento; qualidade do meio ambiente; mobilidade; oferta de equipamentos e serviços públicos; bem como de um bom atendimento médico-hospitalar. Por outro lado, a saúde depende também dos hábitos, tanto alimentares quanto esportivos, da população.</b> Por isso, para enfrentar o desafio da deterioração da saúde, devem ser articulados e integrados: um Plano de Saneamento e Meio Ambiente, criando conforto ambiental e contribuindo para a qualidade do ar; um Plano de Mobilidade e Acessibilidade, com oferta de transporte público; e um Plano Urbanístico, fomentando uma vida mais confortável e</p>

	<p><i>menos estressante na cidade, estimulando o esporte e o lazer. <b>Evidentemente, vale ressaltar, todas essas condições que influem na produção de um ambiente saudável para a vida dos fortalezenses devem ser complementadas pela oferta de um sistema público de saúde de qualidade.</b> Outro vetor componente de uma vida mais saudável e possibilidade de interatividade é a prática de atividades físicas, o que, atualmente em Fortaleza, ainda está bem aquém do que se considera saudável pela Organização Mundial de Saúde. (p.19)</i></p> <p><i><b>O Plano Estratégico de Saúde prevê a oferta de atenção e cuidados de promoção, proteção e recuperação da saúde e qualidade de vida da população, num sistema de saúde público, gratuito, efetivo, eficaz e humanizado, em consonância com os direitos fundamentais da pessoa humana.</b> A Prefeitura Municipal de Fortaleza deve assegurar, na organização do Sistema Municipal de Saúde, o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade de acesso, equidade social, igualdade no cuidado e integralidade da atenção, com efetiva participação e controle social na definição de prioridades e destinação de recursos. (p.24).</i></p>
<p><b>Categorias de Análise</b></p>	<p><b>Governabilidade Política e Governança</b></p>
<p><b>Revista Iniciando o Diálogo (FOR2040 nº 2)</b></p>	<p><i>Ademais, o consagrado direito à participação cidadã na gestão pública - de forma transparente e seguindo o método do planejamento estratégico - está amplamente difundido nas legislações infraconstitucionais. Não poderia ser diferente, pois <b>a prática da gestão democrática das cidades é imprescindível à validação e à legitimação do processo de construção e implementação das políticas públicas</b> relacionadas ao direito à cidade, bem como para promover a redução das desigualdades e a inclusão social. A experiência tem demonstrado que os espaços de discussão coletiva sobre a gestão urbana (conselhos, audiências públicas, fóruns etc), além de proporcionarem a conjunção do saber técnico com o saber popular - fruto da vivência que a população tem dos problemas da cidade e da sua capacidade de apontar soluções -, auxiliam na construção do sentido de pertencimento. (p.114 e115).</i></p> <p><i>Com vistas a superar o desafio de <b>colocar em prática os mecanismos de participação social e fazer valer o princípio da gestão democrática da cidade</b>, o controle social e o planejamento estratégico, tão amplamente assegurados por lei, o município de Fortaleza tomou algumas providências. Cite-se, entre as providências, a <b>criação do Conselho da Cidade de Fortaleza (Lei 10.232/2014)</b> como espaço que congrega a representação de todos os conselhos gestores, entidades de classe e de notáveis especialistas, os quais deverão assessorar</i></p>

	<p><i>o prefeito na implementação do desenvolvimento econômico, social e ambientalmente sustentável da Cidade de Fortaleza, bem como sediar debates sobre o Plano Fortaleza 2040. (p.118)</i></p> <p><i>Como se vê, o <b>Conselho da Cidade de Fortaleza</b> tem reservado para si papel relevante como <b>fórum consultivo do planejamento da cidade</b> que se constrói para as próximas décadas, especialmente no que se refere à missão de <b>auxiliar na elaboração e acompanhamento do Plano Estratégico Fortaleza 2040</b>. Liste-se também que, por meio da Lei Complementar 37/2014, reestruturou-se a rede de conselhos municipais e inovou-se com a <b>criação do Conselho Municipal de Planejamento Participativo</b>, vinculado ao gabinete do Prefeito. Atualmente, discute-se ainda a criação dos Conselhos Territoriais, que, conforme se pretende, terá a finalidade de promover a circulação da informação, através de canais de livre expressão e diálogo, no âmbito do território de cada Regional. (p.118)</i></p> <p><i>Fortaleza dispõe de um <b>extensa teia de organizações da sociedade</b> voltadas para os mais diversos fins. Não há um registro definitivo e nem uma atualização sobre dados de funcionamento das <b>centenas de associações, federações, movimentos, ONGs</b> e outras formas de organização social, que a população criou ao longo dos tempos na cidade. Por sua vez, <b>a gestão da cidade conta com 32 conselhos</b>. (p.81)</i></p>
<p><b>Revista Fortaleza Hoje</b> (FOR2040 nº 4)</p>	<p><i>O Plano Fortaleza 2040 se caracteriza por ser um <b>Plano da Cidade</b>, construído e pactuado com todos que nela habitam, e <b>não o plano de uma gestão</b>. A data de 2040 define o horizonte de tempo para que todas as estratégias e ações previstas sejam implementadas, <b>transformando Fortaleza na cidade desejada por seus moradores</b>. (p.8).</i></p> <p><i>Destaque-se que <b>moradores e usuários da cidade são parceiros imprescindíveis</b> da gestão municipal na construção de um ambiente urbano favorável ao desenvolvimento pleno de suas capacidades individuais e coletivas, pelo que a <b>metodologia do Plano Fortaleza 2040 incorpora esta participação em todas as suas etapas de construção e implementação</b>. (p.7).</i></p> <p><i>Tais estudos estão sendo disponibilizados na íntegra, em suas versões preliminares, através do site (<a href="http://www.fortaleza.ce.gov/fortaleza2040">www.fortaleza.ce.gov/fortaleza2040</a>), para que <b>todos possam ter acesso aos seus conteúdos, propor alterações ou complementações</b>, inclusive a publicação O Olhar dos Moradores (compilação dos relatórios dos Grupos de Bairros). (p.8).</i></p>



**A cidade abriga um conjunto amplo de formas associativas** que desempenham funções de natureza social, cultural, política e religiosa e que, **ao longo das últimas décadas vêm modificando suas práticas de atuação.** [...] Ao longo do tempo foram se estabelecendo distintas formas de interlocução entre os movimentos sociais e poderes públicos [...] **Essa dinâmica foi sobretudo fortalecida por conta de mudanças provocadas pela Constituição de 1998** que apontou a necessidade de descentralização e diversificação de poderes do Governo Federal para estados e municípios. [...] Se em determinado momento da história das **formas urbanas de organização** o contraponto entre poderes públicos e associações assumiram ares de confronto, **nas décadas mais recentes o tema da participação prevaleceu, destacando-se uma espécie de legitimação das interlocuções e mediações.** [...] Duas mudanças mais recentes podem ser identificadas nas experiências associativas em Fortaleza. Inicialmente um recorte referente às atividades envolvendo distintas formas de sociabilidade: grupos religiosos, grupos de jovens, diferentes ONGs e projetos de natureza educativa, econômica entre outros. Os formatos associativos dão os contornos de um mapa de organização **não configurado a primeira vista como expressão de participação política.** (p. 115 a 118).

A evolução tecnológica vem possibilitando uma velocidade na transmissão das informações e é através desse **espaço virtual** que vão sendo construídos **variados modos de ativismo** que passam diretamente **do contato virtual para as ruas.** [...] **As atuais formas de organização social** através de redes permitem que eventos, **manifestações e protestos se organizem em velocidade recorde,** prescindindo de lideranças ou partidos que no passado exerciam o papel de mediadores. Manifestações e mobilizações instituídas nesse novo formato podem ser exemplificadas por diversos movimentos como o que se faz em torno da Preservação do Parque do Cocó, no qual participantes do Fórum da Sociedade Civil sobre o Meio Ambiente **contribuíram para construir pautas ambientais e influenciar as políticas públicas,** e o Movimento Fortaleza Apavorada, que organizou passeatas reivindicando mais segurança na cidade.

Outros em evidência são a **Massa Crítica,** movimento que já se organiza em diferentes cidades do mundo, que vem pintando ciclofaixas em vários lugares da cidade, incluindo bairros de periferia, **tendo em vista demandar da Prefeitura atenção para locais não contemplados na proposta inicial; Movimento Passe Livre,** que se autodenomina como “autônomo, apartidário, horizontal e independente”, tendo por objetivo a conquista de transporte público gratuito para o conjunto da população e fora da iniciativa privada, mobiliza os atores sociais a participarem de

	<p>campanhas contra o aumento das tarifas e promovem uma série de intervenções nas ruas e nos terminais de passageiros. (como panfletagens, cursos e batucadas que chamam a atenção para a causa.) O movimento Quem Dera Ser um Peixe vem utilizando audiências públicas, denúncias realizadas via redes sociais endereçadas aos órgãos competentes, articulação com ONGs ambientais e parlamentares, oposição à construção do Acquário Ceará, uma obra do Governo do Estado do Ceará, a ser erguida no bairro Praia de Iracema. <b>Os movimentos citados possuem maior mobilização junto aos setores médios da sociedade.</b> (p. 119).</p> <p>Outra situação bastante frequente é a <b>desatualização das composições dos colegiados</b> em decorrência de frequentes reformas administrativas, que criam e/ou suprimem os órgãos aos quais estão vinculados os conselhos sem que, posteriormente, ocorra a readequação necessária. <b>Muitos dos conselhos existentes não estão em atividade.</b> A precariedade se faz notar pela quantidade de conselhos sem regulamento interno, sem plano de trabalho e sem sede própria. <b>Estudo elaborado pelo Iplanfor, em 2014, observou que 26,6% dos conselhos ainda não tinham sido regulamentados, 35,7% não possuíam regimento interno e 78,6% não dispunham de um plano de trabalho.</b> Quanto a natureza de suas decisões verificou-se que 67,8% tem poder de influir na formulação das políticas públicas de forma decisiva, já que possuem natureza deliberativa. Enquanto 50% tem natureza unicamente consultiva, assessorando, desta forma, o poder executivo, nas matérias temáticas a que se atém, sendo forma qualificada de consulta. Também se observou que 25% dos conselhos têm função legal de fiscalizar a atuação do poder público. (p.246).</p>
<p><b>Síntese das Proposições Estratégicas</b> (FOR2040 nº 7)</p>	<p>[Eixo 6 - Governança Municipal Uma Cidade Com Participação] Um dos objetivos deste eixo é propor um <b>sistema de governança que permita gerir e controlar o Plano 2040</b> tendo por objetivos <b>promover a participação ampla da sociedade de forma compartilhada</b> com o poder público na <b>elaboração e acompanhamento das políticas públicas</b> e ações interventivas, bem como o controle de ações que se originam na própria sociedade. Ainda, garantir <b>equilíbrio das relações entre o poder público e a sociedade</b> para o desenvolvimento social, econômico, urbano e ambiental da cidade, tendo as diretrizes do Plano Fortaleza 2040 como norte. (p.91)</p> <p>[Objetivo 6.1 – Modelo de Acompanhamento e avaliação do Fortaleza 2040 instituído.] O Sistema de Governança da Cidade apresenta-se como um <b>conjunto de instrumentos públicos conectados, fundamentado em princípios próprios, coordenado por entes específicos que têm a função de</b></p>

**garantir a participação cidadã e o controle social efetivo nas decisões sobre a cidade, propostas pelo Plano. (p.93)**

A concepção para o **sistema de governança do Plano Fortaleza 2040** deve observância aos seguintes referenciais:

**Desenvolver a Governança Territorial:** As definições territoriais devem ser a base para a representação social no Plano, com a institucionalização de núcleos divididos de acordo com as características locais/regionais a partir do levantamento feito pelo Plano. (p.94)

**Desenvolver a Governança Institucional para o Funcionamento do Plano:** estrutura institucional tem um papel preponderante em todo o sistema de governança, já que a municipalidade necessita estar qualificada para garantir o relacionamento que se dará

entre todos os atores envolvidos, tais sejam o ente gestor do Plano, o ente guardião e toda a sociedade - identificada pelos cidadãos e pela iniciativa privada propriamente dita -, além dos eventuais parceiros pactuantes, tais como Faculdades e Universidades, Institutos de Pesquisa, dentre outros. Para isso, será necessário:

a) Situar a Gestão do Plano no Instituto de Planejamento de Fortaleza - Iplanfor – Para garantir a governança efetiva do Plano Fortaleza 2040 é necessário **definir o Iplanfor, institucionalmente, como administrador do Plano**, implicando no fortalecimento do mesmo com a configuração de um quadro de servidores de carreira, seus deveres, direitos e responsabilidades, institucionalizando, por seguinte, o sistema de governança do Plano em questão.

b) Estabelecer o controle social pelo Observatório da Cidade - O Observatório da Cidade deverá receber a **tarefa de ser o ente guardião do Plano Fortaleza 2040**, tendo papel preponderante no **acompanhamento dos indicadores das políticas públicas** que se remetam ao Plano e demais ações sobre a cidade que impactam diretamente nas metas identificadas no Plano Fortaleza 2040.

c) Melhorar a capacidade da administração pública municipal - É necessário que ocorra a **institucionalização do sistema de governança**; congregando as ações e planos recomendados, bem como incorporando o sistema de participação social; privilegiando a questão territorial como já sugerida -, para que se garanta o controle social com a descentralização das decisões públicas.

**Exercitar a Governança na participação e controle social:** Propõe-se estabelecer uma política de participação social para o Plano Fortaleza 2040 relacionando o Iplanfor, a municipalidade e o Observatório da Cidade, por meio da sistematização dos instrumentos já existentes, garantindo controle dos processos decisórios, estabelecendo níveis de responsabilidades entre todos os envolvidos e, ainda, reconhecendo que, a partir dos

	<p>territórios mapeados e monitorados são necessárias estratégias diferentes para garantir a participação e o controle social. Para isso, deve ser criado formalmente um SISTEMA DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL a partir dos instrumentos já existentes, organizando-os de maneira a ser reconhecido por toda Administração Pública Municipal e pelos cidadãos, <b>de forma transparente e compreensível</b>, definindo, se necessário, direitos, deveres e prazos para resposta por parte da Administração Pública. <b>Esse sistema deverá estar assentado na manutenção de alianças, redes e pactos sociais considerando os territórios, seus interesses e características, incluindo iniciativa privada, municipalidade, gestor e guardião do Plano, ao lado dos cidadãos.</b> (p.95 a 97).</p>
<p>Plano Fortaleza 2040 (Volume 1)</p>	<p><b>[Sobre a Governança Municipal]</b> No âmbito da governança, muitos estudos e soluções se farão necessários para que se possa avançar; dentre os quais, destacam-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Implementação do modelo de gestão</b> proposto e internalização dos planos no âmbito do executivo municipal;</li> <li>• <b>Institucionalização do Fortaleza 2040</b> e seus diversos planos;</li> <li>• <b>Discussão e elaboração de proposta de nova divisão administrativa, com territórios menores, e criação dos fóruns territoriais;</b></li> <li>• <b>Estudo e elaboração de proposta que contemple as diversas demandas de estrutura organizacional apresentadas nos diversos projetos;</b></li> <li>• <b>Centro de geração de conhecimento para a melhoria da governança municipal;</b></li> <li>• <b>Adequação dos marcos legais indicados nos diversos planos, ou mesmo institucionalização dos novos marcos legais.</b> (p. 246)</li> </ul> <p><b>[Proposição de Instrumentos Legais]</b> Antes de adentrarmos na temática da proposição de instrumentos legais do Plano Fortaleza 2040, entende-se necessário apreender a <b>juridicidade deste plano e sua inserção no campo das políticas públicas</b>. Neste sentido, é no contexto da <b>Política Municipal de Planejamento</b> que o Plano Fortaleza 2040 deve ser apreendido, primeiramente como <b>instrumento desta política</b>, secundariamente como uma espécie do gênero planejamento estratégico, neste caso de cunho urbanístico, econômico e social. <b>A política de planejamento serve para garantir o direito de planejamento, consagrado pela Constituição Federal de 1988, e proporcionar o empoderamento do cidadão bem como da administração, mediante a compreensão do planejamento como direito, gerando, assim, a capacidade de transformação social pelo aperfeiçoamento do controle social e das políticas públicas.</b> Essa importante política pública é a responsável, a priori, pelo</p>



	<p><i>alinhamento dos diferentes planos e planejamentos municipais que vão surgindo no exercício natural da gestão pública. Entre outros, o plano diretor, o plano plurianual, o plano estratégico; as políticas municipais; os projetos participativos municipais; o planejamento de recursos humanos; e o planejamento de informações e tecnologias. Todos eles complementares. Mas também auxilia na definição dos papéis entre os órgãos governamentais responsáveis pelo planejamento, no estabelecimento de espaços formais de pactuação, deliberação e participação (fóruns, conferências, comissões intergestoras, Conselhos etc) e dos modos de gestão da própria política. Trata a política de planejamento, na verdade, do desenho de um processo dinâmico e interativo para estruturar estratégica, tática e operacionalmente as informações do município, a tecnologia da informação, os sistemas de informação e de conhecimentos, as pessoas envolvidas e a infraestrutura necessária para gestão da cidade. <b>Começa aí a necessidade primeira de legislar</b>, surgida a partir da experiência com a elaboração do Plano Fortaleza 2040, qual seja, <b>definir legal e claramente a sua natureza jurídica e o lugar que ocupa no arcabouço legal do município</b> de Fortaleza, ou seja, identificar o referido plano como instrumento da política de planejamento municipal a ser instituída. Oportunamente a instituição desta política regulamentará a Lei Orgânica quanto ao modo de cumprimento dos princípios e diretrizes da organização municipal, relacionados no art. 10, entre esses a prática democrática, a transparência e o controle popular na ação do governo, a programação e o planejamento sistemático, bem como quanto ao processo de planejamento do município mencionado no art. 13, I. Questão também importante é diferenciar o Plano Fortaleza 2040 do Plano Diretor, de modo a evitar conflitos e dirimir dúvidas relativas aos seus papéis no planejamento da cidade. O Plano Fortaleza 2040 é instrumento da política de planejamento, garantidora do direito de planejamento, enquanto o Plano Diretor é instrumento da política de desenvolvimento urbano, garantidora do direito à cidade. Portanto, cabe à política de planejamento a definição de responsabilidades e de procedimentos atinentes à integração desses planos complementares, inclusive com outros instrumentos de planejamento. (p. 239 e 240).</i></p>
<p><b>Plano da Saúde 2040</b> (Volume 4)</p>	<p><b>[Diretrizes para o Modelo Institucional]</b> Adequar o modelo institucional no sentido de assegurar o acesso ágil, resolutivo e humanizado da população de cada Unidade de Vizinhança Autônoma (UVA) aos serviços de saúde e basear os procedimentos gerenciais nos princípios de moralidade, legalidade, impessoalidade, publicização, eficiência e democracia participativa.</p>

**[Sistema de Monitoramento e Avaliação dos Resultados]**

- Constituir o Conselho Gestor Municipal de Saúde com representação do nível central, das Regionais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, para acompanhar a implantação do Projeto Fortaleza 2040; e
- Fortalecer os Conselhos de Saúde para atuarem conforme suas competências na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. (p.32)

**[Projeto de Lei do Plano da Saúde]**

LEI N° xxxx DE 2016

Institui o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza e dá outras providências.

O Prefeito Municipal de Fortaleza, Estado do Ceará, Considerando o disposto nos art. 196 à 200 da Constituição Federal;

Considerando o disposto nos art. 245 à 252 da Constituição do Estado do Ceará;

Considerando o disposto nos art. 145 à 160 da Lei Orgânica do Município de Fortaleza;

Considerando o disposto na Lei Federal nº 8.142/90, na Lei Federal nº 8.080/90, no Decreto

Federal nº 7.508/11, no Decreto Estadual nº 6.040/07, na Lei Municipal nº 10.413/15, na Lei

Municipal nº 10.286/14, no Decreto Municipal nº 13.728/15;

Considerando a Lei xxx (Lei Geral do Fortaleza 2040 - obrigatório)

Considerando a atual a necessidade de redimensionar os pontos de assistência à saúde em

Fortaleza, com o fim de permitir a cobertura universal, articular o acesso aos diversos níveis de atenção e vincular a clientela/território do Município;

Considerando que, em 2040, Fortaleza deverá ser uma cidade acolhedora, com população saudável e fraterna, com alta esperança de vida ativa, com acesso amplo a um sistema de saúde público efetivo, eficiente, eficaz e humanizado;

Faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ele sancionou a seguinte lei:

**CAPÍTULO I****DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º. Fica instituído o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza com vistas ao cumprimento

do disposto no art. X da Lei xxxx (Lei Geral do Fortaleza 2040), que aprovou o Sistema

Municipal de Saúde.

**§1º - O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza se compõe de:**

*I- Da Secretaria Municipal de Saúde como Órgão Gestor  
II- Do Conselho Municipal de Saúde (Decreto Nº 8.41790);  
III- Do Fundo Municipal de Saúde (Lei Municipal 5.771/1983);  
IV- Do Plano Estratégico de Saúde.*

*§2º – Os instrumentos ainda não instituídos deverão ser regulamentados no prazo de 12 (doze) meses por meio de lei específica.*

*Art. 2º. Fica instituída a Política Municipal de Saúde de Fortaleza, com vigência até 2040, a contar da publicação desta Lei, com vistas ao cumprimento do disposto nos arts. X, Y, Z da Lei xxxx (Lei Geral do Fortaleza 2040), que aprovou as diretrizes gerais da Política Municipal de Saúde.*

*Art.3º. Fica instituído o Plano Municipal Saúde de Fortaleza, com vigência até 2040, a contar da publicação desta Lei, com vistas ao cumprimento do disposto no art. X da Lei xxxx (Lei Geral do Fortaleza 2040), que aprovou a Política Municipal de Saúde.*

*Art. 3º. São diretrizes do Plano Municipal de Saúde:*

*I- Garantir, ampliar e qualificar a oferta e o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na justiça social, humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.*

*II- Garantir o cuidado integral às pessoas nas várias fases do ciclo de vida, considerando as questões de gênero, orientação sexual, étnico-racial, religiosas e em situação de vulnerabilidade social.*

*III- Garantir o atendimento às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de hospitais e centrais de regulação, articuladas às outras redes de atenção.*

*IV- Promover a inovação e incorporação tecnológica em procedimentos e protocolos clínicos, baseados em evidências científicas.*

*V- Estabelecer que as prioridades de ação, investimentos e ajustes curriculares, na formação profissional, sejam baseadas no perfil epidemiológico e necessidades da população.*

*VI- Implementar e consolidar a gestão democrática, integrativa e humanitária no acolhimento e organização dos serviços.*

*VII- Fortalecer a vinculação do processo de ensino-aprendizagem acadêmica aos diversos níveis do Sistema Único de Saúde.*

*VIII- Profissionalizar a gestão pública, rompendo com o espontaneísmo, o compadrio, a ineficiência e o desperdício.*

*IX- Atualizar o Código Sanitário Municipal, que ordene a prestação de serviços que afetem direta ou indiretamente a saúde da população, protegendo-a de riscos potenciais biológicos e não biológicos, ambientais e do trabalho, prevendo inclusive respostas imediatas diante de desastres naturais e emergência em saúde pública.*

*X- Integrar e articular as redes públicas de educação e de saúde:*

- a) Promover as Práticas Corporais e Atividade Física nas Escolas;*
- b) Promover a Alimentação Saudável e adequada;*
- c) Desenvolver ações focadas na Prevenção ao Uso de Alcool, Tabaco e Outras Drogas;*
- d) Promover ações de Cultura da Paz e de Prevenção das Violências;*
- e) Promover ações de educação em saúde nas escolas.*

*XI- Promover a articulação das políticas públicas afirmativas, que intervenham nos determinantes sociais da saúde, através de ações intersetoriais nos espaços dos territórios regionais, na perspectiva da promoção e proteção da Saúde.*

*Art. 4º. O Plano Municipal de Saúde reger-se-á pelos seguintes objetivos:*

*I- Desenvolvimento de uma população saudável e bem acolhida no sistema de saúde, com amplo acesso à saúde pública de qualidade;*

*II- Oferecer saúde pública preventiva e assistencial estruturada em rede, com ampliada capacidade e eficiência.*

*Parágrafo único - As estratégias definidas para o Plano Municipal de Saúde estarão dispostas no artigo x da Lei Geral xx (Lei Geral do Fortaleza 2040).*

#### **CAPÍTULO IV DA GESTÃO DO PLANO**

##### **Sessão I**

##### **Dos órgãos e suas atribuições**

*Art. 10º. São atribuições do Instituto de Planejamento de Fortaleza (IPLANFOR):*

*I- Ser o gestor da execução do Plano Fortaleza 2040.*

*II- Pesquisar e avaliar impactos das ações realizadas;*

*III- Coordenar o processo de atualização ou revisão do Plano Fortaleza 2040 a cada quadriênio de forma amplamente participativa;*

*IV- Secretariar o Conselho da Cidade e o Comitê Gestor do Plano.*

*Art. 11. São atribuições da Secretaria Municipal de Saúde, coordenar, elaborar e implementar políticas públicas que contribuam, de forma concreta, na construção de uma comunidade saudável, tendo como estratégia a articulação com as demais secretarias e áreas de atuação governamental.*

*Art. 12. São atribuições do Conselho Municipal de Saúde, instituído pelo Decreto Municipal 8.417/90:*



*I- Atuar na formulação das estratégias e no controle da Política Municipal de Saúde;*  
*II- Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos municipais de saúde, em função das características epidemiológicas e de organização dos serviços;*  
*III- Propor e analisar a programação e orçamentação integradas para o Município, anualmente;*  
*IV- Propor critérios para a definição dos padrões e parâmetros assistenciais;*  
*V- Controlar e avaliar a atuação do setor privado da área de saúde, credenciado mediante contrato ou convênio;*  
*VI- Aprovar os convênios e contratos do setor público com o setor privado, para a prestação de serviços de saúde;*  
*VII- Assegurar o aporte tempestivo de informação à população que permitia uma efetiva participação da comunidade no controle e avaliação do sistema;*  
*VIII- Elaborar o seu regimento interno e modificações.*

*Art. 13. Ficam criadas Câmaras Setoriais responsáveis por articular instituições responsáveis pela execução das ações referenciadas neste plano.*

#### **Sessão II**

##### **Do cronograma e mecanismos de monitoramento**

*Art. 14. As ações previstas nesta Lei serão objeto de monitoramento contínuo e de avaliações periódicas, realizados pelo Conselho e/ou Fórum, instituído pela Lei xxx/que será instituído no prazo de xxx, com a participação das seguintes instâncias:*

*I - Municipal de Cidadania e Direitos Humanos;*

*II – Secretaria Municipal de Saúde;*

*III – Secretaria Municipal de Educação;*

*IV – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Trabalho e Combate à fome;*

*V – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico;*

*VI – Fundação de Desenvolvimento Habitacional de Fortaleza;*

*VII – Secretaria Municipal de Cultura de Fortaleza;*

*VIII – Coordenadoria Especial da Juventude;*

*IX – Coordenadoria Especial de Participação Popular;*

*X – Secretaria Municipal de Segurança Cidadã.*

*Art. 15. A execução dos Planos, Avaliação, monitoramento e revisão devem estar de acordo com o Cronograma Geral, que consta no Anexo X desta Lei.*

#### **Sessão IV**

##### **Do Financiamento**

*Art. 16. O Plano Municipal de Saúde será financiado pelo Fundo Municipal de Saúde, instituído pela Lei nº Lei Municipal 5.771/1983.*

*Parágrafo único – o Fundo Municipal de Saúde deverá, no prazo de 12 meses, se adequar para compor o Sistema de Municipal de Saúde, observando o disposto nesta Lei.*

*Art. 17 . Geral + referendar anexo com fontes de recurso*

	<p>Art. 18 Estão sendo consideradas como possíveis fontes de financiamento (todas). (ANEXOS)</p>
<p><b>Categorias de Análise</b></p>	<p><b>Desenho operacional</b></p>
<p>Revista Iniciando o Diálogo (FOR2040 nº 2)</p>	<p><i>Naturalmente multidisciplinar e transversal a diversas áreas e setores de intervenção pública, e inserido no contexto de <b>gestão descentralizada das políticas públicas</b> como promovido pela Constituição de 1988, o Fortaleza 2040 demandará do poder público municipal enfrentar os problemas de <b>coordenação de ações e programas</b>, dentro de sua própria estrutura de governo, com a União, com o Estado e os municípios da região Metropolitana, e <b>integrar as políticas públicas, de forma a torná-las complementares e, desta forma, mais eficientes, mais eficazes e, portanto, mais efetivas.</b> Desta forma, é oportuna e necessária a <b>construção de um modelo de gestão integrativa</b>, que venha facilitar a identificação, a prevenção e o <b>gerenciamento intensivo e permanente dos pontos nodais</b>, comprometedores da efetividade almejada, em – e entre - os programas e organizações integrados ao Fortaleza 2040. (p.116).</i></p> <p><i>Um trabalho de planejamento de longo prazo como o almejado pelo Fortaleza 2040, em função da quantidade de políticas setoriais envolvidas, da heterogeneidade do público-alvo, da diversidade de programas públicos utilizados no governo e entre níveis de governo (União, Estado e municípios da RMF), necessariamente demandará <b>esforços de integração e coordenação, a fim de minimizar o natural efeito descontínuo das políticas públicas no panorama da gestão descentralizada e de minorar também o seu grau de fragmentação.</b> A maior ou menor integração das políticas públicas <u>dependerá tanto dos níveis de coordenação, consistência e coerência entre elas, como também da ação de fatores de convergência estrutural sobre os seus processos de formulação e implementação.</u> (p.116 e 117).</i></p> <p><i>Segundo a OCDE, a <b>escassez de recursos no setor público</b> e a <b>necessidade crescente de estabelecer prioridades</b> no atendimento das demandas; a interconectividade nos debates sobre políticas públicas e a ampliação do número de demandas e de atores envolvidos no ciclo de políticas públicas; a <b>curta duração dos ciclos eleitorais</b> e a <b>tendência às ações e interesses de curto prazo</b> por parte dos “<b>governos de plantão</b>”, são fatores que contribuem para aumentar o quadro de complexidade da gestão pública. Além desses fatores, a OCDE considera também, como fatores causais da <b>complexidade na administração pública</b>, a <b>descentralização</b>, a <b>transferência de competências</b> entre os órgãos nacionais e subnacionais, e a <b>compartimentalização institucional</b>, os quais</i></p>

	<p>potencializam <b>arranjos estruturais fragmentadores</b> e, por via de consequência, geram <b>políticas fragmentadas</b>. (p.117)</p> <p>A esse <b>intricado desenho de gestão</b>, some-se o fato comum à União, Estados e municípios, de que, isoladamente, <b>as políticas setoriais são relativamente incapazes de resolver os problemas públicos contemporâneos</b>, apontando, desta maneira, para a necessidade de <b>acolher abordagens intersetoriais, de promover formas integradas de gestão e de coordenação</b>. O desafio, portanto, que se coloca à gestão pública contemporânea, relativamente ao planejamento, é <b>desenvolver um modelo integrativo de gestão governamental que minimize o grau de complexidade e o efeito fragmentado das políticas públicas ao tempo em que promove a inclusão do cidadão em todo o ciclo da política pública</b>. (p.117e 118).</p> <p>Relativamente à integração das políticas públicas, com a <b>reestruturação do Instituto de Planejamento de Fortaleza</b> pela Lei Complementar 37/2014, criou-se, mais recentemente, a <b>Diretoria de Integração de Políticas</b>. Referida instância tem o papel fundamental de <b>promover a redução da fragmentação das políticas públicas, mediante a análise da coerência, consistência e coordenação na formulação e implementação de políticas, programas ou projetos; promover ações que se reforcem mutuamente nos diferentes órgãos do governo, criando sinergias para a realização de objetivos comuns; conceber sistemas institucionais e gerenciais para a formulação de políticas de forma conjunta e congruente; assegurar que as políticas setoriais não sejam interna ou externamente contraditórias; desenvolver padrões de gestão compartilhada do território municipal que viabilizem a integração de políticas públicas em escala territorial; e realizar a análise dos programas e ações que compõem os planos e leis orçamentárias como forma de fomentar a integração das políticas públicas desde as suas formulações</b>. (p.118)</p>
<p>Revista Fortaleza Hoje (FOR2040 nº 4)</p>	<p>No Brasil, os fatos mostram que planos de desenvolvimento municipais, ou mesmo planos diretores municipais, não têm sido compartilhados e pactuados como deveriam com os representantes dos variados interesses da sociedade. <b>Os projetos assumem as características de uma administração, e não da própria sociedade, sendo frequentemente engavetados — o que justifica a tediosa indisponibilidade da população em discutir pontos e tópicos fadados a não ter continuidade</b>. (p.7).</p> <p><b>Outra grande falha recorrente nestes processos é a etapa seguinte à elaboração</b> destes planos urbanos, ou planos estratégicos de desenvolvimento, que <b>não integram</b>, no seu</p>

escopo, a definição de **um modelo de governança** que transponha para a sociedade o controle do projeto, e não à **determinada gestão municipal, limitada a um período de quatro anos.** (p.7).

Ademais, **foram produzidos diagnósticos** pelos Grupos de Bairros (indicando a realidade de seus respectivos bairros), relatórios de entidade, instituições e movimentos sobre como é percebido o contexto de Fortaleza Hoje, bem como os **relatórios de dezenas de órgãos e entidades públicas, informando como se encontra a articulação, integração e gestão das políticas públicas**, dentre outras contribuições da sociedade e de estudiosos de cada assunto. (p.8).

O conjunto de estudos compostos pelo **diagnóstico econômico e social de Fortaleza**; a **análise dos resultados da consulta à sociedade**; a interpretação de sua forma urbana; e os estudos sobre mobilidade, juntamente com os **cenários do contexto externo**, aprofundam o conhecimento sobre a realidade do município (Fortaleza Hoje). **Estes são os principais produtos da primeira etapa do processo de elaboração do Plano Fortaleza 2040.** (p.12).

A metodologia de elaboração da **Metodologia do Plano de Desenvolvimento Econômico e Social (PDES)**, integrada à metodologia de elaboração do Plano Mestre Urbanístico e de Mobilidade (PMU/PMob), segue uma sequência lógica de estudos, reflexões, **construção da visão de futuro e identificação de estratégias**, partindo de onde nos situamos (Fortaleza Hoje – etapa 1) para definir onde queremos chegar (Fortaleza que Queremos - Etapa 2). Desta perspectiva, que evidencia a diferença entre a Fortaleza Hoje (ponto de partida) e a Fortaleza que Queremos (ponto de chegada), deverá ser explicitado o que se deve realizar para a transformação desejada da cidade (Proposições - Etapa 3). (p.12).

O **processo deu início em maio de 2014**, com levantamento de dados junto a mais de uma centena de instâncias, em instituições públicas, de forma a compor um **pré-diagnóstico** com uma visão geral da cidade, que contribuiu para nortear o detalhamento do Plano de Trabalho e elaborar a segunda revista do projeto e os Cadernos de Trabalho utilizados na primeira rodada de consulta à sociedade. A partir do pré-diagnóstico, foram identificadas as necessidades e realizado um conjunto de **estudos temáticos e estudos setoriais**, para aprofundamento da análise dos diversos aspectos da realidade municipal.

Os estudos foram realizados com **base em dados e informações secundárias, trabalhos semelhantes já realizados** e, nos casos pertinentes, **complementação com**



	<p><b>entrevistas a especialistas.</b> Procuraram analisar os temas ou setores de forma desagregada nos seus componentes relevantes, <b>sempre em comparação com outras capitais do Nordeste, principalmente as duas grandes, Salvador e Recife</b>, assim como com a capital melhor situada no Brasil no tema estudado. Os estudos apresentaram uma compreensão melhor da posição que Fortaleza ocupa no conjunto da realidade brasileira e <b>ofereceram um referencial para pensar o futuro.</b> Realizados por grande <b>equipe composta por dezenas de consultores e especialistas</b> com reconhecida competência e conhecimento da realidade de Fortaleza, tais estudos demandaram grande esforço de coordenação, acompanhamento e integração das várias equipes. Para tanto, foram realizadas <b>rodadas de reuniões de grupos de consultores para trocar informações e percepções</b>, de modo a assegurar complementaridade, articulação e convergência da produção. <b>Tais análises temáticas e setoriais foram complementadas e aprimoradas com base nos resultados da consulta à sociedade.</b> Como se trata de uma abordagem agregada do município, as percepções da sociedade nos bairros e Regionais foram tratadas com o propósito de <b>agrupar as visões convergentes e complementares.</b> A complementação da visão técnica com essa percepção da sociedade convergiu para a elaboração do diagnóstico que expressa Fortaleza Hoje. (p.12 e 13)</p> <p><b>Pelo sentimento da sociedade, a saúde é o serviço mais precário e deficiente de Fortaleza.</b> Avançou, mas ainda há muito o que avançar. Vários bairros não contam com postos de saúde nem hospital. Mas, os que têm algum tipo de unidade de atendimento médico-hospitalar são quase unânimes em afirmar que <b>faltam médicos, remédios e equipamentos para um atendimento adequado.</b> Alguns destacam ainda mal atendimento e lotação das unidades. <b>“Os atendimentos médicos públicos são precários, com poucos médicos para muitos pacientes, são superlotados”</b>, destaca um dos bairros da Regional VI. (p.169).</p>
<p><b>Síntese das Proposições Estratégicas</b> (FOR2040 nº 7)</p>	<p><b>[Saúde]</b> O Plano visa, na área da saúde, oferecer atenção e cuidados de promoção, proteção e recuperação da saúde e qualidade de vida da população, num sistema de saúde público, gratuito, efetivo, eficaz e humanizado, em consonância com os direitos fundamentais da pessoa humana. A organização do Sistema Municipal de Saúde deve assegurar o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade de acesso, equidade social, igualdade no cuidado e integralidade da atenção, com efetiva participação e controle social na definição de prioridades e destinação de recursos. <b>O desenho deste Plano deve considerar a transição demográfica, de redução</b></p>

	<p><b>da fecundidade e fertilidade e envelhecimento populacional progressivo e a acumulação epidemiológica, de predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, mais a constância de elevadas taxas de morte por causas externas, homicídios, acidentes e suicídios e a persistência de doenças infecciosas e parasitárias.</b> Deve, portanto, articular ações de assistência, promoção de saúde com ações intersetoriais que possam intervir, conjuntamente, nos determinantes sociais do processo saúde-doença. O escopo da proposta do Plano de Saúde está distribuído em linhas de ação estratégicas, relacionadas com o ciclo de vida, a formação profissional adequada, a organização de serviços em redes de atenção e a convivência saudável em sociedade. Para que isso aconteça, o Plano de Saúde no âmbito do Fortaleza 2040 será estruturado em uma rede solidária de atenção, <b>inclusive intersetorial</b>, com sistema de avaliação e controle, na transparência na aplicação de recursos, na gestão e governança democrática da ação governamental e no controle e participação ativa da comunidade. (p. 39 e 40).</p> <p><b>Linhas de ação:</b></p> <p>1 - Envelhecimento saudável da populacional, condições crônicas não transmissíveis e cuidados paliativos.  - Acessibilidade funcional, geográfica, social e cultural.  - Desenvolvimento de atividades intergeracionais.</p> <p>2 - Proteção da gestante e do conceito, reprodução assistida e desenvolvimento da criança na primeira infância.</p> <p>3 - Formação profissional, acumulação epidemiológica e transição demográfica.  - Gestão de pessoas, acolhimento e ética.  - Informações para tomada de decisões.  - Pesquisa, inovação tecnológica, qualificação em diagnóstico e terapia voltadas para a assistência às necessidades da população.</p> <p>4 - Assistência à saúde e organização de serviços.  - Organização de redes temáticas de atenção.  - Pesquisa, inovação tecnológica em diagnóstico e terapia.  - Gestão do trabalho e educação permanente.</p> <p>5 - Saúde mental, redução de danos e convivência saudável. (p. 40)</p>
<p><b>Plano Fortaleza 2040</b> (Volume 1)</p>	<p>Garantir que o Plano Fortaleza 2040 fosse levado em consideração e executado pelas próximas seis gestões municipais foi uma das maiores preocupações manifestadas pelos milhares de participantes presentes no processo de formulação. O que é muito natural dado que dezenas de planos foram elaboradas para Fortaleza e muito pouco de uns poucos foi executado. <b>Não há cultura de planejamento nem muito menos de continuidade entre uma gestão e outra, em geral</b></p>

**mais preocupadas em desenvolver seu marketing político do que desenvolver a própria cidade. (p. 221)**

**A grande esperança é de que a eliminação desta profunda desigualdade de direitos e de acesso a oportunidades seja o principal foco de atuação das próximas gestões municipais, pois não há nada que prospere em uma cidade com tamanha desigualdade. (p. 245).**

**[Sobre o processo de participação e conflitos de interesse]**

O processo de elaboração do Fortaleza 2040 transcorreu de forma aberta e democrática, com total liberdade crítica. Percebendo esta autonomia, o projeto foi aos poucos conquistando pessoas de distintos posicionamentos político-partidários. Aos poucos milhares de pessoas estavam acompanhando e colaborando ao longo das inúmeras reuniões, fóruns e seminários realizados. **Nestes eventos uma pergunta era recorrente: como é que vocês vão garantir que este plano seja executado?** É motivo de grande satisfação a preocupação demonstrada por todos de que o plano seja executado, por outro lado é assustador o quanto a população brasileira se habitou a não exercer seus direitos e o devido controle social. O exercício de ver além de seus próprios interesses, ou mesmo o exercício de compreender o quanto as políticas públicas impactam uma nas outras, agregou grande conhecimento a todos os participantes. **Outro grande desafio para a maioria dos participantes foi o de passar a tratar e conceber desde já um novo futuro para a cidade. O imediatismo e o curto prazo predominam na cultura brasileira, na população, no meio acadêmico e no governo em geral.** Mas aos poucos, a grande maioria dos participantes perceberam que as transformações que a cidade necessita não ocorreriam no curto ou mesmo no médio prazo, e que **estas transformações exigem o alinhamento de visões e esforços das diversas esferas de governo e da sociedade.** Mas aos poucos, a grande maioria dos participantes perceberam que as transformações que a cidade necessita não ocorreriam no curto ou mesmo no médio prazo, e que esta transformação exige o alinhamento de visões e esforços das diversas esferas de governo e da sociedade. **Ao mesmo tempo em que alguns gestores públicos das diversas esferas e poderes deram todo seu apoio, participando intensamente do projeto, outros tantos continuaram se ocupando de ações ou projetos planejados no passado e para o passado.** O que é natural dentro de todo processo de mudança de cultura, suscitando, em alguns casos, grande divergência entre as ações ou projetos que apresentavam, com as do Fortaleza 2040. (p.247)

**[Viabilização Financeira do Fortaleza 2040]** Embora o orçamento consolidado e as análises de custo e benefício

apontem para a viabilização financeira do Fortaleza 2040 e seus respectivos planos, uma vez que os recursos necessários não chegam a comprometer mais de 30% das receitas próprias ao longo dos 24 anos,  **muitas destas ações ou projetos dependem da captação de recursos do Governo do Estado, da União, iniciativa privada ou recursos externos.** Captar recursos é bem mais fácil quando se tem um projeto com a qualidade do Fortaleza 2040, mas, por outro lado, tem-se um grande conjunto de projetos executivos a elaborar, orçamentos mais precisos e mais completos, centenas de contratos, convênios e parcerias com demais entes ou bancos de fomento a firmar, o que remete para a criação de escritório de gestão de projetos vinculado ao Iplanfor. Vários planos possuem ações ainda não detalhadas e orçadas, pendências a serem sanadas pelo órgão gestor da política. Deverá se proceder também um estudo mais aprofundado sobre quais despesas correntes serão substituídas por gastos incorporados aos planos propostos, e quais tendem a permanecer. O mesmo vale para gastos com pessoal e investimentos. Dessa forma, poderá se ter maior precisão sobre o **montante exato das receitas municipais que poderá ser comprometido com as ações do Fortaleza 2040.** Deverão também ser modeladas operações urbanas que possam viabilizar a execução dos corredores de urbanização e dos projetos específicos previstos no Plano Mestre Urbanístico e de Mobilidade. (p.246 e 247).

**[Viabilidade Financeira]** Algumas questões foram recorrentemente colocadas pelos participantes e gestores públicos ao longo do processo de elaboração do Fortaleza 2040: **“Haverá recursos para tudo isso? Os recursos municipais poderão arcar com todos os investimentos e custeios previstos nas dezenas de planos que integram o Fortaleza 2040?”** Para responder a estas perguntas essenciais e até mesmo para demonstrar a viabilidade das propostas apresentadas, uma equipe de cinco profissionais especializados (do ramo das Finanças e da Economia) assessorou os 33 grupos de trabalho na formulação de seus orçamentos e fez estudos complementares para obter estimativa da evolução das receitas próprias municipais, gastos com a previdência municipal, previsão da evolução ou estrangulamento da capacidade de investimento do executivo municipal, além de possíveis fontes de recursos e operações que viabilizassem a implementação do Fortaleza 2040. **Pela ausência de projetos executivos, as despesas foram estimadas com base em indicadores de custos já existentes ou acessíveis,** indicadores sugeridos por programas federais (quando era o caso), ações similares realizadas em outras localidades, ou mesmo estimativas elaboradas por consultores ou gestores à frente de cada grupo de trabalho, tendo por base suas experiências com ações



similares até então. Algumas poucas ações, que não continham a precisão mínima necessária para terem seus custos estimados, ficaram com valores a definir a posteriori. Mas em geral trata-se de ações com pouca representatividade no montante total orçado. **O montante final previsto de receitas e despesas foi organizado na forma de um PPA de Longo Prazo, compreendendo seis quadriênios, de 2017 a 2040.** Portanto, a partir dos dados coletados junto aos 33 Grupos, buscou-se demonstrar o grau de dinamismo para o futuro da cidade de Fortaleza, sob o ponto de vista do orçamento público com base nos planos elaborados qualitativamente pelos Grupos, para a formulação de um relatório demonstrativo, com a consolidação de todas as projeções de receita e despesa correntes, destacando-se as receitas e despesas de capital, e obedecendo às limitações determinadas pela legislação vigente, em particular àquelas contidas na Constituição Federal, Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA) e Lei do Plano Plurianual (PPA).

Pode-se obter a falsa impressão de que a questão da previdência não é um problema tão premente quanto a despesa de pessoal ativo. No entanto, quando se considera a projeção atuarial do regime de **previdência próprio do município**, exposto na tabela 6, tem-se a verdadeira noção da dificuldade que a previdência pode trazer para a estabilidade fiscal do município. A partir de 2022, a **Prefeitura precisará cobrir uma dívida crescente da previdência.** Se nenhuma reforma for feita, a projeção indica que o desnível nas contas da previdência é crescente, perfazendo um valor maior do que R\$ 16,7 bilhões em 2040, o que **compromete, perigosamente, a estabilidade fiscal do município e sua capacidade de investimento.** Neste sentido, uma **reforma previdenciária** que reverta a tendência de crescimento do déficit da previdência é vital. Sanear esta fonte de instabilidade fiscal é indispensável para a boa condução fiscal do município de Fortaleza e, conseqüentemente, para **preservação e elevação da capacidade de investimento da cidade.** É importante salientar que, além da relação negativa entre capacidade de investir e despesas correntes, bem visível no gráfico 51, existe uma relação positiva entre investimentos e despesas correntes. Isto é, **investimento e despesa de capital geram, em alguma medida, um acréscimo nas despesas correntes.** Um exemplo simples é a construção de um hospital. Todo o gasto na compra do terreno, na obra, nos equipamentos, pode ser enquadrado como despesa de capital. Mas um hospital equipado, sem médicos, sem medicamentos e sem profissionais de saúde é inútil. **Portanto, o planejamento de investimentos de longo prazo deve considerar os rebatimentos destes nas despesas correntes e por consequência seus impactos na própria capacidade de investir. No sentido de verificar esse fato para**

**Fortaleza, foram realizadas algumas estimações, e todas elas apontaram que o ato de investir gera crescimento da despesa corrente.** (p.193).

É necessário também salientar a **importância dos investimentos municipais na elevação do nível de atividade econômica da cidade**, e por consequência, seus rebatimentos na arrecadação tributária municipal. Na tabela 10 tem-se a estimativa da Receita Corrente Líquida contra o nível de investimentos municipais realizados no período 1998-2015. O resultado é uma clara, robusta e significativa relação entre o nível de investimentos executados e a Receita Corrente Líquida do município. A direção desta relação é positiva, significando que quanto mais se investe, mais se arrecada, ou seja, uma das formas de aumentar a arrecadação é via aumento de investimento. **O investimento municipal afeta a receita corrente líquida via receita tributária**; por meio da elevação do nível de atividade econômica, o município arrecada mais, elevando assim a capacidade de investir, bem como de manter um ciclo positivo de crescimento endógeno via investimento em capital público.(p.196)

Outra dimensão do impacto do investimento municipal na atividade econômica é extraída de sua relação com o PIB do município. A partir da tabela 12, obtém-se que **o investimento municipal afeta positiva e significativamente o PIB de Fortaleza**. Esta relação é importante, uma vez que comprova a **importância do investimento municipal no processo de desenvolvimento da cidade**. Mais investimento municipal significa maior nível de atividade econômica e maior geração de emprego e, assim, aumenta-se a base arrecadatória da cidade, possibilitando aumento de receita e fomentando o papel de condutor de desenvolvimento da municipalidade. (p.197 e 198)

Uma tendência consolidada quando se problematiza o futuro da gestão fiscal dos entes da administração pública é a **efetivação de um potente ajuste fiscal**. Por definição, há duas formas de se implementar um **ajuste nas contas públicas**. Primeiro, é possível fazer via incrementos nas alíquotas de impostos, aumento da base arrecadatória, elevação da eficiência na cobrança de impostos etc.; de outra forma, o ajuste pode ser realizado via corte nas despesas públicas. [...] Gupta et al. (2002) apud Benício, Rodopoulos e Bardella (2015), num estudo com amostra compreendendo 39 países de renda baixa, aponta, entre outros fatos, que um **ajuste fiscal baseado em cortes nos gastos correntes** tende a gerar taxas de crescimento mais altas do que ajustes baseados em aumento de impostos. Além disso, seu texto indica que **gastos públicos com capital devem ser preservados**, uma vez que estes impactam positivamente na atividade econômica. Em suma, as evidências listadas apontam

que **ajuste fiscal eficiente**, tanto em termos de gerar a estabilização fiscal necessária ao Estado como em termos das repercussões nas taxas de crescimento econômico, **é ajuste alicerçado no corte de despesas correntes, que preserve os gastos com capital, e que evite elevações recorrentes da carga tributária.** (p.199)

Com vistas à preservação dos investimentos municipais, é necessário equacionar o problema da previdência do funcionalismo municipal e também desacelerar o crescimento da despesa com pessoal ativo. O que permite elevação da capacidade de investir do município via diminuição das despesas correntes. Concomitante à necessidade de redução das despesas do município, há a necessidade de manutenção e aprimoramento dos serviços de educação, saúde, saneamento, habitação e urbanismo. O que aparentemente torna temerária a sugestão de reduzir as despesas com essas funções numa cidade como Fortaleza, tão marcada pela desigualdade e precariedade com que vive grande parte de sua população. No entanto, reduzir as despesas não implica um fornecimento reduzido de bens e serviços públicos. (p.199)

O FMI divulgou um relatório em 2015, em que, entre outras coisas, estimou o potencial de geração de economia a partir da **redução do nível de ineficiência no fornecimento de bens e serviços públicos.** Conforme os dados do FMI, o potencial de economia para o Brasil chega a 3,25% do PIB/ano. Tomando por hipótese que o **município de Fortaleza compartilhe nível semelhante de ineficiência** e considerando o PIB de 2013 da cidade, tem-se que potencial de economia por meio da redução do nível de ineficiência é da ordem de R\$ 1,7 bilhão/ano. Ainda que o nível de ineficiência do Brasil fosse o triplo de evidenciado por Fortaleza, a economia com a redução da ineficiência seria superior a R\$ 500 milhões/ano. **Portanto, uma fonte, nada desprezível, de orçamento para o Fortaleza 2040 é, sem dúvida, a redução da ineficiência na gestão e no fornecimento de bens e serviços públicos (ver Gráfico 54).** (p.199 e 200).

A cidade de Fortaleza terá seus ativos valorizados após a implementação do Plano. Podendo se valer do fator verde em seus tributos para induzir os investimentos privados em cisternas, usos de placas fotovoltaicas, o plantio de árvores etc. **A análise da capacidade de investimento do município, combinada com as propostas aqui listadas, mostra que as metas do Fortaleza 2040 podem ser alcançadas por meio de uma gestão eficiente dos recursos públicos e de sua integração harmoniosa com a iniciativa privada bem como a formação de parcerias com os órgãos multilaterais de fomento ao desenvolvimento econômico e social.** (p.201)

	<p><i>Já a <b>qualidade institucional como causa fundamental do crescimento econômico</b> é devida aos trabalhos do historiador econômico <b>Douglas North</b>, destacando aqui o de (1990), em que ele formulou um modelo no qual <b>instituições são causa fundamental do desenvolvimento econômico de longo prazo</b>. A <b>ECONOMIA INSTITUCIONAL</b> ganhou força e foi posteriormente aperfeiçoada pelos trabalhos de vários economistas, muito especialmente os trabalhos de Daron Acemoglu, que contribuíram significativamente para o fortalecimento deste aparato teórico na ciência econômica. (p.201)</i></p> <p><i>A partir dessa definição acima, pode-se compreender que <b>as despesas públicas são fundamentais para o bom funcionamento da máquina pública</b>; dessa forma, projeta-se que, em qualquer cenário, a busca por <b>maior eficiência na alocação da despesa</b> deve reger o seu futuro. Do outro lado da moeda, encontra-se a receita pública, mecanismo capaz de gerar recursos para o poder público executar os seus programas e investimentos. A receita pública, definida em sentido amplo como todo e qualquer ingresso aos cofres públicos e em sentido estrito como acréscimo definitivo de valores aos cofres públicos, sem contraprestação ou devolução, com a finalidade de atender às despesas públicas. <b>Da mesma forma que a despesa, a receita deve ser mais bem gerida</b>, pois ela é o principal mecanismo para a execução de programas e investimentos pelo poder público. (p.205)</i></p>
<p><b>Plano da Saúde 2040</b> (Volume 4)</p>	<p><b>[Desenho do Plano]</b> No desenho deste Plano foi considerada a transição demográfica de redução da fecundidade e fertilidade e envelhecimento populacional progressivo; o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis; a constância de elevadas taxas de morte por causas externas, homicídios, acidentes e suicídios; a persistência de doenças infecciosas e parasitárias; e taxas ainda elevadas de mortalidade materna. No enfrentamento destes desafios deve-se articular ações de assistência e promoção de saúde, com ações intersetoriais que possam intervir, conjuntamente, nos determinantes sociais do processo saúde-doença. <b>O escopo da proposta do Plano de Saúde do Plano Fortaleza 2040 está distribuído em linhas de ação relacionados com os ciclos de vida, a formação profissional adequada, a organização de serviços em redes de atenção e a convivência saudável em sociedade, como também atenções específicas para o atendimento adequado à população negra e população LGBT, além de atenções especiais a pessoas portadoras de deficiência.</b></p>



**[Intersectorialidades do Plano]** Na execução do Plano de Saúde será necessário estruturar uma rede solidária de atenção, inclusive intersectorial, com sistema de avaliação e controle, transparência na aplicação de recursos, gestão e governança democrática, controle e participação ativa da comunidade. **Cabe salientar que a saúde da população é objeto tanto deste plano, como de vários outros planos de forma direta ou indireta, dentre os quais devemos destacar os seguintes planos:**

- **Plano de Meio Ambiente e Saneamento Ambiental**
- **Plano de Habitação de Interesse Social**
- **Plano de Inserção Produtiva**
- **Plano de Mobilidade e Acessibilidade Urbana**
- **Plano de Segurança Alimentar**
- **Plano de Segurança Cidadã e Cultura de Paz**
- **Plano de Esporte e Lazer**

O desenvolvimento da saúde pública em Fortaleza terá sua cadeia fortalecida também pela estratégia de desenvolvimento do Distrito de Saúde no polo de Porangabussu, matéria do Plano de Desenvolvimento Econômico e Plano da Nova Indústria e dos Serviços Avançados. (p.26 a 27).

**[Principais Demandas]** Os grandes desafios, no campo da saúde, para caminharmos no rumo de uma cidade em que as pessoas sejam socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres, são:

- Implementar, em todos os setores da sociedade, uma cultura de paz, tolerância, não violência e uma consciência cidadã, visando a reduzir homicídios, acidentes e suicídios, bem como a intolerância, o preconceito e a agressão, de que são vítimas preferenciais as mulheres, os jovens, os pobres, os negros, os que têm orientação sexual e religiosa diferenciada e outros grupos vulneráveis;
- Desenvolver, em todos os setores da sociedade, ações de promoção de hábitos saudáveis de vida; prevenção de doenças potencialmente crônicas e degenerativas, em todas as fases do ciclo de vida; criar ambiência e assistência qualificada visando ao estado de funcionalidade do idoso, que favoreçam o envelhecimento saudável;
- Assegurar, em todos os setores da sociedade, proteção à mulher, com ênfase no período grávido-puerperal, rompendo com uma cultura machista que tolhe sua autonomia e o pleno exercício de suas capacidades humanas; além da proteção da criança, desde o período fetal até, prioritariamente, a primeira infância;
- Romper com o imobilismo e conformismo da convivência com doenças infecciosas e parasitárias negligenciadas, articulando, em todos os setores da sociedade, ações de educação ecológica para ambientes saudáveis, saneamento básico universal e controle de endemias; e

• *Organizar o Sistema de Saúde Municipal em redes de atenção e estruturar a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes. (p. 28 e 29).*

**[Pontos Fortes]**

- *Existência do Plano Fortaleza 2040, que assegura o planejamento estratégico do desenho urbano e demais políticas públicas;*
- *Rede de instituições de educação técnica e superior, públicas e privadas, que possibilita a formação multiprofissional, técnica, humana e política, atendendo às necessidades da sociedade;*
- *Existência do sistema único de saúde (SUS) e uma rede de serviços públicos de saúde abrangente e com níveis de atenção de progressiva resolatividade;*
- *Existência de rede de proteção social razoável, como creches, escolas e cucas;*
- *Existência de rede de organizações da sociedade e do controle social; e*
- *Monitoramento e acesso, por parte da população usuária, de indicadores e informações em saúde. (p.29)*

**[Pontos Fracos]**

- *Instituições formadoras ainda desenvolvem conteúdo curricular fragmentado, mecanicista, especializado, com ensino demasiadamente tecnicista, descontextualizado e desvinculado de uma visão humanista da sociedade, favorecendo uma concepção mercantilista da saúde;*
- *Insuficiência, nos conteúdos curriculares nos ensinamentos fundamental e médio, de temática relacionada com a convivência democrática, formação de consciência cidadã na relação com a sociedade e o meio ambiente;*
- *A rede de atenção à saúde insuficiente e desarticulada, precisando de ampliação e ajustes geográficos e, principalmente, de resolubilidade técnica e humana;*
- *A incapacidade de enfrentamento da violência dentro de uma visão complexa da convivência, na tolerância, respeito e solidariedade com os grupos vulneráveis;*
- *Rede da proteção social com ação ainda tímida, desarticulada, o que dificulta o enfrentamento da violência, favorecendo a submissão e a não autonomia de setores marginalizados da população;*
- *Existência de uma cultura de assistência à saúde hospitalocêntrica, médico– centrada, curativa e fragmentada, focada na doença;*
- *O crônico déficit de saneamento básico, que penaliza mais fortemente as populações da periferia;*
- *Gestão pública ainda com características autoritárias, fisiologistas, partidárias, não profissional e vulnerável à ineficiência e à não transparência na aplicação dos recursos e políticas públicas; e*

- *Recursos públicos financeiros insuficientes (subfinanciamento) e precarização dos vínculos da força de trabalho. (p.29 e 30)*

### **[Desafios]**

- *Reduzir homicídios, acidentes e suicídios, por meio de uma cultura de paz, tolerância, não violência e consciência cidadã;*
- *Promover hábitos saudáveis de vida e prevenir doenças crônicas não transmissíveis, para o envelhecimento ativo e saudável;*
- *Proteger a mulher, particularmente em situações de risco e vulnerabilidade relacionadas com a violência e o estupro, o ciclo gravídico- puerperal e as doenças específicas da condição feminina, rompendo com a cultura machista que tolhe sua autonomia e o pleno exercício de suas capacidades humanas;*
- *Promover a educação ecológica, o saneamento básico universal e o controle de endemias; e*
- *Organizar uma rede de atenção à saúde resolutiva, humanizada e de acesso universal. (p.30)*

### **[Objetivos Específicos]**

- *População saudável e bem acolhida no sistema de saúde, com amplo acesso à saúde pública de qualidade;*
- *Saúde pública preventiva e assistencial estruturada em rede, com ampliada capacidade e eficiência; e*
- *Alimentação saudável e adequada, com apoio de agricultura urbana orgânica e reeducação alimentar. (p.30)*

### **METAS E RESULTADOS ESPERADOS**

- *Redução da Mortalidade Infantil de 11,8 Óbitos em mil nascidos vivos (2013) para 5,7 (2040);*
- *Redução da Mortalidade Materna para 10 Óbitos/100.000 N.V;*
- *Redução da Taxa de Mortalidade Prematura (<70 Anos) por DCNT em 2% ao ano;*
- *Redução de 80.000 Anos Potenciais de Vidas Perdidas por Causas Externas;*
- *Elevação da Expectativa de Vida de 74,4 Anos (2010) para 80,2 anos (2040);*
- *Erradicar a Sífilis Congênita;*
- *Eliminar casos novos de hanseníase em menores de 15 anos;*
- *Reduzir o Coeficiente de Incidência da Tuberculose para menos de 10 casos por 100 mil hab. e o número de óbitos em 90%;*
- *Garantir saneamento básico e água potável de fluxo contínuo para 100% da população;*
- *Garantir atendimento em saúde de acesso universal, integral, equânime e com qualidade, numa rede de atenção à saúde suficiente nos diferentes níveis de complexidade. (p.30 e 31)*

### **[Diretrizes Gerais]**

- *Garantir, ampliar e qualificar a oferta e o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na justiça social,*

humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde;

- Garantir o cuidado integral às pessoas nas várias fases do ciclo de vida, considerando as questões de gênero, orientação sexual, étnico racial, religiosas e em situação de vulnerabilidade social;
- Garantir o atendimento às urgências, com expansão e adequação de unidades de pronto atendimento (Upa), de serviços de atendimento móvel de urgência (Samu), de hospitais e centrais de regulação, articuladas às outras redes de atenção;
- Promover a inovação e incorporação tecnológica em procedimentos e protocolos clínicos, baseados em evidências científicas;
- Estabelecer que as prioridades de ação, investimentos e ajustes curriculares, na formação profissional, sejam baseadas no perfil epidemiológico e necessidades da população;
- Implementar e consolidar a gestão democrática, integrativa e humanitária no acolhimento e organização dos serviços;
- Fortalecer a vinculação do processo de ensino aprendizagem acadêmica aos diversos níveis do sistema único de saúde;
- Profissionalizar a gestão pública, rompendo com o espontaneísmo, o compadrio, a ineficiência e o desperdício;
- Atualizar o código sanitário municipal, que ordene a prestação de serviços que afetem direta ou indiretamente a saúde da população, protegendo-a de riscos potenciais biológicos e não biológicos, ambientais e do trabalho, prevendo inclusive respostas imediatas diante de desastres naturais e emergência em saúde pública; e
- Integrar e articular as redes públicas de educação e de saúde:
- Promover práticas corporais e atividade física nas escolas;
- Promover a alimentação saudável e adequada;
- Desenvolver ações focadas na prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas;
- Promover ações de cultura da paz e de prevenção das violências; e
- Promover ações de educação em saúde nas escolas.
- Promover a articulação das políticas públicas afirmativas, que intervenham nos determinantes sociais da saúde, por meio de ações intersetoriais nos espaços dos territórios Regionais, na perspectiva da promoção e proteção da saúde. (p.31)

**[Diretrizes Para Marcos Legais]**

- Atualizar o Código Sanitário Municipal ordenar a prestação de serviços que afetem direta ou indiretamente a saúde da população, protegendo o usuário de riscos potenciais biológicos e não biológicos, ambientais e do trabalho, prevendo inclusive respostas imediatas diante de desastres naturais e emergência em saúde pública; e
- Criar o Sistema Municipal de Auditoria, Regulação, Controle e Avaliação – instituir a Política Municipal de Auditoria, Regulação e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) como instrumento



	<p>de gestão que possibilite a plenitude do exercício das responsabilidades sanitárias pelo governo municipal. (p.31 e 32)</p> <p><b>[Linhas de Ação]</b></p> <p><b>Linha de Ação SA.1</b> – Envelhecimento saudável e ativo, condições crônicas não transmissíveis e cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acessibilidade funcional, geográfica, social e cultural aos serviços e espaços públicos;</li> <li>• Desenvolvimento de atividades intergeracionais nos diversos espaços públicos de convivência.</li> </ul> <p><b>Linha de Ação SA.2</b> – Proteção à mulher, particularmente em situações de risco e vulnerabilidade, relacionadas com a violência e o estupro, o ciclo gravídico– puerperal e as doenças específicas da condição feminina.</p> <p><b>Linha de Ação SA.3</b> – Proteção à criança, desde o período de vida intrauterina até a primeira infância, e ao adolescente, em particular o exposto à situação de vulnerabilidade social.</p> <p><b>Linha de Ação SA.4</b> – Assistência à saúde e organização de serviços.</p> <p><b>Linha de Ação SA.5</b> – assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência.</p> <p><b>Linha de Ação SA.6</b> – Atenção especial à saúde para as populações LGBT e negra. (p. 32)</p>
<p><b>PLANO DE AÇÕES</b>  <b>Plano da Saúde 2040</b>  (Volume 4)</p>	

Nº	AÇÃO
SA.1.1	Incluir conteúdos da temática de prevenção/cuidado, recuperação da saúde do idoso nos currículos do Ensino Superior da área da saúde.
SA.1.2	Incluir temas sobre autocuidado e hábitos saudáveis em 100% dos currículos escolares da educação básica.
SA.1.3	Incluir na programação das Instituições de Formação Técnica (federal, estaduais e sistema S) que atuam em Fortaleza, cursos de formação para cuidadores de idosos.
SA.1.4	Ofertar cuidados de promoção, prevenção e assistência ao idoso nas Unidades Básicas de Saúde e garantir o acesso a níveis de atenção à saúde de maior complexidade.
SA.1.5	Implantar e adequar Unidades de Saúde em locais que permita acesso rápido e seguro do idoso.
SA.1.6	Desenvolver atividades de promoção da saúde do idoso através de atividades de práticas corporais, alimentação saudável, prevenção de usos de álcool, tabaco e outras drogas, promoção de paz e prevenção da violência.
SA.1.7	Incluir atividades Intergeracionais nos Cucas, Escolas de Educação Básica e outros equipamentos sociais
SA.1.8	Ampliar visitas domiciliares pelos profissionais de saúde da família aos idosos em situação de fragilidade e dificuldade de locomoção, com instrumental para realização de procedimentos simples. Ação relacionada a ID. 3.2
SA.2.1	Ampliar e manter em escala compatível com a demanda populacional, o acesso das gestantes ao pré-natal de qualidade.
SA.2.2	Ampliar e manter em escala compatível com a demanda populacional, estrutura e serviços do sistema de saúde de maneira a garantir que as gestantes em trabalho de parto tenham acesso imediato a ambiente e cuidados seguros e adequados.
SA.2.3	Ampliar e manter em escala compatível com a demanda populacional, a oferta de serviços especializados de fertilização para atendimento às mulheres, com problema de infertilidade.
SA.2.4	Ampliar e manter em escala compatível com a demanda populacional, métodos de diagnóstico intrauterino para gestantes com suspeita de patologias do concepto.
SA.2.5	Ampliar e manter em escala compatível com a demanda populacional, serviços especializados para atendimento às mulheres durante o climatério e terceira idade.

Nº	AÇÃO
SA.2.6	Articular e Integrar as áreas e atividades de assistência social e de assistência à saúde da mulher em situação de violência e estupro.
SA.2.7	Ampliar e manter em escala compatível com a demanda, o acesso aos serviços de saúde de qualidade, assistência social para mulheres vítimas de violência e estupro, inclusive serviços de abortamento legal às vítimas de estupro.
SA.2.8	Ampliar e manter em escala compatível com a demanda, o acesso à realização de cirurgias reparadoras para mulheres em situação de violência e mastectomizadas.
SA.2.9	Implantar nas regionais de saúde Comitês de prevenção de óbito materno e de situações de quase morte (NEAR MISS).
SA.2.10	Mobilizar e instituir procedimentos para que os Comitês de prevenção e vigilância do óbito materno funcionem de forma intersetorial.
SA.2.11	Qualificar os sistemas de avaliação do óbito materno.
SA.2.12	Ofertar pelo Hospital da Mulher (HM) serviço humanizado e ágil às Mulheres acometidas por qualquer tipo de doença, exames, medicação e continuidade dos tratamentos, de forma integral, equânime e resolutiva.
SA.2.13	Realizar campanhas de divulgação dos serviços do Hospital da Mulher, garantindo o acesso a tratamento com toda a sua integridade.
SA.2.14	Realizar campanhas permanentes sobre os direitos sexuais e reprodutivos das Mulheres, inclusive de prevenção do tráfico de mulheres.
SA.2.15	Realizar cursos de formação e sensibilização com recorte de gênero para profissionais da Rede Pública de Saúde do Município.
SA.2.16	Implementar assistência integral à saúde da Mulher com acesso aos três níveis de atenção à saúde (consultas, diagnósticos, tratamento, em todas as situações de risco à saúde) e em tempo oportuno.
SA.2.17	Ampliar e garantir o acesso à vacinação contra HPV para todas as meninas, na faixa etária preconizada, de modo a erradicar até 2040 o câncer de colo de útero.
SA.2.18	Promover a incorporação de novas tecnologias na área da saúde da mulher.
SA.3.1	Articular e integrar os diferentes níveis de Atenção à Saúde da Criança, suas formas de acesso e tecnologias relacionadas de forma a ampliar a efetividade e agilidade na realização de diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da criança.

Nº	AÇÃO
SA.3.2	Ampliar e garantir acesso contínuo a exames de triagem neonatais a todos os nascidos vivos.
SA.3.3	Ampliar acompanhamento do desenvolvimento de todas as crianças na primeira infância
SA.3.4	Articular para que as instituições de saúde que cuidam de crianças contribuam com o desenvolvimento da cultura de paz e proteção ao meio ambiente.
SA.3.5	Ampliar o acesso de todas as crianças a exames de diagnóstico de doenças de acordo com protocolos clínicos.
SA.3.6	Estruturar as Unidades de Saúde de Referência para oferta contínua de atenção multiprofissional especializada à criança.
SA.3.7	Implementar procedimento de Investigação ampla e continuada dos óbitos Fetais e Infantis.
SA.3.8	Implementar nas UAPS o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA).
SA.3.9	Articular e estabelecer vínculos formais entre equipamentos sociais, educacionais e culturais, para realização de ações preventivas e educativas conjuntas sobre gravidez precoce e/ou indesejada, uso de drogas lícitas e ilícitas (álcool, fumo e outras drogas), autocuidado, cultura de paz e proteção ao meio ambiente, com intuito de assegurar atenção adequada à saúde do Adolescente .
SA.3.10	Desenvolver nas UAPS programa de acolhimento e assistências a jovens vítimas de violência.
SA.3.11	Implantar espaços interativos (brinquedotecas) em hospitais infantis, hospitais com unidades pediátricas, Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e UPAS de Fortaleza para atender e acolher crianças, adolescentes e jovens, onde se inclui a padronização dos serviços e procedimentos, bem como o estabelecimento de parcerias para efetivação da ação.
SA.3.12	Ampliar equipe de profissionais e ampliação da cobertura do serviço de atendimento a crianças, adolescentes, jovens e suas famílias, nas UVAs, pelas equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), de forma integrada às equipes de Saúde da Família.
SA.3.13	Implementar o Programa Cresça com seu Filho nas Unidades de Vizinhança Autônoma – UVA, com vista ao desenvolvimento de ações para o atendimento de crianças na primeiríssima infância, realizando controle do número de beneficiários atendidos pelo programa Cresça com seu Filho; Análise qualitativa do nível de articulação e acompanhamento intersectorial das políticas responsáveis pelo programa, bem como realizando mapeamento de todos os territórios fortalecidos e organizados para gestão das políticas de atenção Crianças e Adolescentes.

Nº	AÇÃO
SA.3.14	Realizar campanhas de divulgação e distribuição sistemática de cartilhas, guias e cadernetas da criança e do adolescente e seus familiares.
SA.3.15	Realizar campanha de sensibilização para o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e continuação com alimentação complementar até no mínimo dois anos de idade, através do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral da criança.
SA.3.16	Realizar vacinação de todas as gestantes, crianças e adolescentes.
SA.3.17	Implantar equipes de Consultório na Rua – para assistência e encaminhamento de moradores de rua aos pontos de atenção à saúde (Tipo 3)
SA.3.18	Ampliar nº de CAPS Infantil para Atenção Psicossocial Infantil/Unidade de Acolhimento/Leitos de Atenção Integral/Centros de Convivência e Cultura de atenção secundária em saúde Mental.
SA.3.19	Realização de Campanhas e ações de orientação sobre alimentação adequada e saudável e combate à obesidade infantil, prevenção de acidentes e diagnóstico precoce de doenças prevalentes, crônicas e raras.
SA.3.20	Ampliar o acesso à reabilitação das crianças e adolescentes com deficiências através do acesso à assistência em saúde especializada e às tecnologias assistivas para proporcionar ou ampliar a capacidade e o desempenho das atividades e participação promovendo autonomia, Independência e Inclusão.
SA.3.21	Implementar nos equipamentos para Juventude ambiente para prática de ações multidisciplinar para acompanhar a saúde e a qualidade de vida dos jovens, entendendo as suas especificidades e contemplando eixos de saúde, de consciência corporal e de terapias alternativas.
SA.3.22	Capacitar os profissionais do Sistema de Saúde Pública (equipamentos municipais) para Rede de atendimento à juventude nos equipamentos de saúde (postos e hospitais).
SA.3.23	Ampliar o Programa Saúde na Escola.
SA.3.24	Realização de Campanhas Preventivas em relação ao uso de entorpecentes bem como orientação sobre rede de serviços existentes (inclusive dos serviços de saúde mental). <b>Ação relacionada: ML.3.19</b>

Nº	AÇÃO
SA.4.1	Organizar em Redes (RAS) a atenção de saúde da população e estruturar a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora destas redes.
SA.4.2	Estruturar a Rede de Apoio e Diagnóstico.
SA.4.3	Estruturar o componente de Assistência Farmacêutica.
SA.4.4	Estruturar a Atenção Secundária à Saúde.
SA.4.5	Estruturar a Atenção Terciária à Saúde.
SA.4.6	Implantar a política de tratamento e destino adequado de resíduos sólidos na RAS.
SA.4.7	Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família.
SA.4.8	Realizar concursos para ampliação das equipes multidisciplinares.
SA.4.9	Incrementar o sistema de marcação de consultas e exames, com possibilidade de acesso pelo usuário.
SA.4.10	Incrementar no sistema existente, o acesso ao prontuário por parte do usuário.
SA.4.11	Ampliar as equipes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (compostos profissionais de educação física, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e nutricionista) para realização de atividades de promoção da saúde aos usuários das Academias ao Ar Livre e demais programas de atividade física.
SA.5.1	Ampliação dos Centros Especializados em Reabilitação Tipo 4 para atendimento a pessoas com deficiência.
SA.5.2	Realização de Oficina ortopédica para confecção de órteses e próteses e meios auxiliares de locomoção.



Nº	AÇÃO
SA.5.3	Promoção de cursos de capacitação sistemática voltados a humanização no atendimento das pessoas com deficiência e suas especificidades, para profissionais de saúde envolvendo todas as unidades municipais de saúde.
SA.5.4	Promoção de cursos dirigidos aos profissionais trabalhadores da saúde, envolvendo todas as unidades municipais de saúde, para a Capacitação sistemática na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), para compreensão, aplicação de intervenções, planejamento e gestão em saúde, geração de informação, ajustadas ao correto conceito de deficiência dos elementos do corpo, atividade e participação social, fatores contextuais ambientais (físicos, atitudinais e sociais) e pessoais, estado de funcionalidade ou incapacidade, para o atendimento das necessidades reais das pessoas com deficiência e suas especificidades.
SA.5.5	Realização de capacitação em LIBRAS de profissionais da equipe de atendimento das Unidades de Saúde (postos, hospitais de referência, de urgência e emergência para atendimento aos surdos).
SA.5.6	Integração do sistema de informação da saúde em rede, com dados atualizados sobre o atendimento às pessoas com deficiência, o estado de funcionalidade e incapacidade, nos três níveis de complexidade na saúde (básica, média e alta complexidade) coletados por meio do Prontuário Eletrônico.
SA.5.7	Ampliar a oferta de Órteses, Próteses e meios auxiliares de locomoção, garantido critérios de qualidade e priorização da demanda, com avaliação periódica e execução de ajustes antropométricos.
SA.5.8	Ampliar a oferta de Kit do Programa de Lesão medular, bolsa e acessórios de ostomia de acordo com prescrição médica
SA.5.9	Criar e difundir protocolos de priorização para dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, no âmbito da rede de saúde.
SA.6.1	Elaborar diagnóstico de saúde da população negra de Fortaleza.
SA.6.2	Promoção de ações, seminários, palestras e atendimento específico a população negra de Fortaleza.
SA.6.3	Criação de uma campanha para enfrentamento ao racismo Institucional na rede de saúde de Fortaleza.
SA.6.4	Desenvolver um plano de ação específico para implementação da política nacional de saúde da população negra e implementá-lo.
SA.6.5	Realização de campanhas preventivas de problemas de saúde específicos da população negra.
SA.6.6	Participar ativamente da definição de políticas para redução de mortes por causas externas, com ênfase em jovens negros. Ação relacionada: IR- 6.7

Nº	AÇÃO
SA.6.7	Capacitação dos profissionais da rede assistencial para atendimento às DST/AIDS e hepatites virais de modo que, qualquer unidade básica possa atender/acolher/orientar o público em geral sem discriminação da população. Universalizando sem estabelecer limites a distribuição de insumos, informações e métodos preventivos de tratamento da DST/AIDS. Ação relacionada: LG. 3.1
SA.6.8	Capacitar os profissionais para atendimento nos equipamentos de saúde, dos 3 níveis de atenção, da população LGBT. Ação relacionada: LG. 3.2
SA.6.9	Dar continuidade a ação de distribuição nos postos de saúde de kit específico para prevenção DST/AIDS entre a comunidade LGBT acompanhado de informações sobre importância do uso desses insumos. Ação relacionada: LG. 3.3
SA.6.10	Implantar na rede de assistência existente, atendimento Ambulatorial específico para Travestis e Transexuais TT, conforme estabelecido pelo Sistema Único de Saúde. Ação relacionada: LG. 3.4
SA.6.11	Criação de instrumentos de pactuação junto ao governo estadual para realização de estudos e a produção de protocolos e diretrizes a respeito da hormonioterapia, para mulheres e homens trans, mastectomia e histerectomia para homens trans. Ação relacionada: LG. 3.5
SA.6.12	Pactuação junto ao governo estadual visando implementar na política de saúde a oferta qualificada de hormonioterapia; cirurgias de redesignação sexual e demais cirurgias plásticas necessárias ao processo de transexualização, integradas ao atendimento psicológico para pacientes e família. Ação relacionada: LG. 3.6
SA.6.13	Implantação do nome social de travestis e transexuais em todos os bancos de dados dos setores de saúde. Ação relacionada: LG. 3.7
SA.6.14	Ampliação dos Centros de Testagens de HIV/AIDS. Ação relacionada: LG. 3.8
SA.6.15	Implementação do Grupo de Trabalho de Saúde para política de saúde da população LGBT. Ação relacionada: LG. 3.9
SA.6.16	Oferta dos serviços de ginecologia, urologia, proctologia para travestis e mulheres e homens trans e mulheres lésbicas nas policlínicas e hospitais municipais. Ação relacionada: LG. 3.10
SA.6.17	Reprodução assistida para a população LGBT. Ação relacionada: LG. 3.11
SA.6.18	Capacitação dos profissionais dos CAP's para melhor atendimento as pessoas LGBT. Ação relacionada: LG. 3.12

(p.58 a 70)

Fonte: Elaborada pela autora.



## ANEXO B - ANÁLISE DE CONTEXTO

Quadro 16 - Recorte e Categorização das Entrevistas

Categorias de Análise	Objetivo Institucional e Social
<b>GESTOR 1</b>	
<p><b>Revista Iniciando o Diálogo</b> (FOR2040 nº 2)</p>	<p><i>As políticas de desenvolvimento urbano, de usos e ocupações dos espaços das cidades, de garantia do acesso à moradia digna, de saneamento, de transporte e mobilidade urbana e de desenvolvimento econômico e social, que compõem o chamado <b>direito difuso a cidades sustentáveis e socialmente justas</b>, devem ser formuladas e geridas de maneira <b>planejada e participativa</b>. Desta forma, superar os inúmeros conflitos socioespaciais, mormente nas áreas carentes de investimentos públicos e de urbanização precária, e <b>assegurar o direito à cidade</b> - entendido como direito à terra urbana, à moradia digna, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte, aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, <b>para as presentes e futuras gerações</b> só são possíveis pelo caminho da <b>participação</b>, que promove a <b>responsabilidade coletiva</b> e o <b>controle social</b>. (p.114 e 115).</i></p> <p><i>A gestão do prefeito de Fortaleza, Roberto Cláudio (eleito em 2012), identificou como problema público a <b>ausência de planejamento municipal de longo prazo</b>, e o considerou relevante o suficiente para <b>incluí-lo na agenda política governamental</b>. Desta forma, entendeu necessário formular uma política de planejamento que tivesse, como instrumento basilar, um plano mestre urbanístico, integrado aos planos de mobilidade e de desenvolvimento econômico, para um horizonte de 25 anos. A este plano deu-se o nome de Fortaleza 2040. (p.116)</i></p> <p><i><b>O Fortaleza 2040 pretende ser matriz de planejamento para Fortaleza</b>, no contexto da Região Metropolitana, tendo, como diretrizes, indicar meios para concretizar o acesso democrático a oportunidades que a cidade venha a oferecer, <b>apoiar o planejamento de infraestrutura urbana, e orientar a integração das políticas de investimentos</b> e financiamentos das esferas de governo federal, estadual e municipal. (p.116).</i></p> <p><i>Acredita-se que, desta forma, o Executivo Municipal cumpre seu papel político de acolher as necessidades e desejos manifestos pela cidadania, e de também atender ao fito administrativo de elaborar e executar políticas públicas que assegurem o <b>desenvolvimento humano sustentável</b> de base territorial, condição para o <b>crescimento econômico com a equidade de oportunidades</b>. (p.118)</i></p>
<p><b>Revista Fortaleza Hoje</b> (FOR2040 nº 4)</p>	<p><i><b>A base do desenvolvimento social e da economia nas cidades é definida pelo acesso a pessoas, bens, serviços e informação</b>. Quanto maior a <u>qualidade dos acessos</u>, maior o compartilhamento entre habitantes, os benefícios econômicos, os efeitos de aglomeração e as vantagens em rede. <u>Metrópoles com altos níveis de aglomeração, coordenados com acessos, tendem a ter altos níveis de renda per capita e de produtividade</u>. (p.41)</i></p> <p><i>De acordo com a Secretariat of the Convention on Biological Diversity (2012), os <b>serviços ecossistêmicos</b> são as contribuições diretas e indiretas dos ecossistemas para o bem-estar humano. <b>As cidades dependem de ecossistemas</b> localizados dentro e fora do ambiente urbano para obter uma ampla variedade de bens e serviços essenciais à sustentabilidade econômica, social e ambiental. <b>Em muitos países, já se reconhece e mensura os serviços ecossistêmicos, sendo o seu valor incorporado ao processo de planejamento da cidade</b>, bem como das contas públicas municipais, cujas perdas se dão através dos constantes reparos da infraestrutura urbana, que acontecem em razão de alagamentos; do investimento constante em obras de drenagem (cujas águas poderiam ser drenadas naturalmente pelos rios ou percoladas pelo solo não impermeabilizado); e dos <b>gastos com saúde pública, mais especificamente com doenças hidricamente veiculadas</b>, dentre outros.(p.72)</i></p> <p><i>Na atualidade, em todo o mundo — e principalmente nas cidades europeias — <b>as cidades já são planejas sob a óptica da complexidade</b>, a partir da compreensão de que os entes naturais oferecem <b>serviços ecossistêmicos (funções ecológicas)</b> fundamentais tanto para a saúde humana quanto para a qualidade de vida no ambiente urbano, incluindo a resiliência a processos ambientais globais como, por exemplo, as mudanças climáticas. (p.76)</i></p> <p><i><b>Um campo privilegiado da nova economia em Fortaleza localiza-se na área da saúde</b>, e não necessariamente no grande complexo ofertante de serviços de atenção à saúde, mesmo que este mobilize equipamentos, insumos e profissionais intensivos em conhecimento e tecnologia. Dentro desse conjunto há, pelo menos, quatro tipos de possibilidades de curto prazo que poderão colocar o conhecimento da área a serviço da melhoria da qualidade de vida da população, sobretudo de baixa renda: <b>odontologia social, prevenção ao uso abusivo de medicamentos, fitoterapia (farmácias vivas) e educação à distância em saúde</b>. A articulação com centros de pesquisa tem</i></p>

	<p>sido fator decisivo para a formação dessas atividades econômicas na área da saúde, como no caso do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos. Além disso, uma fonte promissora de oportunidades que a Prefeitura de Fortaleza e seus parceiros podem aproveitar é o <b>Complexo da Saúde de Porangabussu</b>, já estruturado na forma de aglomeração de atividades especializadas. Nesse complexo localizam-se várias organizações acadêmicas de ensino e pesquisa, bem como de serviços de saúde, a exemplo do Hospital Universitário. <b>A saúde é um campo privilegiado da nova economia</b>, não necessariamente no grande complexo ofertante de serviços de atenção à saúde, ainda que este mobilize <b>equipamentos, insumos e profissionais intensivos em conhecimento e tecnologia. Esse complexo costuma reproduzir o padrão tecnológico de cadeias globais produtoras de máquinas, equipamentos e medicamentos</b>, muito bem controlado por poucas empresas multinacionais. (p.226 e 227).</p>
<p><b>Síntese das Proposições Estratégicas (FOR2040 nº 7)</b></p>	<p>Dada a necessidade de dar destaque às estratégias voltadas à garantia do direito à vida e do direito à cidade, tão comprometidos pela grande desigualdade territorial, social e econômica de Fortaleza, foi introduzido o Eixo 0 – EQUIDADE TERRITORIAL, SOCIAL E ECONÔMICA. Este eixo deverá reunir estratégias voltadas à redução da violência, acidentes e morte por doenças decorrentes de falta de saneamento e moradia digna. Ao todo, <b>foram tratadas 32 políticas públicas de forma participativa, ao longo de Sete eixos de desenvolvimento do Plano</b>, distribuídas da seguinte maneira:</p> <p><b>Eixo 0 - Equidade Territorial, Social e Econômica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de Habitação</li> <li>• Política de Regularização Fundiária</li> <li>• Política de Trabalho, Emprego e Renda</li> <li>• Política de Segurança Cidadã e Cultura de Paz</li> </ul> <p><b>EIXO 1 - Cidade Conectada, Acessível e Justa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de Desenvolvimento Urbano</li> <li>• Política de Mobilidade e Acessibilidade</li> </ul> <p><b>EIXO 2 - Vida comunitária, Acolhimento e Bem-Estar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de Saúde</li> <li>• Política de Segurança Alimentar e Nutricional</li> <li>• Política de Esporte e Lazer</li> <li>• Política da Juventude</li> <li>• Política de Combate a Drogas</li> <li>• Política de Proteção e Defesa da Criança e do Adolescente</li> <li>• Política de Direitos das Mulheres</li> <li>• Política de Direitos do Idoso</li> <li>• Política de Assistência Social</li> <li>• Política de Direitos LGBT</li> <li>• Política de Igualdade Racial</li> <li>• Política de Direitos da Pessoa com Deficiência</li> <li>• Política de Desenvolvimento de Cultura Cidadã</li> </ul> <p><b>EIXO 3 - Desenvolvimento da Cultura e do Conhecimento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de Cultura e Patrimônio</li> <li>• Política de Educação</li> <li>• Política de Ciência, Tecnologia e Inovação</li> </ul> <p><b>EIXO 4 - Qualidade do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de Meio Ambiente</li> <li>• Política de Saneamento Ambiental</li> <li>• Política de Segurança Hídrica</li> <li>• Política de Energia</li> </ul> <p><b>EIXO 5 – Dinâmica Econômica e Inclusão Produtiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de Desenvolvimento Econômico</li> <li>• Política de Economia Criativa</li> <li>• Política de Agricultura Urbana</li> <li>• Política de Turismo</li> </ul> <p><b>EIXO 6 – Governança Municipal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de Integração Metropolitana</li> <li>• Política de Governança Municipal (p.7 e 8)</li> </ul> <p><b>[A cidade que queremos]</b></p> <p>“Um dia Fortaleza poderá assegurar a habitabilidade de todos os seus cidadãos, de qualquer padrão de renda, faixa etária ou estilo de vida. <b>Aqui, cerca de três milhões e meio de pessoas residirão de forma digna, em vizinhanças seguras, conectadas ao resto da Cidade e baseadas em habitações de custos acessíveis.</b> Teremos fácil acesso ao Centro Urbano Reabilitado, onde sua herança cultural edificada será preservada e vivificada. Os lugares de natureza estarão convenientemente protegidos, as orlas limpas, as lagoas acessíveis e as demais centralidades serão reconhecidas como lugares de todos. Nesse futuro, os idosos serão em maior número e a Cidade se antecipará para dar-lhes o conforto merecido. A 25 anos daqui, Fortaleza já haverá conhecido as formas preferíveis de produzir estruturas compartilháveis para habitação, comércio, indústria, serviços, instituições, lugares de entretenimento e esportes. Viaremos muito menos, a Cidade terá reduzido sua motorização e os projetos de tráfego serão viáveis e sincronizados com a produção de novos estoques habitacionais. <b>Um plano abrangente terá sido implementado de maneira gradativa e monitorado pela própria população.</b> As áreas de estação do transporte público serão identificáveis como clusters de empregos e focos de vizinhanças, com todas as facilidades típicas e</p>

	<p>acessíveis por uma caminhada máxima de cinco minutos. A essas melhorias deverão ser acrescidos os projetos de adaptação de assentamentos precários existentes, a eliminação gradativa das situações de riscos e das irregularidades fundiárias. Fortaleza entenderá que as viabilidades econômicas e as parcerias construtivas entre setores públicos e privados serão eficientes, mas deverão ter seus propósitos e resultados compartilhados, de forma transparente, rigorosamente eficiente, justa, legal e legível a todos. Na construção da <b>Cidade Compacta e Sustentável</b>, as parcerias para reurbanização serão prioritariamente dedicadas a construir habitações e usos mistos em Corredores de Urbanização Orientados pelo Transporte Público. Este padrão típico é coordenado com projetos de usos do solo e também demanda intervenções urbanas que envolverão propriedades locais situadas nas quadras adjacentes a cada corredor. Assim, a reurbanização produzirá alterações de valores cujos resultados serão compartilhados entre o poder público, os proprietários e os empreendedores do incremento. A essa altura, a Cidade já terá observado a prática vencedora em cerca de 160 cidades do mundo e terá conquistado o clima de confiança indispensável ao êxito dessa mudança. <b>O sonho é viável e resume propostas que consideraram a história urbana, a atualidade e as tendências urbanas de Fortaleza, pautadas a partir de um inédito e abrangente trabalho de audiências públicas realizadas pelo Instituto de Planejamento de Fortaleza (Iplanfor). Os dados disponíveis, os textos existentes sobre o assunto, as teses acadêmicas, os relatórios urbanísticos já elaborados sobre a Cidade e todas as consequências dos planos urbanos que Fortaleza já elaborou foram determinantes na qualidade do resultado.</b> A elaboração do Plano Urbanístico e de Mobilidade Fortaleza 2040 é um processo aberto e participativo. Por decisão do Prefeito, o plano tem sido conduzido com independência crítica.” [Fausto Nilo. Arquiteto e Urbanista]. (p.9)</p> <p><b>O grande objetivo do eixo “Vida comunitária, acolhimento e bem-estar” é construir uma Cidade em que predominem sentimentos e atitudes de acolhimento das pessoas em todas as suas relações sociais, da valorização de suas identidades, do desenvolvimento de sentimento de afeição pela Cidade, contribuindo para uma cultura de paz e tolerância, que favoreçam a melhoria da qualidade de vida da população.</b> (p.37)</p> <p><b>Objetivo 2.1 – Comunidade Saudável:</b> Fortaleza deverá transformar-se em uma cidade com uma população saudável e bem acolhida no sistema de saúde pública, com amplo acesso à saúde pública de qualidade desenvolvendo saúde pública preventiva com sistema bem estruturado, com ampliada capacidade e eficiência, bem como uma alimentação saudável com apoio de agricultura urbana e reeducação alimentar. (p.37).</p> <p>Em 2040, Fortaleza deverá ter se tornado <b>referência nacional em qualidade de vida</b> da população, por meio do <b>acesso ao estilo de vida fisicamente ativo</b>, com políticas de estado institucionalizadas e garantia de fonte de recursos próprios para promoção universal do <b>esporte e lazer, integrado à saúde, combate a violência, educação e cultura</b>. Para isso, deverá desenvolver ações voltadas para o <b>esporte participação – lazer, integração e saúde pública</b>, o esporte educacional e esporte de alto rendimento, tendo um sistema esportivo apoiado por financiamento assegurado, infraestrutura adequada e <b>governança assegurada por participação</b> das diferentes esferas da <b>sociedade no controle, no monitoramento e na avaliação das ações planejadas</b>. (p.38).</p>
<p><b>Plano Fortaleza 2040 (Volume 1)</b></p>	<p>“Depois de três anos de exaustivos trabalhos e, com ampla participação da sociedade, entregamos à cidade de Fortaleza o Plano Fortaleza 2040. Este instrumento, concebido durante a minha primeira campanha eleitoral à Prefeitura de Fortaleza, teve a sua elaboração coordenada pelo <b>Instituto de Planejamento de Fortaleza (Iplanfor)</b>, com a execução técnica da <b>Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura (FCPC/UFC)</b>, por meio da qual foram contratados vários especialistas e consultores, e a participação voluntária de milhares de cidadãos e cidadãs que atuaram durante as suas três fases de elaboração contribuindo com informações, críticas e proposições. <b>O Plano Fortaleza 2040 tem como principal objetivo a transformação de Fortaleza em uma cidade mais acessível, justa e acolhedora; o incremento da oferta de oportunidades apoiadas pela boa ordenação da rede de conexões de seus espaços públicos e privados; e a obtenção de controle eficiente do seu crescimento econômico.</b> Sua concepção se deu diante da necessidade de dotar Fortaleza de um plano de longo prazo, que estabeleça uma visão de futuro, aponte estratégias na superação dos desafios e detalhe um conjunto de ações, metas, responsabilidades e custos no seu alcance, sem descuidar de <u>propor o seu modelo de gestão e governança, condição essencial para que se consolide como um plano de estado a ser adotado por sucessivas gestões da cidade até a sua consecução</u>; para tanto, encontra-se estruturado em seis módulos quadrienais. O Plano Fortaleza está organizado em 8 volumes, nos quais se distribuem os produtos finais do trabalho executado. Este volume apresenta a sua estrutura a partir da descrição do atual contexto da cidade, em que se resgatam aspectos importantes de sua evolução urbanística e um breve diagnóstico de suas condições socioeconômicas que deram a base para a identificação dos desafios que deverão ser enfrentados na construção do futuro desejado. Apresenta a visão de futuro, elaborada após ampla consulta aos grupos territoriais nos fóruns temáticos e setoriais, e aponta metas a serem alcançadas diante dos grandes desafios identificados. Resume também a estrutura do Plano, por meio de seus sete eixos estratégicos, detalhando seus objetivos e identificando quais planos temáticos e setoriais deverão ser desenvolvidos para o alcance de tais objetivos. Neste volume também são identificados os <b>custos de implementação do conjunto de ações propostas, definindo um orçamento e apontando fontes, analisando as relações de custos e benefícios com a sua implementação</b>, bem como proposto o sistema de governança desenhado para que sua implementação seja assegurada com transparência e controle da sociedade. Contém ainda a <b>proposta de marcos legais para a sua institucionalização de forma a assegurar força legal na</b></p>

	<p><b>sua continuidade e obediência com relação aos planejamentos futuros.</b> [...] Fortaleza 2040 é, assim, um <b>plano de desenvolvimento da Cidade e da sociedade.</b> Entretanto, embora o seu processo de elaboração tenha se esforçado para mobilizar e articular diferentes atores sociais e agentes públicos em torno das grandes prioridades de desenvolvimento, <b>a Prefeitura Municipal de Fortaleza tem uma responsabilidade central na sua implementação.</b> As prioridades estratégicas do Plano devem ser <b>a base para a formatação dos Planos Plurianuais municipais, parcela de responsabilidade da Prefeitura na sua execução.</b> Este comprometimento dos governos com o Fortaleza 2040 <b>depende, contudo, da adesão da sociedade e do controle social da gestão municipal,</b> assim como do próprio envolvimento dos diversos segmentos da sociedade na responsabilidade que cabe na execução do Plano. Esta é assim a primeira contribuição da Prefeitura Municipal de Fortaleza, por meio do Instituto de Planejamento de Fortaleza (Iplanfor), na elaboração de um instrumento que permita a construção de uma Fortaleza de oportunidades, mais justa, bem cuidada e acolhedora. [Prefeito Roberto Cláudio]. (p. 17 a 19)</p> <p><b>[Visão de Futuro]</b> Em 2040, Fortaleza será uma das melhores cidades do Brasil para viver e para empreender. Com boa qualidade de vida, economia competitiva e dinâmica, meio ambiente recuperado e conservado, bem arborizada, com equidade de acesso aos serviços públicos e infraestrutura urbana, serviços de saúde e educação de qualidade, forte redução da pobreza e distribuição mais equitativa de renda e das oportunidades econômicas, onde as pessoas circulam com conforto e segurança, com forma urbana compacta, dotada de corredores, espaços e equipamentos públicos que facilitem a acessibilidade, estimulem a conectividade e integração social, com vida comunitária fortalecida pela gentileza e cordialidade, valorizando a diversidade e diferentes identidades. (p.117)</p> <p><b>[Saúde]</b> A população de Fortaleza terá alta expectativa de vida e contará com <b>acesso amplo ao sistema de saúde pública de qualidade, universal, interativo, humanizado, equânime e efetivo, com o foco na vida,</b> combinando o atendimento à Saúde da Família com estrutura de hospitais, UPAs e postos de saúde com boa estrutura, equipamentos adequados, fornecimento adequado de medicamentos, médicos e enfermeiros preparados e comprometidos com um atendimento humanizado e em tempo adequado às necessidades. A prática de esportes nas diferentes modalidades será amplamente exercida pelos fortalezenses, contando com instalações e equipamentos adequados (quadras, ginásios, areninhas, campos de várzea, Cucas etc.), estimulada por competições. (p.119)</p> <p>Expressão das expectativas e desejos da sociedade, a visão de futuro de Fortaleza será tão mais viável quanto mais se configure um contexto externo favorável e, principalmente, a postura dos atores sociais e dos governos com implantação de uma <b>estratégia de desenvolvimento combinando políticas públicas</b> para reestruturação urbana, a competitividade e a qualidade de vida da população com empresariado inovador e proativo. (p.117. Nota de rodapé)</p>
<p><b>Plano da Saúde FOR2040</b> (Volume 4)</p>	<p><b>[Os desafios para uma cidade saudável e acolhedora]</b> A expressão de uma vida saudável desejada pelos fortalezenses, estruturada durante a elaboração do Plano, contempla um conjunto de fatores que, entre outras coisas, apontam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Para necessidades <b>urgentes de melhoria no Sistema Público de Saúde,</b> notadamente no que diz respeito ao <b>acolhimento</b> nas unidades de saúde;</li> <li>•Para a <b>formação de hábitos saudáveis,</b> tanto físicos, quanto ambientais e socioculturais; e</li> <li>•Para o fortalecimento de uma cultura de respeito e tolerância com as diferenças que constroem o dia a dia na cidade.</li> </ul> <p>No campo da saúde pública, Fortaleza ainda possui elevados índices de doenças infecciosas, como sífilis, AIDS e tuberculose; e altas taxas de mortalidade materna. Outras causas de morte, a exemplo de homicídios, acidentes e suicídios, apontam para a necessidade de um esforço coletivo na construção permanente de uma cultura de paz, tolerância, não violência e <b>consciência cidadã.</b> Há desafios a superar na oferta de um serviço público de saúde que contribua para a <b>redução de doenças, amplie a expectativa de vida ao nascer e promova o envelhecimento ativo e saudável.</b> Entre eles está o desenvolvimento de um bom acolhimento no sistema de saúde, pois embora sejam feitos esforços consideráveis para a <b>universalização do acesso à saúde pública de qualidade,</b> a qualidade no atendimento da população nas unidades de saúde ainda é uma das maiores queixas relacionadas e este serviço. <b>A saúde da população depende das condições ambientais da cidade; saneamento; qualidade do meio ambiente; mobilidade; oferta de equipamentos e serviços públicos; bem como de um bom atendimento médico-hospitalar. Por outro lado, a saúde depende também dos hábitos, tanto alimentares quanto esportivos, da população.</b> Por isso, para enfrentar o desafio da deterioração da saúde, devem ser articulados e integrados: um Plano de Saneamento e Meio Ambiente, criando conforto ambiental e contribuindo para a qualidade do ar; um Plano de Mobilidade e Acessibilidade, com oferta de transporte público; e um Plano Urbanístico, fomentando uma vida mais confortável e menos estressante na cidade, estimulando o esporte e o lazer. <b>Evidentemente, vale ressaltar, todas essas condições que influem na produção de um ambiente saudável para a vida dos fortalezenses devem ser complementadas pela oferta de um sistema público de saúde de qualidade.</b> Outro vetor componente de uma vida mais saudável e possibilidade de interatividade é a prática de atividades físicas, o que, atualmente em Fortaleza, ainda está bem aquém do que se considera saudável pela Organização Mundial de Saúde. (p.19)</p> <p><b>O Plano Estratégico de Saúde prevê a oferta de atenção e cuidados de promoção, proteção e recuperação da saúde e qualidade de vida da população, num sistema de saúde público,</b></p>



	<p><b>gratuito, efetivo, eficaz e humanizado, em consonância com os direitos fundamentais da pessoa humana.</b> A Prefeitura Municipal de Fortaleza deve assegurar, na organização do Sistema Municipal de Saúde, o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade de acesso, equidade social, igualdade no cuidado e integralidade da atenção, com efetiva participação e controle social na definição de prioridades e destinação de recursos. (p.24).</p>
<b>Categorias de Análise</b>	<b>Gestor 2</b>
<b>Objetivo Institucional e Social</b>	<p>“[O plano] não tem uma análise crítica mais consistente acerca do sistema... mas <b>tudo muito ainda no foco, infelizmente, do próprio sistema...</b> eles se limitavam muito ao serviço de saúde e os que tradicionalmente eram ofertados pelo SUS... Ou seja, a demanda específica desses grupos era o que não estava funcionando a contento no sistema de saúde tradicional.”</p> <p>“No feriado, eu fui lá na casa deles, dos consultores, e pedi para eles e fiz duas perguntas para eles: Primeiro, o que ocupa 70% dos leitos do IJF hoje? Eles responderam: acidente de moto. O que tem aqui no plano de saúde relacionado a isso? Eu lhe pergunto: o que está ocupando a grande maioria dos postos de saúde hoje? Arboviroses. Oriundos de quê? De saneamento. Onde tem aqui uma linha de saneamento do plano de saúde? Ou seja, as questões que apontei, as questões mesmo de social, alimentação, obesidade, falta de prática de esporte. O que tem aqui a um plano de saúde relacionado a isso? Diabetes. São doenças que estão tomando por parte da frente das causas de morte. Apesar das diferenças de provocação, nada mudou.”</p> <p>“[...] eu fiquei muito insatisfeita com esse Plano de Saúde, vou rasgá-lo, fazer um outro totalmente diferente [...] Queria muito fazer um outro plano de saúde, Fortaleza 2040.”</p> <p>“[...] <b>Uma coisa é saúde pública, outra coisa é serviço de saúde.</b> Temos que ter um plano voltado para a saúde pública. Então, a saúde pública está nas pessoas, está no ambiente saudável ou mesmo na moradia insalubre. Mas, nunca em serviço, serviços na verdade, para mim, considero como a última instância do paliativo. <b>É o corretivo, não é o preventivo.</b> Então a estrutura do Plano de Saúde, ele está limitado ao serviço de saúde e não ao que impacta na saúde. É isso!”</p> <p>“<b>Agora, esse não é um plano de saúde, esse é o plano da secretaria de saúde.</b> Essa é a confusão que se faz. Estamos tentando inclusive montar um sistema de planejamento para as pessoas entenderem que essas matérias elas não podem ficar limitadas a execução de um órgão.”</p> <p>Pesquisadora: “No seu entendimento as ações estabelecidas no plano de saúde são adequadas e apropriadas para a construção da qualidade de vida e o bem estar para a população de Fortaleza, presente e futura?” Gestora: Nenhuma. Nenhuma, nenhum mesmo. Porque, como falei, <b>tudo que se usa é só corretivo, não muda nada.</b> Ou eu vou para a causa ou não vou mudar nada. Esse é o plano de saúde...</p>
<b>Governabilidade política e Governança</b>	<p>“O plano em si não segura nada. <b>O que segura o plano é o debate</b> que se faz para construir, ou seja, a consciência que se traz as pessoas e o processo de formação de um plano.”</p> <p>“Então, por exemplo, quando você cria um embrião de raciocínio, uma forma de embrionar o raciocínio na cabeça das pessoas, para poder fazer uma ruptura e trazer essa consciência. Claro, que sempre teremos conflitos de interesse, o plano também está dentro do jogo de interesse, ambiente político, como você está colocando. [...] O nosso ambiente político, ele é controlado pelo ambiente econômico.”</p> <p>“Nós agora esse ano estamos trabalhando com a implementação do modelo de governança [...] <b>uma coisa importantíssima para reforçar que eles sejam executados, é composta por três pilares: câmaras setoriais,</b> espaços de acompanhamento de execução desses planos feita pelos órgãos responsáveis do ambiente municipal; [...] O segundo são os <b>fóruns territoriais,</b> então, o fórum é aberto, um espaço para discussão, sempre aberto e também não só para ter discussões ali, mas também uma ligação entre do território para os órgãos. Que é muito importante a questão do protagonismo do próprio território. [...] O terceiro ponto seria o <b>observatório da cidade</b> que trazemos exatamente essas discussões todas, em nível da política pública por temática, para começar criar uma mentalidade de Fortaleza pensar na cidade.</p>
<b>Desenho operacional</b>	<p>“Pesquisadora: Então, como você analisa a <b>exequibilidade e a constância</b> do plano de Saúde, contido no Fortaleza 2040, ao longo do tempo? Gestora: <b>Então, eu não vejo [...].</b>”</p> <p>“<b>É tudo curto prazo.</b> [...] Eles não incorporaram sequer as demandas dos outros planos, no plano de saúde.”</p> <p>“Porque na verdade, assim, uma grande discussão que foi colocadas no Plano Fortaleza 2040: o direito de serviço de saúde, da nossa Constituição. É uma discussão que está sendo feita... ‘ah, mas não temos dinheiro para garantir uma saúde de qualidade, serviço de saúde de qualidade para todo mundo’. Ai? <b>Não tem dinheiro, não tem mesmo não. Dentro desses termos, teríamos se fossemos fazer de uma forma preventiva.</b> Porque, não praticar mais esporte? Ver as praças, as condições de</p>

	<p>segurança. Estimular isso ... Ai, sim o dinheiro daria. Mas se for ação corretiva, não dar. Ação preventiva sempre é mais barata. <u>Dá. Então o plano como um todo, o Fortaleza 2040, tentamos fazer sempre para as causas, e não para as consequências. As causas sempre é mais barato, você chegar e resolver a causa você economiza muito dinheiro.</u></p> <p><b>[Planejamento] Acho que é um processo isso, não vejo como papel, é um processo. Um pensamento estratégico é um processo, que não tem fim. Vai ter que ir se aperfeiçoando, uma base de reflexão. Eu tenho um plano de saúde mesmo defectivo na mão, posso perguntar para alguém: isso aqui vai mudar em alguma coisa? Imagina que isso aqui de fato vai mudar em alguma coisa? Não, tem quem diga: vai. Sabemos que não vai. Então, vamos ver como é que mudamos de fato. Porque isso é um produto de um grupo de médicos, de personagens da área de saúde pública, de professores das universidades, foi um plano deles. Então assim, é toda uma estrutura para se questionar. 'O que se tem, por aí?'</b> <u>Então as vezes, o plano só serve para refutar. Para começarmos tudo de novo. Até uma maneira de desconstruir, a desconstrução faz parte do processo de evolução. Então assim, se eu tivesse nada, e não tinha nem o que desconstruir. Eu tendo completamente uma proposta feita pelo pensamento vigente, é muito mais fácil eu criar um processo de desconstrução, do que se eu não tivesse essa pressa. Então o máximo que evoluímos foi isso? <b>O plano estratégico da saúde, é um elemento para poder facilitar essa desconstrução, para as coisas serem melhores a partir dessa desconstrução.</b></u>"</p>
<p><b>Categorias de Análise</b></p>	<p><b>Gestor 3</b></p>
<p><b>Objetivo Institucional e Social</b></p>	<p>"Assim, como na saúde, as ações que estão sendo tomadas na área de mobilidade e acessibilidade no curto prazo [...] é um grande aliado da saúde... <u>a saúde não consegue reduzir a velocidade no trânsito, mas o pessoal da mobilidade consegue.</u> Com isso descongestiona o maior hospital de emergência traumática que é o IJF, ele sozinho não consegue. Então se olhar só para dentro dele, ele vai continuar aumentando o número de leitos, continuar contratando médicos e profissionais da área de saúde, não vai acabar nunca isso, vai virar uma bola de neve..."</p> <p><b>"O Plano de saúde, ele precisa passar uma revisão, para ter um entendimento mais ampliado do que deve ser o Plano de saúde. Com o olhar da prestação de serviço, da sua rede de equipamento que ele tem disponível, com a sua estrutura de profissionais que ele tem. Mas, ele tem que entender que tem ações que vão melhorar a situação de saúde da população que não depende só dele. Mas, que o plano, e o setor saúde tem que se articular com outros para que os outros setores possam contribuir para a melhoria dos resultados do Plano de Saúde, ele tem que enxergar isso."</b></p> <p>"Não podemos pensar que vamos ter 25% de investimento na área de saúde, de número de gastos, de gastos na área de saúde, e que chegou a 28, e que daqui há cinco anos vai ser 30, que daqui há 10 anos vai ser 40, e que daqui há pouco vai ser 100% dos gastos do município, não pode pensar dessa forma. Se for analisar em um cenário tendencial vai chegar a isso. Porque, ele está crescendo o tempo todo. Ele não pode continuar crescendo. Ele não vai continuar, não pode, não deve continuar crescendo, se ele tiver colado e ele enxergar qual é a contribuição dos outros planos. Se ele conseguir fazer isso e se abrir para olhar as contribuições, para diminuir inclusive o seu esforço, diminuir a carga e a responsabilidade para dizer: <b>o problema de saúde não é da secretaria de saúde, não é o plano de saúde, ele por si só que não vai resolver os problemas de saúde da população, mas as outras políticas vão influenciar, então hoje nesses últimos anos, em especial esse último ano, as ações que a Secretaria de Saúde em grande medida tem feito muitas ações de forma articulada e tem dados resultados muito bons, essas ações integradas com outras áreas, isso tem aberto espaço, o plano tem que refletir, essa intenção, esse é o resultado de curto prazo. Isso tem que está pensado no longo prazo também.</b>"</p>
<p><b>Governabilidade política e Governança</b></p>	<p>"Quando falamos de mudanças políticas, não é simplesmente trocar o gestor, mas a mudança muitas vezes ideológicas na gestão. Isso tendo uma vacina que pode minimizar muito essas transições que é a população entender que o que está planejado é o melhor para a coletividade. Enquanto, a população não tiver esse entendimento, esse plano, vai poder ser macular com todas as formas, <b>porque não tem lei que vai sustentar esse plano.</b> Se a população não entender e ela não participar de forma efetiva na condução das ações que forem previstas pelo plano, então... <u>quando se pensou o modelo de governança para o plano, foi pensando em 'empoderar' a sociedade para influenciar a tomada de decisão do poder público.</u>"</p> <p>[...]Então essa apropriação não é uma coisa muito fácil, porque é natural, não é porque as pessoas querem assim, <b>mas é natural que hoje com tanta carência, com tanta demanda sempre o olhar é de curtíssimo prazo,</b> é o buraco da calçada, é a criança que não pode ir para a escola, porque não tem um problema de violência, é o problema do remédio que não chegou, que está com a mãe doente, não sei o que. Então esses problemas de curtíssimo prazo, eles nesse plano de ação que estabelece, principalmente é para tentar debelar ao máximo esse problema de curto prazo. Para começar a abrir esse cenário, descortinar o plano para as pessoas conseguirem enxergar a visão de futuro, porque se não vão ficar olhando só para o problema que está na frente que é o do dia a dia. [...] Essa população hoje, ela está querendo necessidades básicas que sejam atendidas, básicas, são ações de curto prazo mesmo..."</p>

	<p><b>Nem todas as pessoas querem participar, essas lideranças nem sempre se manifestam de uma forma adequada. Então congrega esses interesses que é o grande desafio. Mas, só se ver isso.</b></p> <p>[...] temos colocado: senão conseguirmos organizar a sociedade, não é porque o prefeito quer, é porque ele entende que é importante para a cidade. Mas, a sociedade tem que se convencer de que é também. Não basta entendermos que é, todo mundo tem que entender que ele é importante...</p> <p>Pesquisadora: Existe um marco legal que assegure isso, enquanto a sociedade não se apodera? Gestor: Então dentro do Plano de governança, ele está previsto essas ações de instrumentalizar todos os procedimentos, inclusive a institucionalização do Plano, Fortaleza 2040. Passa por um ajuste na Lei Orgânica do município e passa para a edição de uma lei complementar. <u>O plano Fortaleza 2040, não é um plano da política de desenvolvimento urbano... ele é muito mais amplo, tem uma abrangência muito maior para o plano diretor. Ai a pergunta é: se ele é um plano, qual é a política que está dizendo que deve existir esse plano? Porque, o plano não pode está sozinho do meio do nada. Então a política entendemos que deveria dar essa orientação é a política de planejamento que ela não está institucionalizada a política de planejamento do município.</u></p> <p>Estruturar esse modelo de governança, garantirmos que todas as pessoas sejam ouvidas naquilo que ela tem de melhor: ou como técnica, como profissional ou como entidade de classe ou como morador da cidade... A prefeitura disponibilizando informações e a sociedade cuidando dele, cobrando da prefeitura. Que é esse o pensamento que está dentro do plano e é esse observatório lá e a prefeitura, ela teria um desses observatórios que orbitam, esse observatório na governança. <b>Neste momento não foi possível, porque a sociedade, não está organizada dessa forma, não tem maturidade para ter essa abrangência de atuar em torno desses segmentos.</b></p> <p>Então a prefeitura ela tem dentro da sua estrutura organizacional uma coordenadoria de participação social. Mas, essa coordenadoria se recente de falta de recursos, recursos humanos e tudo mais, para ampliar suas ações. Muito embora ligada a uma rede de agentes de cidadania, mas ela como estrutura da prefeitura, as pessoas se ressentem. Para poder fazer estudos, se dedicarem, participarem e estarem mais presente no território e entender e programas e isso talvez seja uma das limitações – dedicar, e que venha também daquela outra situação inicial, que eu coloquei que é a dificuldade que temos hoje de integrar essas políticas públicas. Então tem que melhorar, ajustar um pouco melhor internamente a prefeitura, para conseguir avançar, para inclusive sistematizar essas demandas, dar esse encaminhamento, temos feito um esforço está em estágio inicial, mas <b>inclusive para melhorar esse relacionamento da população com a prefeitura.</b></p>
<p><b>Desenho operacional</b></p>	<p>“Esse plano estratégico da saúde, teve um viés muito positivo no aspecto do olhar para dentro do setor e esse viés era para em determinado momento, contudo, era para ele ter sido redirecionado, mas infelizmente não foi, <b>as pessoas se ocuparam muito com o setor interno, com a preocupação dos equipamentos, dos profissionais, das condições de trabalho, da oferta e do serviço...</b> os técnicos se preocupam muito com essa parte, <b>muito tecnicismo mesmo....</b> É para ter focado em um campo mais amplo, mas se teve no espectro todo, foi o sistema olhando para dentro de si mesmo, olhando para fora e olhando de fora para dentro... todos os planos têm que ter, embutido a visão maior do Fortaleza 2040, que é a redução das desigualdades [...] essa lacuna precisa ser completada.”</p> <p>“Acabam muitas vezes tendo um elenco de ações muito grande, e que não se consegue, depois tem uma dificuldade muito grande em priorizar. Então essa uma dificuldade que também não só no plano estratégico da saúde, mas em todos assim, tem havido assim uma certa dificuldade, em estabelecer critérios de priorização.”</p> <p>“[...] a partir do próximo mês, todas câmaras setoriais serão estimuladas a identificar <b>critérios para priorizar</b>, ele tem que saber, não pode ter um elenco de 200 ações, que <b>muitas vezes não vai ser factível executar ou por questões de tempo, por questões financeiras, orçamentárias ou muitas vezes por estrutura institucional. Não tem capacidade instalada para conseguir executar.</b> As pessoas querem, acho que é importante para não termos capacidade instalada e isso é uma limitação muito grande. Como falando em um espectro mais amplo assim, a Prefeitura tem toda a boa vontade de buscar recursos e tudo no exterior, mas tem uma limitação de tempo. [...] Não é que não haja coerência, ou seja, tem coerência mas dentro do olhar desse viés que foi dado. Identificada a luz, de como a gestão hoje está enxergando, porque, como ele foi olhado muito para dentro do setor. <b>Então a grande maioria das ações depende muito do poder público...</b> Então tudo é muito normatizado, o setor de saúde, ele é muito normatizado.</p> <p>“[...] Porque, a política municipal de saúde, ela está encadeada, as outras duas esferas dos entes, principalmente da União. Então eu vejo assim no Plano de saúde, não é uma coisa simples para fazer e executar.”</p> <p>“Em geral não se consegue esses resultados assim, mudanças, muito radicais assim em curto prazo. Muito embora, mais uma vez, temos que ser muito criativo e a inovação ela tem que está à frente. Além de ter esse olhar para a redução das desigualdades, assim todas as ações precisamos ter também esse componente, essa pitada, esse tempero de inovação, que ai sim conseguimos com criatividade, essas experiências, os Benchmarking que podemos utilizar ai, muitas vezes adaptando para a nossa realidade, isso é muito importante.”</p> <p>Então isso que havíamos comentado, essa análise de custo e benefício também: os recursos para termos para um plano desse tipo são muito grande. Muito maior do que a capacidade que temos,</p>

	<p>pele menos de receita e capacidade operacional de executar tudo isso e nem todas as ações dependem só do Poder Público. Tem ação também do setor privado. Investimentos que tem – melhorias do espaço urbano, não sei o que mais. A prefeitura não consegue construir nada. Quem constrói é a iniciativa privada.</p>
<p><b>Categorias de Análise</b></p>	<p><b>Gestor 4</b></p>
<p><b>Objetivo Institucional e Social</b></p>	<p>“Porque nós cada vez mais que se inteira de projetos de planejamentos, compreendemos que precisamos de um tempo, não só de amadurecimento, que possamos ter uma noção muito grande, um plano desse para dar conta de uma cidade, para quase 20 anos. Que se pensa que é muito, mas não é. Acharmos que é o tempo necessário para <b>consolidar algumas políticas de estado, não política de governo.</b> Mas, o que se precisa ter cada vez mais muito forte são essas políticas que possam permear por anos e anos, com uma lógica de início, meio e fim. Principalmente para uma cidade como Fortaleza, a quinta capital de um País, como o Brasil, de muita desigualdade no seu território.... Precisamos pensar isso... ao longo do tempo e o <b>que mais claro fica é que não temos política de governo mas, política de estado.</b>”</p> <p>“Na questão da saúde, propriamente dita, é porque percebemos que foi visto muito que <u>a saúde, muitas vezes é o fim de algumas políticas sociais que tiveram falhas ao longo de seu processo.</u> Essa visão da intersetorialidade, que você ver a saúde integrada dentro das políticas sociais, mas que <b>precisamos trabalhar essa visão da intersetorialidade,</b> toda conta dessa cidade, dessa população mais saudável, com mais qualidade de vida. Então Fortaleza 2040, ela resgata muito isso, as visões das políticas sociais, da intersetorialidade. A saúde mais do que nunca hoje da cidade que tem o seu índice de violência, que isso é muito importante hoje, que tem a sua degradação do meio ambiente e que isso também é muito importante hoje, que tem a sua degradação e seu meio ambiente, isso também contribui para que possamos ter algumas doenças no nosso meio. Como é que as pessoas se comunicam nesses territórios. Então a saúde é esse contexto, <b>compreendermos que saúde não é só ter o posto de saúde, ter hospital, saúde são todas essas relações que temos não só no meio familiar, no meio do território, com meus vizinhos, com a minha população.</b> Isso vai se somando para dar essa cidade, que hoje é Fortaleza. Mas olha, vai vendo assim e principalmente quando estamos <b>fazendo o olhar crítico,</b> sempre achamos que poderia ser melhor, <b>poderia ter focado nessa visão mais ampla que estou lhe dizendo.</b>”</p> <p>“Muitas vezes como foi uma coisa com muita participação, muito participativa. Hoje, o próprio cidadão tem muita carência de ver a saúde, como extremamente ter mais próximo de sua casa, do seu domicílio em equipamento de saúde, como equipamento, <b>que na verdade não é saúde, que é muito mais da doença.</b> Então foi muito mais essa visão, que hoje fazemos e se você olhar, foi muito ainda <b>voltada, olhada, muito essa visão de equipamentos, como se saúde fosse só isso e que sabemos que não é.</b> Mas, compreendemos que foi muito mais essas conquistas. <u>Foi dada ao povo essa oportunidade de falar e eles vão falar que é importante ter,</u> mas que precisamos ter essa visão, que acho que ao longo desses tempos, desses anos, vai sendo ajustado isso. Quando, com certeza você teve um governo que investiu muito na estrutura, já daqui há um tempo, acho que se vier agora fazer algum outro olhar, não vai ter tanto a necessidade, como foi vista alguns anos atrás. Por isso que existe uma carência muito concreta de necessidade de melhoria de equipamentos, tudo. <b>Então, a população não ver essa visão muito essa visão da saúde, ela ver mais a doença.</b> A doença, ela está muito focada na questão dos equipamentos. <u>Então se você ver, como foi investido muito nessa primeira etapa, no início do plano e nos equipamentos, nas melhorias das estruturas.</u> Se isso fosse com certeza avaliando, vai se norteando melhor, vai se colocando, vai se agregando a outros fatores e esses outros fatores quando vejo no Plano de Saúde de que se deve ter uma visão muito mais focada, na visão da intersetorialidade é uma coisa muito real. Exemplificando, você pega a questão da violência hoje, superlota as nossas unidades hospitalares e <b>nós somos o fim de algo que não foi construído.</b>”</p> <p>“Isso você vai vendo que <u>a população sente a necessidade de ter cada vez mais a visão do Hospital, a questão das emergências, das urgências para dar conta de toda essa necessidade,</u> de quando você ver o ente sofrendo algum dano, um ente querido você quer logo uma resposta. Então o plano de saúde, <u>ele parte, ele foi, entendemos em uma visão mais crítica que ele foi um pouco real porque foi aberta essa discussão</u> e que com certeza ao longo do tempo que vai ser monitorado esse plano, ele vai se agregando mais a outros valores que entendemos como plano de saúde, para dar conta da real qualidade de vida das pessoas, porque temos os equipamentos.”</p> <p>“Pesquisadora: Mas, assim nessa questão a senhora acha que as ações que estão no plano, elas podem contribuir? Gestora: <b>O Plano, ele olhou, fez o foco naquele momento.</b> Acho que quem está coordenando o plano, tem a clareza que vai ser monitorado. Cada vez mais ele vai fazendo o que? O PDCA, <u>ele vai rodar o PDCA. O que foi que naquele momento eu não vi, que hoje estou vendo?</u> O que eu posso agregar? O que eu agreguei? O que o plano me trouxe de novidade e de melhoria para esse território? Para essa área? Na área especificamente da saúde, da visão com a integração das outras políticas, da <b>intersetorialidade,</b> vai dar um tempo que as coisas vão melhorar. Estão entendendo e que muitas vezes não é vista se não se apercebemos, mas o que foi? Não, foi isso. Foi um momento que se abriu dentro do município, dentro de um território um plano, que se ver um planejamento ao longo dos anos, e que não se viu em uma visão segmentada, se viu o todo. Então é <b>uma visão muito mais sistêmica.</b> Quando você tem muito o plano, muito segmentado. Não tem o plano estratégico da saúde. O plano nos permitiu ver uma cidade mais completa. Que isso é uma coisa muito importante. Uma coisa complemente a outra. Muitas vezes <b>se eu estou melhorando o</b></p>



	<p><b>ambiente, eu vou melhorar também o meu sistema de saúde, eu vou ter menos agravos, provavelmente de doenças que podem está até sendo contribuído pelo próprio lixo, pela própria não limpeza. Acho que vai sendo. O plano ele vai ser muito importante, se ele tiver o olhar de monitoramento e de retorno. De fazer o feedback, de fazer, retornar depois.</b></p>
<p><b>Governabilidade política e Governança</b></p>	<p>“Nós temos hoje, as pessoas a população, elas estão adoecendo de doenças crônicas, e as condições crônicas eu preciso dividir com os gestores, com os homens públicos, da minha responsabilidade como indivíduo e como cidadão. <u>Eu preciso saber cuidar bem, não posso admitir que eu moro em um território, que eu dirijo uma moto de duas rodas, um transporte de duas rodas e saíu bêbado. Quer dizer, aí tem um acidente, traumatismo, vou encher, vou participar daqueles corredores, vou viver naqueles corredores, porque é uma imensidão. Eu vou ter essa visão, essa mudança desses cenários, onde também o plano nos permite ao longo do tempo também eu me apoderar dessas informações, eu ser ponderado das condições que eu posso contribuir, que são minhas responsabilidades de contribuir para a melhoria da minha vida, da vida da minha população. Acho que vai ser permitido, porque isso vai ter uma evolução muito rápida. Vamos precisar rapidamente ter uma política muito específica para que as pessoas se tornem ponderadas com a sua responsabilidade, com a sua saúde, para que eu possa ter cada vez mais.</u>”</p> <p>“Que é um plano, que é um plano que ao deve ser concluído em um governo, é um plano de estado que deve permear, que esperamos que os órgãos públicos que chega, eles deem continuidade e que vale também para nós cidadãos cobrarmos dos órgãos públicos, porque se participamos, se foi dado toda uma condição de estarmos contribuindo, vamos compreender. Que aquilo não foi um plano específico de um governo, mas um plano de estado que vou precisar brigar pelos meus direitos também, <b>vou me tornar um cidadão mais político, um cidadão mais coerente e de saber cobrar.</b> Se eu coloquei lá, vou saber escolher bons governantes, para dar continuidade aquele plano.</p> <p>Nós temos hoje conselhos, aqui em Fortaleza mesmo tem os conselhos locais, regionais, o conselho municipal que é um caminho, é um espaço que eu vou permitir, eu vou colocar essa participação da sociedade. <u>Claro que eu preciso também está, como gestora está educando, está permitindo, está propondo também a melhoria dessa participação, porque somos também os conselheiros, somos cidadãos que vivem em seus territórios. Então eles chegam, se eles não foram, se eles não tiverem uma boa preparação, então eles podem sair do foco, de ter aquele conselho que seja o meio para fazer as melhorias para o plano, ter a visão de planejamento, a visão desse olhar, as necessidades que o povo precisa, ver essa visão epidemiológica da cidade, ver plano, ver tudo isso, como são os objetivos, as metas, os indicadores que acompanhamos se apoderarem de tudo isso dentro do seu contexto, para que eles possam propor a melhoria. <u>A participação, de uma maneira geral, já temos na saúde, há muito tempo essa participação. Mas, eu diria que sempre acho que precisamos cada vez mais melhorar, mais essa participação, que essa participação ela seja efetiva, realmente. Que elas representem as diversas representatividades. Por exemplo, percebemos não só do usuário, mas também da própria gestão, dos profissionais, muitas vezes as pessoas acabam não sendo aquela representatividade de que nós gostaríamos que fosse, por exemplo, da forma que está tendo assento nos conselhos, possa também voltar o que foi discutido nessas reuniões, nos diversos momentos com os seus membros, ela voltar para a sua representatividade. Como também ela chegar com as propostas, sendo representativas e sendo com suas propostas que representem os anseios de seus grupos, que muitas vezes isso realmente achamos um pouco distante. <u>Muitas vezes as pessoas acabam tendo assento nos conselhos, essas pessoas e muitas vezes se colocam nas suas individualidades, elas não voltam lá para as suas representatividades e também não trás, muito mais essa coisa mais concreta da sua representatividade. Isso são coisas, que acho que temos melhorado ao longo dos anos. Mas pensamos que poderia ser bem mais participativo. Acho que o plano, permitiu mais ainda a participação, esse canal de participação.</u></u></u></p>
<p><b>Desenho operacional</b></p>	<p><u>Eu fiz o diagnóstico, eu vi como ele vai ser e tem que ter o fortalecimento do monitoramento. Muito importante o planejamento nessa lógica. Eu sei onde é que estou, sei onde ele quer chegar. Eu tenho o caminho, você trilhou um caminho. Então quando você trilha um caminho, é mais fácil de você, do que você está saindo sem rumo. Você pode até chegar há algum lugar bom, mas é mais difícil. Então você tem tudo isso, <b>acho que o mais importante do plano é isso é a visão dos parceiros, dos atores.</b> Foi muita gente que foi ouvida, foram em todos os níveis. Eu acredito que quem chegar e que for chegando ao longo desses anos, vai encontrar as coisas com mais facilidade, porque você vai ter um instrumento muito rico. Isso para mim, cada vez mais estamos em um entendimento que precisamos fazer algumas transformações, você precisa utilizar o que você tem, mas você também <b>transformar</b> algo, a população precisa, o sistema precisa se aproximar mais, pode ser mais eficiente, mais eficaz, do jeito que ele está aí, já sinalizamos algumas transformações, <b>fortalecer mais as transformações para que se cheque mais rápido, para dar conta de todas as necessidades para que os recursos eles não estejam sendo desperdiçado inutilmente, sem ter uma noção de resultado, de qualidade que queremos para o sistema.</b></u></p>
<p><b>Categorias de Análise</b></p>	<p><b>Técnico 1</b></p>
<p><b>Objetivo Institucional e Social</b></p>	<p>“Eu vejo que ele [o plano] <b>trabalhou a saúde, assim tipo estanque,</b> a saúde prevenção e a saúde assistência e a saúde doença, cuidar da doença, ele está assim ... Não é o que está acontecendo e eu não vejo em nenhum dos planos uma preocupação e uma visão disso de como fazer com que <b>Fortaleza se torne mais saudável, mais preventiva do que curativa.</b> Na hora que estou invertendo, nos recursos com o maior volume de recurso é para a parte curativa, não é para a preventiva. <u>Então como é que eu vou cuidar de prevenção em 2040...</u> Pesquisadora: Então, podemos chegar a conclusão pela sua fala que o modelo que está hoje na gestão, ele foi</p>

	<p>transportado para o Plano Fortaleza 2040, no <b>modelo assistencialista e que há mais volume de contratualização e do que mesmo a questão de prevenção</b>. Técnica: Essa é a conclusão, a finalização da história.”</p> <p>“Em uma perspectiva de saúde e ambiente, nas ações. Acho até que já abordei isso... Então se não houver esse <b>casamento, prevenção e monitoramento</b>... a qualquer momento eu tenho que está revendo minhas metas, porque eu volto a dizer que <b>o recurso é pouco</b>, porque a qualquer momento pode está acontecendo esses problemas... As coisas tem que acontecer, tem que vir da raiz, que está na prevenção, tem que ter recurso, tem que ter <b>grupo permanente de controle</b> disso, porque a todo momento aparece a dengue, não sei o que, é chikungunya, tudo que são de coisas desse tipo que há muito tempo não existia no Brasil e não vai mudar não. Agora, se não houver uma vigilância, quer dizer, para que tudo isso aconteça <b>tem que ter uma vigilância em saúde ambiental constante</b>. Realmente acontecendo, acompanhando os indicadores e monitorar.”</p>
<p><b>Governabilidade política e Governança</b></p>	<p>“Bom, acho que sim... a partir do momento que existe uma decisão política e que o próprio gestor assuma a responsabilidade. <b>Essas coisas só acontecem quando ela vem da cabeça da gestão. Não adianta começar de baixo para cima</b>. O técnico pode ter a maior boa vontade, está vendo, está apontando, mas não está acontecendo. Quer dizer se não houver uma decisão política e políticas públicas voltadas para a saúde nada vai acontecer...”</p> <p>“Bom acho assim, como são muitos técnicos os instrumentos deveria haver uma <b>maior comunicação direta</b>, sem criar grupos que fossem para as comunidades, para a população de onde haja as <b>equipes de saúde da família e o agente comunitário</b> em suas regiões, onde cada um tem a sua região, para cada componente desse, se uma equipe dessa e fizessem com que eles conhecessem esses elementos, que são <b>equipe saúde da família e os agentes comunitários em que eles fossem o instrumento de levar isso para a realidade</b>, eu vou dizer, assim ‘in loco’, <b>junto a população, a comunidade. Ai sim, ela participaria</b>, ela passaria a ver que existe isso e que ela está sendo beneficiada, monitorada, acompanhada com base nesses instrumentos e que esses instrumentos a comunidade principal, tem que ter conhecimento para fazer uma cobrança e para ver se isso está chegando e está e está acontecendo. <u>Quer dizer se não houver por parte da decisão da gestão de fazer com que isso cheque e a maneira de chegar, que vejo, é através das equipes de saúde da família e dos agentes comunitários, não vai acontecer, não adianta está fazendo reuniões, aonde vão os conselhos locais, aquele horror de gente, porque fica um debate muito mais político, pequeno, de picuinhas, regionais para se falar, do que propriamente se levar a um problema sério que é a saúde da população.</u>”</p> <p>“<b>[O Conselho] É fundamental</b>. Por que o conselho, pela lei 12.080, pela Constituição, tudo que tem aí, estabelecido, a lei também complementar, 141, que diz respeita a saúde, é uma, primeiro de fiscalização contém as políticas de saúde pública. Então é obrigação dele. Ele tem que está voltado para essas ações, <u>ele tem que também está dentro desses planos, e acompanhando, e ver o que está acontecendo e cobrando</u> e ter o conhecimento independente da maioria, da minoria, mas a lei foi excluída, ele está ali para funcionar, para fazer com que isso aconteça, <b>ele é um órgão primeiro, de controle e fiscalização da saúde do município</b>. Se ele não montar também uma estratégia, se ele não se voltar também para isso, não tiver uma equipe de acompanhamento disso, <b>se não tiver pessoas especializadas</b> ou eles pedirem pessoas que conheçam isso, não tiverem a consciência que é uma ação a relevância pública, que está na constituição, <b>não vai acontecer. Agora, se eles tiverem essa consciência e souber do papel deles</b>, que para mim, é um papel primeiro, e faz a coisa acontecer, a partir do momento que você tem um conselho atuante, brigão, mas que busque a política pública de saúde e não.”</p>
<p><b>Desenho operacional</b></p>	<p>“<u>Nosso plano, como ele foi feito está muito distante, separado, meio desassociado de outros instrumentos necessários para isso, deu uma pequena distorção. Tem algumas distorções que deixaram de contemplar alguma coisa, já outras contentam...</u>”</p> <p>[Quanto à exequibilidade e capacidade de implantação] “<b>Eu só vejo isso com uma condição. Se houver um monitoramento, se houver um interesse da gestão</b>, se houver um olhar para as ações de políticas públicas com relação a saúde, se olhar isso e se, isso que estou dizendo, nós estamos em março, não vi ainda isso começar a ter essa ação. Então, se eu não trabalhar desde início essa coisa, aí não tenho como consertar... Então, vai ter que ter um monitoramento muito grande, uma readaptação, uma análise, fazer o grupo da saúde se sentar e estudar o que será para 2040, e não é viável no Fortaleza 2040, 2018 que é o primeiro ano desses planos. <u>Então 2018, já estamos em abril quase, eles já estão começando a ser vistos, a serem monitorados? A serem analisados?</u>”</p> <p>“Até porque <b>tudo isso é muito variável, de repente o que está estabelecido aqui muda</b>, surge uma epidemia, uma coisa, e vai mudar, porque o recurso vai quase todo para isso e vai mudar, <b>porque é a necessidade do momento</b>, porque saúde é uma única ação que na Constituição é de relevância pública. É a única. <u>Então a qualquer momento você pode mudar o foco, mudar o foco, mudar as coisas e dar preferência e prioridade para uma necessidade da própria ação, para que ela tome outro rumo...</u> <b>Tudo isso leva a você verificar se tem condição</b>, se precisa fazer novas coisas, o que existe de unidade, de condições, é muito pouco, deixa a desejar, as condições, o aspecto qualitativo e quantitativo, dessas unidades que possam dar esse suporte para o Fortaleza 2040....</p> <p>Então, esses instrumentos [de planejamento e gestão] eles tem que estarem aptos para saber que isso vai acontecer, então se não houver, quanto insisto, <u>um monitoramento, de uma equipe institucionalizada, competente, técnica, capaz de mostrar os desvios e os erros que estão acontecendo, os pontos negativos, apontar os positivos que é bom para a gestão e os negativos,</u></p>

	<p><u>tentar melhorar.</u> Aumentou a mortalidade. O que está acontecendo? Como estão os indicadores? Como eu melhoro isso? Como faço isso? <u>Então se não houver esse monitoramento em compatibilizar essas coisas, se não houver decisão política de fazer isso acontecer eu acho que fica muito mais na parte de livros, de bíblias, de formulários, de papéis que foram pensados naquele momento e gerados, mas que não está sendo dado a importância e nem é dado a importância que deveria ter, no contexto da saúde do município...</u></p> <p>Agora é difícil, acho que falta também um estudo com relação a <b>racionalização de recurso</b>. Porque, não adianta, eu queria colocar tudo isso que está estabelecido nos planos, se eu não tiver consciência de que <b>eu preciso de recurso para aquilo, e que o lençol é curto...normalmente a visão sanitária é uma visão de saúde ideal, mas infelizmente eu trabalho com o real dinheiro e ele é limitado e o cobertor puxa para um lado e descobre o outro.</b> Então, eu tenho que fazer também essa adequação, de <b>ver as prioridades, quais as melhores necessidades,</b> o que eu posso aplicar de maneira melhor e <b>tudo isso envolve uma decisão política de saúde...</b> Acho que também tempo, é muita coisa, Fortaleza é muito grande. Muito desestruturada e com isso traz para esses gestores uma dificuldade muito grande de arrumar, mas acho que da parte deles <b>está havendo muita boa vontade e eles estão querendo acertar.</b> Mas, para isso, <b>tem que ter o monitoramento, acompanhamento, vontade de fazer acontecer.</b></p> <p>[...] Então, existe sempre uma distorção muito grande no Plano, entre o que ele lança e entre aquilo que existe na execução. Porque aqui nesse intervalo tenho uma <b>dificuldade muito grande de profissionais, de recursos humanos qualificados.</b> Eu tenho <b>dificuldades de recursos financeiros que são poucos e limitados.</b> Os do Ministério praticamente vem todo carimbado. <u>Eu tenho as dificuldades dos instrumentos. Dos equipamentos de saúde, que são poucos e que são falhos. Faltam recursos, falta condução, falta medicamento, falta estrutura para que isso aconteça.</u> Então, entre um e outro, existe tudo isso. <b>O especialista, ele não está no dia a dia para ver isso e isso é o que faz a saúde não acontecer.</b></p> <p>Acho que sim. Assim, <b>escrever é fácil, é bonito, no papel cabe tudo, as vezes são sonhos.</b> Coloco no papel meus sonhos. Volto a dizer, gosto muito nos sanitaristas, porque ele é muito sonhador, a visão dele é do ideal, é do mundo ideal, é a saúde ideal. Mas, ai, quando você parte para o real, dinheiro, você parte para a situação do dia a dia. <u>Volto a dizer, para o tipo de recursos humanos que você tem, desqualificado, essa coisa de descontinuada da terceirização. Hoje é um profissional, amanhã é outra, depois de amanhã é outra e quando muito dura dois anos com as seleções. Isso para a saúde não funciona, que a saúde tem que ser uma coisa continuada, tem que ser uma coisa de amor, de interesse, de dedicação.</u> Aqui dentro você tem SUSANOS, as pessoas que defendem, são militantes do SUS. Ele tem o ideal, porque realmente o SUS, é o melhor sistema do mundo em termo de princípios, de ideias. Se acontece, era maravilhoso, mas exatamente não acontece, como é para ser, em função de orçamento e em função de outros integrantes que tem ai pelo meio que sabemos, porque isso não é no primeiro mundo, porque é muito difícil, com o orçamento que tenho, tenho que cobrir toda a população do município. Isso é impossível.</p> <p>Pesquisadora: Eu vou fazer a última pergunta que seria: quais as estratégias que funcionariam melhor para o plano? A senhora colocou <b>monitoramento, planejamento, participação...</b></p> <p>Técnica: <b>...e uma equipe única</b> para compatibilizar todos esses instrumentos.</p> <p>Pesquisadora: ...Uma equipe <b>perene?</b></p> <p>Técnica: É, Perene! Constante e que isso seja e que isso seja coordenado pelo Iplanfor, pois achava que ele que deveria coordenar. Já que a inteligência do planejamento são eles, a inteligência está lá nesse instituto e acho que eles tinham que está acompanhando. Mas, efetivamente com técnicos qualificados. Não são técnicos indicados. Técnicos qualificados, que conheçam, que saibam, que viveram. <b>Isso tem que ter experiência, isso tem que ter vivência, tem que ter amor ao que está fazendo, isso tem que ter dedicação.</b> Isso tem que ter muita coisa que as vezes para você, para alguns isso representa número, poder, força. Eu vou mandar, eu vou fazer parte do grupo seletor. Não é essa a visão que é para ter, é a visão daquela pessoa que ama o que faz, que quer fazer acontecer, com todas as dificuldades, que não tem uma tendência, que não seja radical.</p> <p>Pesquisadora: É o perfil do servidor público stricto sensu.</p> <p>Técnica: Isso, esse é o perfil. Esse é o perfil do profissional que não tenha vínculo partidário. Claro que todo mundo tem. O que você gosta, mas que não traga para o seu trabalho técnico isso. Não insira aqui isso. Isso que ele vai inserir é conhecimento, capacidade e vontade de que exista saúde no município de Fortaleza. <b>Com o pouco dinheiro que tem, com as coisas que tem que ter, se o gestor quiser, tem como fazer.</b></p>
<p><b>Categorias de Análise</b></p>	<p><b>Técnico 2</b></p>
<p><b>Objetivo Institucional e Social</b></p>	<p>[Sobre o diagnóstico do plano] Participei periféricamente, eu participei apenas no diagnóstico de saúde. Ou por outro lado você tem um redesenho urbanístico de alguma maneira influenciar as doenças transmissíveis, aumentando expectativa de vida e tal, qualidade de vida, mas não conheço as estratégias fundamentais do Plano de saúde, que estão lá no Fortaleza 2040... <b>eu conheço o diagnóstico</b> que uma parte foi feita por nós aqui, que é o diagnóstico que apontava para um <u>cenário de polarização</u>, que tem uma lógica que chamamos de epidemiologia que quando você tem uma situação epidemiológica que você onde a transição não se completou, ou seja, <u>doenças crônicas convivem com agravos adultos.</u> Alguns países falam em <b>transição epidemiológica.</b> Sair de um contexto onde havia uma série de predominância de mortes e da própria morbidade, da carta de</p>



	<p>doenças muito relacionadas as doenças transmissíveis com um cenário de doenças crônicas, tudo no Brasil, Fortaleza, particularmente não. Hoje, você tem um cenário de convivência entre doenças crônicas e doenças agudas. <b>Não só doenças, mas agravos, como, por exemplo, a violência que durante dois anos consecutivos foi a maior causa de morte em Fortaleza. Que foram as causas externas.</b> Então esse diagnóstico, mais ou menos específico fizemos e enviamos para as mesas e acho que as mesas que estavam discutindo o Plano receberam.</p> <p>[...]Os homicídios foram a maior causa de morte individual específica de Fortaleza disparado. O homicídio, enquanto, causa específica, ele teve 700, 800 mortes a mais do que Pneumonia, em específico que foi o segundo agravo, que teve o maior número de morte. Ou seja, se você teve 2 mil homicídios, como no ano passado, enfim, quantas pessoas foram vítimas de violência e não morreram, por exemplo. <b>Qual o impacto econômico que isso tem sobre: vão ficar construindo hospitais de traumas? Um, dois, três, quatro, mil? Sem mudar as condições determinantes do ambiente? Está muito difícil.</b> Esse cenário de Fortaleza atual que você tem uma série de desafios, desafios antigos, desafios novos, faz com que a gente meio que atualmente tenha dificuldades com planos a longo prazo.</p> <p>Acho Marta que quando vejo a situação que temos hoje, faço uma análise da situação de saúde, da cidade de Fortaleza, mais ampla. Eu vejo em algumas ações, em algumas estratégias postas em outros setores, uma capacidade tão grande ou maior de impactar indicadores do que propriamente o Plano de Saúde. <b>Vou dizer porque, porque acho que o problema mais grave de Fortaleza, são as desigualdades sociais.</b> Acho que o modo de produção de doença de Fortaleza, é muito particular e está muito bem caracterizado no mundo inteiro. <u>Então se você fizer um urbanismo em um assentamento precário, em uma favela de Fortaleza, você provavelmente tem um maior impacto nos seus indicadores de saúde, melhor do que construir um hospital. Você propõe muitas ações exclusivamente curativas, no âmbito do tratamento ou mesmo ações que são interessantes de promoção de saúde, mas que são de longo prazo, como por exemplo, estilo de vida, e você não pensa muito em ações que não estão dentro do setor da saúde e que talvez tenham impacto até maior.</u> Se você imaginar que 40% da população da cidade vive em áreas que são denominadas assentamentos precários. <u>Ou seja, são áreas que não tem assentamentos sanitários, são áreas que você não tem opção de lazer, são áreas onde as crianças, enfim, não tem, vivem situação de quase abandono, de semiabandono. Ou seja, tem indicadores maternos infantis muito ruins dessas áreas. Já fizemos estudos, como você sabe de análises espacial e você ver que os principais agravos que ocorrem em Fortaleza, desde mortalidade infantil até os homicídios, passando por leishmaniose, tuberculose, hanseníase, dengue, zica e chikungunya estão nesses lugares.</u> Os indicadores de saúde do Meireles, eles são comparados aos indicadores de saúde da Suécia. Os indicadores do Bom Jardim são comparados com os indicadores da maioria dos países da África, são os mais pobres. Eles estão na mesma cidade. Então, esse daí talvez seja uma visão muito particular que tenho. Acho que Fortaleza 2040 poderiam revolucionar os indicadores de saúde, mas isso passa por emprego, boas condições de vida mas, essas estratégias, são estratégias de longo prazo, como estamos falando daqui há 22 anos, se elas foram de fato implementadas a partir de agora...porque, <u>vamos falar de estilo de vida, estilo de vida, você tem, impacto de doenças crônicas, é um impacto de 10 anos, 15 anos, não tem menos, como foi impacto da política de redução do tabagismo, por exemplo. Você vai diminuir a obesidade de Fortaleza, vamos trabalhar sobre isso, vamos trabalhar com melhoria do estilo de vida, aumenta a atividade física, melhora a qualidade na merenda nas escolas, trabalha com as crianças e tal... Isso é a longo prazo, não é curto prazo.</u> Assim, você vai diminuir taxas prematura de infarto e AVC que são as maiores causas de morte em Fortaleza, que são doenças do aparelho circulatório, com impacto no âmbito da neoplasias, melhoria de qualidade de vida, indiscutível, como as ações da prefeitura vem mostrando o Bicicletar, as faixas exclusivas de ônibus, você diminui o tempo que o trabalhador leva, a sua residência tem mais tempo livre, pode se exercitar, fazer coisas mais saudáveis e tal. <u>Então acho que é uma combinação dessas coisas.</u></p>
Governabilidade política e Governança	<p>Agora, se os Conselhos Municipais de saúde são órgãos que de fato são representativos da sociedade que eles pertencem, sobretudo, quando se fala de uma grande cidade... eu não sei, eu não sei bem. Alguns anos atrás, estudei pouco isso, e os conselhos municipais de saúde, acho que tem alguns textos sobre isso, <u>são muitos permeáveis as junções políticas de ocasião.</u> Não sei bem, como é atualmente essa relação institucional, em Fortaleza particularmente, tenho pouco contato.</p>
Desenho operacional	<p>Pesquisadora: [...]Então nesse cenário, como você ver essa questão da adaptabilidade, flexibilidade do plano?</p> <p>Técnico: Que o planejamento de longo prazo, ele sofre com isso em qualquer lugar. Particularmente aqui no Brasil. <b>Nunca se planejou a longo prazo com eficiência, no setor público, sobretudo quando se fala de uma gestão de um município com um milhão de pessoas.</b> Então você amarrar uma série de ações, Fortaleza 2040, sobretudo, no ponto de vista que eu conheço, um pouco mais urbanístico, muito ousadas, agudas, são mudanças muito importantes, impactantes em um desenho urbano, e como consequência sócio econômicas muito grandes e impactantes, <u>eu imagino que deva haver alguma forma de amarrar isso constitucionalmente, juridicamente. Porque, caso contrário em uma viabilidade pode ser nenhuma. O próximo prefeito pode achar que isso, se não for um prefeito alinhado, que não tenha essa mesma visão de futuro que a rede estadual tem, poderia ignorar esse plano.</u> <b>Acho que as amarras institucionais e jurídicas que possam fazer com que isso se forme em uma política de governo, mas uma política de estado, uma política como o SUS, é claro que você pode atacar o SUS, mas para acabar com o SUS, não é uma coisa tão simples. É uma política do Estado brasileiro. Mas mesmo assim está sofrendo atualmente uma série de ataques, como a da emenda, a emenda que prever gastos com o social, uma emenda que amarra o país a uma situação social e econômica extremamente desigual, com o que tem hoje. Você não</b></p>

	<i>prever aumento de gasto, você não prever mudança no cenário da desigualdade, das inequidades sociais e tal. Então eu imagino que na hora que eu tenha sustentabilidade, frente essas mudanças de cenário, tem que ter algum amarra, tem que ter algum mecanismo de torna-lo uma política de estado.</i>
<b>categorias de Análise</b>	<b>Técnico 3</b>
<b>Objetivo Institucional e Social</b>	<p><i>Pesquisadora: Então, baseado na tua experiência... quais as estratégias de saúde que funcionaria melhor no plano estratégico da saúde para a promoção desta saúde e bem estar da população no curto e longo prazo? Quais estratégias funcionaria melhor para o plano? Na sua opinião, na sua experiência?</i></p> <p><i>Técnico: <b>Acredito que esteja tão integrado certas coisas, que acaba que a saúde não ficando sozinha. Um dos maiores problemas da nossa Fortaleza, que estamos sofrendo hoje é com violência, é a questão da pobreza. Nós temos 12% do nosso território, dos 313 km quadrados em áreas pobres, chamam de assentamento precários. Desses 12% do território, moram 40% das pessoas do município. Então, acredito que envolva vários outros entes, controle urbano, é importantíssimo, as vezes as pessoas se instalam no local, e esse local não é apropriado, é uma área de risco. Então, eu, na minha visão, acredito que essa melhoria da qualidade da população não depende só da saúde, depende de outros fatores. A saúde vai fazer o papel dela, de atendimento, de prevenção. Acho importantíssimo. Outra informação, que é a última vez que vi, 68% da população depende só do SUS e deve ter aumentando, porque muita gente perdeu o emprego que era dependente da empresa. Deve está com mais de 70% da população, dependendo do SUS. Então vai dar o quê ...1 milhão e 900 mil pessoas, é muita gente! Então, um desafio imenso, para qualquer gestor que esteja aqui.</b></i></p>
<b>Governabilidade política e Governança</b>	<p><i>Pesquisadora: Que tipo de situações você observa nesse modelo institucional que facilita ou dificulta essa participação social? Esse modelo que temos, dessas pessoas que nós temos, o nível de conselho que temos, grau de participação da sociedade?</i></p> <p><i>Técnico: Acho que tem alguns problemas, eu não sei se eu vou responder, se eu não responder você me diz. Mas, primeiro acho que a <b>população ela não tem uma cultura de participação. Nós não temos, eu, nem todo mundo. Nós não temos uma cultura de participação, queremos o resultado de uma política, mas não queremos participar nem mesmo da construção, nem mesmo da elaboração do plano. Por exemplo, temos exemplos muito assim está notório, para darmos esses exemplos, enviamos ofícios, enviamos comunicados para as pessoas, elas recebem, e eles depois dizem que nunca ouviram falar do plano. Então isso é uma realidade. Então nós quanto população, não temos essa cultura de participação. O que o Estado está fazendo para despertar essa cultura de participação. Nós, enquanto gestores, enquanto servidores públicos temos uma grande dificuldade, não sei se pela própria dificuldade que temos no nosso quadro, por todos os funcionários, eu sei, mas acabamos que essa cultura de participar de reunião, reunião e reunião, estamos em duas ao mesmo tempo e nunca concluímos um produto de uma delas. Então acho que isso é problemático. [...]mas acho que <b>tem que existir um conteúdo de cidadania, uma discussão de cidadania. Eu, enquanto, cidadão também sou responsável, sou responsável por mim, mas também sou responsável por exigir. Acho que é isso. Eu não sei se eu respondi completamente.</b></b></i></p> <p><i>Pesquisadora: Respondeu sim!</i></p>
<b>Desenho operacional</b>	<p><i>Acredito que seja um prazo ambicioso, você planejar 22 anos, mesmo porque as coisas mudam bastante. Já estou na secretaria desde 2001... Já vi muitas ações ocorrendo ao longo desse tempo, mas todas ocorreram em momentos de gestão diferentes. <b>Você ter um plano, que por mais de duas décadas, eu não teria como te dizer se é exequível ou não,</b> se vai deslanchar ou se na próxima administração, se isso vai ser englobado. Vou dar um exemplo: tenho um plano diretor de geoprocessamento que é uma área que eu atuo também, que foi feito na administração anterior, por sinal muito bom e elogiado no país inteiro. Foi feito por técnico para técnico. Quando fui fazer um curso agora, os técnicos novos nem conheciam o Plano Diretor de geoprocessamento, não sabiam nem que existiam. Como estou há bastante tempo, então disse: você não conhece isso? Não. Porque lá está dizendo como tem que ser a padronização dos dados, a padronização dos sistemas, tudo direito. Então estava rediscutindo a roda, uma coisa que já tinha sido feita lá trás e muito bem feito. <b>Então o que eu vejo as vezes é que não tem continuidade das coisas, principalmente quando há queda de grupo político dentro de uma gestão.</b> Acho que é em qualquer município do país, qualquer administração. Possa ser que ocorra, que mude com o tempo. Mas não há, na minha visão do que tenho, há um interesse, fica lá, <b>mas acabo não executando o que foi feito anteriormente.</b> Sei fazer o meu, tem que dar minha cara... tenho que dar a minha cara. Acaba que você tendo um retrabalho das coisas. Agora, perspectiva de horizonte e indicador de melhoria, acredito que sim. Porque sai de uma condição que eu não tinha noção do que eu queria de futuro, hoje eu tenho. Ao perseguir esse horizonte se eu chego ou não tenho que ter uma justificativa – ah, não cheguei porque faltou dinheiro. É uma possibilidade, eu não tive recurso, eu não tive pessoal, porque a lei de regularidade fiscal não permite passar 60% e não posso fazer concurso. Mas, o que posso fazer? Posso contratar uma cooperativa. Então tem coisas que vão envolver isso. <b>Na minha visão acredito que seja positiva em uma perspectiva de horizonte, futuro, dizer: olha, quero chegar aqui, quero melhorar.</b> Entedeu, eu quero dar uma qualidade melhor de vida para a população. Eu acredito que sim, a resposta é essa.</i></p>
<b>categorias de Análise</b>	<b>Técnico 4</b>

<p><b>Objetivo Institucional e Social</b></p>	<p>Pesquisadora: <i>Você acabou neste instante falando da visão sanitária, na sua análise, em uma perspectiva de saúde e ambiente, as ações do Plano estratégico da saúde, são capazes de contribuir para a redução do aparecimento de enfermidades, morbidades e a diminuição das taxas de mortalidade?</i></p> <p>Técnica: <u>O que mais impacta na redução de enfermidades, morbidades, diminuição das taxas, dessas taxas, seria realmente um ambiente saudável. Um ambiente saudável, com saneamento e com acesso ... mas, não só isto. Porque se o ambiente, no território onde você convive, você não tem a questão da segurança, de se sentir seguro na convivência das pessoas (o índice de morbimortalidade por questões externas é impressionante que esteja agora em segundo lugar, superou as neoplasias). Então as violências homicídios, suicídios, acidentes, tem mostrado que as causas externas tomaram segundo lugar que eram da neoplasia, e a neoplasia ficou em terceiro lugar e vem junto o retorno de algumas doenças inesperadas, isso demonstra uma falta de um monitoramento das ações que não podemos perder de vista. Quando falamos assim: ah, não são só os agravos, não são só as doenças. Mas, não podemos perder de vista isso daí. Tivemos casos, como o do retorno do sarampo, agora estamos tendo caso do retorno da Febre Amarela, se expandindo. Mais endêmica. Tem a caxumba esse ano, retornando, agora tem que ter o controle da vigilância a saúde que seja efetiva e estamos tendo essas respostas. Observando que não só a saúde e o meio ambiente, e o ambiente tem tudo a ver com a saúde e ao mesmo tempo não pode desprezar o monitoramento e a intervenção oportuna nas questões das morbidades, e na possibilidade de retorno de doenças seculares que temos ainda, indicadores péssimos, como é a sífilis, a tuberculose, a hanseníase, a aids. Então ainda estamos convivendo de um lado pessoas muito vulneráveis e sem oportunidades e que pensamos Fortaleza para 2040, nessa perspectiva, tanto da não violência, de você poder conviver em um ambiente sem classificação qual é o ambiente para rico, para pobre, tem mais acesso aos serviços de saúde e cuidar também dessas doenças que marcam a população mais vulnerável. Porque, a saúde sozinha, andando sozinha fica percebida pelos agravos. Aí, ela faz uma análise situacional, consegue ver que tem os determinantes da saúde, consegue ver a necessidade Inter setorial, mas ela não tem tentáculos para isso...</u></p> <p>Pesquisadora: <i>Você percebeu que as ações do plano elas são capazes de diminuir?</i></p> <p>Técnica: <i>Acho que é capaz de impactar. No momento em que você trabalha de forma intersetorial, o resultado vai vir. Se você consegue melhorar a expectativa de vida das pessoas, reduzir taxas, como a taxa de mortalidade infantil que tem tudo a ver com o desenvolvimento econômico e social. Então demonstrariam as taxas, elas estão aí, inclusive as clássicas, como é mortalidade infantil, mortalidade materna, são clássicas e que são bem sensíveis para mostrar como está a situação de uma cidade, de um país. Se temos hoje uma perspectiva de futuro, temos que está vendo, o hoje, o que está acontecendo hoje. No ano passado para cá a mortalidade infantil já teve um aumento. Então tem que ver, reanalisar o que está fazendo realmente, onde é que está sendo falhas que podem ser corrigidas e as vezes são pequenas falhas que não tem nada a ver com que estamos falando, de um plano mais complexo que envolve setores, mas é na própria saúde. Então o que eu queria dizer era assim que a saúde, ela tem essa interlocução e ao mesmo tempo ela tem algo que ela tenha que monitorar sozinha e ter ações para responder. Acho que temos que esperar para ver, eu sou muito do monitoramento. Porque, tem que ser monitorado, temos que dar um prazo de um, não vamos para quatro anos, o impacto surgiria primeiro em 10 anos? Porque nenhuma ação agora vai modificar o quadro que estamos e ainda mais com as questões relevantes de risco que temos em relação a política e a conjuntura nacional. Então acho que vai ter que ter um prazo, para ser avaliado. O monitoramento está aí, está proposto, e tem que buscar também nessas ações um estudo, pode até ser paralelo, porque isso aqui foi uma expectativa que também veio da população.</i></p>
<p><b>Governabilidade política e Governança</b></p>	<p><i>Acho que os conselhos, eles tiveram na construção do plano, oportunidade de participar, mas nem sempre os representantes do conselho, eles representam realmente os segmentos que eles tem o entendimento ou eles percebem a vulnerabilidade do seu território, mas ele trás para cá só um eco muitas vezes de uma percepção dele. Então acho que ainda está muito precisando de uma formação, formação ser conselheiro, para executar melhor. Acho que estamos sentindo isso há muito tempo, existe essa proposta junto, tanto eles tem essa necessidade, você também já participou inicialmente dos primeiros momentos de formação que estamos fazendo e então acredito que para que eles sejam realmente esse vínculo com a comunidade, eles precisam também se preparar, ter um olhar que capte mais o que a comunidade não só materialmente precisa, enxergam muito a falta de um medicamento que a população é tão necessitada que é visto só dessa forma. Então para que o plano dê certo é preciso dar outras condições para que a população também consiga entender o que ela precisa e o quanto que ela pode ser reduzidas essas desigualdades que existem. Então acredito que exista uma desigualdade tão grande que a população as vezes, a reivindicação dela chega apenas por pequenas coisas pontuais, o que está faltando ali para fazer o curativo, os recursos distribuídos na cidade, que teriam a visão da saúde, mais completa, de você ter acesso aos recursos que estão na cidade, a cidade está muito dividida: entre uma cidade que está perto da praia, a cidade que está a margem de tudo. Então isso daí acho que é o grande desafio... Então é importante que isso seja uma questão colocada na sociedade, abraçada na sociedade, um entendimento que já seria um ganho grande. Acredito que esse entendimento da saúde que os sanitaristas vem há muito tempo tentando passar, que não é só a ausência de doenças. É você ter uma convivência, onde você tenha oportunidades iguais. Onde você pode expressar também sua cultura, seus desejos, suas vontades, como você pensa enfim...</i></p>
<p><b>Desenho operacional</b></p>	<p><i>A primeira impressão que tive do Plano geral, Fortaleza 2040 foi o ponto distante entre o ano atual e 2040... que acho que parece muito mais um desafio político, que não sabemos da possibilidade dele ser alcançável, embora percebemos toda uma mobilização, não dar ainda para medir o peso de técnicos, de sociedade civil, de gestores. Mas, não podemos deixar de continuar trabalhando. Eu acho que trabalhávamos com três coisas: competência, vontade política, inicialmente. Que tem uma vontade política, mas esbarra exatamente nessa questão da falta de</i></p>



	<p>exercício dessa cidadania, de compromissos com as políticas que deram certo, passa um governo e entra outro, e fica a marca do seu governo, quer queira ou não. Esse Fortaleza 2040, como o Ceará 2050, eles vão ficar marcados em algum governo. <u>Então é preciso muita sabedoria política para poder dar continuidade a um projeto que surgiu, que mesmo que se diga, há ele surgiu de forma participativa. Mas, a participação temos que avaliar mais na frente. Porque participar é muito mais do que representações que as vezes não se tem muito espaço, já escutam ou que só fazem as vezes algumas perguntas, não colaboram de verdade para a elaboração de uma política pública. Então vemos que, seria assim: vontade política, existe. Competência técnica, acredito. Participação comunitária, é outro que nesse tripé que acho que é importante, pensar melhor de que forma está havendo essa participação, e na competência técnica também que não seja somente gestores que estão. É importante que descem uma oportunidade para que os servidores de carreira estivessem mais presentes nessas participações, porque dariam uma garantia pelo menos de resistência, de continuidade. Para que favorecendo a continuidade. Seria uma resistência, seria uma memória, porque embora eu veja que tenha, vai ter um observatório. Quer dizer, tem muitas ferramentas. Outra coisa, Não temos essa cultura, esse exercício de trabalhar e de fazer disso um instrumento de verdade, operacional. Então se planeja para quatro anos e as coisas vão acontecendo de acordo com o momento, de acordo com o que é mais conveniente. Que temos que tem muita, eu acho muito difícil, sinceramente. Para esse, para que isso dê certo, precisa de uma conjuntura...</u></p>
<p><b>Categorias de Análise</b></p>	<p><b>Conselheiro 1</b></p>
<p><b>Objetivo Institucional e Social</b></p>	<p>É muito bom lembrar, você é economista, não é isso? Se você for pegar a Lei 8080, a Lei Federal e o Sistema Único de Saúde. São duas leis, a 8080/90 e a 8042/90 que é a Complementar. A Lei 8080, no artigo terceiro, ela diz o seguinte: que a saúde, tem como fatores determinantes, condicionantes o quê? Trabalho, lazer, educação, moradia, iluminação pública, transporte e etc. É mais ou menos isso. É mais ou menos isso, que é tudo isso que atinge a aflição a nossa sociedade. Quer dizer, o Fortaleza 2040, deveria ter sido discutido, que foi entregue ao Conselho de Saúde e demais conselhos aqui de Fortaleza, para ser incluído no Plano, nos seus Planos Municipais, até por ser uma forma intersectorial de política pública. O que enfraquece muito o nosso sistema é porque as políticas de saúde, como o próprio Plano Municipal, ela limita muito. Por exemplo, o saneamento básico – o Conselho de Saúde não pode deliberar sobre o saneamento básico. O saneamento básico não faz parte da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. O saneamento básico, está com quem? É do município, mas está com o Estado. O Conselho pode recomendar um trabalho, segurança? A mesma forma. Tudo isso, educação. Tudo isso tem a ver com saúde, porque se em uma cidade não tem saneamento, uma cidade não tem qualidade de vida e Fortaleza, principalmente na periferia não tem isso daí. Se você for me perguntar, no Fortaleza 2040 tem? Não sei. O problema é esse, não sei, porque foi um trabalho paralelo. Isso no meu entender é algo que tem que ser visto de uma forma unificada: o Plano Municipal de assistência social, o Plano Municipal de Educação, o Plano Municipal de Saúde, o de Segurança. Tudo isso tem que está junto, porque saneamento, educação, educação na maneira formal, educação escolar, as políticas de educação. Tem que mudar os paradigmas. Tem que mudar essa visão... tem que ter política intersectorial.</p>
<p><b>Governabilidade política e Governança</b></p>	<p>É muito comum acontecer esses movimentos, por exemplo, esses movimentos populares pelos gestores, como Fortaleza 2040. Aconteceu também na gestão anterior que era o OP, o Orçamento Participativo. Quer dizer, cada governo tem, uma política que trabalha com a comunidade. Isso é a parte até dos próprios conselhos, que são quase 40 aqui em Fortaleza. Não de saúde, estou falando do conselho da Mulher, do Idoso, da criança, do deficiente, portadores de deficiências especiais, também. Então o que acontece: esses conselhos de saúde, como eles são institucionalizados, mas tem uma participação efetiva para a população, eles são muitas vezes, seus membros, muitos, muitos mesmo, engajados nesses movimentos, como: Fortaleza 2040. Eu acredito que muito dessas propostas tem muito a ver com Fortaleza 2040. Bem que se eu for fazer uma análise pelo que pouco li e que nós tivemos acesso insuficiente ao Fortaleza 2040, que deveria ter sido discutido com o conselho de saúde. Você vai dizer: Foi discutido? Não sabemos, atualmente não sabemos se foi discutido formalmente com alguns conselhos de saúde. Também tenha sido debatido com as comunidades que formam o conselho de saúde. Talvez não. Em quais comunidade foi feito isso? Então você desqualifica Fortaleza 2040. Porque, pelo que percebemos o Fortaleza 2040, ele não só trabalhou somente com as classes sociais menos favorecidas. Mas, com todo o sistema que for para a nossa sociedade. É uma questão de se discutir políticas públicas, que é a essência do Fortaleza 2040, do Plano Municipal de Saúde, construir política pública no caso. No 2040 você discute, mas no conselho municipal você constrói. Mas, eu não posso falar pelo que está no plano, porque eu não li...</p>
<p><b>Desenho operacional</b></p>	<p>Aqui em Fortaleza, na gestão do Juraci Magalhães, foi criado uma Secretaria Municipal de Saúde, não sei se você sabe, SMDS – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e ela ficava, era um tripé antigo (educação, assistência social e saúde) e isso é o que fazia, tanto que tentavam transformar o sistema. Se não me engano foi a FIOCRUZ que com esse projeto maravilhoso. <u>Aqui no Brasil, tudo é maravilhoso no papel. A pessoa que era secretária para esse SMDS que era uma médica, que você ver que a maioria desses secretários são médicos, nada contra, mas o que acontece? Ela não estudou que a saúde tinha fatores determinantes. Ela achava também, que era negócio de posto de saúde, hospital, etc. não é só isso. [...] Não deu certo, porquê? Porque a visa do gestor na época, de 25 anos atrás, é totalmente diferente do gestor de hoje. Ou não é? Mas, é muito difícil, fazermos políticas públicas de forma intersectorial. Que é a quebra de paradigmas, a chave do sistema de saúde justo, é a política e realmente o trabalho e o que o município, do que disse no começo: o saneamento, com segurança, com lazer, com o trabalho, com educação, até com a pavimentação. Com a água. Que hoje tem muito a ver com essa questão do nosso consumo de água e também muito a ver com saneamento e meio ambiente.</u></p>

	<p>[...] a resposta, <b>o Plano de saúde, o Fortaleza 2040, a continuidade dele, para mim, eu não acredito... Acho que a primeira coisa tem que ter compromisso. Sabe. Compromisso social... Falta compromisso social, falta planejamento, é justamente isso.</b> Como é que você pode, está aqui, é um funcionário do Habitafor, de moradia, de secretaria, da educação, da assistência social, ele faz um projeto, ser demitido, ser exonerado, sei lá, se pede transferência, o projeto dele, muitas vezes é engavetado. Então, não tem como, sabe, <u>é como as conferências de saúde, para quem nunca participou, você coloca duas mil pessoas, mil pessoas no evento desse e depois que você coloca, dificilmente o que foi discutido ali é posto em prática.</u> Agora você imagina em um sistema nosso, onde cada governo quer mostrar algo diferente e sempre é igual. Porque, os problemas de Fortaleza, certo, se você for dar uma olhada em 1970, 1960 foram só aumentando: problema de saneamento, surgiu lixo nas ruas, porque? Porque, a ausência de políticas públicas, que realmente nós não tivemos governo, que acabasse com isso e isso... <b>Portanto, no meu entender, é isso que impede de funcionar.</b> Porque se o governo, por melhor que seja, porque assim esse Fortaleza 2040, se o povo pôr em prática vai ser uma coisa exitosa mesmo, mas as dúvidas que tenho. <b>É quando o governo muda, muda as cabeças, tem sempre aquela pessoa que vai fazer algo diferente e nem sempre flui ou espelha a sociedade como todo se os interesses pessoais e políticos de seus gestores.</b></p>
<p><b>Categorias de Análise</b></p>	<p><b>Conselheiro 2</b></p>
<p><b>Objetivo Institucional e Social</b></p>	<p>Pesquisadora: Como o senhor avalia as <b>ações do Plano estratégico da saúde</b>, qual a análise que o senhor faz sobre a coerência entre o que foi diagnosticado, o que foi levantado junto as comunidades e as ações que se tornaram parte do plano? Elas têm conexões? Ou seja, o que foi diagnosticado, levantado naquela escuta, nos territórios. Elas estão refletidas verdadeiramente nas metas, nas ações e da proposta do plano?</p> <p>Conselheiro: Não, não porque o plano quando ele fez essa análise da saúde, isso são feitas por pessoas que estão fora da área da saúde, que não são pessoas que estavam envolvidas, e como eu participei das duas partes do plano, do primeiro momento voltado a esse Fortaleza 2040, que foi feito uma análise superficial, em relação a carência e a necessidade do local, e em outro momento foi a discussão do Plano Plurianual. Das CORES, realizada pelas próprias coordenadorias de saúde, regionais de saúde, que foram outras pessoas, justamente as pessoas dos conselhos, também envolvidos com a comunidade, na igualdade especificamente a saúde. Então eram dois momentos. <b>No Fortaleza 2040, não houve uma ação definida, clara sobre essas realidades.</b> <u>Falo isso de uma forma até sem ter visto o resultado final do plano, porque depois que houve, fizemos o mapa, cada um traçou as suas diretrizes diárias, depois foi enviado. Teve um tempo determinado para isso, para ser entregue, tipo um mapa, uma grade, tinha os índices daquele que deveriam ser alcançados, estipulados sobre cada área de abrangência, cada bairro, no caso, e eu vi baseado nisso aí do plano, nós analisamos a pergunta sobre se houve o acompanhamento?</u> <u>Sinceramente, eu não sei responder, porque eu não vi o resultado ainda do que foi questionado ...</u></p> <p>[Sobre o FOR2040] As pessoas, sinceramente, pela forma inicial do projeto, a forma que ele é aplicado, a ideia política dessa transformação, <b>uma utopia na verdade, uma realidade fantasiosa</b>, eu não tenho nenhuma base concreta a não ser a ideia que possa haver uma transformação, porque a própria política, ela não tem embasamento, já que estamos falando de uma administração que tem um tempo limitado. <u>Então a administração passa quatro anos no poder, e ela quer promover uma análise daqui há 40 anos. Então é uma coisa pretenciosa até em nível de realidade.</u> Então o povo ver isso aí, como mais uma maneira de só aquilo que os políticos muitas vezes lançam na comunidade, a comunidade absorve, porque tem toda uma questão política, aqueles que estão envolvidos de uma certa forma direta ou indiretamente nas questões políticas, os que fazem, os que tem os nomes técnicos para isso, aqueles que promovem, essas reuniões para trazer a realidade da área, que eles estão inseridos como líderes comunitários e outras entidades para analisar uma proposta dessa. Então no primeiro momento se ver que é mais uma coisa que não vai dar em nada, na realidade é só um argumento, uma ideia de situação muito individual.</p>
<p><b>Governabilidade política e Governança</b></p>	<p>Pesquisadora: O senhor como membro do Conselho, neste ano, ou no ano passado, a pauta, Fortaleza 2040, ela entrou aqui no Conselho?</p> <p>Conselheiro: Não. <b>Essa discussão Fortaleza 2040, dentro do conselho não.</b> O que discutimos aqui nos conselhos foram as questões dos planos anuais, dos planos plurianuais que são parte que estão dentro do sistema de conselho.</p> <p>Pesquisadora: Mas, o Plano estratégico da saúde, Fortaleza 2040 ?</p> <p>Conselheiro: <b>Fortaleza 2040, não foi</b>, porque, aliás, ele não foge tanto, porque a saúde, ela não é uma saúde exclusivamente da questão de doenças. <u>Hoje em dia nós temos a saúde pública como a constituição de 88, abriu essas portas, porque a saúde, não é só a questão da ausência de doença, mas toda a questão do bem estar social. Então ela entra nesse caso, só que nunca foi discutido realmente. É uma ideia, cultura de que eu sei, do que queremos, como administração como gestão participativa, essa situação pautada pelos conselhos.</u></p> <p>Pesquisadora: Então para finalizar aqui as três perguntas: sobre questões das ações do plano... O senhor conhece as ações do plano? Não, não é?</p> <p>Conselheiro: <b>Não, as ações do plano, praticamente seria o quê?</b> As ações baseadas no que foi acordado como plano, porque provavelmente deve ter tido um resultado, esse plano. Não é?</p> <p>Pesquisadora: No caso seriam as ações que ficaram, foi feito todo aquele levantamento na comunidade, as ações que foram colocadas, elas não chegaram aqui ao conselho?</p> <p>Conselheiro: <u>Não.</u> Como deveria ter sido feita, os mesmos grupos que participaram do primeiro momento. Não vimos a essa resposta, porque os grupos deveriam ter voltado a se reunir, ter lançado,</p>



	<p>talvez tenha sido lançado de uma forma geral, falo sobre conhecimento de caso, porque era mantido a resposta sobre isso e creio que muitos outros que participaram, também não tiveram, se saiu não chegou ao conhecimento de todos.</p> <p>Pesquisadora: Como as outras perguntas envolviam as ações que estão contidas no plano estratégico da saúde do Fortaleza 2040. Então já colocamos que o senhor não teve acesso a essas informações.</p> <p>Conselheiro: Não tive.</p>
<p><b>Desenho operacional</b></p>	<p><b>Não é a primeira análise feita pela administração, todas elas, nas administrações passadas, também fizeram um levantamento em relação a isso, ao desenvolvimento das necessidades das suas áreas assim específicas.</b> Mas, em termo de que isso pode favorecer, é um mecanismo que pode ser utilizado. Agora, como ele é utilizado para a questão política, <u>de interesse político</u>, porque é um interesse de poderes, aquilo que vai desenvolver para uns, pode não ser interessante politicamente para outro grupo. Esse tipo de ação que vem no controle social, que fica o direito da participação popular, sobre elencar essas responsabilidades gerais, essas <b>condições de perpetuar aquilo que é discutido na gestão e depois ser usada em outra gestão de uma forma de critério ativo, escolhido pela própria comunidade.</b> Não, nós discutimos isso, anteriormente, entre outras gestões, mas precisamos que haja continuidade sobre aquilo. Esses interesses não são bem esclarecidos, porque ainda tem uma questão de público que tem que ser analisado de uma forma cultural, não temos ainda um desenvolvimento bem estruturado a respeito de interesse popular sobre essas demandas, muito fica a critério realmente de cada gestão. <b>Entra uma gestão e sai outra gestão. Os planos políticos de uma gestão as vezes não são interessantes para quem está chegando, para outra gestão e acaba desfazendo tudo que já foi feito, todo um trabalho desenvolvido, um gasto de dinheiro público que foi dispensado naquela produção de trabalho e isso nunca foi analisado de uma forma mais responsável, e se dá justamente por uma questão cultural, de participação popular, com cidadãos devidamente esclarecidos sobre essas questões com suas realidades, direitos e deveres, para que possam ver essa unificação de interesses no remanejamento de gestões.</b> Para que aquilo que seja formado, como o que estamos citando, como exemplo, Fortaleza 2040, tenha um embasamento com outros fundamentos, de realizações de interesses políticos, dentro daquilo que se propõe a uma análise feita quando é apresentado sobre os planos de gestão sobre aquilo. <b>Os planos de gestões hoje deveriam ser desenvolvido baseado naquilo que já se está se recebendo, aquilo que temos.</b></p>
<p><b>Categorias de Análise</b></p>	<p><b>Conselheiro 3</b></p>
<p><b>Objetivo Institucional e Social</b></p>	<p>No primeiro momento que se tem, a respeito do que queremos para o futuro, <b>é uma análise de o futuro que queremos.</b> Uma análise do futuro baseado nas condições presentes e dentro, porque se fez dentro de uma área abrangente de cada local, de cada bairro daquele se tirou essa perspectiva de avaliação futura. Participei, no primeiro momento que foi feito e em cada esfera de bairro. Onde o projeto saiu foi feito um critério dentro dessas observações de cada, direito da saúde, de saneamento básico e várias questões que estão fundamentadas dentro do plano. Então ao meu ver, <b>eu vejo assim muito proveitoso a análise, uma análise boa.</b> Eu creio que o resto das minhas respostas, terão outras perguntas. Como está perguntando como eu vejo, eu vejo, como bom, muito bom, <b>termos uma noção realmente da participação popular sobre um ponto de vista global, de uma forma mais abrangente para a realidade, tendo em vista o momento.</b></p>
<p><b>Governabilidade política e Governança</b></p>	<p>Eu participei da construção não de um todo, mas participei do início, acompanhei algumas reuniões, onde estavam sendo discutidas, debatido o plano. Dei inclusive sugestões na época, participei de um seminário onde foram construídas algumas propostas para a elaboração do plano, o seminário que houve, acho que o prefeito estava lá, e também participei das apresentações que foram feitas aqui no Conselho. Quando foi concluído o plano, que foi trazido para o conselho, para aprovação do plano, que eu participei, assisti, vi todos os debates, ouvi os questionamentos dos conselheiros municipais, com relação a inserção do conselho, do controle social dentro do plano que foi o que mais eu foquei na realidade, que era o que eles estavam pretendendo: inserir o que eles achavam que seria melhor para aprimorar, fortalecer o controle social. [...] Achei a participação construtiva e ampla e foram discutidas várias vezes, várias reuniões, foram regionais, eu participei de dois, três seminários e depois o debate do pleno, do conselho colegiado daqui. Acredito que sim, inclusive quando foi debatido no plenário, foi discutido bastante isso. Quando houve a inserção do conselho municipal, que foi debatido aqui junto com o plenário do colegiado para inserir que o colegiado tivesse acesso, que os conselheiros tivessem acesso a todas as informações, a todas as aplicabilidades dos recursos oriundos, só dos recursos financeiros, como seriam aplicados, como seria a assistencialização. <b>Então tudo foi debatido, exaustivamente por várias reuniões.</b> Eu participei dessas reuniões aqui no plenário para ser aprovado esse plano pelo Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza houve vários debates, houveram vários debates e debates são construtivos. <b>Foi um plano construído em conjunto com o conselho.</b> Inclusive na base houve a construção e a participação popular, os conselhos das regionais participaram, todas as reuniões que tinham, os conselheiros eram contratados a participar. Eu não sei se o nosso secretário executivo na regional II, houve a reunião também e acredito que ele até tenha participado. Até chegar aqui no municipal, no plano, no período depois de construir, totalmente construído ainda houve a alteração sugeridas pelos conselheiros. Já foi uma demonstração da participação popular.</p>
<p><b>Desenho operacional</b></p>	<p>Como tudo na vida da gente, acredito que houve muita coisa boa, e muita inserção que acredito que aplicando vai surtir efeito e resultado positivo. Só que ainda, acredito que necessita de, porque o plano é muito extenso, até 2040, a gente vive uma realidade hoje. Principalmente na área da saúde, com os recursos reduzidos, congelado. A nossa realidade é essa. <b>Será que daqui há 10 anos, vamos está na mesma realidade? Não sei, ou se vai ter condição de aplicar ele da forma, como a forma que pretendemos, como as pessoas que debateram, as pessoas que debateram vão</b></p>

	<i>ter a mesma cabeça que a gente, que quis para esse plano? Na realidade, eu tenho receio de que nada que se projetamos se execute. Porque, porque hoje estamos vendo a realidade política incoerente, em disparidade com a nossa realidade..., é impactante sabermos que vai ficar só nos cantos das ideias, da idealização ou que fizemos de bom, a realidade, o futuro, a realidade política que vivemos hoje, não tem expectativa de coisas melhores, pelo menos no momento não. Vamos esperar agora, no período eleitoral, em 2018, se as pessoas se conscientizam em política pública de saúde principalmente para executar e para ver, para não ficar só no canto ideológico. Porque, idealizamos o para o plano.</i>
<b>Categorias de Análise</b>	<b>Conselheiro 4</b>
<b>Objetivo Institucional e Social</b>	<i>Eu não sei se já estou influenciada mesmo pelas discussões que tivemos nele, e por essa, não é em relação ao plano estratégico da saúde, não sei se foi influenciada por isso, mas é como se ele não tivesse a ver com o diagnóstico, ele não traduz a realidade do diagnóstico, em relação ao diagnóstico. Em relação a visão de futuro, como eu participei de algumas reuniões para a constituição do plano de terem momentos de bastante reflexão, a respeito do que queríamos para a saúde, a partir do planejamento anterior a sede de Fortaleza, Fortaleza saudável, Fortaleza não sei se você pegou essa discussão. Enfim, mas a partir desse planejamento da sede Fortaleza, as discussões que tiveram para a construção do Plano estratégico da saúde não condizia do que foi discutido, porque trabalhamos muito na perspectiva das promoções, da prevenção e o plano não refletia isso. Não refletia o que tínhamos discutido lá na elaboração. É como se tivesse um grupo feito uma parte, o outro grupo feito outra parte e não. Para a visão do futuro que tínhamos visto do planejamento do Plano de Governo anterior que era a sede Fortaleza, é como se o Plano no Fortaleza 2040 não traduzisse e não alcançasse o que a gente quer, que é justamente a redução das desigualdades para uma Fortaleza saudável do ponto de vista consciente, de ter uma promoção de saúde, e não ser uma Fortaleza que está sendo atendida pelos hospitais, que está tomando medicação e o que acho que está curando as doenças e não que está fazendo com que a doença não aconteça.</i>
<b>Governabilidade política e Governança</b>	<i>Sim existe. Existe é que agora eu esqueci o nome, mas é como se fosse a implantação de bases territoriais em que se discute o que o Plano está propondo e essas áreas territoriais, a população ela vai ter acesso ao plano e ela vai poder participar disso. Por exemplo, digamos no território que temos os exemplos aqui, na Regional II, tem as salas profissionais e tal. Aquela população, lá tem essa base territorial que agora eu esqueci o nome, é até que você participou do seminário do território, lembra? Vai ter essa instância e a população vai ver o que o povo está fazendo, está acompanhando e ela pode participar disso, dizer: não, isso não é bem assim. Ou então: eu gostaria de participar das ações dessa forma. Então eu vejo que isso é uma forma de participar. A outra que você bem lembrou observatório de Fortaleza é onde está sendo disseminado onde o Plano propõe, o que o observatório faz? O observatório ele traz a Fortaleza, que começou a ser ocupada e por causa dessa ocupação proporciona diversos problemas, aponta os problemas e Fortaleza 2040, também propõe soluções para esses problemas. Para que a população possa acessar é gratuito, de acesso público, possa acessar e começar a ter noção do que é o Plano. Essa é uma das coisas e tem também essa parte dessa instancia territorial.</i>
<b>Desenho operacional</b>	<i>“Pesquisadora: Agora, vamos para o eixo de viabilidade política. Aqui o que quero discutir: o Plano Fortaleza 2040 na sua visão ele é viável politicamente? Então a pergunta é: quais as suas percepções, expectativas quanto a flexibilidade e adaptabilidade do Plano estratégico da saúde do Fortaleza 2040 frente essas mudanças de cenário, mudança de gestão, oscilação do jogo político? Técnico: Acredito que toda e qualquer ação do poder público ou da iniciativa privada tem que ser bem planejado. Ela tem que ter uma linha ou um horizonte que devo seguir e acredito que o Plano dar esse horizonte, sendo ele factível ou não de ser alcançado. Mas pelo menos tenho um ponto que eu estou mirando para ele e que quero chegar. Em relação ser politicamente viável, eu acredito que vai depender de muitos fatores, principalmente dos investimentos. Acredito que as integrações dessas ações é um ‘calcanhar de Aquiles’ mesmo dentro da saúde.”</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 17 - Matrix de Análise

<b>GESTORES</b>	
<b>OBJETIVO INSTITUCIONAL E SOCIAL</b>	
<b>CONTEXTO</b>	
<b>Gestor 1</b>	<i>Percebe uma “desconexão com a efetiva problematização da saúde”, coloca que a visão do plano tem que ser mais evoluída, mais ampliada, para que ser capaz de “mudar comportamentos, mudar estilos de vida” e não apenas com o olhar na doença. Em sua análise coloca que o plano possui uma “visão míope e de pouco alcance” e desconectada com os outros instrumentos de planejamento da Prefeitura. Em sua conclusão observa que as ações do plano “ineficientes e inapropriadas”, desta forma afirma que o Plano não alcançou o que se pretendia, posto que, ele não possui uma estratégia de mudança de comportamento da população, através da promoção e prevenção da saúde.”</i>
<b>Gestor 2</b>	<i>No entendimento do segundo gestor o plano está desfocado. Considera que o olhar está muito voltado à prestação de serviços e coloca que o foco deve ser outro, não a correção e sim a prevenção. A gestora coloca a insatisfação com o plano e com as ações, que não são adequadas e apropriadas para a construção da qualidade de vida e o bem estar para a população, visto que, não trazem propostas para mudanças no estilo de</i>

	<i>vida das pessoas do ambiente, pois não considera as causas do adoecimento, tem como metas apenas o tratamento das doenças e agravos. Sinaliza a vontade de rescrever o plano em um perspectiva mais ampliada, onde o plano não seja apenas da Secretaria de Saúde, mais um plano de saúde para a cidade.</i>
<b>Gestor 3</b>	<i>O terceiro gestor também considera que o plano deva ser revisado, pois percebe que <b>existem lacunas</b>, principalmente na parte de integração com outras políticas públicas, pois percebe que a SMS sozinha não conseguirá reduzir os indicadores negativos de saúde, como a violência, acidentes de trânsito e saneamento. Para isso, aconselha uma <b>maior articulação com outras secretarias</b>, para que sejam criadas ações conjuntas que possam realmente dá resultados. Acrescenta ainda que o olhar do plano deve estar <b>voltado não apenas ao atendimento das demandas crescentes por saúde</b>, pois dessa forma, sem minimizar as causas dessas demandas, o aumento por infraestrutura e insumos, não terá fim, somente aumentará e os problemas reais de saúde não terão sido verdadeiramente resolvidos.</i>
<b>Gestor 4</b>	<i>Analisa que a saúde acaba respondendo por outras políticas públicas que falharam em seus objetivos, sendo assim o fim de uma cadeia que não deu certo. Por isso, <b>também coloca a necessidade de mais integração</b>. Concorda que saúde é muito mais que unidades de atendimento, contudo coloca que a visão que foi colocada no plano partiu do processo de escuta popular e que para os usuários saúde é ter suas necessidades atendidas, é o rápido tratamento da doença, é o equipamento de saúde funcionando. Ou seja, ressalta que o olhar dado ao plano foi o resultado das demandas populares oriundas do processo de participação e que o plano teve o foco do momento. Todavia, entende que o planejamento é um processo e que o plano deve ser ajustado conforme as necessidades sejam atendidas, para tanto o plano deve ser constantemente monitorado e ajustado.</i>
<b>ANÁLISE</b>	
Os gestores concordam que o plano estratégico da saúde precisa ampliar o foco de suas ações, para além da prestação dos serviços, mas também para as ações voltadas a mudanças e transformações sociais. Para tanto, acreditam que a SMS sozinha não é capaz de solucionar os problemas da saúde Fortaleza, para isso precisa trabalhar políticas intersetoriais e transversais efetivamente.	
<b>GOVERNABILIDADE POLÍTICA E GOVERNANÇA</b>	
<b>CONTEXTO</b>	
<b>Gestor 1</b>	<i>Ressalta que apesar de ter existido no processo de escuta social muita participação, considera que o plano é pouco inclusivo e que não vê possibilidade de que haja um efetivo controle social, levando em consideração que o plano na forma que foi escrito <b>não permite e de participação social no processo de implantação do plano</b>, posto que trata-se apenas de execução de serviços públicos, sob a responsabilidade do poder público.</i>
<b>Gestor 2</b>	<i>Destaca que o plano por se só não garante nada e que <b>é necessário constante debate da sociedade</b> isso parte pela <b>mudança de posturas e de consciência</b>. Contudo, reforça que existem instrumentos no modelo de governança do FOR2040 que asseguram a participação e o controle social e cita as Câmaras setoriais, os fóruns territoriais e observatório da cidade. <b>Frisa que a sociedade tem que se apoderar no Plano</b>, para que esse modelo realmente funcione.</i>
<b>Gestor 3</b>	<i>Considera que o que vai garantir a sustentabilidade política do plano no longo prazo é um marco legal e que esse processo passa por uma emenda na Lei Orgânica do Município. Acrescenta que essa institucionalização do FOR2040 passará pela formalização e de <b>fortalecimento da política de planejamento municipal</b>, hoje inexistente. De toda forma ressalta que o <b>empoderamento da sociedade</b> é fundamental, como também <b>trabalhar na população uma visão de longo prazo</b>, hoje muito focada no curtíssimo prazo, contudo entende que esse olhar no “agora” é um reflexo das carências e demandas sociais não satisfeitas. E finalizando acrescenta que outro ponto que é trabalhado no modelo de governança, além do empoderamento e a aplicação de canais comunicação, <b>é melhorar o relacionamento entre prefeitura e a sociedade</b>.</i>
<b>Gestor 4</b>	<i>Observa que a governança do plano passa por uma <b>tomada de consciência da população</b>, que também tem seu percentual de responsabilidade, tanto no saber cobrar e acompanhar, tem que ser um <b>cidadão político ativo</b>. Como também coloca que o poder público tem o papel de educar e facilitar a comunicação. Ressalta que falta representatividade por parte dos conselheiros, que muitas vezes trabalham apenas suas individualidades, em detrimento do coletivo. Mas, <b>entende que a participação é um processo em construção</b> e que isso tem melhorado ao longo dos anos.</i>
<b>ANÁLISE</b>	
Acreditam que a governança, a participação e o controle social depende do envolvimento e de uma tomada de consciência da sociedade. Que existem instrumentos de escuta e participação, entretanto e preciso que a população se apodere do plano e saia da apatia política.	
<b>DESENHO OPERACIONAL</b>	
<b>CONTEXTO</b>	
<b>Gestor 1</b>	<i>Tem o <b>desenho do plano como ineficiente</b>, inapropriado, míope, limitado e desconectado com os outros instrumentos de planejamento em saúde. Considera que o plano <b>deve ser reescrito a partir de uma olhar mais ampliado e inclusivo</b> de saúde.</i>
<b>Gestor 2</b>	<i>Não visualiza a exequibilidade e a constância do plano do longo prazo, posto que ele está <b>voltado para o curto prazo e para a prestação de serviços</b> e que dessa forma, sem foco na prevenção, haverá dificuldades de financiamento do plano. Entretanto, coloca que planejamento é um processo e que as vezes um plano está para ser refutado, reconstruído, como uma base para um processo de evolução.</i>
<b>Gestor 3</b>	<i>Atribui muito tecnicismo ao plano, com um grande elenco de ações que <b>inviabiliza a tomada de decisão eficaz</b>, por não haver <b>priorização de ações</b>. Explica também que pelo plano ter olhado muito para dentro (execução de serviços) acaba que há uma pressão muito grande exclusivamente as ações do poder públicos, como tudo é normatizado, a tendência é o engessamentos das ações, posto que falta capacidade de implantação (orçamento, finanças, pessoa, ou seja, capacidade instalada). Ressalta ainda que mudanças de curto prazo são</i>

	<i>muitos difíceis, principalmente num plano como o as saúde, contudo acredita que a invocação e a criatividade podem ajudar.</i>
<b>Gestor 4</b>	<i>Acredita que o monitoramento e as transformações sociais e institucionais são as chaves para alcançar os resultados do plano.</i>
<b>ANÁLISE</b>	
Os gestores estão cético na exequibilidade no plano e na capacidade de implementação de suas ações, tanto pelo modo como foi desenhado, como pela conjuntura político-econômica e como por questões de estrutura da SMS.	
<b>TÉCNICOS</b>	
<b>OBJETIVO INSTITUCIONAL E SOCIAL</b>	
<b>CONTEXTO</b>	
<b>Técnico 1</b>	<i>Considera que o plano foi elabora de forma estanque, fragmentado, assistencialista, <b>com foco na doença</b> e não na intenção de tornar Fortaleza mais saudável. Acredita que o objetivo institucional deva ser o casamento entre a prevenção e <b>monitoramento</b>, acompanhado por uma equipe constante de vigilância em saúde ambiental.</i>
<b>Técnico 2</b>	<i>Aponta a transição epidemiológica e a desigualdade social como fatores relevantes do diagnóstico da saúde apresentado no plano. Analisa que se as ações perpassam por ações junto a outras áreas, essas estratégias integradas seriam capazes de reduzir tanto os indicadores de violência e de morbimortalidade, ou seja, <b>trabalhando as causas das desigualdades sociais</b> para diminuir as mortes por fatores externos e o processo de urbanização e saneamento. No entanto, acrescenta que outros pontos essenciais, para melhoria a qualidade de vida e da saúde, dependem da mudança no estilo de vida da população, <b>um trabalho de longo prazo que depende da integralidade e transversalidade de outras políticas públicas</b>, como esporte, nutrição e educação.</i>
<b>Técnico 3</b>	<i>Percebe que a melhoria da qualidade de vida envolve <b>a integração de outros órgãos</b> e que a saúde sozinha, dado a quantidade de pessoas dependentes do SUS, o nível de desigualdade social nos territórios e outros fatores como violência e os assentamentos precários, não será capaz de resolver tantos problemas, posto que é um grande desafio.</i>
<b>Técnico 4</b>	<i>Contextualiza a cenário epidemiológico de Fortaleza para refletir a cerca de que um ambiente saudável perpassa as questões de saneamento, observa que os as mortes por fatores externos ultrapassaram as neoplasias, todavia ressalta que a importância do <b>monitoramento</b> de indicadores e da vigilância em saúde, principalmente para plano de saúde para 2040, pois entende que, mudar os atuais indicadores levará anos.</i>
<b>ANÁLISE</b>	
No âmbito geral os técnicos concordam que o plano possui um foco na doença e no tratamento e não na eliminação ou prevenção das causas das morbimortalidades. Percebem que a necessidade de integração de outras políticas, para a redução dos fatores externos, como violência, saneamento e desigualdade social. Também entendem que essa construção é de longo prazo e passa por uma mudança no estilo de vidas da população e pelo monitoramento e acompanhamento constante do poder público.	
<b>GOVERNABILIDADE POLÍTICA E GOVERNANÇA</b>	
<b>CONTEXTO</b>	
<b>Técnico 1</b>	<i>Acredita que a governança só é possível se houver uma <b>decisão de gestão</b>, que o processo só acontecerá se for de cima para baixo (top-down). Coloca que uma maneira de acontecer uma participação e um controle efetivo da população é através das equipes de PSF e os agentes comunitários de saúde, que seriam os agentes indutores do plano em seus territórios. Acrescenta que o conselho municipal de saúde tem um papel relevante na fiscalização e controle do plano, contudo lembra que para isso é necessário que os membros dos conselho tenham <b>consciência</b> disso e que estejam preparados para assumir essa obrigação constitucional.</i>
<b>Técnico 2</b>	<i>Quanto a governabilidade coloca que existe nos conselhos tendências à <b>junções políticas de ocasião</b>, fala por sua experiência e estudos na área, todavia não sabe como está o comportamento dos conselhos atualmente em Fortaleza.</i>
<b>Técnico 3</b>	<i>Lembra que não há na população uma <b>cultura de participação</b>, que não há <b>envolvimento</b> na construção das políticas. Que os gestores e técnicos envolvem-se em muitos planos e projetos e muitas vezes acabam por não finalizar concretamente nenhum. Considera que uma solução para essa questão é incentivar e desenvolver discussões sobre cidadania e <b>responsabilidade social</b>.</i>
<b>Técnico 4</b>	<i>Coloca que nem sempre os Conselheiros não representam bem seus territórios, que por isso muitas vezes trás as plenárias apenas as suas percepções. Comenta que é <b>preciso formar os conselhos</b> para que representem bem os seus territórios. Então, acredita que para o plano dá certo é importante trabalhar a desigualdade social, até porque hoje o clamor da população que chega são por coisas essenciais, como ter material para um curativo ou um remédio para um tratamento, o dificulta um entendimento maior por parte da população do que seja saúde. Ou seja, a participação e ações de governança estão vinculadas também ao atendimento básico das necessidades da população</i>
<b>ANÁLISE</b>	
Em geral colocam o despreparo e não-representatividade dos membros dos conselhos e a cultura de não participação de toda sociedade, como fatores limitantes ao modelo de governança do plano.	
<b>DESENHO OPERACIONAL</b>	
<b>CONTEXTO</b>	



<b>Técnico 1</b>	Observa que o plano apresenta algumas distorções, todavia considera que só haverá exequibilidade se houver um <b>monitoramento contínuo</b> , posto que, há sempre mudanças de cenários, situações e foco. Assim, é necessário verificar constantemente a capacidade de execução, por isso, acredita ser indispensável instrumentos de gestão eficientes, tanto para gerir os recursos escassos, como para garantir resultados. Quanto à operacionalização do plano coloca que há um 'gap' entre o que foi planejando e a realidade de execução, considerando as <b>limitações de recursos</b> (profissionais, equipamentos, financeiro). Lembra as especificidades do SUS e a necessidade não só de profissionais qualificados, mais profissionais perenes (fixos no quadro de pessoal) e que amem o que fazem. Acrescenta ainda que a <b>vontade política</b> é outro fator preponderante para fazer acontecer.
<b>Técnico 2</b>	Observa que o setor público <b>nunca se planejou bem o longo prazo</b> . E quanto a exequibilidade e capacidade de implantação do plano, acredita que somente será possível se o <b>FOR2040 for legalmente institucionalizado</b> , caso contrário não vê como executar o plano, pois adverte que há a possibilidade do próximo prefeito ignorar o plano, caso seja um gestor sem uma visão de futuro.
<b>Técnico 3</b>	<b>Ressalta a importância de se ter um norte, um planejamento</b> , apesar de ter dúvidas, dado o horizonte temporal, quanto à execução do plano no longo prazo. Fala por experiência, por estar desde de 2001 na gestão, da <b>dificuldade de manter políticas contínuas</b> , devido as rupturas que ocorrem nas <b>mudanças de gestão</b> , e que os novos gestores não tem interesse em continuar trabalhos já iniciados e que possuem a vaidade de 'dar a sua cara' às políticas. Entretanto, acha positivo ter um planejamento que indique onde se quer chegar e o que se quer alcançar.
<b>Técnico 4</b>	Acredita ser um grande desafio político, que envolve um <b>tripé: competência técnica, vontade política e participação social</b> . Analisa que nesse momento haja vontade política e profissionais capacitados para isso, entretanto lembra, que mesmo nos planejamentos quadriennais há uma reprogramação de prioridades por parte dos gestores e que os profissionais devam fazer parte do quadro efetivo da saúde, para dar segurança, uma garantia de resistência e continuidade. Todavia observa que a participação verdadeira se dará na execução do plano, a partir do <b>acompanhamento e da fiscalização</b> .
<b>ANÁLISE</b>	
Acreditam que a base para a execução do plano é o constante monitoramento, profissionais capacitados, vontade política e o envolvimento da sociedade. Consideram a mudança de gestão um risco para a implantação das ações do plano no longo prazo.	
<b>CONSELHEIROS</b>	
<b>OBJETIVO INSTITUCIONAL E SOCIAL</b>	
<b>CONTEXTO</b>	
<b>Conselheiro 1</b>	O Conselheiro inicia a sua fala lembrando os <b>determinantes da saúde</b> , que envolvem saneamento, educação, moradia, trabalho e lazer. E então, coloca que isso limita muito o trabalho do conselho, dado que não tem como os conselheiros interferirem nas políticas de saneamento, por exemplo, por isso, vê a necessidade do <b>trabalho integrado</b> e unificado dos conselhos municipais.
<b>Conselheiro 2</b>	Sobre o Plano estratégico da saúde, coloca que não pode opinar porque não viu o resultado dos levantamentos e questionamentos do plano. Participou da fase de diagnóstico mas não teve acesso ao plano pronto. Quanto ao FOR2040. Acredita ser um <b>proposta utópica, fantasiosa e pretenciosa</b> , pois questiona as intenções da gestão, já que só passará quatro anos, como pode pensar em 2040.
<b>Conselheiro 3</b>	Quanto aos objetivos institucionais e sociais o conselheiro lembra que <b>o plano partiu da realidade</b> que temos para o futuro que queremos, que essas análises foram também importantes porque tiveram a <b>participação popular</b> .
<b>Conselheiro 4</b>	Entende que quando estudou o plano estratégico da saúde percebeu que a visão de futuro que tinha trabalhado nas oficinas estava diferente. <b>O plano não tratava das desigualdades sociais e nem na prevenção das causas, mas na cura das doenças</b> .
<b>ANÁLISE</b>	
Os conselheiros compreendem que o conceito de saúde é ampliado e envolve outras políticas públicas e questões sociais. Todavia, ressaltam pontos distintos, como a dificuldade de fiscalizar e controlar resultados em um plano de saúde que deve ser implantado intersetorialmente, outro conselheiro acredita que plano seja uma utópico e pretencioso, outros entendem a importante das análises realizadas e do olhar de futuro traçado. Dos conselheiros entrevistados, apenas um conselheiro procurou ler o plano e pode perceber a diferença de perspectiva entre o olhar vivenciado nas oficinas de escuta popular e as ações postas no plano.	
<b>GOVERNABILIDADE POLÍTICA E GOVERNANÇA</b>	
<b>CONTEXTO</b>	
<b>Conselheiro 1</b>	Lembra que esses <b>movimentos de escuta da população a partir dos conselhos tem se tornando muito comum</b> nas gestões. Contudo, coloca que não lembra se o Plano estratégico da saúde do FOR2040 foi discutido no CMSF. Coloca que os conselheiros possam ter participado das escutas e no processo de diagnóstico dos nos bairros do FOR2040. Mas, não pode opinar sobre o Plano estratégico da saúde, porque não leu.
<b>Conselheiro 2</b>	Afirma que o plano estratégico da saúde contido no FOR2040 não foi discutido no CMSF. Que não teve uma propositura ou debates de ações do plano por parte do Conselho.
<b>Conselheiro 3</b>	Ficou satisfeito de participar amplamente dos debates iniciais.
<b>Conselheiro 4</b>	Percebe que haja ferramentas que facilitam a participação da população, lembrou dos fóruns territoriais e do observatório da cidade como canais de participação do modelo de governança do FOR2040.

ANÁLISE	
Os conselheiros colocam que tiveram participação no processo de diagnóstico do plano, mas que o plano de saúde depois de pronto não foi discutido no CMSF. Todavia, reconhecem que existem ferramentas de participação social no plano, mas entendem que também é preciso que eles interajam no processo de implantação e implementação.	
DESENHO OPERACIONAL	
CONTEXTO	
<b>Conselheiro 1</b>	<i>Cita um exemplo de uma tentativa de uma gestão passada em integrar políticas que acabou não funcionando, por isso conclui que é <b> muito difícil trabalhar a intersetorialidade</b> e que as coisas são maravilhosas no papel, ou seja, ressalta a dificuldade da política sair do papel. Por isso, Não acredita na continuidade do plano, porque falta compromisso, planejamento e outra coisa que impede o funcionamento dos planos é que <b>muda a gestão, muda a cabeça do gestor</b> e assim, muitas vezes projetos são engavetados.</i>
<b>Conselheiro 2</b>	<i>Coloca que a escuta popular é um mecanismo muito usado pelo poder público, por interesse político, por isso <b>acaba não tendo continuidade</b>, quando os governos mudam de mão, considerando que quem chega, acaba desfazendo o que tinha sido feito. E aí é desperdício e gasto de dinheiro público. E coloca que nesse processo de planejamento deveria ser fundamento de uma forma que se partisse dos projetos que já foram construídos.</i>
<b>Conselheiro 3</b>	<i>Acha o plano extenso e <b>acredita que dado as circunstâncias políticas o plano não sairá do papel</b> e ficará somente no campo das ideias.</i>
<b>Conselheiro 4</b>	<i>Acredita que as ações do poder público tem quer ser planejadas, porque mesmo não sendo factível naquele momento, se está mirando aonde se quer chegar. Acrescenta que o ponto franco do plano é a <b>dificuldade de executar o plano de forma integrada</b>.</i>
ANÁLISE	
Não acreditam na continuidade do plano, devido as mudanças de gestão, que invariavelmente ignoram os projetos em andamento e pela dificuldade de se trabalhar de forma integrada.	

Quadro 18 – Tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação

Categorias de Análise	GESTORES
<b>Objetivo Institucional e Social</b>	Os gestores concordam que o plano estratégico da saúde precisa ampliar o foco de suas ações para além da prestação dos serviços, mas também para as ações voltadas a mudanças e transformações sociais. Para tanto, acreditam que a SMS sozinha não é capaz de solucionar os problemas da saúde Fortaleza, para isso precisa trabalhar <b>políticas intersetoriais</b> e transversais efetivamente. Colocam a necessidade da <b>integração</b> de outras políticas. Os gestores consideram a possibilidade do plano ser reescrito dado suas limitações e lacunas.
<b>Governança política</b>	AcREDITAM que a governança, a participação e o controle social depende do <b>envolvimento</b> e de uma tomada de consciência da sociedade. Que existem instrumentos de escuta e participação, entretanto e preciso que a população se apodere do plano e saia da apatia política.
<b>Desenho operacional</b>	Os gestores estão cético na exequibilidade no plano e na capacidade de implementação de suas ações, tanto pelo modo como foi desenhado, como pela conjuntura político-econômica e como por questões de estrutura da SMS.
<b>A visão dos Gestores</b>	O grupo de gestores entrevistados observaram que o plano de saúde deve ser revisado, considerando que possui uma visão muito interna de saúde, voltada apenas a prestação de serviços, visto que, entendem que desenvolver a qualidade de vida e o bem estar da população de Fortaleza, depende da integração e intercessão de outras políticas públicas. Percebem que existem instrumentos para a participação e controle social, todavia colocam que é preciso que sociedade tome posse do plano e que isso passa por uma tomada de consciência. Não acreditam na operacionalidade do plano, se não existir um instrumento legal que dê sustentabilidade ao Plano FOR2040. Afinal, já que os gestores da SMS e do Iplanfor não concordaram com os objetivos institucionais e sociais do plano, porque então, aprovaram a sua elaboração? Aqui cabe uma contextualização. O plano foi elaborado por consultores externos que visivelmente não consideraram o diagnóstico elaborado no processo de escuta popular. Apesar da tentativa de redirecionar o plano, havia um cronograma de entrega, o que inviabilizou o reconfiguração do plano em tempo hábil. Pelo

	<p>conteúdo das entrevistas é possível observar que os gestores têm uma preocupação maior com o aspecto visionário e ideológico do plano, planejam e imaginam as políticas em um nível mais estratégico. Como por exemplo, elaboraram vários instrumentos que permitem o acesso da população, porém, mesmo reconhecendo que inexistente a cultura de participação e o envolvimento político da sociedade, não executaram ainda campanhas de divulgação do FOR2040, restrito apenas a uma pequena parcela da população. Outro ponto, possuem a consciência da inconsistência do FOR2040 no decorrer de novas gestões, todavia, o instrumento jurídico que irá dar sustentabilidade ao plano ainda não foi aprovado no Legislativo.</p>
<b>Categorias de Análise</b>	<b>Técnicos</b>
<b>Objetivo Institucional e Social</b>	<p>No âmbito geral os técnicos concordam que o plano possui um foco na doença e no tratamento e não na eliminação ou prevenção das causas das morbimortalidades. Percebem que a necessidade de integração de outras políticas, para a redução dos fatores externos, como violência, saneamento e desigualdade social. Também entendem que essa construção é de longo prazo e passa por uma mudança no estilo de vidas da população e pelo monitoramento e acompanhamento constante do poder público.</p>
<b>Governança política</b>	<p>Em geral colocam o despreparo e não-representatividade dos membros dos conselhos e a cultura de não participação de toda sociedade, como fatores limitantes ao modelo de governança do plano.</p>
<b>Desenho operacional</b>	<p>Acreditam que a base para a execução do plano é o constante monitoramento, o envolvimento de profissionais capacitados, vontade política e o envolvimento da sociedade. Consideram a mudança de gestão um risco para a implantação das ações do plano no longo prazo.</p>
<b>A mira dos técnicos</b>	<p>O técnicos entrevistados perceberam que as ações do plano estavam direcionadas apenas para o âmbito interno e não apresentava soluções preventivas para trabalhar as causas das mortalidade e morbidades. Também possuem a consciência de que as políticas devem estar integradas e que os resultados serão visíveis no longo prazo, para tanto colocam que é imprescindível o acompanhamento ambiental e monitoramento avaliação indicadores. Apontam a cultura de não participação da população, contudo esquecem que também fazem parte desse todo. Colocam que falta envolvimento, entretanto, não foi percebido um tendência dos técnicos em abraçarem o plano como cidadão de Fortaleza, teceram críticas contundentes ao desenho do plano e pronto. Na fala dos técnicos também é visível a desilusão e o descrédito quanto às iniciativas similares ao FOR2040. Vale ressaltar que o perfil dos técnicos entrevistados, varia entre servidores de carreira com mais de 30 anos de serviço público e com no mínimo 10 anos de Prefeitura de Fortaleza. Pode se dizer que já estão calejados. Por isso, entendem bem que as mudanças de gestão representam um sério risco a continuidade do plano, acredito que por isso, evitam se envolver com mais afinco e paixão.</p>
<b>Categorias de Análise</b>	<b>CONSELHEIROS</b>
<b>Objetivo Institucional e Social</b>	<p>Os conselheiros compreendem que o conceito de saúde é ampliado e envolve outras políticas públicas e questões sociais. Todavia, ressaltam pontos distintos, como a dificuldade de fiscalizar e controlar resultados em um plano de saúde que deve ser implantado intersetorialmente, outro conselheiro acredita que plano seja uma utópico e pretencioso, outros entendem a importante das análises realizadas e do olhar de futuro traçado. Dos conselheiros entrevistados, apenas um conselheiro procurou ler o plano e pôde assim perceber a diferença de perspectiva entre o olhar vivenciado nas oficinas de escuta popular e as ações postas no plano.</p>
<b>Governança política</b>	<p>Os conselheiros colocam que tiveram participação no processo de diagnóstico do plano, mas que o plano de saúde depois de pronto não foi discutido no CMSF. Todavia, reconhecem que existem ferramentas de participação social no plano,</p>

	mas entendem que também é preciso que eles interajam no processo de implantação e implementação.
<b>Desenho operacional</b>	Não acreditam na continuidade do plano, devido as mudanças de gestão, que invariavelmente ignoram os projetos em andamento e pela dificuldade de se trabalhar de forma integrada.
<b>O olhar dos Conselheiros</b>	De um modo geral os Conselheiros entendem tanto as limitações do plano como a inseguranças e dificuldades do plano de se estabelecer a longo de outas gestões. Dos grupos que foram entrevistados

Fonte: Elaborado pela autora.



## ANEXO C – ANÁLISE DO TEXTO E CONTEXTO

Quadro 19 – Análise do Texto e Contexto

Categorias de Análise	Análise do Texto (Teoria)	Análise do Contexto (Prática)	Análise de Coerência (Encaixe Institucional)
<b>Objetivo Institucional e Social</b>	<p>Então, quanto aos objetivos institucionais e sociais do FOR2040, percebe-se que a visão de futuro estão em sintonia com as ideias de cidades sustentáveis e ecossistêmicas, baseada em princípios de desenvolvimento socialmente responsável, voltada para o acesso da população à <b>políticas públicas integradas</b>, humanas, inclusivas e participativas, que gerem o bem-estar e a qualidade de vida. Todavia, percebe-se que <u>o olhar do Plano da Saúde é ainda muito voltado a questão curativa</u>, do atendimento, da figura do profissional de saúde e do modelo hospitalocêntrico e a questões de infraestrutura. Onde se vê que os princípios dos SUS são citados de uma forma muito distante do que é realmente visto e colocado no plano como solução da saúde para cidade de Fortaleza em 2040. De fato, parecem mais com os desafios do serviço de saúde.</p>	<p>Pelo relato dos entrevistados, percebe-se que os gestores concordam que o <b>plano da saúde precisa ampliar o foco de suas ações para além da prestação dos serviços</b>, mas também para as ações voltadas a mudanças e transformações sociais. Para tanto, acreditam que a SMS sozinha não é capaz de solucionar os problemas da saúde Fortaleza, para isso precisa <b>trabalhar políticas intersetoriais e transversais efetivamente</b>. Também coloca a necessidade da integração de políticas. Os gestores consideram a possibilidade do plano ser reescrito dado suas limitações e lacunas.</p> <p>No âmbito geral os técnicos concordam que o <b>plano possui um foco na doença e no tratamento</b>, e não na eliminação ou prevenção das causas das morbimortalidades. Percebem que a <b>necessidade de integração com outras políticas</b>, para a redução dos fatores externos, como violência, saneamento e desigualdade social. Também entendem que essa construção é de longo prazo e passa por uma mudança no estilo de vida da população, por transformações sociais e melhoria urbana.</p> <p>Percebe-se que os conselheiros compreendem que o <b>conceito de saúde é ampliado e envolve outras políticas públicas e questões sociais</b>. Todavia, ressaltam pontos distintos, como a dificuldade de fiscalizar e controlar resultados em um <b>plano de saúde que deve ser implantado intersetorialmente</b>, outro conselheiro acredita que plano seja uma utópico e pretencioso, outros entendem a importante das análises realizadas e do olhar de futuro traçado.</p>	<p>Observa-se que o texto versa sobre uma perspectiva ampliada de saúde, voltada para uma visão de sistêmica e sustentável de cidade no longo prazo. Todavia, a real circunstância é um aplan de saúde voltado para rotinas e procedimentos da secretaria de saúde. Outro ponto percebido no texto é o discurso de políticas públicas integradas, quando na verdade, o plano da saúde não apresenta essa característica de intersetorialidade.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Governabilidade Política e Governança</b></p>	<p>O que se pode verificar inicialmente pela análise do texto é que <u>existe já instituído um rol de instrumentos de governança que permitem a participação e o controle das políticas</u> pela sociedade. Quanto à internalização do plano nas estruturas de planejamento da administração municipal, já é possível perceber essa inserção do FOR2040 nas leis orçamentárias. Não obstante, a governabilidade institucional e política do plano é ainda muito frágil, considerando que até o momento a Lei Geral do Plano FOR2040 não foi sancionada. Um risco de inexecução do plano, tendo como fator crucial as mudanças quadrienais de gestão. Outro ponto que fragiliza a viabilidade e a constância do plano é o não <b>envolvimento dos fortalezenses</b> (até mesmo pelo desconhecimento do público geral acerca FOR2040 do plano, ainda muito restrito às entidades acadêmicas e ao poder público) e as limitações dos conselhos municipais e dos intermitentes movimentos sociais. No âmbito do Plano da Saúde, que segue o modelo de governança do FOR2040, pode-se considerar as mesmas vulnerabilidades, tendo como agravante a complexidade e as debilidades da saúde.</p>	<p>De um modo geral os gestores acreditam que a governança, a participação e o controle social depende do <b>envolvimento e de uma tomada de consciência da sociedade</b>. Que existem <u>muitos instrumentos de escuta e participação</u>, entretanto, é preciso que a população se apodere do plano, saia da apatia política e esteja interessada na gestão coletiva dos seus territórios. Para tanto, entendem também esse <b>empoderamento social</b> perpassa um evolução cultural e precisa do apoio do poder público para ser consolidada, posto que, exigem ainda muitas demandas básicas para serem atendidas no curto prazo.</p>	<p>O texto apresenta um sistema de governança complexo que garante proporcionar a governança do plano. No contexto, os atores percebem que na prática a população ainda não tomou consciência do seu papel e que a sociedade ainda não está envolvida as práticas de cogestão da cidade. Na verdade a população está desacreditada de planos e projetos do governo, conforme a fala dos conselheiros.</p>
	<p>Em geral os técnicos colocam o despreparo, a não-representatividade dos membros dos conselhos e a <b>cultura de não participação de toda sociedade</b>, como fatores limitantes ao modelo de governança do plano. Entretanto, os técnicos limitaram o modelo de governança e à governabilidade política apenas a atuação do Conselho Municipal de Saúde e a participação da população, desconsiderando outros aspectos que envolvem o tema.</p> <p>Em resumo, quanto à visão dos conselheiros sobre a governança, o que se apreende é que, observam que a <b>gestão busca uma aproximação com os conselhos</b>, que existem meios que possibilitam a participação, a escuta e a participação existiu nos primeiros momentos do FOR2040. Contudo, os membros do conselho revelam que no âmbito do plano da saúde, não houve discussão junto ao CMSF. Ou seja, apesar de existir um arcabouço jurídico e administrativo que reforce a governança, <b>na prática o CMSF não foi chamando a participar</b> dos detalhes táticos e operacionais do plano.</p>		
<p style="text-align: center;"><b>Desenho operacional</b></p>	<p>Fica claro observar que o a visão colocada nas diretrizes gerais não é acompanhada, na mesma amplitude, magnitude e integralidade, pelo objetivos específicos, metas e resultados esperados e linhas de ação. Percebe-se que as diretrizes gerais envolvem um olhar mais sistêmico e global. <b>Houve uma</b></p>	<p>Através da fala dos gestores é possível perceber que eles <b>estão cético na exequibilidade no plano e na capacidade de implementação</b> de suas ações, tanto pelo modo como foi construído, como pela conjuntura político-econômica e como por questões de estrutura da SMS e da própria Prefeitura.</p>	<p>O plano da saúde, ainda no texto, já apresentava distorções nas diretrizes estratégicas e cerceamento nas linhas de ações de instrumentos importantes para a operacionalidade do plano. Ou seja, já são vistas incoerências institucionais no próprio texto. Esse fato colaborou com o descrédito quanto a</p>

	<p><b>ruptura entre o pensamento estratégico</b> (visões, missão e valores) e o pensamento tático-operacional (objetivos, metas e ações). Ou seja, os profissionais de saúde mantiveram as mesmas soluções, para velhos problemas, mesmo tendo a consciência da abrangência, capilaridade e intersectorialidade dos determinantes de saúde. <b>As ações desenhadas não são capazes de realizar as mudanças necessárias na saúde do município, posto que, estão muito voltadas a questões e procedimentos internos da Secretaria de Saúde do Município.</b> Em uma análise crítica voltada diretamente as ações infere-se que existem repetições de intervenções e práticas, todas porém, isoladas do contexto, faltou articular e integrar as estratégias, ações e atividades de assistência social, segurança, juventude, educação, justiça e de assistência à saúde, em todos os ciclos de vida e considerar as condicionantes sociais, econômicas, territoriais e ambientais. Também não há integração entre a as próprias linhas de ações de saúde, muitas vezes percebe-se repetições entre ações. Faltou ainda priorizar ações, identificar o “por onde começar”, em um rol de mais de oitenta ações, não existe uma orientação quanto à ações prioritárias e secundárias. Pelo aqui exposto entende-se que <b>o desenho operacional apresenta dificuldades para a sua implantação, bem como, não será capaz de mudar a realidade da saúde de Fortaleza.</b></p>	<p>A partir dessas considerações percebe-se que os técnicos entrevistados acreditam que a base para a execução do plano é o constante monitoramento, profissionais de carreira capacitados, decisão política e o envolvimento da sociedade. Identificam as <b>deficiências de gestão e as limitações de recursos e consideram ainda, a quebra de continuidade</b> decorrente das mudanças de governo um risco para a implantação das ações do plano.</p> <p>Como é possível perceber, os conselheiros entrevistados, <b>não acreditam na continuidade do plano</b>, entendem que novos governos invariavelmente ignoram os projetos em andamento e realçam a dificuldade da prefeitura trabalhar de forma integrada.</p>	<p>exequibilidade e constância do plano da saúde, que é visto como inviável pelos gestores, técnicos e membros do conselho.</p> <p>Percebe-se que muito foi trabalhado no papel, não houve uma sensibilização ou planejamento operacional direcionado para implantação da política, que envolvesse o corpo da saúde como todo. Não foi uma demanda acolhida pela instituição, ela de fato, não está incorporada aos processos cotidianos da instituição.</p>
--	--	--	--

<b>Considerações</b>	<p>De modo geral, o que se pode aferir com a análise de texto que o plano FOR2040 não é ingênuo, pois <u>identifica os principais gargalos para sua exequibilidade e constância no longo prazo</u>, ao ponto em que indica soluções e remédios para isso. Observa-se que tanto o FOR2040 como o Plano da Saúde, contém um objetivo social e institucional sólido e voltado para as realidade da cidade e de sua população, amparado por teorias de acesso, desenvolvimento sustentável e ecossistêmico e qualidade de vida, <u>tendo como base e fio condutor o fortalecimento institucional</u>. É possível verificar que existem instrumentos para assegurar a governabilidade política e a governança, com mecanismos que permitem a participação e o controle social. No entanto, cabe ao poder público incentivar os <u>fortalezenses para que se apropriem do plano</u> (não só na sua concepção, mas durante o tempo de sua execução), bem como, <u>falta à população consciência e envolvimento político</u> com as questões da cidade de Fortaleza. No âmbito da capacidade de operacionalização do FOR2040 foram identificados algumas inconsistências, como a <u>dificuldade de integralização das ações e pensamento de curto prazo dos gestores</u>. No tocante à viabilidade financeira o FOR2040 apresenta ainda a proposta um pacote de medidas econômicas, tendo o poder público como principal condutor e catalizador do crescimento econômico e a iniciativa privada apenas como parceira em investimentos públicos, o que o plano vem chamar de “<u>integração harmoniosa</u>”. Fica aqui um receio quanto à capacidade governamental em conduzir esses macroprocessos sem uma inserção maior do capital privado e das forças de mercado.</p>	<p><b>A visão dos Gestores:</b> o grupo de gestores entrevistados observaram que o <u>plano de saúde deve ser revisado</u>, considerando que possui uma visão muito interna de saúde, voltada apenas a prestação de serviços, visto que, entendem que desenvolver a qualidade de vida e o bem estar da população de Fortaleza, depende da integração e intercessão de outras políticas públicas. Percebem que existem instrumentos para a participação e controle social, todavia colocam que <u>é preciso que sociedade tome posse do plano</u> e que isso passa por uma tomada de consciência. <u>Não acreditam na operacionalidade do plano</u>, se não existir um instrumento legal que dê sustentabilidade ao Plano FOR2040. Pelo conteúdo das entrevistas é possível observar que os gestores têm uma preocupação maior com o aspecto visionário e ideológico do plano, planejam e imaginam as políticas em um nível mais estratégico. Como por exemplo, elaboraram vários instrumentos que permitem o acesso da população, porém, mesmo reconhecendo que inexistente a cultura de participação e o envolvimento político da sociedade, não executaram ainda campanhas de divulgação do FOR2040, restrito apenas a uma pequena parcela da população. Outro ponto, possuem a <u>consciência da inconsistência do FOR2040</u> no decorrer de novas gestões, todavia, o instrumento jurídico que irá dar sustentabilidade ao plano ainda não foi aprovado no Legislativo</p>	<p>É recorrente no texto a declaração de que participação social e o fortalecimentos das instâncias e estatutos de governança, são fundamentais para a condução do plano. A percepção é que apenas um grupo isolado construiu o plano da saúde, dissociado, tanto da ótica estratégica do FOR2040, como das internalidades da secretaria de saúde. Nas entrevista foi visível o distanciamento ou o estranhamento com relação ao plano da saúde. Não houve essa ligação entre atores, instituições e a política. O plano orbita ou flutua sobre a realidade, sobre as rotinas, como algo a parte, não enraizado nas instituições (sejam estas instituições o cotidiano, os atores e as estruturas). Desta forma, há mesmo que se duvidar da implantação das ações, o que dirá o mesmo de sua continuidade.</p>
----------------------	---	---	--

	<p><b>A mira dos técnicos:</b> os técnicos entrevistados perceberam que as ações do plano estavam direcionadas apenas para o âmbito interno e não apresentava soluções preventivas para trabalhar as causas das mortalidade e morbidades. Também possuem a consciência de que as políticas devem estar integradas e que os resultados serão visíveis no longo prazo, para tanto colocam que é imprescindível o acompanhamento ambiental e monitoramento avaliação indicadores. Todavia, apontam a <u>cultura de não participação da população</u>, contudo esquecem que também fazem parte desse todo. Colocam que <u>falta envolvimento</u>, entretanto, não foi percebido um tendência dos técnicos em abraçarem o plano como cidadão de Fortaleza, teceram críticas contundentes ao desenho do plano, e pronto. Na fala dos técnicos também é visível a <u>desilusão e o descrédito</u> quanto às iniciativas similares ao FOR2040. Vale ressaltar que o perfil dos técnicos entrevistados, varia entre servidores de carreira com mais de 30 anos de serviço público e com no mínimo 10 anos de Prefeitura de Fortaleza. Pode se dizer que já estão calejados. Por isso, entendem bem que as <u>mudanças de gestão representam um sério risco a continuidade do plano</u>, acredito que por isso, evitam se envolver com mais afinco e paixão.</p> <p><b>O olhar dos Conselheiros:</b> De um modo geral, os conselheiros entrevistados, entendem tanto as <u>limitações do plano</u> como a <u>inseguranças e dificuldades do plano de se estabelecer a longo de outras gestões</u>. Dos grupos que foram entrevistados, os conselheiros foram os mais <u>descrentes quanto à aplicabilidade e exequibilidade do plano</u>. Apesar de terem participado do diagnóstico e conhecerem o FOR2040, os dos membro dos CMSF <u>estão céticos e apáticos</u> e desconhecem as ações do Plano da Saúde, posto que não foram discutidas junto aos conselheiros, segundo o relato dos entrevistados.</p>	
--	--	--

<p style="text-align: center;"><b>Conclusões</b></p>	<p><i>Enfim, pode-se aferir a partir da análise do texto que, para a concepção do FOR2040, foi realizado uma ampla pesquisa sobre da cidade de Fortaleza, desde a sua formação ao dias atuais, o levantamento foi realizado conjuntamente por vários setores da sociedade, com efetiva participação dos moradores da cidade, o um extenso estudo o qual consubstanciou um diagnóstico preciso e abrangente. É possível verificar que existem métodos e instrumentos elaborados para assegurar a governabilidade política e a governança e mecanismos que permitem a participação e o controle social. No entanto, cabe ao poder público incentivar os fortalezenses para que se apropriem do plano, bem como, falta à população consciência e envolvimento político com as questões de Fortaleza. Apesar disso, é válido lembrar, que não existe uma lei municipal regendo FOR2040 e que é preciso uma ajuste nas contas públicas para a execução dos investimentos previstos, fora a parte, as <u>dificuldades de integração e implantação das políticas</u>, como é o caso da saúde. O Plano da saúde sofreu um <u>estreitamento conceitual</u>. Visto que, apesar de um amplo e integral diagnóstico, as suas ações voltaram-se para execução de serviços da secretaria da saúde, <u>desarticulada</u> das outras políticas públicas do FOR2040. Não só isso, ações importantes para a manutenção e gestão foram retiradas do plano de operativo, o que poderá <u>dificultar a sua implantação e execução</u>.</i></p>	<p><i>Um ponto percebido pela pesquisadora, de forma bem particular, é que todos os grupos falaram de <u>integração e intersectorialidade</u>, todos os entrevistados entendem essa necessidade, contudo é possível perceber que entre eles, <u>não há integração</u>, ou seja, não existe essa integração entre os membros que compõe a gestão e <u>nem intersectorialidade</u> entre esses setores. Entende-se que as falas são isoladas, não se comunicam, não interagem entre si e que existe um distanciamento. Acredito que essa falta de integração seja um dos principais <u>nós para a implantação e implementação</u> tanto do FOR2040, como o do plano da saúde contido nele. Por fim, no geral, considerando as entrevistas concedidas, pode-se aferir que existe uma <u>desconfiança quanto a execução</u> do FOR2040 fora da atual gestão e que o plano da saúde foi <u>descartado como solução factível e viável</u> para a saúde de Fortaleza. Entende-se que existe a necessidade de iniciar um processo de acreditação e divulgação do Plano FOR2040, bem como a sua institucionalização e estruturação legal. E que, quanto ao Plano da Saúde, a intenção dos gestores e a sugestão dos técnicos é que ele passe por uma ampliação de escopo, para que possa ser <u>redesenhado</u>, sob uma nova ótica de saúde.</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>Não houve encaixe entre texto e contexto.</b></p>
--	---	--	---

Fonte: Elaborado pela autora.



