



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

NATHÁLIA ALINE ANDRADE

**A PERCEPÇÃO DE GESTORES DA SAÚDE EM RELAÇÃO
AO ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE INFANTIL EM
TERRITÓRIOS DA 19ª REGIÃO ADMINISTRATIVA DE
IVAIPORÃ/PR**

Londrina
2017

NATHÁLIA ALINE ANDRADE

**A PERCEPÇÃO DE GESTORES DA SAÚDE EM RELAÇÃO
AO ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE INFANTIL EM
TERRITÓRIOS DA 19ª REGIÃO ADMINISTRATIVA DE
IVAIPORÃ/PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Líria Maria Bettiol Lanza

Londrina
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Goulart Brum Moraes, Vânia Maria.

FUMANTES ATUAIS, CARGA TABÁGICA E SUA RELAÇÃO COM SINTOMAS ANSIOSOS/DEPRESSIVOS, MAUS TRATOS INFANTIS, QUALIDADE DE VIDA, FUNCIONALIDADE E INFLAMAÇÃO. / Vânia Maria Goulart Brum Moraes. - Londrina, 2017.
135 f.

Orientador: Sandra Odebrecht Vargas Nunes.

Coorientador: Décio Sabbatini Barbosa.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2017.

Inclui bibliografia.

1. transtorno de uso do tabaco - Tese. 2. qualidade de vida, funcionalidade - Tese. 3. negligência infantil - Tese. 4. inflamação - Tese. I. Odebrecht Vargas Nunes, Sandra . II. Sabbatini Barbosa, Décio . III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

NATHÁLIA ALINE ANDRADE

**A PERCEPÇÃO DE GESTORES DA SAÚDE EM RELAÇÃO
AO ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE INFANTIL EM
TERRITÓRIOS DA 19ª REGIÃO ADMINISTRATIVA DE
IVAIPORÃ/PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Líria Maria Bettiol
Lanza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Eliane Christine Santos de Campos
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Eliane Cristina Lopes Brevilheri
Secretaria de Estado da Saúde – Cornélio
Procópio/PR

Londrina, 09 de junho de 2017

Dedico este trabalho a minha mãe
Solange, irmã Ana e prima Maria
Alice.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus por me sustentar em todos os momentos.

Agradeço a minha mãe e irmã – Solange e Ana – pelo amor, apoio e compreensão, que ninguém mais poderia dar.

Agradeço aos amigos e amigas, que me lembraram inúmeras vezes de que sou capaz. Gratidão ao Clayton, que esteve ao meu lado e possibilitou minha manutenção em Londrina.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina, por me receber de braços abertos, por proporcionar aprendizado sem igual, e encontros inesquecíveis.

Agradeço aos professores das disciplinas cursadas pelos ensinamentos, debates e incentivo.

Agradeço a Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) pela bolsa ofertada no período de dois anos.

Agradeço a professora Líria pela orientação, sem a qual este trabalho não existiria. Também, agradeço a minha banca de qualificação e defesa, pela disponibilidade, leitura comprometida e pontuações essenciais, que transformaram substancialmente a finalização do relatório de dissertação.

Agradeço as minhas colegas de mestrado: Daniela, Bárbara, Renata, Patricia, Nayara e ao querido Jorge, por todos os momentos de riso e por serem canais de aprendizado e carinho. Agradecimento especial a Relly, que me possibilitou uma estadia de qualidade no último ano do mestrado.

Agradeço a 22ª Regional de Saúde do Paraná, que colaborou com a pesquisa permitindo oficialmente o exercício da mesma nos municípios referenciados, e também, aos sujeitos entrevistados dos territórios de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí.

Agradeço a Elizete por me incentivar a prestar e concluir o mestrado.

Agradeço a terapeuta que me auxiliou a passar por momentos de sofrimento.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma estiveram presentes nesse processo. Não me recordo de quem eu era quando ingressei no mestrado, mas certamente, hoje sou melhor.

Elogio da dialética

*A injustiça avança hoje a passo firme;
Os tiranos fazem planos para dez mil anos.
O poder apregoa: as coisas continuarão a ser como são
Nenhuma voz além da dos que mandam
E em todos os mercados proclama a exploração;
isto é apenas o meu começo.
Mas entre os oprimidos muitos há que agora dizem
Aquilo que nós queremos nunca mais o alcançaremos.
Quem ainda está vivo não diga: nunca
O que é seguro não é seguro
As coisas não continuarão a ser como são
Depois de falarem os dominantes
Falarão os dominados
Quem pois ousa dizer: nunca
De quem depende que a opressão prossiga? De nós
De quem depende que ela acabe? Também de nós
O que é esmagado que se levante!
O que está perdido, lute!
O que sabe ao que se chegou, que há aí que o retenha
E nunca será: ainda hoje
Porque os vencidos de hoje são os vencedores de amanhã.
(Bertolt Brecht)*

***De fato, onde está o seu tesouro, aí estará
também o seu coração.
(Mt 6, 21)***

ANDRADE, Nathália Aline. **A percepção de gestores da saúde em relação ao enfrentamento à mortalidade infantil em territórios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã/PR**. 2017. 181f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

RESUMO

A presente pesquisa desenvolvida à nível de mestrado objetiva refletir acerca da percepção de gestores da saúde em relação ao enfrentamento à mortalidade infantil em territórios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã/PR, entre os anos de 2008 e 2015. A teoria social crítica ilumina a discussão, e a categoria *território usado* do geógrafo Milton Santos embasa a leitura sobre os demais conceitos trabalhados. A escolha do território se deu porque conforme os indicadores do Estado do Paraná, a 22ª Região de Saúde – com onze de seus dezesseis municípios referenciados pela 19ª RAI e com sede em Ivaiporã – apresenta taxa de mortalidade infantil acima de 10, na maior parte do período delimitado. Nossas hipóteses para os índices negativos da taxa de mortalidade infantil foram a baixa cobertura do atendimento ao pré-natal; e a dificuldade da gestão em articular o enfrentamento à mortalidade infantil como demanda contínua dos serviços desenvolvidos no território. Como recurso metodológico delimitou-se três municípios particulares em suas identidades históricas e característica de mortalidade infantil, para aproximação ao território, são eles Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí. Além de coleta de dados juntos à institutos reconhecidos de pesquisa houve a realização de entrevista *in lócus* com os secretários municipais de saúde dos três municípios. Os objetivos específicos foram elencados em: pensar a percepção do gestor sobre o papel do território na/para a construção de serviços de saúde no município; compreender a posição que o instrumento – indicador social – possui no trabalho dos gestores em saúde; e entender como a mortalidade infantil é percebida e enfrentada nos territórios delimitados. Como resultado da pesquisa empreendida, aponta-se para o problema da generalização com que os territórios nacionais –múltiplos –tem sido trabalhados na gestão da esfera pública e esfera do espaço do poder público. Outro dado, é que nos municípios verifica-se o aumento das consultas pré-natal ao longo dos anos, contrariando nossa hipótese inicial, mas é perceptível na pesquisa dos indicadores processados e menos nas respostas dos gestores. Evidenciou-se ainda a histórica necessidade de democratização da *esfera do poder público*, que para além dos resultados obtidos, leva em consideração a dinâmica e vozes dos territórios. Todavia, ficou evidente que ainda é um desafio no campo da gestão, o processo de melhor capacitação dos gestores responsáveis pelas secretarias municipais de saúde, que seja capaz de vencer uma lógica gestonária defasada diante das demandas territoriais expressas nos serviços e na busca por melhores condições de saúde.

Palavras-chave: Território usado. 19ª RAI. Política de Saúde. Indicador Social. Mortalidade Infantil.

ANDRADE, Nathália Aline. **The perception of health managers regarding with the infant mortality in the territories of the 19th Administrative Region of Ivaiporã/PR.** 2017. 181p. Dissertation (Master's degree in Social Service and Social Politics) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

ABSTRACT

The present research developed at the masters level aims to reflect on the perception of health managers in relation to the confrontation of infant mortality in territories of the 19th Administrative Region of Ivaiporã / PR between 2008 and 2015. Critical social theory illuminates the discussion, and the territory category used of the geographer Milton Santos bases the reading on the other concepts worked. The territory was chosen because according to the indicators of the State of Paraná, the 22nd Health Region - with eleven of its 16 municipalities referenced by the 19th RAI and based in Ivaiporã - shows an infant mortality rate above 10, during the majority of the delimited period. Our hypotheses for the negative indices of the infant mortality rate were the low coverage of prenatal attendance; and the difficulty of management in articulating the confrontation with infant mortality as a continuous demand for the services developed in the territory. As methodological resource, were delimited three particular municipalities in their historical identities and characteristic of infant mortality, to approximate the territory, they are Ivaiporã, Jardim Alegre and Rosário do Ivaí. In addition to collecting data together with the recognized research institutes, there was an in loco interview with the municipal health secretaries of the three municipalities. The specific objectives were listed in: to think about the manager's perception of the territory's role in the construction of health services in the municipality; understand the position that the instrument - social indicator - has in the work of health managers; and understand how infant mortality is perceived and faced in the delimited territories. As a result of the research undertaken, points out to the problem of the generalization with which the national territories - multiple - have been worked on the management of the public sphere and sphere of public power space. Another fact is that in municipalities there is an increase in prenatal consultations over the years, contradicting our initial hypothesis, but it is noticeable in the survey of the indicators processed and less in the responses of the managers. It has been evidenced yet the necessity historical of democratization of the sphere of public power, which in addition to the results obtained, takes into account the dynamics and voices of the territories. However, it has become evident that it is still a challenge in the field of management, the process of improve capacitation of managers responsible for municipal secretariats of health, which is capable of overcoming a managerial logic that lags behind against the territorial demands expressed in the services and the search for better health conditions.

Key words: Territory Used. 19th RAI. Health Policy. Social Indicator. Infant Mortality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da 22ª Regional de Saúde do Paraná	20
Figura 2 – Mesorregiões geográficas do Estado do Paraná.....	32
Figura 3 – Tamanho da população dos municípios do Paraná - relação 2010.	35
Figura 4 – Municípios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã.....	36
Figura 5 – Mapa paranaense sobre o PIB per capita municipal, para o ano de 2013	37
Figura 6 – Mapa paranaense sobre o PIB per capita municipal, para o ano de 2013 - Região Administrativa de Ivaiporã.....	38
Figura 7 – Participação da agricultura familiar no valor dos estabelecimentos agropecuários do Paraná – ano de 2006	40
Figura 8 – Fotografia de Ivaiporã, no ano de 1960.....	51
Figura 9 – Brasão do Município de Ivaiporã	52
Figura 10 – Bandeira de Ivaiporã	52
Figura 11 – Fotografia do centro de Ivaiporã na década de 1980	53
Figura 12 – Centro de Ivaiporã na atualidade (2017)	54
Figura 13 – Lago do Jardim Botânico em Ivaiporã	55
Figura 14 – Vista aérea do município de Jardim Alegre/PR	56
Figura 15 – Brasão do município de Jardim Alegre.....	58
Figura 16 – Bandeira do Município de Jardim Alegre.....	58
Figura 17 – Assentamento 8 de Abril/MST – Jardim Alegre/PR.....	58
Figura 18 – Brasão do município de Rosário do Ivaí/PR.....	62
Figura 19 – Bandeira do município de Rosário do Ivaí/PR.....	62
Figura 20 – Foto da colheita da uva niágara em Rosário do Ivaí	62
Figura 21 – Foto de cavaleiros no centro de em Rosário do Ivaí/PR.	64
Figura 22 – Foto de voo de Asa Delta em Rosário do Ivaí/PR.	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Mortalidade infantil em números absolutos e TMI, na 22ªRS, entre os anos de 2008 a 2015.	18
Tabela 2 –	Varição em relação ao valor adicionado bruto a preços básicos (R\$ 1.000,00), na agropecuária da 19ª RAI, entre os anos de 2009 e 2012.	39
Tabela 3 –	População censitária e estimada no municípios da 19ª RAI – relação anos de 2010 – 2015.....	42
Tabela 4 –	Número de estabelecimentos para oferta de empregos, e empregos ofertados, nos municípios da RAI, entre 2010 e 2014.	43
Tabela 5 –	Classificação do Índice IPARDES de Desenvolvimento Municipal (IPDM).....	44
Tabela 6 –	Municípios com crescimento negativo no indicador de renda (relação 2010 - 2013).....	45
Tabela 7 –	Municípios com oscilação positiva do indicador de renda, que apresentam desenvolvimento médio-baixo (relação 2010 - 2013).....	46
Tabela 8 –	Indicador de educação entre os municípios com crescimento negativo (relação 2010 -2013).	47
Tabela 9 –	Municípios com maiores indicadores de educação na RAI, para o ano de 2013.	47
Tabela 10 –	Municípios com indicador médio de educação na RAI, para o ano de 2013.	48
Tabela 11 –	Municípios com crescimento negativo no indicador de saúde, na 19ª RAI (relação 2010 -2013).....	48
Tabela 12 –	Número de óbitos infantis por Regional de Saúde, entre os anos de 2005 e 2015, no Paraná.....	136
Tabela 13 –	Número absoluto de nascidos vivos, entre os anos de 2008 e 2014, nos territórios de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí.	142

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Variação da oferta de serviços na Região Administrativa de Ivaiporã, entre os anos de 2009 e 2012.	44
Gráfico 2 – Variação do indicador de saúde, nos municípios de Jardim Alegre e Godoy Moreira, entre os anos de 2010 e 2013.....	49
Gráfico 3 – 7 (ou +) consultas pré-natal em relação aos nascidos vivos na 22ª RS, entre 2008 e 2014.....	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIS	Ações Integradas de Saúde
Art.	Artigo
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensão
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
C.F	Constituição Federal
CGI	Comitês de Gestão de Indicadores
COAMO	Cooperativa Agropecuária Mourãoense Ltda.
Coap	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
COCARI	Cooperativa Agropecuária e Industrial
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná
CMNP	Companhia de Melhoria do Norte do Paraná
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTNP	Companhia de Terras do Norte do Paraná
DATASUS	Departamento de Informática do SUS/MS
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
DRU	Desvinculação de Receitas da União
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EMATER	Institucional do Instituto Paranaense de Assistência Técnica e Extensão Rural
IAPs	Instituto Nacional de Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAM	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPDM	Índice IPARDES de Desenvolvimento Municipal
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
Nº	Número
ODMs	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PORTALODM	Acompanhamento Brasileiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RAI	Região Administrativa de Ivaiporã
REME	Renovação Médica
RDH	Relatórios de Desenvolvimento Humano
Ripsa	Rede Interagencial de Informações para a saúde
RS	Regional de Saúde
RSB	Reforma Sanitária brasileira
TMI	Taxa de mortalidade infantil
SEDS	Secretaria da Família e Desenvolvimento Social (PR)
SESA	Secretaria de Estado da Saúde (do Paraná)
SESP	Serviço Especializado de Saúde Pública
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinasc	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SNIS	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
Suds	Sistemas Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNB	Universidade Nacional de Brasília

USP	Universidade de São Paulo
VAB	Valor Adicionado Bruto
VAF	Valor Adicionado Fiscal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 19ª REGIÃO ADMINISTRATIVA DE IVAIPORÃ NO TERRITÓRIO NORTE PARANAENSE: LOCALIZANDO O LEITOR SOBRE O LÓCUS DA PESQUISA	26
1.1 19ª REGIÃO ADMINISTRATIVA DE IVAIPORÃ: MM TERRITÓRIO DO NORTE CENTRAL PARANAENSE	32
1.2 PRINCIPAIS INDICADORES SOCIAIS NA 19ª REGIÃO ADMINISTRATIVA DE IVAIPORÃ: UM TERRITÓRIO ÚNICO.....	41
1.3 UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO COM A IDENTIDADE HISTÓRICA DE IVAIPORÃ, JARDIM ALEGRE E ROSÁRIO DO IVAÍ.....	50
2 TERRITÓRIO: CAMPO DE DETERMINAÇÕES SOCIAIS DE UMA SOCIEDADE HISTORICAMENTE CONSTRUÍDA	66
2.1 TERRITÓRIO: E OS REBATIMENTOS DOS MARCOS ORGANIZACIONAIS DO PROCESSO DE (RE)PRODUÇÃO DO SISTEMA CAPITALISTA.....	69
2.1.1 Entendendo a Esfera Pública, Enquanto Elemento Central na Formação do Território da era Moderna.....	75
2.2 USO DO TERRITÓRIO COMO CAMPO DAS NECESSIDADES E POSSIBILIDADES MÚLTIPLAS: A PERCEPÇÃO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	79
2.3 ELEMENTOS HISTÓRICOS E A DIREÇÃO SOCIAL DO TERRITÓRIO BRASILEIRO.....	95
3 PROTEÇÃO SOCIAL: ELEMENTOS HISTÓRICOS E A DIREÇÃO SOCIAL DO TERRITÓRIO BRASILEIRO	103
3.1 PROTOFORMAS DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL	107
3.2 SAÚDE NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DE UM DIREITO SOCIAL NO/PELO TERRITÓRIO NACIONAL.....	117
3.2.1 Sistema Único de Saúde (Sus): Elementos Históricos e sua Direção Social no Território Brasileiro.....	122

3.3	PACTO PELA SAÚDE: A GESTÃO EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO USO TERRITÓRIO.....	127
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
	REFERÊNCIAS	150
	APÊNDICES	162
	APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas semiestruturadas	163
	ANEXOS	165
	ANEXO A – Mapas das divisões políticas dos municípios do Paraná	166
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP	169
	ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	172
	ANEXO D – Hinos municipais.....	175

INTRODUÇÃO

As produções sociais no mundo moderno – entre descobertas e criações científico-tecnológicas - tais como: vacinas, antibióticos, alimentos, meios de comunicação e deslocamento, tratamentos adequados de saúde, etc. – possibilitam que a humanidade possa viver mais e melhor. Harvey (2011) pontua, no entanto, que quanto mais se estrutura essa sociedade pautada na (re)produção capitalista – que organiza o mundo moderno – mais problemático se torna o uso do território pela espécie humana.

Para o geógrafo Milton Santos (2006), a problemática importa porque é no uso desse território, composto por relações de troca entre o homem e seu entorno – natureza, cidades, rios, construções, paisagem, cultura, crenças, etc. – que acontece a formação individual e coletiva da consciência humana.

Santos (2006) e Koga (2011), defendem que o homem constrói sua consciência de lugar no mundo, através da relação que possui com seu território local e global. É nesse sentido e entendendo que o cidadão possui responsabilidade na construção de sua sociabilidade, que pensar o papel do território na configuração da vida humana se torna essencial.

Iluminadas pela teoria social crítica entendemos, que a aproximação com a realidade revela particularidades oriundas da universalidade formada e formadora de singularidades sustentadas no real (BOURGUIGNON, 2008). Por isso, a presente pesquisa desenvolvida a nível de mestrado e com perfil qualitativo descritivo – por realizar sua primeira aproximação com o fenômeno a ser abordado (ANDRADE, 2003) – sendo, também, uma pesquisa de campo objetiva compreender a percepção de gestores da saúde em relação ao enfrentamento da mortalidade infantil em territórios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã/PR, entre os anos de 2008 e 2015.

A partir da categoria *território usado* (SANTOS, 2006) construímos os seguintes objetivos específicos: pensar a percepção do gestor sobre o papel do território na/para a construção de serviços de saúde no município; compreender a posição que o instrumento – indicador social – possui no trabalho dos gestores em saúde; e entender como a mortalidade infantil é percebida e enfrentada nos territórios delimitados.

Acreditamos que a reflexão realizada sobre a percepção de gestores de uma política pública territorializada como é a saúde, contribua para a construção de novos olhares e mediações pertinentes à particularidade demandada no território selecionado, sendo, ainda, um instrumento para futuras pesquisas e debates.

Como processo de conhecimento também buscamos entender a história de colonização da 19ª RAI; levantar os principais indicadores sociais, que caracterizam o território da 19ª RAI; apontar o indicador de mortalidade infantil em territórios da 19ª RAI – administrada pela 22ª Regional de Saúde; e pontuar aspectos da identidade histórica dos territórios delimitados para pesquisa *in lócus* – Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (parecer em Anexo B).

Escolhemos o indicador de mortalidade infantil por este ser referência na mensuração da qualidade da vida social, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Através dele trazemos o problema que pode se tornar o trato generalizado de índices sociais, que camuflam realidades distintas dentro de um mesmo território.

Com aproximadamente 135 mil habitantes e 15 municípios – Ivaiporã, Arapuã, Ariranha do Ivaí, Borrazópolis, Cruzmaltina, Godoy Moreira, Grandes Rios, Faxinal, Jardim Alegre, Lidianópolis, Lunardelli, Rio Branco do Ivaí, Rosário do Ivaí, São João do Ivaí e São Pedro do Ivaí – entendemos que o território da 19ª RAI se configura único e com particularidades que devem ser consideradas.

Através de indicadores do Estado do Paraná (DATASUS, 2016), observamos que a 22ª Região de Saúde – com onze de seus dezesseis municípios referenciados pela 19ª RAI e com sede em Ivaiporã – apresenta taxa de mortalidade infantil (TMI) acima de 10, na maior parte do período delimitado, entre os anos de 2008 e 2015.

Conforme a Organização Mundial de Saúde, a taxa de mortalidade infantil de uma sociedade saudável é de dez (10) óbitos para cada mil (1.000) nascidos vivos. Esta taxa é calculada através da divisão do número absoluto de óbitos em um espaço-tempo pelo número absoluto de nascidos vivos no mesmo cenário (FILHO; MENDES, 1986); realizada a soma multiplica-se o resultado por mil e se tem a taxa, como o modelo a seguir:

Nº absoluto de óbitos infantis

_____ X 1.000 (MIL) = TMI

Nº absoluto de nascidos vivos

No Brasil esse cálculo, denominado *direto*, é adotado em territórios que possuem redes estruturadas em relação ao banco de dados de nascidos vivos e óbitos absolutos, como é o caso das regiões Sul e Sudeste. Em demais territórios, o cálculo pode acontecer de maneira *indireta*. No cálculo indireto são utilizadas estimativas construídas sob técnicas demográficas especiais de institutos de pesquisa, à exemplo do IBGE (RIPSA, 2008).

Outra metodologia está no Pacto de Indicadores da Atenção Básica de 2004¹. A partir dele municípios que não possuem 80.000 (mil) habitantes devem ter a mortalidade infantil referenciada pelo número de óbitos absolutos ou cruzamento de diferentes fontes da rede sobre nascidos vivos e óbitos ocorridos – Ripsa e IBGE.

O uso desta metodologia considera a menor incidência de nascidos vivos em municípios de pequeno e médio porte². Sem o recorte, a taxa de mortalidade infantil seria demasiadamente elevada nesses territórios e o princípio da equidade em saúde, preconizado no SUS, seria desrespeitado por não adequar os serviços de saúde e seus instrumentos à realidade do território.

Nesse ponto poderiam surgir questionamentos quanto ao uso da TMI na 19ªRAI ou na 22ª RS – que é composta por municípios que não ultrapassam 32 mil habitantes, todavia, lembramos que nossa delimitação dedica-se primeiramente ao território administrativo, que no ano de 2015 possuía mais de 130 mil habitantes (IPARDES, 2016).

Na tabela a seguir pontuamos a relação dos números absolutos de óbitos juntamente à taxa de mortalidade infantil na 22ª RS, no período de 2008 a 2015.

¹ Portaria nº 2.394 de 19 de dezembro de 2003.

² Pequeno porte até 20.000 habitantes, médio de 20.001 a 100.000. Discussão no corpo do trabalho.

Tabela 1- Mortalidade infantil em números absolutos e TMI, na 22ªRS, entre os anos de 2008 a 2015

Ano de referência	Número absoluto de óbitos	Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)
2008	26	12,71
2009	27	13,55
2010	29	13,55
2011	30	14,42
2012	19	10,84
2013	32	18,67
2014	12	6,68
2015	-	-

Fonte: Informações de Saúde (TABNET)/Indicadores de Saúde e Pactuações (DATASUS, 2016).

Nossas hipóteses para os índices negativos da TMI estão na baixa cobertura do atendimento ao pré-natal e na dificuldade da gestão em articular o enfrentamento à mortalidade infantil como demanda contínua dos serviços desenvolvidos no território, tendo como instrumento indispensável a construção e uso adequados de indicadores.

Através de nossas hipóteses visamos identificar a relação dos gestores da saúde com o território onde atuam. E se esse território é a base sob a qual os indicadores sociais usados na construção de políticas públicas e sociais – dentre outros investimentos econômicos, culturais, científicos e etc. – são construídos, entendê-lo constitui-se prerrogativa do Serviço Social.

Conforme Abreu (2016), a pesquisa sobre o território, no Serviço Social, aumentou a partir do ano de 2008 “[...] com quinze produções englobando todas as fontes” (ABREU, 2016, p. 256). Isto revela o reconhecimento da necessidade de interlocução entre a produção coletiva da profissão e o território, que compõe seu trabalho.

Entretanto, no Brasil, a discussão sobre a categoria território no âmbito do Serviço Social contempla apenas 104 produções, no período de 10 anos – de 2003 a 2013 (ABREU, 2016). Ainda assim, a autora acredita que exista uma “[...] preocupação com a busca teórica e conceitual do tema, relacionada aos fundamentos para balizar o debate e sua articulação com o Serviço Social [...]” (ABREU, 2016, p. 257).

Não é por acaso, portanto, que o território da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã – administrada na política de saúde pela 22ª RS – torna-se *locus* de nossa pesquisa. Este território – que pode apresentar indicadores aceitáveis em comparação ao quadro geral do Estado – corre o risco de ser esquecido³, por manter-se em uma média não tão boa ou ruim.

Metodologicamente, a delimitação do território acontece por amostra não probabilística intencional, que segundo Costa e Costa (2013, p. 44), utilizamos quando realizamos “[...] julgamento para selecionar membros da população que possam fornecer informações relevantes”, para o trabalho.

É por essa razão, que dentre os onze (11) municípios presentes tanto na 19ª RAI quanto na 22ª Regional de Saúde – Lunardelli, Cruzmaltina, Lidianópolis, Godoy Moreira, Jardim Alegre, Arapuã, Ariranha do Ivaí, Ivaiporã, Rio Branco do Ivaí, Rosário do Ivaí, São João do Ivaí – selecionamos três, para ter uma primeira aproximação com o território.

A delimitação ocorreu porque, embora trabalhemos elementos que abarcam características centrais da 19ª RAI – como indicadores e história colonizadora –, seria inviável nos aproximarmos dos onze municípios no período desta pesquisa. Os territórios selecionados para a aproximação foram: Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí. Eles somam cerca de 27% de nosso universo (11) e se destacam pela referência geográfico-territorial, pelo número de habitantes e ocorrência de óbitos infantis no período pesquisado.

Na Figura 1, observamos que Ivaiporã encontra-se no centro da 22ª RS possuindo entre seus municípios limiformes, Jardim Alegre. Já Rosário do Ivaí localiza-se mais distante do centro administrativo da 22ª RS.

³ Essa crítica não se volta à gestão do Estado com seus representantes do poder público, que estão presentes no território e são parte dele, estamos a considerar a construção de olhares e trabalhos múltiplos, como o interesse de organizações sociais e políticas, pesquisadores, institutos de pesquisa, e etc.

Figura 1 – Mapa da 22ª Regional de Saúde do Paraná



Fonte: Plano Diretor de Regionalização: Hierarquização e Regionalização da Assistência à Saúde, no Estado do Paraná (2009).

De acordo com o último Censo, em 2010 Ivaiporã possuía 31.812 mil habitantes, sendo este o território mais populoso da 19ª RAI. No mesmo ano, Jardim Alegre possuía 12.325 mil habitantes, o que é menos que a metade dos habitantes de Ivaiporã. Igualmente em 2010, Rosário do Ivaí possuía 5.586 mil habitantes, ou seja, menos que a metade de habitantes do território de Jardim Alegre (IBGE, 2010).

Conforme o DataSUS (2016), o número de óbitos infantis nos territórios acompanha a proporcionalidade populacional, ou seja, Ivaiporã apresenta maior ocorrência, seguido de Jardim Alegre e Rosário do Ivaí.

Os sujeitos participantes da pesquisa também foram definidos através de amostra não probabilística intencional. Os sujeitos são secretários municipais da saúde dos municípios de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí, ou seja, uma amostra com três entrevistados para realização de entrevista *in lócus*. A escolha se justifica por eles trabalharem na política pública responsável pelo enfrentamento à mortalidade infantil, a política de saúde. Nela, os sujeitos atuam diretamente com as

demandas do território, ou seja: a população, as determinações sociais e a gestão direta e/ou indireta das ações públicas da saúde municipal.

Para coleta de dados foi utilizado o instrumental da entrevista. A opção pelo instrumento se justifica pela busca de uma maior aproximação com os sujeitos que atuam na gestão da política de saúde do território. A entrevista possui perfil semiestruturado, e:

[...] busca obter informes contidos na fala dos atores. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada [...] (MINAYO, 1994, p. 57).

Os locais e os horários das entrevistas foram definidos pelos sujeitos entrevistados, entendendo que os mesmos precisavam sentir-se confortáveis para contribuir da melhor maneira possível com a pesquisa. O contato com os entrevistados aconteceu através de telefonema.

As entrevistas iniciaram com a apresentação do Roteiro de Pesquisa (Apêndice A) e entrega do TCLE (Anexo C) aos participantes. Após o esclarecimento de possíveis questões as entrevistas passaram a ser gravadas sob aceitação prévia dos sujeitos participantes.

O desenho do espaço-tempo da pesquisa figura entre os anos de 2008 e 2015, e trabalha sob o marco inicial da pactuação de indicadores trazidos com o Pacto pela Saúde realizado pelo Ministério da Saúde em 2006, o mesmo que os municípios da 22ª RS aderiram legalmente em 2008.

O Pacto pela Saúde busca o aprimoramento da gestão da política de saúde tendo como princípio a democratização da mesma, conforme os termos da Constituição Federal de 1988. A prioridade de gestão do referido sustenta-se no Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão do SUS.

Regulamentado pela Portaria Nº 399 de fevereiro de 2006, o Pacto estrutura um modelo administrativo que orienta outras propostas de gestão em saúde, como o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap) instituído pelo Decreto nº 7.508/2011, e seu fortalecimento pelas Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013 – 2015.

Ainda que os modelos de gestão em saúde tenham se transformado, o trabalho com a pactuação tripartite e bipartite⁴, sobre as metas almejadas para os indicadores vigora desde o Pacto pela Saúde. Outrossim, o Pacto pela Saúde torna-se referência, quando se pensa em gestão de indicadores de saúde com metas e objetivos planejados.

Na fase da arte, houve coleta de dados junto a institutos de pesquisas e plataformas nacionais e estaduais de indicadores (DATASUS, IBGE, IPARDES), o que contribuiu para reflexão acerca de determinantes sociais e situação da saúde do território pesquisado. Conforme May (2004, p. 205), esses indicadores que são documentos públicos:

[...] podem nos dizer muitas coisas sobre a maneira na qual os eventos são construídos, as justificativas empregadas, assim como fornecer materiais sobre os quais basear investigações mais aprofundadas [...].

A tabulação dos dados coletados contribuiu na preparação para a pesquisa de campo, e foi utilizada na inferência à fala dos sujeitos participantes. As entrevistas foram trabalhadas através da Análise de Conteúdo (FRANCO, 2012, 17), entendendo que “[...] o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado, e/ou simbolicamente explicitado será o ponto de partida para identificação do conteúdo, seja ele explícito e/ou latente [...]”.

A opção em pesquisar a 19ª RAI aconteceu pela aproximação da mestranda com o território em seu processo de iniciação científica, no período de sua graduação em Serviço Social. Voltado ao município polo da região administrativa – Ivaiporã –, seu primeiro contato com o processo de pesquisa abordou indicadores sociais e encontrou disparidades promovidas pelo fator genérico⁵.

Neste trabalho constatou-se, por exemplo, que apesar de o índice de atendimento de esgoto referido aos municípios atendidos com água em Ivaiporã, não alcançar 15% dos domicílios urbanos (SNIS, 2017) – sendo o percentual ainda menor

⁴ Esse tripartite refere-se a articulação entre os três entes federativos: o Federal, o Estadual e o Municipal. O Bipartite refere-se à duas instancias dos entes federativos.

⁵ Resultado da pesquisa “Estado na regulação da sociabilidade: realidade socioeconômica e a promoção à integração ao mercado de trabalho pela assistência social no município de Ivaiporã/PR”, publicado em Boletim/CLCH – Universidade Estadual de Londrina – em 2016. ISSN: 0102-6968.

no meio rural –, o IDH⁶ e o próprio indicador da saúde municipal figurava acima de 0,7 em 2010 (IPARDES, 2014), ou seja, um alto índice⁷, que dificulta o reconhecimento de necessidades locais e conseqüentemente interfere na resposta à particularidades.

Poderíamos dizer que o interesse em refletir esse território provém dessa aproximação com a complexidade intrínseca ao território contemporâneo, porém, a legitimação da pesquisa supera uma indagação individual. Nosso exercício encontra-se com o compromisso crítico de desvelar a realidade através da totalidade histórica (BOURGUIGNON, 2008).

A 19ª RAI é um território que como tantos outros no Brasil que pode ser negligenciada por apresentar indicadores sociais considerados aceitáveis, quando seu interior é heterogêneo e demanda olhares e respostas condizentes com suas necessidades – que utilizam, mas superam a representação aritmética da realidade (KOGA, 2011).

Nossa pesquisa também se justifica pelo fato de o assistente social ser caracterizado como profissional de saúde – Resolução CFESS Nº 383/99 – e por essa profissão:

[...] carregar em seu processo de constituição da identidade profissional – em seu modo de ser e de aparecer – uma grande reponsabilidade: eficácia no processo de enfrentamento das demandas sociais em sua natureza objetiva e subjetiva. No processo institucional, por vezes não fica claro que há determinações universais que impedem o equacionamento dessas questões. Assim, a pesquisa se constitui como alternativa necessária para o enfrentamento da real identidade profissional, no âmbito da divisão sócio-técnica do trabalho (BOURGUIGNON, 2008, p. 138).

E ainda que nos pese o desafio interdisciplinar de refletir esse objeto utilizamos dos referenciais da Geografia e da Saúde Coletiva para desenvolver aquela que se torna atribuição primária ao Serviço Social – quando se entende o papel social da profissão – a pesquisa, enquanto desvelamento da realidade.

É com o objetivo de analisar a percepção de gestores da saúde em relação ao enfrentamento à mortalidade infantil em territórios da 19ª Região

⁶ Índice de Desenvolvimento Humano, legitimado em 1990 a partir de ser adotado pelos Relatórios de Desenvolvimento Humano (RDH) da ONU. O IDH possui como leitura da qualidade de vida de uma população os indicadores de longevidade (saúde); educação e renda. Nome expoente dessa produção é Amartya Sen.

⁷ Conforme o IPARDES, o índice varia de 0 (zero) a 1 (um) e apresenta as seguintes faixas de desenvolvimento humano municipal: 0,000 a 0,499 - muito baixo; 0,500 a 0,599 - baixo; 0,600 a 0,699 - médio; 0,700 a 0,799 - alto e 0,800 e mais - muito alto.

Administrativa de Ivaiporã/PR, que eixos de análise foram construídos no corpo da pesquisa. Os eixos buscam inferir sobre o uso do território na percepção dos secretários municipais de saúde.

No primeiro capítulo, objetivamos localizar o leitor sobre o território estudado. Ele traz elementos caracterizadores da norte paranaense, da 19ª RAI, e dos municípios delimitados como campo de aproximação junto aos gestores municipais da saúde, sendo eles: Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí.

Para construção do presente, utilizamos de revisão bibliográfica e outros indicadores e mapas coletados junto a institutos de fomento de pesquisa nacional e estadual e sites oficiais (prefeituras). No segundo capítulo, realizamos uma discussão acerca da categoria território. A centralidade teórica se encontra nos referenciais de Milton Santos (2006), Dirce Koga (2011), David Harvey (1993; 2011), e demais autores comprometidos com a historicidade dialética do território.

O eixo de análise deste capítulo está no *uso do território pela 19ª RAI*. Nele, buscamos provocar a consciência sobre a centralidade do território na organização da sociedade, e discutimos a importância em se trabalhar a construção do indicador social, enquanto um instrumento mensurador da realidade objetiva e subjetiva de vida. Há, também, a fala dos secretários municipais de saúde quanto as suas percepções sobre o território e indicadores sociais.

Optamos pela dinâmica de analisar as entrevistas no desenvolvimento do relatório, porque entendemos que as contribuições dos sujeitos, à luz do referencial teórico, permitem uma maior aproximação da realidade encontrada na pesquisa. O terceiro e último capítulo aborda o papel do Estado Moderno na organização da vida social. Aqui, pontuamos territórios expoentes no marco dos sistemas de proteção social contemporâneo e realizamos uma introdução da proteção social brasileira.

Utilizamos da abordagem para mostrar a vinculação entre os sistemas de proteção social – historicamente estruturados sobre a esfera da saúde – e os territórios que o sustentam. Além de revisão bibliográfica foram utilizados autores e legislações pertinentes ao tema. O eixo de análise que norteia o capítulo está na *análise sobre o enfrentamento da mortalidade infantil*.

Com respaldo na discussão da proteção social, na qual abordamos a política de saúde brasileira – estruturada no SUS – e o Pacto pela Saúde inferimos

acerca do perfil da mortalidade infantil no território da 19ª RAI, e nos municípios de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí. No interior da discussão analisamos a fala dos secretários municipais de saúde em relação, por exemplo, aos instrumentos municipais de enfrentamento à mortalidade infantil e a atual avaliação do indicador e metas pactuadas.

1 19ª REGIÃO ADMINISTRATIVA DE IVAIPORÃ NO TERRITÓRIO NORTE PARANAENSE: LOCALIZANDO O LEITOR SOBRE O LÓCUS DA PESQUISA

O presente capítulo trabalha o processo de colonização do território norte paranaense, que é o *lócus* sobre o qual a pesquisa procura analisar “A percepção de gestores da saúde em relação ao enfrentamento à mortalidade infantil em territórios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã/PR”.

Em síntese, ele objetiva localizar o leitor sobre o território estudado. Assim, traz elementos caracterizadores da norte paranaense, da 19ª RAI, e dos municípios delimitados como campo de aproximação junto aos gestores municipais da saúde, sendo eles: Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí. Vamos a ele.

De acordo com registros arqueológicos, o norte do Paraná é habitado há milhares de anos – certamente há sete mil anos – pela tradição Humaitá e índios Guarani, Kaingang e Xetá (MOTA; NOELLI, 1999). Conforme Gonçalves (1999), o território pode ser o primeiro povoado na América do Sul.

Todavia, a marca do território norte paranaense sustenta-se em sua habitação pelos desbravadores e pioneiros dos anos de 1940. Eles foram homens, que migraram para o território em busca de propriedade rural sob a promessa governamental desta ser uma terra inteiramente fértil. Para TOMAZI (1999, p. 52):

Muitas e enormes são as reiteraões que se encontram nos discursos que analisam a (re) ocupação da região situada ao norte do estado do Paraná do ponto de vista de quem domina, não só na academia, mas também nos vários meios de comunicação e nas instituições que segregam a memória histórica, como os museus e centros de documentação.

No início do século XX, o território denominado de *sertão* por Getúlio Vargas habitava posseiros, índios, caboclos e outras etnias (NETO, 2012). Mas a história oficial silencia essa parte e coloca o território como desabitado antes dos chamados desbravadores e pioneiros. Mas Tomazi (1999), denuncia a existência de conflitos presentes no desbravamento norte paranaense, expondo o papel do Estado e de grandes produtores rurais, que financiam a (re)ocupação - resultante da derrubada de matas e abertura para o agronegócio.

A (re)ocupação norte paranaense sustenta-se no requerimento de títulos e parcialmente através de empresas como a CTNP (Companhia de Terras do

Norte do Paraná)/CMNP (Companhia de Melhoria do Norte do Paraná). Os embates sobre a propriedade das terras figuram entre uso da força econômica e física.

Grandes fazendeiros e familiares usam de matadores e jagunços para aumentar suas posses e isso fica exposto na fala de simpatizantes de companhias de terras, que afirmam o uso de coisas *necessárias*⁸ para o domínio e a sustentação da propriedade da terra (TOMAZI, 1999). O autor explica, que infelizmente a violência e a exclusão não são prerrogativas da história de (re)ocupação do norte paranaense, mas uma constante presente na história nacional – quando se trata de novas ocupações.

Para Tomazi (1999), o discurso oficial sobre ser a CTNP/CMNP a grande administradora de povoamento do território configura uma história amena sobre o sangue derramado pelos conflitos sobre a terra. E apesar da Companhia possuir uma pequena participação⁹ na administração dessa terra, o pesquisador aponta para o fato de percentual das terras levadas à Companhia terem sido usurpadas de posseiros, que nela habitavam a tempo suficiente para se tornarem os proprietários.

O trabalho e a propaganda sobre a ocupação do território considerado habitado por *selvagens* (GONÇALVES, 1999) serve, na verdade, para desapropriar antigas populações em benefício de um domínio agrário de poucas famílias, e para a rentabilidade de Companhias creditadas para o espraiamento da modernização.

Com estruturação da pequena propriedade criada para povoar o norte paranaense a identidade do território é transformada. Desbravadores e pioneiros tornam-se piões responsáveis pela abertura de caminhos nas matas e pela transformação do lugar – inicialmente habitado por homens distantes da modernidade desejada pelos centros econômicos e produtivos.

Neto (2012) pontua, que o momento em que o norte paranaense passa a ser (re)ocupado marca o início do pioneirismo brasileiro. Para ele, a (re)colonização do território, também evidencia que o bandeirantismo sustenta-se sob uma posição discriminatória, uma vez que essa (re)ocupação:

⁸ Refere-se à pesquisa de Tomazi, na qual revela-se que, Jorge Cervev, simpatizante da CTNP assume que a Companhia fez *determinadas coisas que ela mesma não nega* (TOMAZI, 1999. p, 70). Coisas ligadas ao uso da violência.

⁹ No início do século XX, a companhia adquire cerca de 20% das terras devolutas do Estado, tidas como improdutivas e as vende à interessados. Sobre: Gonçalves (1999).

[...] não deveria acontecer com os escravos libertos e seus descendentes, mas com imigrantes que “encerrava em si a representação do cidadão ideal para o Brasil (NETO, 2012, p. 99).

Um cidadão ideal, que tem pele clara e não sofreu por séculos o peso do chicote, que subjuga a humanidade de pessoas escravizadas. Essa busca pelo cidadão ideal ignorava que nos territórios mais remotos desse Brasil:

Todo brasileiro, mesmo o alvo de cabelo louro, traz na alma, quando não na alma e no corpo – há muita gente de jenipapo ou mancha mongólica pelo Brasil – a sombra, ou pelo menos a pinta, do indígena ou do negro. No litoral, do Maranhão ao Rio Grande do Sul e em Minas Gerais, principalmente do negro. A influência direta, ou vaga e remota, do africano (FREYRE, 2003, s.p.).

Quanto a economia presente na (re)ocupação norte paranaense, realizada na primeira metade do século XX, Tomazi (1999), Gonçalves (1999) e Flores; Silva; Santos (2010), explicam que a mesma se solidifica sobre a produção cafeeira – propícia para a terra roxa e fértil de grande parte do território. Para Júnior [19--], ainda no 1ª ciclo do café (1889 - 1914), pode-se observar uma tímida investida do cultivo do grão no território – questão que acontece através da marcha para o oeste paulista.

Flores; Silva; Santos (2010, p. 229) assinalam que para essa (re)colonização foi “[...] necessário desaparecer a mata para que se pudesse observar o mar de plantações que se apresentariam então, nestas tão conhecidas e valorizadas terras roxas do Norte do Estado do Paraná [...]”. De acordo com os autores esse processo revela a valorização do econômico em detrimento do meio ambiente – território comum da/para a vida humana ou não.

Segundo Gonçalves (1999), a peculiaridade norte paranaense carrega uma história oficial, que enaltece o papel dos desbravadores e pioneiros e expõe o território de maneira deslocada dos reais conflitos políticos, econômicos, sociais, ambientais e geográficos, intrínsecos ao local. Sobre o povoamento do território norte paranaense, GONÇALVES (1999, p. 93-94), expõe que:

No início, sua ocupação vertiginosa: entre as décadas de 40 e 50, a região foi umas das áreas mais dinâmicas do país em termos de absorção de imigrantes. Depois, sua não menos espantosa perda de população nas três décadas seguintes, ela não apenas foi caracterizada por forte estabilização, como chegou a conhecer na maioria dos municípios, taxas permanentemente

declinantes. Inegavelmente, foi o processo de expansão do complexo cafeeiro pelas áreas setentrionais do Paraná que sustentou um crescimento tão intenso da população. Ao mesmo modo, foi seu declínio que provocou perdas igualmente imensas tanto em termos do Estado quanto da área específica do (Norte-Novo).

Se no início do século XX a população sumariamente rural e agrária encontra no café seu campo de trabalho e sustento – a monocultura cafeeira contribuindo para o esgotamento do solo e devastação de matas –, com a crise do café de 1973 e a grande geada de 1975 a realidade do território se transforma consideravelmente.

A partir da década de 1980 a manutenção de terras por parcela de pequenos produtores torna-se inviável devido à situação do café, no território e no país. Desde então, o norte paranaense acompanha uma inversão do fluxo migratório ocorrido no início do século XX. Essa inversão, entretanto, não se esgota no território paranaense, mas abarca uma expressão nacional. Conforme Beltrão, Camargo e Kanso (2004), a dinâmica populacional brasileira deve ser pensada dentro de três grandes períodos: entre 1860-1930; 1940-1970; e 1970 aos dias atuais.

No primeiro momento (1860-1930) o país é marcado por intensa imigração internacional, que faz aumentar a fecundidade¹⁰ nacional, mas não sustenta a dinâmica populacional devido as altas taxas de mortalidade. Nesse período, a população se concentra majoritariamente nas áreas rurais.

De acordo com os autores, a partir de 1940 a imigração internacional diminui consideravelmente e junto há expressiva queda da mortalidade e fecundidade nacional. Entre 1940 e 1970, também acontece o maior crescimento demográfico brasileiro, estando o auge nas décadas de 1950 e 1960, mesmo período em que Arretche (2004) aponta haver a intensão de uma descentralização administrativa do Estado, através da Constituição Federal de 1948.

No final dos anos de 1970, porém, inicia-se uma inversão na dinâmica populacional brasileira, que passa a diminuir. E além da queda da fecundidade, observada já no período anterior (1940-1970), há um amplo movimento de êxodo rural e de migração da população de municípios menores de 20 mil habitantes para os grandes centros urbanos.

¹⁰ Média de filhos que a mulher gera no final de sua vida reprodutiva.

Beltrão, Camargo e Kanso (2004) pontuam que entre os anos de 1991 e 2000, cerca de 4 milhões de pessoas saíram do território rural para o urbano. E nos anos 2000 aproximadamente 17% da população brasileira residia nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. Eles explicam que:

Aproximadamente 12 milhões de pessoas deixaram a área rural na década de 1960, o que correspondeu a 1/3 da população aí residente. Nos anos 1970, esse volume se levou para 16 milhões, representando 38% do contingente rural. Por outro lado, nos anos 1980, esse volume decresceu para 12,5 milhões, o que constituía 32% da população rural de 1990 [...]. Nos anos 1990, 11,4 milhões de pessoas deixaram a área rural, o que constituía 31,4% da população rural de 1990 (BELTRÃO, CAMARGO e KANSO, 2004).

Portanto, mesmo que a monocultura cafeeira protagonize a colonização do *sertão* norte paranaense, sua queda não consegue explicar a complexidade da dinâmica populacional que se desenvolve nesse *território*, composto por características globais e locais (SANTOS, 2006).

Nesse quadro, vimos que a participação do Estado na colonização norte paranaense aparenta ser incipiente, uma vez que a história contada relega a instituição à mera mediadora entre os supostos *acordos civis pacíficos*, realizados pelos antigos moradores e os novos proprietários da terra, entretanto, para Gonçalves (1999), essa aparente isenção participativa do Estado revela uma pactuação política.

O autor expõe que sem a cumplicidade entre a instituição pública burocrática e as elites dominantes nada do aconteceu seria possível, e ele questiona:

[...] Pois bem: quem exerceu efetivamente o poder público no “Norte-Novo do Paraná”? Quem perseguiu militantes de esquerda que tentaram fundar ligas camponesas ou sindicatos de trabalhadores rurais, nos anos 50 e 60? Quem manteve, a ferro e fogo, o controle sobre as demandas populares no Estado Novo (1937-1945) e, depois durante a ditadura militar? (GONÇALVES, 1999, p. 111).

Com efeito, a denúncia sobre a participação efetiva do Estado na reorganização e constituição da identidade do norte do Paraná, no início do século XX, mostra-se legítima. A omissão/conivência da ação direta da burocracia estatal e a força armada do Estado fez com que as populações indígenas, quilombolas, posseiros, etc. lutassem em condições desiguais, quando se refere à luta da posse por esse território. Território, que Getúlio Vargas afirma publicamente ser um *sertão*, quando na verdade há muito tempo estivera habitado (NETO, 2012).

Interessa expor, também, que apesar da história de (re)colonização ser comum ao território brasileiro – no sentido de conflitos de poder – a região se mostra dinâmica e diversa. Dentro do território existe uma pluralidade de abrangência administrativa e geográfica. Dentre as divisões que o compõe encontramos classificações como: norte pioneiro, norte novo e norte novíssimo (FLORES; SILVA; SANTOS, 2010).

Para Gonçalves (1999), no entanto, é apenas com a queda do ciclo cafeeiro que as particularidades dos territórios passam a ser estudadas e trabalhadas de maneira mais abrangente e comprometida. Ele acredita que:

Ao contrário dos moldes regionais propostos pelos geógrafos do IBGE e da USP, que aderiram a enfoques usualmente estatísticos como se a combinação entre a colonização dirigida baseada na cafeicultura e as qualidades naturais da região fosse responsável por sua paisagem definitiva, [A história oficial] não deu abertura para a apreensão das relações sociais (GONÇALVES, 1999, p. 92).

Conforme o autor, pesquisas mais atentas sobre o território norte paranaense emergem na década de 1980, possibilitando a construção de uma narrativa mais local e comprometida com fatos históricos e com os embates de poderes, que são reais e importantes. Com essa narrativa de proximidade torna-se possível uma compreensão mais realista sobre os desafios estruturais e conjunturais que a população vive.

O norte do Paraná, como espaço singular na razão global revela a interconexão mundial entre as relações sociais e seus territórios usados para vida social. Sob a contribuição de Santos (1986; 2006), entendemos que o território em questão elucida a relação dialética, que aproxima e ao mesmo tempo afasta sua relação com o fluxo social local, nacional e mundial.

A (re)colonização violenta e excludente; o domínio de terras ambientalmente ricas para uso da cultura agrária de grande porte; as delimitações geográficas sob a perspectiva agrária e de monocultura; e o investimento no ciclo cafeeiro para fins estritamente privados são aspectos que superam o território local e encontram respostas na totalidade nacional e mundial, que se move pela organização do capital.

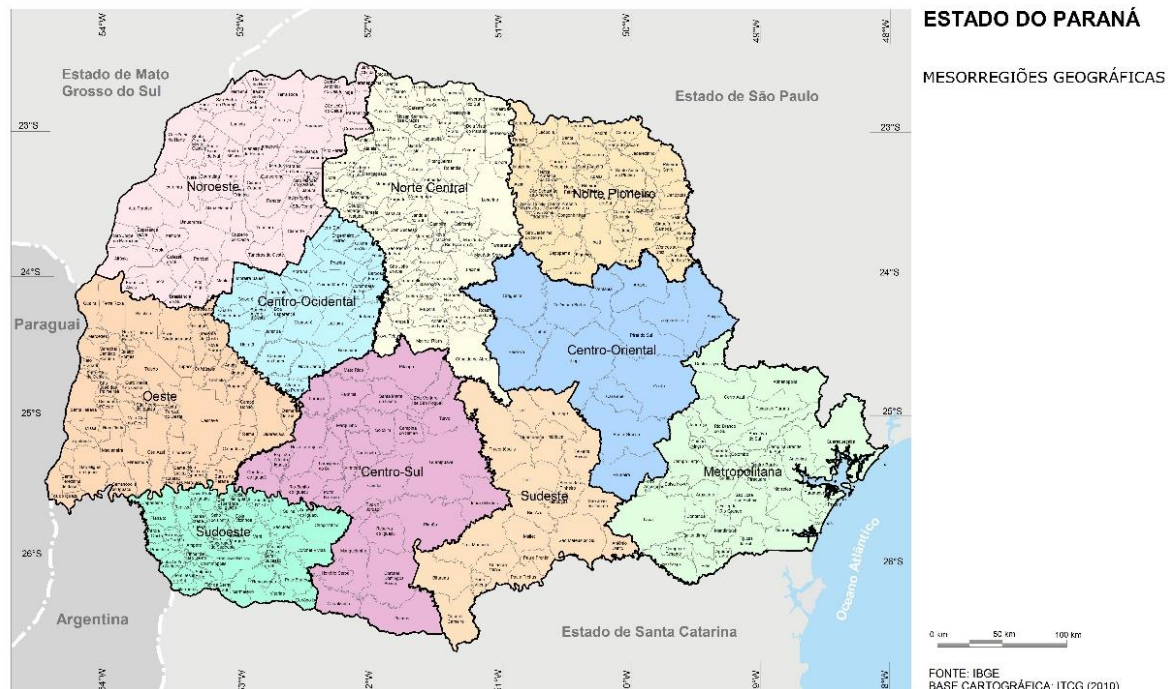
O discurso oficial da (re)colonização deste território minimiza a complexidade impressa sobre as relações sociais encontradas na história da

população. Destarte, apreender as particularidades próprias do norte paranaense – que possui uma das maiores divisões políticas do Paraná, desde a década de 1950 (ver Anexo A) – pode se tornar um caminho para o enfrentamento de demandas peculiares a ele.

1.119ª REGIÃO ADMINISTRATIVA DE IVAIPORÃ: UM TERRITÓRIO DO NORTE CENTRAL PARANAENSE

Na divisão geográfica do Paraná, o norte paranaense denomina-se macrorregião norte contendo “[...] 97 municípios e aproximadamente 24,26% da população do Paraná” (PARANÁ, 2010, p. 192). Ilustrado na Figura 2, observamos que a área de abrangência territorial compõem três subdivisões, ou mesorregiões: o Norte Pioneiro, o Noroeste e o Norte Central sobre o qual nos debruçamos.

Figura 2 - Mesorregiões geográficas do Estado do Paraná



Fonte: Mapas/ Base física e política – IPARDES (2010).

O Norte Central Paranaense conta com 79 municípios referenciados, sendo o maior território com municípios do Estado do Paraná. O território possui a

segunda maior população do Estado, 2.210.574 habitantes, perdendo apenas para a Região Geográfica Metropolitana de Curitiba (PARANÁ, 2010). Segundo o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social:

[...] no início da década de 1970 a mesorregião era a mais populosa do Paraná, particularmente em termos rurais, concentrando quase 1/4 da população estadual. A significativa contribuição da economia regional se expressava na elevada participação de 25,2% do VAF do Estado, em 1975. Posteriormente, a mesorregião registrou uma queda expressiva em sua participação, passando a representar, em 2000, 14,3% do total, situando-se na segunda posição em termos de geração de riqueza no Paraná [...] (IPARDES, 2004, p. 16)¹¹.

Conforme estimativa do IBGE, em 2015 os municípios mais populosos da mesorregião Norte Central são Londrina com 548.249 mil habitantes, Maringá com 397.437 e Apucarana com 130.430 mil habitantes.

Na relação dos municípios do Paraná, ordenados segundo as mesorregiões e as microrregiões *geográficas* do IBGE (IPARDES, 2012), o território Norte Central possui oito microrregionais: Apucarana, Astorga, Faxinal, Florai, Londrina, Maringá, Porecatu e Ivaiporã.

Essas microrregiões cumprem um papel administrativo na organização geográfica e política do território. A divisão observa o eixo normativo da autonomia político-administrativa dos entes federados – disposto no Título III, Capítulo I, Art. 18. da Constituição Federal de 1988. Bem como, a Lei Estadual Nº 15.825/08, que trata das Regiões Geográficas no Paraná.

Sobre o território Norte Central, o relatório sobre regiões paranaenses (IPARDES, 2004) o compreende como importante contribuinte na produção agropecuária do estado, e pondera:

Sua base agropecuária manteve-se como uma das mais competitivas do Estado, tendo apresentado, na última década, importante expansão da produção e dos níveis de produtividade, reforçando sua articulação com a agroindústria e/ou o mercado internacional. Embora esse desempenho se deva em muito às culturas de soja e milho, há que se destacar o avanço recente de atividades que constituem alternativas para a produção familiar, particularmente a fruticultura. Outra característica importante da base produtiva é a sua organização em cooperativas, com estrutura gerencial e de mercado comparada à de grandes empresas, alicerçando parcela expressiva da produção agroindustrial da região e do Estado (IPARDES, 2004, p. 16).

¹¹ Sobre VAF: ver § 1º e 2º do art. 3º, da Lei Complementar Federal 63/90.

Contudo, não são todos os territórios intra-mesorregião que acompanham a positividade no índice produtivo e desenvolvimento econômico. Apesar de estarem *georreferenciadas* no mesmo quadrante, as microrregiões e seus municípios expressam diversidades quanto à estrutura e demanda territorial.

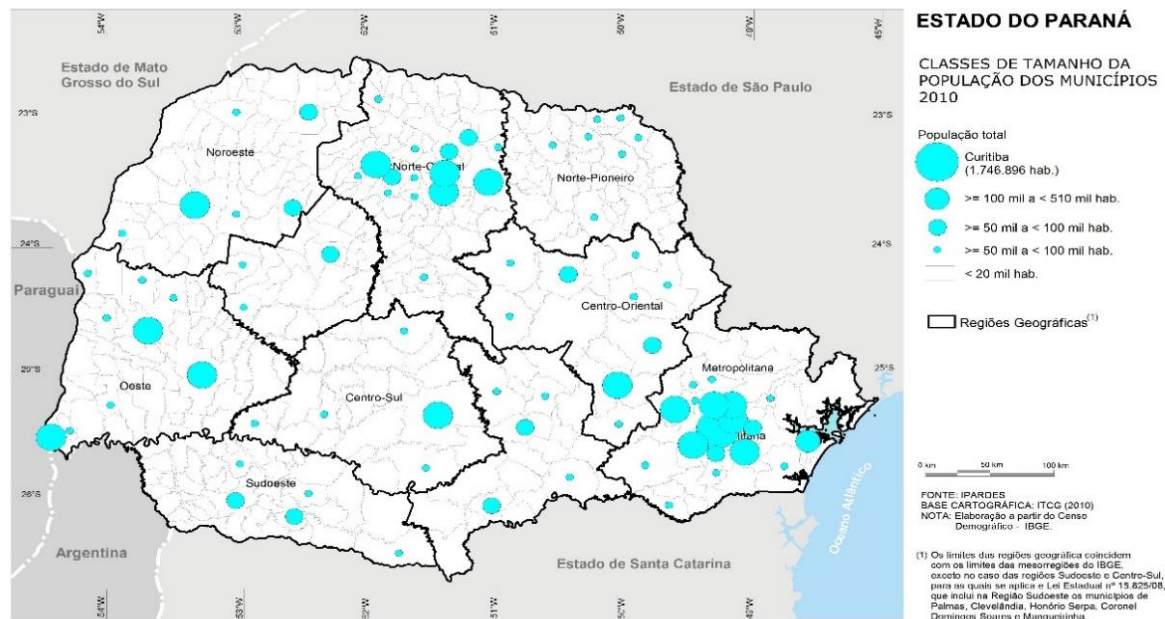
De acordo com o Ipardes (2004), as microrregiões demonstram avanços e desafios, que se diferem entre si conforme o seu desenvolvimento econômico. Polos científicos e tecnológicos como Londrina e Maringá apresentam índices positivos no que tange a serviços básicos de educação, saúde e renda. Mas, na mesorregião:

Os indicadores relativos à dimensão social apontam para a forte heterogeneidade entre os municípios. De modo geral, o conjunto de municípios que compõem o eixo Londrina-Maringá apresenta as situações mais favoráveis em termos do IDH-M, com algumas exceções em municípios periféricos aos polos. A porção sul, com proporção ainda importante de residentes rurais, reúne a maior parcela de municípios em posições mais desfavoráveis quanto aos diversos indicadores sociais. Ao norte/noroeste da mesorregião observa-se um comportamento intermediário em termos da situação social da população (IPARDES, 2004, p. 17).

Microrregiões e/ou municípios limiformes aos centros científicos e tecnológicos da *mesorregião* norte central podem expressar indicadores positivos, mas uma expressiva adversidade figura em regiões mais afastadas desses polos como se verifica no sul da *mesorregião*.

Os relatórios sobre regiões paranaenses e sobre indicadores de saúde do Paraná, realizados respectivamente pelo Ipardes (2004) e pela SESA (2010), apontam desafios para territórios ao sul da *mesorregião*, onde se encontram municípios de pequeno porte populacional, como vemos na figura a seguir.

Figura 3 - Tamanho da população dos municípios do Paraná - relação 2010



Fonte: Mapas / Base demográfica e social – IPARDES (2010).

De acordo com Backschat (2015), no Brasil, dos 5.561 municípios 73,26% são caracterizados como pequeno porte, ou seja, possuem até 20 mil habitantes. No Paraná, a estimativa é ainda maior, dos 399 municípios 80% são de pequeno porte. A pesquisadora explica que:

Acima desse montante, cidades com população residente de 20.001 a 100.000 habitantes são classificadas como cidades médias e representam 22,69% das cidades. As cidades de 100.001 até 500.000 são consideradas grandes cidades, representando 3,4% e aquelas cidades com mais de 500.000 habitantes são consideradas metrópoles, com um percentual de 0,55% das cidades brasileiras (BACKSCHAT, 2015, p. 73)¹².

Dentre os territórios acima apontados com desafios de desenvolvimento econômico e social encontramos a microrregião de Ivaiporã. Embora seja composta por municípios de pequeno porte¹³, a microrregião de Ivaiporã é a quinta mais populosa dentre as oito microrregiões geográficas da mesorregião norte central. Pela estimativa do IBGE, no ano de 2016, o número de habitantes no território será de 136.714 (IPARDES, 2016).

¹² Apesar da diferente terminologia utilizada – cidades ao invés de município – a abordagem conceitual da autora nos possibilita trabalhar a similaridade dos termos, uma vez que, ela reconhece a cidade como território usado de uma unidade federativa. Sobre: Backschat (2015).

¹³ O município da microrregião com maior número populacional é Ivaiporã, que em 2010, possui cerca de 31 mil habitantes (IBGE, 2010).

Quanto à *divisão administrativa do Paraná*, em que os municípios podem compor *georreferenciamento* diferente do disposto na *divisão geográfica*, o território de Ivaiporã possui 15 municípios – e de acordo com estimativas do IparDES apresenta 128.455 mil habitantes, em 2015.

Na *divisão administrativa* sob a qual construímos nossa análise, a região de Ivaiporã é denominada como 19ª Região Administrativa de Ivaiporã (RAI). Ela foi criada em 05 de janeiro de 1990, através da Lei Complementar nº 49 – conforme o caderno “Regionalização Administrativa do Estado do Paraná: levantamento da legislação” (IPARDES, 2015), a composição do território sofre alterações com inclusão de municípios criados a partir de 1993, que sem legislação pertinente, foram referenciados na mesma regionalização dos municípios de sua origem.

A exemplo do Paraná a 19ª RAI é um território essencialmente agrícola, mas possui suas particularidades. Para melhor entendê-la apontamos características e elementos socialmente utilizados para pensar o território contemporâneo. Utilizamos de dados de institutos de pesquisa como IPARDES e IBGE buscando nos aproximar do território, mas pontuamos que este se configura apenas um instrumento metodológico do processo de conhecimento sobre o território usado (KOGA; SANTOS, 2011, 2006).

Utilizando dos indicadores sociais disponibilizados mais recentemente observemos a imagem do território administrativo da 19ª RAI. Imagem, que sendo construída e gerenciada por instituições públicas, servem como lupa informacional do/para o Estado. Sobre a disposição dos municípios do território vejamos a Figura 4:

Figura 4 - Municípios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã



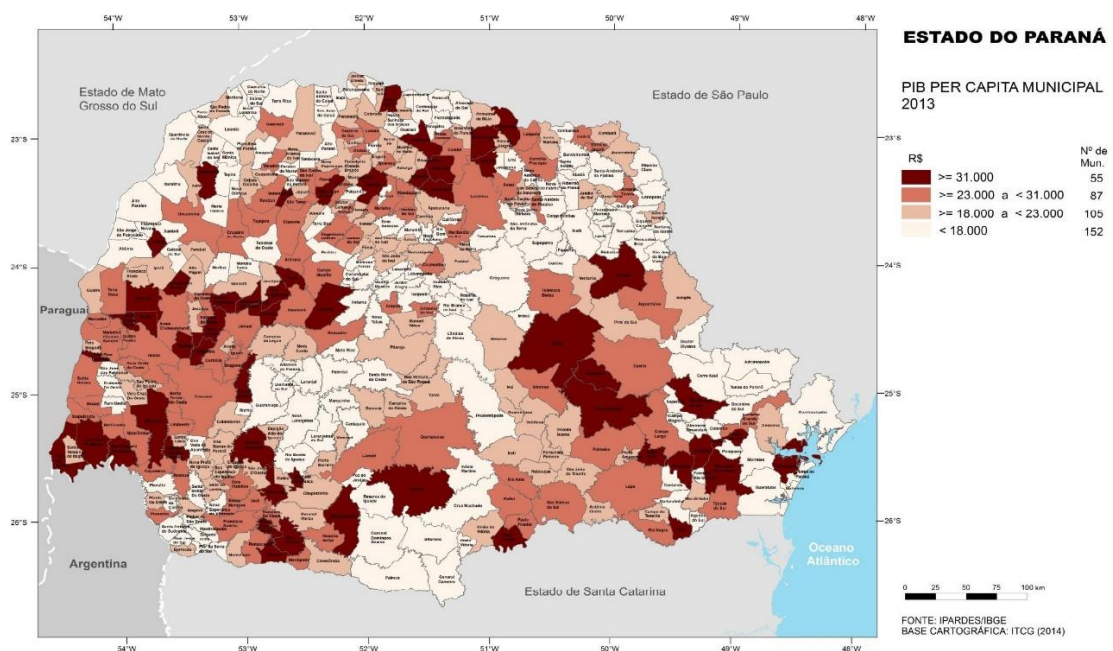
Fonte: Mapas/ Região Administrativa – IPARDES (2015).

Como ilustra a figura os municípios que compõem o território denominado 19ª RAI (Região Administrativa de Ivaiporã) são: Ivaiporã, Arapuã, Ariranha do Ivaí, Borrazópolis, Cruzmaltina, Godoy Moreira, Grandes Rios, Faxinal, Jardim Alegre, Lidianópolis, Lunardelli, Rio Branco do Ivaí, Rosário do Ivaí, São João do Ivaí e São Pedro do Ivaí.

De acordo com o mapa “Bacias e sub-bacias hidrográficas do Paraná” da base ambiental do IparDES (2014), os quinze municípios que compõem a RAI, são banhados pelo Alto Ivaí. Em relação à disponibilidade hídrica dos municípios (IPARDES, 2014), identificamos que como na maior parte do território paranaense, nos municípios da RAI, a variável se mostra positiva e abundante.

Todavia, ao analisarmos o mapa de base ambiental, que trata sobre o “Potencial de uso do solo paranaense” (IPADES, 2015) constatamos que o território, onde se encontra os municípios da 19ª RAI, apresenta sérios desafios relacionados à presença de erosão no solo. Em relação aos dados econômicos do território da 19ª RAI, vemos na figura a seguir, que o território que é majoritariamente agrícola, não apresentando altos índices em relação à participação do PIB *per capita municipal* paranaense.

Figura 5 – Mapa paranaense sobre o PIB *per capita municipal*, para o ano de 2013



Fonte: Mapas/ Base econômica – IparDES (2013).

A figura abaixo, que é uma aproximação da Figura 5, ilustra que dentre os municípios da 19ª RAI, Cruzmaltina, Arapuã e Ariranha do Ivaí possuem os indicadores mais elevados em relação ao PIB *per capita* municipal. O indicador das três figuras entre maior de 23.000 mil e menor de 31.000 mil reais estando eles junto a outros 87 municípios do Paraná, com o mesmo perfil de indicador (IPARDES, 2013).

Figura 6 - Mapa paranaense sobre o PIB per capita municipal, para o ano de 2013 - Região Administrativa de Ivaiporã



Fonte: Mapas/ Base econômica – Ipardes (2013).

Também nas Figuras 5 e 6 identificamos que os municípios de Godoy Moreira, Grandes Rios, Lidianópolis, Lunardelli, Ivaiporã, Rio Branco do Ivaí e Rosário do Ivaí, apresentam um PIB *per capita municipal* inferior à 18.000 mil reais, estando eles entre os 152 municípios do Paraná, com o menor índice de participação.

Nas mesmas figuras, Borrazópolis, Faxinal, São João do Ivaí e São Pedro do Ivaí, apresentam PIB *per capita municipal* maior que 18.000 mil reais e menor que 23.000 mil reais. Esses municípios se encontram na mesma faixa de indicador que outros 150 municípios do Paraná.

Conforme o mapa de “Valor bruto da produção agropecuária no Paraná” da base econômica do Ipardes (2014), no ano de 2014, a 19ª RAI, esteve entre as regiões com as menores participações do Paraná – nesse quesito – apesar do território compor cooperativas agrícolas de grande porte como a COCARI e a COAMO. Ainda no fator agropecuária, conforme o IPARDES (2015), entre os anos de

2009 e 2012, o Valor Adicionado Bruto (VAB) à preços básicos (R\$ 1.000,00)¹⁴, na RAI, apresenta a seguinte variação:

Tabela 2 - Variação em relação ao valor adicionado bruto a preços básicos (R\$ 1.000,00), na agropecuária da 19ª RAI, entre os anos de 2009 e 2012

Município	Ano 2009	Ano 2012	Variação Percentual (%)
Arapuã	16.725	27.392	63,8
Ariranha do Ivaí	13.844	23.777	71,7
Borrazópolis	19.623	33.299	69,7
Cruzmaltina	19.964	24.265	21,5
Faxinal	47.371	48.289	1,9
Godoy Moreira	8.667	13.661	57,6
Grandes Rios	17.876	23.267	30,2
Ivaiporã	33.791	38.166	12,9
Jardim Alegre	20.506	30.122	46,9
Lidianópolis	10.517	14.938	42,0
Lunardelli	11.566	15.560	34,5
Rio Branco do Ivaí	15.134	31.384	107,4
Rosário do Ivaí	16.289	19.524	19,9
São João do Ivaí	32.563	43.535	33,7
São Pedro do Ivaí	20.649	36.962	79,0

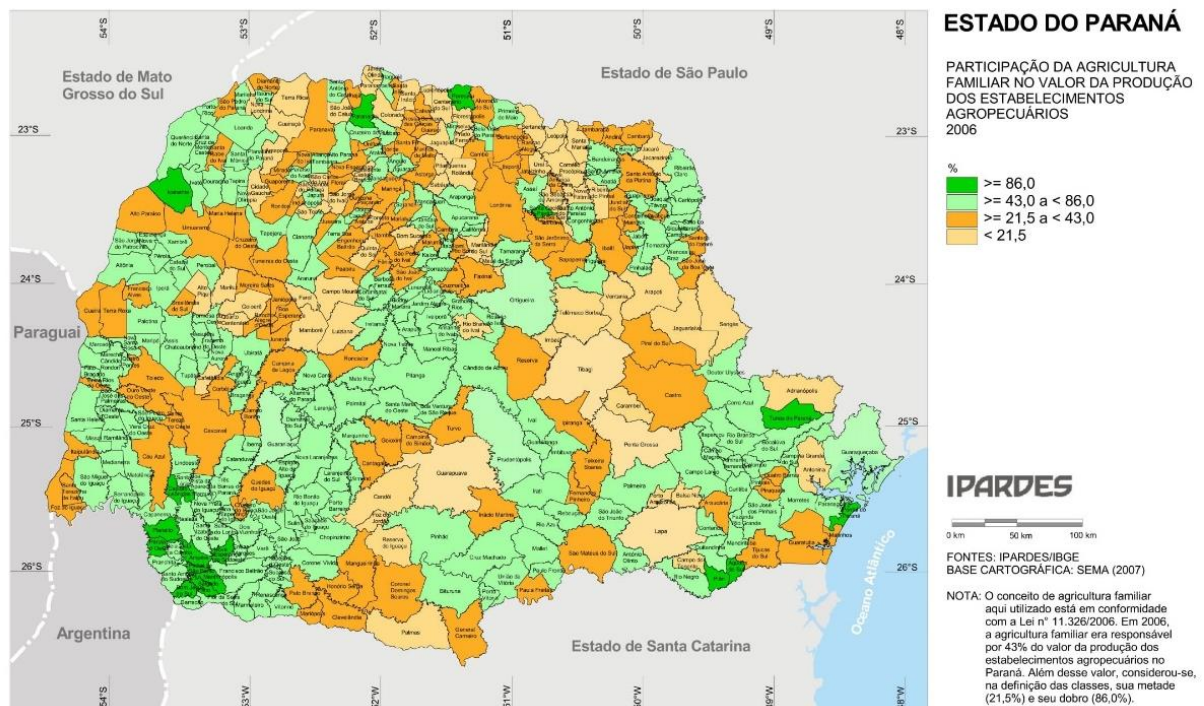
Fonte: Dado sistematizado pela autora a partir dos indicadores dos municípios integrantes da Região Administrativa de Ivaiporã - IPARDES (2015).

¹⁴ Conforme o IBGE, “o valor adicionado bruto é sempre calculado a preços básicos (exclui qualquer imposto e qualquer custo de transporte faturado separadamente e inclui qualquer subsídio sobre o produto)”. Sobre: BRASIL. IBGE. Contas nacionais N° 43/Produto interno bruto dos municípios (2012). Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Pib_Municipios/2012/pibmunic2012.pdf>. Acesso em: 06 de maio de 2017.

Observamos, no período, que o município com maior crescimento no VAB é Rio Branco do Ivaí, com 107,4 pontos percentuais. Já o município com menor crescimento é Faxinal, que mesmo com 1,9 pontos percentuais de crescimento ocupa o primeiro lugar no ranking dos municípios com maior Valor Adicionado Bruto à preços básicos na agropecuária.

Em 2006, o mapa sobre a participação da agricultura familiar no valor da produção dos estabelecimentos agropecuários, no Paraná (IPARDES, 2007), expressa que grande percentual dos municípios da 19ª RAI possuem essa característica. Vejamos na abaixo:

Figura 7 – Participação da agricultura familiar no valor dos estabelecimentos agropecuários do Paraná – ano de 2006



Fonte: Mapas/ Base demográfica e social – IPARDES (2007)

A Figura 7 revela que a participação da produção familiar na RAI aparece entre 43,0% e 86,0%, em quatorze dos quinze municípios referenciados. O município do território, que aparece com menor participação da agricultura familiar nos estabelecimentos agropecuários, é Rio Branco do Ivaí, com menos 21,5 pontos percentuais.

Dentro da apresentação da 19ª RAI entendemos que, tanto o papel da participação da agricultura familiar quanto o potencial do uso do solo contribuem para pensarmos questões próprias do território, como é o caso da baixa participação do PIB *per capita municipal* da região para o Paraná. No capítulo a seguir, veremos com Santos (2006) e Koga (2011), que as múltiplas variáveis incidem sobre as diferentes, porém, engendradas configurações presentes em um território.

Com a sinalização acerca da dissonância presente no potencial agropecuário da intraterritório norte central, problematizamos sobre o equívoco que é olhar para um território através de macroindicadores (indicadores sociais) e/ou parâmetros exclusivamente geográficos, sem compreender o cenário que o sustenta (KOGA; JANNUZZI, 2011; 2002).

Para a assistente social Dirce Koga (2011, p. 140) torna-se essencial que tenhamos “[...] um outro olhar sobre o território, considerando suas nuances, revelando particularidades que os cálculos pela média e pela condição geral [...]”, são incapazes de revelar. Há muitos territórios em um só. Com essa ressalva utilizamos variáveis que nos permitem certa aproximação ao território 19ª RAI, mas devemos ter consciência de que os dados não são representação exata da realidade.

1.2 PRINCIPAIS INDICADORES SOCIAIS NA 19ª REGIÃO ADMINISTRATIVA DE IVAIPORÃ: UM TERRITÓRIO ÚNICO

Reconhecendo que apesar de ponderações (KOGA, 2011; JANNUZZI, 2002), os indicadores sociais são instrumentos que auxiliam a pensar uma realidade em determinado tempo-espaco elencamos alguns dos indicadores socioeconômicos mais utilizados na mensuração do território contemporâneo, para auxiliar-nos com a aproximação à 19ª RAI.

Selecionamos índices como crescimento populacional; estabelecimento e empregos; indústrias, serviços e renda; educação e saúde como instrumentos de nossa leitura. A tabela a seguir expõe, por exemplo, que dentre os 15 municípios da 19ª RAI apenas quatro apresentam estimativa de crescimento populacional positivo, entre os anos de 2010 e 2015.

Tabela 3 – População censitária e estimada nos municípios da 19ª RAI – relação anos de 2010 – 2015

<i>Município</i>	<i>Ano 2010</i>	<i>Ano 2015</i>
Arapuã	3.561	3.426
Ariranha do Ivaí	2.453	2.359
Borrazópolis	7.878	7.497
Cruzmaltina	3.162	3.147
Faxinal	16.314	17.160
Godoy Moreira	3.337	3.245
Grandes Rios	6.625	6.337
Ivaiporã	31.816	32.710
Jardim Alegre	12.324	12.191
Lidianópolis	3.973	3.774
Lunardelli	5.160	5.127
Rio Branco do Ivaí	3.898	4.088
Rosário do Ivaí	5.588	5.367
São João do Ivaí	11.525	11.228
São Pedro do Ivaí	10.167	10.799

Fonte: Dado sistematizado pela autora a partir dos indicadores dos municípios integrantes da Região Administrativa de Ivaiporã - IPARDES (2015).

Com a Tabela 3, observamos que os municípios de Faxinal, Ivaiporã, Rio Branco do Ivaí e São Pedro do Ivaí são os únicos que apresentam crescimento populacional positivo. Os outros onze municípios apresentam estimativa de crescimento populacional negativo para o ano de 2015.

Na Tabela 4, identificamos que o indicador sobre a presença de estabelecimentos para oferta de empregos demonstra, que os quinze municípios da RAI apresentam crescimento positivo quando comparados os anos de 2014 e 2010.

Tabela 4 – Número de estabelecimentos para oferta de empregos, e empregos ofertados, nos municípios da RAI, entre 2010 e 2014

Município	Estabelecimento p/ emprego - Ano 2010	Estabelecimento p/ emprego - Ano 2014	Empregos ofertados - Ano 2010	Empregos ofertados - Ano 2014
Arapuã	40	55	280	380
Ariranha do Ivaí	32	39	250	304
Borrazópolis	189	209	861	925
Cruzmaltina	48	85	312	486
Faxinal	422	519	2.317	2.608
Godoy Moreira	32	36	249	299
Grandes Rios	150	156	661	750
Ivaiporã	900	981	4.637	5.650
Jardim Alegre	218	281	1.124	1.284
Lidianópolis	62	63	382	434
Lunardelli	74	84	551	543
Rio Branco do Ivaí	61	79	428	462
Rosário do Ivaí	100	113	521	625
São João do Ivaí	220	259	1.132	1.321
São Pedro do Ivaí	318	349	4.849	4.112

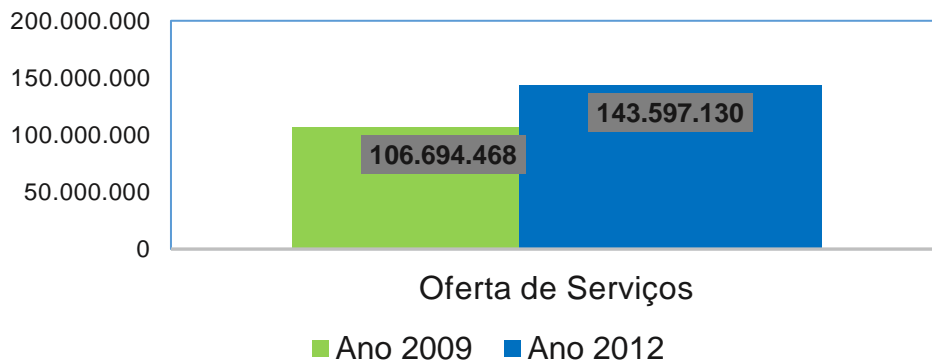
Fonte: Dado sistematizado pela autora a partir dos indicadores dos municípios integrantes da Região Administrativa de Ivaiporã - IPARDES (2015).

No mesmo período, o indicador referente à oferta de emprego (ver Tabela 4), sinaliza que os municípios de Lunardelli e São Pedro do Ivaí apresentam uma oscilação negativa no setor. Em relação aos demais municípios, todos apresentam crescimento positivo na variável.

Na esfera de serviços, a Região Administrativa de Ivaiporã apresenta crescimento positivo em todos os municípios. Como revela o gráfico a seguir, a RAI

contém uma variável positiva de 36,6%, quando comparado à oferta de serviços entre os anos de 2012 e 2009.

Gráfico 1 – Variação da oferta de serviços na Região Administrativa de Ivaiporã, entre os anos de 2009 e 2012



Fonte: Dado sistematizado pela autora a partir dos indicadores dos municípios integrantes da Região Administrativa de Ivaiporã - IPARDES (2015).

Os municípios com maior percentual variável na participação e oferta de serviços na 19ª RAI em 2012 são respectivamente: Ivaiporã com 309.381%, Faxinal com 160.083% e São João do Ivaí com 107.330%. A seguir, pontuamos elementos do recente relatório do “Índice IPARDES de Desenvolvimento Municipal (IPDM)” (IPARDES, 2015), que avalia o desenvolvimento social dos municípios paranaenses, para melhor refletimos sobre os indicadores sociais da 19ª RAI.

Tendo como base a referência do IPDM (IPARDES, 2013) – que categoriza o grau de desenvolvimento entre 0 e 1 - onde quanto mais perto do zero, menor é o desenvolvimento e mais perto do um, maior é o desenvolvimento – temos os indicadores de emprego, renda e produção agropecuária; educação, e saúde municipal. Acompanhemos a classificação na tabela abaixo.

Tabela 5 - Classificação do Índice IPARDES de Desenvolvimento Municipal (IPDM)

GRUPO DE INDICADORES	FAIXA DE INDICADORES
Baixo	0 a < 0,4.
Médio-baixo	0,4 a < 0,6
Médio	0,6 a < 0,8
Alto	0,8 a 1

Fonte: Dado sistematizado pela autora a partir do índice IPARDES de desempenho municipal em 2013: comentários -IPARDES (2013).

Sobre o indicador de emprego, renda e produção agropecuária, selecionamos a renda para apresentação. Os dados dos “Indicadores Integrantes da Região Administrativa de Ivaiporã” (IPARDES, 2015) revelam que, referente ao ano de 2013, três municípios expressam queda no indicador de renda, quando comparado ao ano de 2010. Vejamos os municípios na tabela abaixo.

Tabela 6 - Municípios com crescimento negativo no indicador de renda (relação 2010 - 2013)

Municípios	Indicadores - ano 2010	Indicadores - ano 2013
Lidianópolis	0,3856	0,3818
Lunardelli	0,4395	0,4273
São Pedro do Ivaí	0,6548	0,6514

Fonte: Dado sistematizado pela autora a partir dos indicadores dos municípios integrantes da Região Administrativa de Ivaiporã - IPARDES (2015).

Os IPDM dos municípios de Lidianópolis, Lunardelli e São Pedro do Ivaí oscilam respectivamente entre indicadores: baixo, médio-baixo e médio. Embora Lunardelli e São Pedro do Ivaí tenham sofrido queda em seus indicadores de renda, veremos na tabela acima que os municípios apresentam índices equiparáveis aos municípios com oscilação positiva.

Quanto aos demais municípios da 19ª RAI, estes apresentam crescimento positivo no indicador de renda. Entretanto, apesar do crescimento positivo no indicador, os municípios de Grandes Rios e Rosário do Ivaí expressam valores baixos, sendo respectivamente: 0,3917 e 0,3891.

Na tabela a seguir, encontramos entre os municípios com indicador renda – de oscilação positiva – um desenvolvimento médio-baixo, que figura entre 0,4 a < 0,6 (IPARDES, 2013; 2015).

Tabela 7 - Municípios com oscilação positiva do indicador de renda, que apresentam desenvolvimento médio-baixo (relação 2010 - 2013)

Municípios	Indicador Renda/ Ano 2010	Indicador Renda/ Ano 2013
Arapuã	0,3883	0,4418
Ariranha do Ivaí	0,3885	0,4988
Borrazópolis	0,3980	0,4435
Cruzmaltina	0,3783	0,4777
Faxinal	0,4587	0,4947
Godoy Moreira	0,3421	0,4079
Ivaiporã	0,4899	0,5265
Jardim Alegre	0,4371	0,4392
Rio Branco do Ivaí	0,3957	0,4542
São João do Ivaí	0,4042	0,4346

Fonte: Dado sistematizado pela autora a partir dos indicadores dos municípios integrantes da Região Administrativa de Ivaiporã - IPARDES (2015).

Através das Tabelas 6 e 7 identificamos que mesmo com oscilação negativa, o município de Lunardelli possui um indicador de renda superior ao de Godoy Moreira. Também evidencia-se que, no período (2010-2013), São Pedro do Ivaí detém o melhor indicador de renda entre os municípios da 19ª RAI.

São Pedro do Ivaí apresenta um indicador de renda melhor que o expresso por Ivaiporã, município com maior índice entre os componentes com oscilação positiva no território. Por fim, nenhum dos municípios da 19ª RAI expressa um desenvolvimento de renda considerado alto – 0,8 a 1, entre os anos de 2010 e 2013.

Os índices de educação e saúde seguem a mesma metodologia de indicadores. Quanto ao indicador de educação, o relatório do IparDES (2015), aponta que comparando os índices de 2013 ao de 2010, os municípios de Ivaiporã, Jardim

Alegre e Lunardelli apresentam crescimento negativo. Na Tabela 8 observamos, porém, que apesar do crescimento negativo os indicadores de educação desses municípios estão entre médio e alto.

Tabela 8 - Indicador de educação entre os municípios com crescimento negativo (relação 2010 -2013)

Município	Indicador - educação/ano 2010	Indicador - educação/ano 2013
Ivaiporã	0,8134	0,8047
Jardim Alegre	0,7563	0,7367
Lunardelli	0,7491	0,7034

Fonte: Dado sistematizado pela autora a partir dos indicadores dos municípios integrantes da Região Administrativa de Ivaiporã - IPARDES (2015).

Conforme a Tabela 9, verificamos que Arapuã, Ariranha do Ivaí, Borrazópolis, Ivaiporã, Lidianópolis e São João do Ivaí são os municípios que possuem os maiores indicadores de educação na 19ª RAI, para o ano de 2013.

Tabela 9 - Municípios com maiores indicadores de educação na RAI, para o ano de 2013

Município	Indicador de educação
Arapuã	0,8271
Ariranha do Ivaí	0,8307
Borrazópolis	0,8521
Ivaiporã	0,8047
Lidianópolis	0,8504
São João do Ivaí	0,8073

Fonte: Dado sistematizado pela autora a partir dos indicadores dos municípios integrantes da Região Administrativa de Ivaiporã - IPARDES (2015).

Os outros nove municípios da 19ª RAI expressam um indicador de educação considerado médio, entre $0,6 < 0,8$. Vejamos na tabela a seguir:

Tabela 10 - Municípios com indicador médio de educação na RAI, para o ano de 2013

Município	Indicador de educação
Cruzmaltina	0,7593
Faxinal	0,7450
Godoy Moreira	0,7626
Grandes Rios	0,7397
Jardim Alegre	0,7367
Lunardelli	0,7034
Rio Branco do Ivaí	0,7177
Rosário do Ivaí	0,7806
São Pedro do Ivaí	0,7540

Fonte: Dado sistematizado pela autora a partir dos indicadores dos municípios integrantes da Região Administrativa de Ivaiporã - IPARDES (2015).

No campo da saúde, comparando os anos de 2013 e 2010, os municípios da 19ª RAI, que apresentam crescimento negativo são: Borrazópolis, Cruzmaltina, Faxinal, Godoy Moreira e Lidianópolis (IPARDES, 2015).

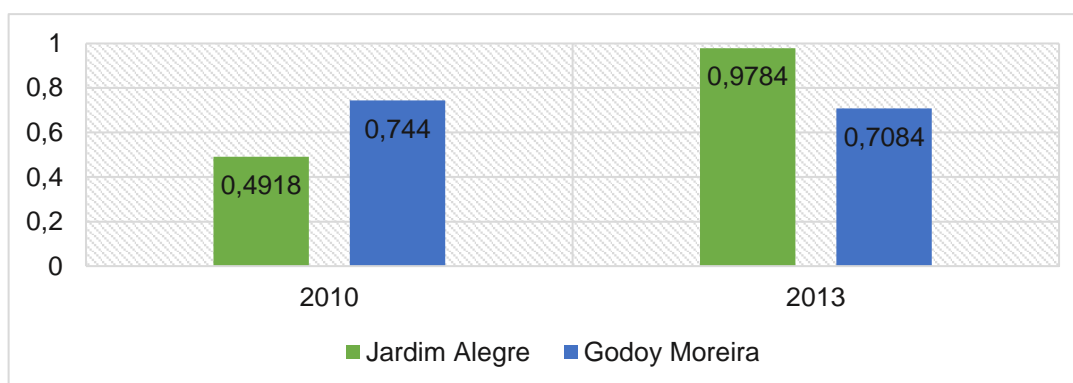
Tabela 11 –Municípios com crescimento negativo no indicador de saúde, na 19ª RAI (relação 2010 -2013)

Município	Indicador de saúde/ano 2010	Indicador de saúde/ano 2013
Borrazópolis	0,8667	0,7997
Cruzmaltina	0,8184	0,7521
Faxinal	0,6832	0,6778
Godoy Moreira	0,9784	0,7084
Lidianópolis	0,8798	0,8289

Fonte: Dado sistematizado pela autora a partir dos indicadores dos municípios integrantes da Região Administrativa de Ivaiporã - IPARDES (2015).

Apesar da oscilação negativa vimos na Tabela 11 que os indicadores de saúde dos municípios compõem o grupo de médio e alto desenvolvimento, conforme o IPDM (2013). No gráfico a seguir, pontuamos os municípios com maior variação no indicador de saúde entre os anos de 2010 e 2013.

Gráfico 2 - Variação do indicador de saúde, nos municípios de Jardim Alegre e Godoy Moreira, entre os anos de 2010 e 2013



Fonte: Dado sistematizado pela autora a partir dos indicadores dos municípios integrantes da Região Administrativa de Ivaiporã - IPARDES (2015).

De acordo com Gráfico 2, Jardim Alegre apresenta a maior oscilação positiva, enquanto Godoy Moreira apresenta a maior oscilação negativa em relação ao indicador de saúde no período de 2010 a 2013. Ainda conforme o IPARDES (2015), em 2013, o município com maior indicador de saúde na 19ª RAI é São Pedro do Ivaí com 0,9348.

Ao nos dedicarmos à Mesorregião Norte Central encontramos oito regiões geográficas, que são diferentes em suas composições e particularidades. E mais próximas ao pequeno território da 19ª RAI descobrimos que microrregiões expressam particularidades, mas seus municípios são diferentes e precisam de respostas sociais diferenciadas.

Destarte, a singela apresentação de informações e indicadores sociais sínteses da 19ª RAI busca expor o perfil estatístico e mecânico com que a leitura do território – socialmente legitimada – pode chegar para a gestão da *esfera do poder público* (Estado) (HABERMAS, 2014)¹⁵, que é a instituição responsável por legislar e direcionar as ações, serviços e políticas públicas e sociais do povo brasileiro.

¹⁵ Trabalhado no próximo capítulo.

A heterogeneidade do território precisa superar o entendimento de que estatísticas e mapas alcançam a complexidade dos *territórios de vida e territórios vividos* (KOGA, 2011)¹⁶ nos Municípios, Regiões Administrativas, Estados e União. Complexidades expressas nas necessidades dos habitantes – que possuem histórias, crenças, limitações e facilidades múltiplas – e não se mensuram apenas pela disposição geográfica e censitária de um terreno, sobretudo pelas relações sociais forjadas na/pela troca de experiências diárias construídas no uso do território comum.

Essa questão leva-nos a urgência do espraiamento das teses do geógrafo Milton Santos (1986; 2006) e de Koga (2011), que defendem existir complexidades territoriais, que são impossíveis de serem captadas por macro referências homogeneizadoras ou olhares simplesmente quantitativos. Exemplo disso é o norte paranaense, que vimos ser composto por três nortes únicos em sua formação e configuração vigente. Cada território deve ser trabalhado dentro de suas particularidades.

Voltando-nos aos nossos campos de aproximação com o objeto de estudo da presente pesquisa – “A percepção de gestores da saúde em relação ao enfrentamento à mortalidade infantil em territórios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã/PR” – trazemos elementos ligados à identidade histórica dos territórios de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí.

1.3 UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO COM A IDENTIDADE HISTÓRICA DE IVAIPORÃ, JARDIM ALEGRE E ROSÁRIO DO IVAÍ

Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí são municípios, que compõem o território da 19ª RAI junto a outros doze municípios. Como discorreremos na introdução, estes foram os territórios delimitados para iniciarmos uma aproximação com a região e analisarmos a percepção de gestores da saúde em relação ao enfrentamento à mortalidade infantil em territórios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã/PR.

Por essa razão e buscando abordar elementos, que superem uma perspectiva quantitativa da realidade, trazemos aspectos referentes à particularidade

¹⁶ Trabalhado no próximo capítulo.

identitária dos municípios. Estes aspectos são pontuados a partir de dados coletados em institutos de pesquisas, como o Iparde, o IBGE, etc. e em sites oficiais dos municípios.

Estes são considerados mais simbólicos aos conterrâneos e estão presentes na Bandeira, Brasão, Hino e história oficial.

Através das particularidades objetivamos entender um pouco sobre a identidade coletiva e histórica destes territórios de vida. E embora entendamos as relações de poder presentes na construção dos símbolos apontados, consideramos possível enxergar através da aparência (BOURGUIGNON, 2008) encontrando manifestações reais do *território usado* por aquela população (SANTOS, 2006). Iniciemos nossa aproximação.

Ivaiporã foi instalada como município em 19 de novembro de 1961 (IPARDES, 2017), tendo o território se desmembrado do município de Manoel Ribas “[...] que emancipou-se de Pitanga, que emancipou-se de Guarapuava” (IVAIPORÃ, 2017). A área territorial do município é de 434,662 km² e a distância da capital, Curitiba, é de 384,07 km.

Figura 8: Fotografia de Ivaiporã, no ano de 1960



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Ivaiporã/PR, 2017.

De acordo com o último Censo, em 2010 Ivaiporã possuía 31.812 mil habitantes, sendo este o território mais populoso da 19ª RAI (IBGE, 2010). Conforme o Atlas Brasil (BRASIL, 2016), em 2010 a taxa de urbanização do município era de 86,24%. Em 2017, quatro distritos administrativos pertencem à comarca do território: Ivaiporã, Alto Porã, Jacutinga e Santa Bárbara. Abaixo temos a imagem do Brasão e da Bandeira do município, na qual os distritos referenciados estão representados na forma de três estrelas:

Figura 9: Brasão do Município de Ivaiporã



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Ivaiporã/PR, 2017.

Figura 10: Bandeira de Ivaiporã¹⁷



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Ivaiporã/PR, 2017.

Etimologicamente, Ivaiporã possui significados nas línguas indígenas Tupi e Guarani. Na Tupi “[...] a justaposição de ybá, ‘fruta’ + y, ‘rio’ + porã, ‘habitante’; donde: ‘o habitante do rio das frutas’, o que o liga semanticamente à cultura” (IVAIPORÃ, 2017). Em Guarani:

[...] “Ivai” + “porã”. Ivaí – Vem do guarani e significa rio da flor ou da fruta bonita. Segundo Teodoro Sampaio, o termo derivou de “ü”ba”... frutas, flor e de “ü” (y)... rio: rio das frutas, ou “yiba”... flecha e “ü” (y)... água, rio: rio das flechas. Macedo Soares interpreta como “rio das ubás, rio das canoas, das flechas, das árvores, das frutas e das uvas” [...]. O termo porã significa bonito, belo, formoso (IVAIPORÃ, 2017).

Concomitante ao norte paranaense, Ivaiporã, tem seu auge colonizador na primeira metade de século XX, em 1940, e possui como principal administrador de terras o Territorial Ubá Ltda, da família Barbosa Ferraz. Conforme a

¹⁷ Fundada através da Lei n.º 141/71. No momento da pesquisa, o site oficial não dispõe de explicação sobre as cores e demais símbolos da bandeira.

história oficial do município, o território torna-se ponto de encontro de desbravadores sulistas e nortistas, o que faz com que a dança típica seja permeada pelo vanerão e pelo forró (IVAIPORÃ, 2017).

De acordo com o site da prefeitura de Ivaiporã (2017), do território sul, o município recebeu muitos colonos de Santa Catarina “[...] descendentes de italianos, alemães, ucranianos, poloneses [...]”, e do território norte “[...] vieram paulistas, mineiros, baianos na abertura da fronteira do café [...]”. Embora entendamos a narrativa oficial, precisamos recordar os estudos de Gonçalves (1999), que expõe a participação de outras populações na construção desse território e que acabam sendo esquecidas – propositalmente – pela história, são eles: indígenas, quilombolas, posseiros, nordestinos e nortistas.

Embora o café faça parte da formação histórica, econômica e cultura do território ivaiporãense, são os grãos de feijão e milho que recebem protagonismo. “[...] Na década de 1970, [Ivaiporã] chegou a ser referência como maior produtora nacional feijão, algodão, etc. **Chegou mesmo a ser chamada de capital mundial do milho [...]**” (IVAIPORÃ, 2017, **grifo nosso**).

Figura 11: Fotografia do centro de Ivaiporã na década de 1980



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Ivaiporã/PR, 2017.

Atualmente, o território conta com grandes cooperativas agrícolas – como a COAMO e a COCARI – e possui na produção de leite de gado, um importante recurso para economia rural local. Sendo o único município de porte populacional médio, entre 20.001 a 100.000 (BACKSCHAT, 2015), Ivaiporã (2017) é considerada polo regional para municípios da região.

Para a gestão municipal isso decorre da dinamicidade do comércio e do setor de serviços que o município oferta. O território, também, sedia muitos escritórios regionais ligados à órgãos da administração estatal e federal, dentre eles EMATER, SEDS, SESA, Escritório da Receita Federal, etc. o que faz com que “[...] a cidade receba milhares de pessoas cotidianamente” (IVAIPORÃ, 2017).

Este é um dos fatores, que sob a perspectiva de Milton Santos (2007), revela a construção – ou intenção – de contiguidades locais. A contiguidade¹⁸ é um importante elemento, que se encontra na orientação de políticas públicas e sociais, após a agenda administrativa descentralizadora conquistada na Constituição Federal de 1988 – como exemplo, o Pacto pela Saúde, que na política de saúde preconiza a importância de articulação entre os diferentes territórios de vida e vivido para a construção de respostas ao cidadão.

Selecionamos duas fotografias recentes do município, tendo como cenários, a região central e o Lago do Jardim Botânico – espaço público referido como campo de socialização para a comunidade local:

Figura 12: Centro de Ivaiporã na atualidade (2017)



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Ivaiporã/PR, 2017.

¹⁸ Trabalhado a seguir.

Figura 13: Lago do Jardim Botânico em Ivaiporã



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Ivaiporã/PR, 2017.

Conforme o Ipardes (2017), no ano de 2016, o território de Ivaiporã possuía 13 equipamentos culturais, sendo eles: 1 Anfiteatro; 1 Concha acústica; 1 Arquivo; 1 Auditório; 3 Bibliotecas; 1 Cinema; e 5 outros¹⁹- onde equivocadamente se considera CRAS, CREAS e Centro da Juventude como equipamento cultural e não como equipamentos da Política Nacional da Assistência Social, tal como são as UBS para o Sistema Único de Saúde. O lago do Jardim Botânico vem complementar os espaços culturais do município distanciando-se, ao mesmo tempo, do perfil privado – ou seletivo – que muitos deles possuem.

Sendo inaugurado na comemoração do aniversário da cidade, no final do ano de 2016, o local se torna ambiente comum para vivência compartilhada entre cidadãos de diferentes grupos sociais, o que é importante para a construção identitária do indivíduo e da comunidade.

Pensando nos símbolos da identidade histórica da comunidade, encontramos o hino municipal, que traz elementos interessantes para refletirmos a raiz do território. A letra de Vera Vargas (IVAIPORÃ, 2017) mostra o reconhecimento do município sobre a presença da mata e do indígena na formação da região. Revela crenças, quando se refere à graça divina, e expressa consciência geográfica ao situar Ivaiporã no coração do Paraná.

Há exaltação de sentimentos como força, coragem e amor. Esses, diretamente ligados à identidade do ivaiporãense, ou melhor, a maneira como ele

¹⁹ Segundo o Ipardes (2017, p. 5) os outros são: “[...] centro da juventude, centro de artes e esportes unificados (CEUs), centro de referência em assistência social (CRAS), escola de arte, espaço cultural e outros espaços”.

enxerga a si e a sua comunidade. Por fim, o hino fala dos grãos que o território produz e deixa o horizonte do tempo como palavra final (Hino em Anexo D).

Três anos após a instalação de Ivaiporã, o município limiforme Jardim Alegre – que pertencia como distrito – se desmembra sendo instalado oficialmente no dia 14 de dezembro de 1964. Diferente de Ivaiporã, a data de comemoração do município não se dá no dia de sua instalação, mas em 19 de dezembro. Jardim Alegre possui uma área territorial de 410,772 km² e está a 381,66 km da capital Curitiba.

Figura 14: Vista aérea do município de Jardim Alegre/PR



Fonte: Site da Prefeitura de Jardim Alegre, 2017.

Conforme o IBGE (2010), no Censo de 2010, Jardim Alegre possuía 12.325 mil habitantes, o que é menos que a metade dos habitantes de Ivaiporã. De acordo o Atlas Brasil (2016), no mesmo ano (2010), a taxa de urbanização do município era de 52,18%. No site da prefeitura, a história da formação do município recebe uma narrativa quase poética, e o saudosismo ao povo simples que colonizou o território fica explícito no documento público (site oficial) abaixo:

O atual município de Jardim Alegre, orgulha-se de não ter o seu histórico garboso e cheio de nomes célebres, pois o rápido progresso se esqueceu das celebridades e acolheu gente simples e hospitaleira para sua colonização, **que iniciou em 1952**, tendo à frente os nomes: Genibre Aires Machado, Pedro Machado, Renato Machado, Godofredo Aires Machado e Acincino Aires Vidal (sobrinho), proprietário da fazenda Rancho Alegre (JARDIM ALEGRE, 2017, **grifo nosso**).

A administradora das terras onde se localiza o município foi a mesma que a de Ivaiporã, Territorial Ubá Ltda. da família Barbosa Ferraz. Embora presumamos que o fluxo migratório do povo colonizador do território seja o mesmo vivenciado na cidade de Ivaiporã, não encontramos na página oficial do município qualquer referência em relação ao tema.

O nome do município – antiga propriedade e posteriormente distrito – passou por alterações no decorrer de sua história. Inicialmente, o território denominava-se Placa Rancho Alegre devido a existência de uma “[...] placa indicatória da fazenda, [que] ficava na estrada que ligava Ivaiporã a Faxinal [...]” (JARDIM ALEGRE, 2017).

De acordo com o site da prefeitura (JARDIM ALEGRE, 2017), a “[...] mudança da denominação do ainda minúsculo povoado, não se fez esperar [...]”, e o território passou a ser chamado Patrimônio Três Machado, até que em 1961 é legalizado enquanto distrito – de Ivaiporã – com o nome de Jardim Alegre²⁰. O gentílico – modo como são denominados os conterrâneos – do habitante é jardim alegreense.

O município, que é o único em seu distrito administrativo, já teve em sua referência o então distrito de Lidianópolis, desmembrado politicamente em 1990. A seguir dois importantes símbolos do município: o Brasão, onde se observa a presença de cinco machados em referência à família colonizadora e a Bandeira²¹:

²⁰ Pela lei estadual nº 4367, de 24-05-1961.

²¹ No momento da pesquisa (agosto de 2017), não foi possível encontrar o símbolo da Bandeira municipal no site da prefeitura (não disponível). Através do canal do ouvidor a pesquisadora avisou à administração municipal, que retornou o contato se comprometendo em disponibilizar o símbolo o mais rápido possível. O símbolo foi encontrado em fontes secundárias, e optou-se por utilizar a imagem disponível no site Wikipédia, que possuía melhor imagem.

Figura 15: Brasão do município de Jardim Alegre



Fonte: Site da prefeitura de Jardim Alegre, 2017.

Figura 16: Bandeira do Município de Jardim Alegre



Fonte: Site Wikipédia, 2017.

Jardim Alegre também carrega surpresas. Não fosse a pequena vivência da pesquisadora no território dificilmente haveria aqui alguma menção quanto ao Assentamento 8 de Abril, que de acordo com o MST (2016) possui no ano de 2016 “[...] cerca de 3500 pessoas vivendo, produzindo e mantendo relação com aproximadamente 10 municípios do território do Vale do Ivaí, entre eles: Ivaiporã, Jardim Alegre, Arapuã, Godoy Moreira e Lunardelli”.

Figura 17: Assentamento 8 de Abril/MST – Jardim Alegre/PR



Fonte: Site MST, 2016.

Infelizmente, o assentamento, que corresponde à quase 40% do total de Jardim Alegre (INCRA, 2016), não é citado na história do site oficial do município.

Longe de nos atermos ao significado social do assentamento e do MST – em razão da demanda de tempo que o assunto requer – acreditamos ser importante uma apresentação *deste território usado* no território de Jardim Alegre.

Em 8 de abril de 1997, os assentados ocuparam cerca de 13,8 mil hectares da antiga fazenda Corumbataí – latifúndio – que passou a ser conhecida como fazenda Sete Mil “[...] com mais de 1000 famílias organizadas pelo MST [...]” (MST, 2016). O latifúndio correspondente “[...] a 5,8 mil alqueires [...] deu origem a 555 lotes de terra que variam de cinco a dez alqueires e hoje abrigam 555 famílias integrantes do MST (MENDONÇA, s.d, p. 11).

Conforme o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (2016), em “[...] 1998, os Sem Terra ocuparam toda a fazenda e em 2004 foi criado o assentamento 8 de abril”, quando o INCRA comprou a área (INCRA, 2016). O trabalho da professora Rosângela Mendonça e de seus alunos traz a fala de um dos assentados, quanto o significado da terra em sua percepção:

Eu vejo que a terra é como esse sol [...], nasce e brilha pa todo mundo. Ele num ta escolhendo, o rico ou pobre [...] o preto ou branco [...] ele vem pa todo mundo, como a chuva vem [...] assim a terra deveria se a mesma coisa. Cada pessoa que [...] tem a necessidade [...] e precisa vive com dignidade, [...] tem [...] direito a um pedaço de terra [...]” (HELIO BUENO LEITE, 2010, p. 6 e 7) assentado do Oito de Abril (MENDONÇA, s.d, p. 11).

20 anos após a ocupação, o assentamento ilustra o sucesso do movimento formado por trabalhadores cômicos do papel do território para a organização social e humana. Bem estruturado, o assentamento contribui com a economia local, conforme o INCRA (2016) e o MST:

Anualmente são produzidos aproximadamente 180 mil sacas de milho, 80 mil sacas de soja, 5 mil sacas de feijão, 20 mil sacas de trigo, 150 mil quilos de hortaliças, e 3 milhões de litros de leite que são vendidos para cooperativas da reforma agrária e o comércio regional (MST, 2016).

Não bastasse a contribuição econômica e política que o assentamento promove, a educação tem se revelado forte componente no território alijado da história oficial do município (site da prefeitura). Nos anos de 2015 e 2016, o Colégio Estadual do Campo José Marti, localizado no Projeto de Assentamento 8 de Abril, viu duas de suas alunas serem selecionadas para participar da Olimpíada Brasileira de Língua Portuguesa “Escrevendo o Futuro”.

Em 2015, “[...] a estudante de 15 anos, Valdirene Prestes dos Santos, foi premiada na Olimpíada da Língua Portuguesa, no gênero “memórias literárias”, por um texto sobre a história do assentamento [...]” (INCRA, 2016). A estudante selecionada no ano de 2016, Giovana Gomes Porn, 16 anos²² – declarou: “Por viver em um assentamento, resolvi escrever e expressar minha opinião sobre o tema” (INCRA, 2016), a aluna também disse discutir o tema com sua comunidade.

O exemplo das estudantes guarda relação direta com a defesa do geógrafo e intelectual Milton Santos (2006), quanto haver a necessidade de construir contiguidades²³ no território, onde se vive. Isso porque, na relação de troca as identidades individuais e coletivas são construídas, e é nessa relação que o território “Assentamento 8 de Abril” contribuiu para o crescimento positivo dessas estudantes e do assentado Hélio Bueno Leite, que à sua maneira defende a democracia do uso da terra.

Voltando-nos aos símbolos oficiais do município encontramos o Hino municipal de Jardim Alegre, que foi oficializado em setembro de 2013. Nele, há referência à família colonizadora, ao povo alegre e gentil orgulhoso de seu território amado. Há referência aos verdes campos e as belas flores – legitimadas nas feiras de orquídeas organizadas nas manhãs de domingo²⁴. O reconhecimento territorial encontra-se na menção de pertencimento do município ao Vale do Ivaí e ao sul do Brasil (Hino em Anexo D).

Rosário do Ivaí é instalado legalmente como município em 01 de janeiro de 1989, mas comemora seu aniversário em 30 de outubro²⁵ (IPARDES, 2017). “O acesso ao Município acontece principalmente pela PR-082. As principais distâncias da cidade de Rosário do Ivaí são: 116 Km de Ivaiporã, 408 km do Porto de Paranaguá, 177 km de Londrina e 317 km da capital Curitiba” (ROSÁRIO DO IVAÍ, 2017).

De acordo com o IparDES (2017), a área territorial do município é de 381,331 km². No último Censo (2010), Rosário do Ivaí possuía 5.586 mil habitantes, ou seja, menos que a metade de habitantes do território de Jardim Alegre – que possui

²² Apenas duas alunas do estado do Paraná competem no ano de 2016. “[...] As paranaenses estão entre os 38 selecionados para a final do programa, que reuniu cerca de 170 mil alunos de todo o país somente nessa edição” (INCRA, 2016).

²³ Explicação no próximo capítulo.

²⁴ No município há Associação dos Produtores de Flores e Orquídeas de Jardim Alegre - Assoflor.

²⁵ Data em que o território foi concebido na categoria de município.

menos que a metade de habitantes que Ivaiporã (IBGE, 2010). O município é único em seu distrito administrativo.

Sua história destoa-se relativamente do processo de colonização de Ivaiporã e Jardim Alegre. Os primeiros habitantes chegaram “[...] entre as décadas de 1920 e 1940 quando moradores provenientes das regiões de Reserva, Cândido Abreu e outras se fixam nessas terras” (ROSÁRIO DO IVAÍ, 2017). Uma diferença entre este, e os municípios anteriores está no perfil colonizador.

Conforme a história municipal encontrada no site da prefeitura, o território apresentou um perfil de subsistência econômica por cerca de 20 anos. Nesse período, as principais atividades foram a caça e a pesca, havendo uma única e pequena prática “[...] lucrativa [que] consistia em vender os porcos que eram criados em mangueirões pelos chamados “safristas” [...] (ROSÁRIO DO IVAÍ). Estes eram vendidos nos então municípios de Formigas, Vargem Grande, Rio Branco ou Faxinal.

Foi na década de 1960, que a produção agrária ganhou espaço na atividade produtiva de Rosário do Ivaí. As culturas seguiram-se no plantio de arroz, feijão e milho e o comércio era feito no município de Apucarana/PR. Em torno dessas relações formava-se a primeira vila, tendo como referência o hotel de Sr. Romão, as casas de madeira e as ruas (ROSÁRIO DO IVAÍ, 2017). O início do comércio local é lembrado pelo:

[...] açougue do Francisco Paraíba, a máquina de arroz do Antônio Botega, a farmácia do Feitosa, o bar do Sr. Hilário, o armazém de secos e molhados do Pedro Hass e a vendinha do João Pilat [...] (ROSÁRIO DO IVAÍ, 2017).

Essa colonização é conhecida por populações advindas de municípios próximos como Reserva e Cândido de Abreu, onde havia muitos descendentes de poloneses e ucranianos. O nome do município tem origem na palavra latim “rosarium”, que significa roseiral, mas no contexto territorial refere-se a “[...] uma planta denominada Biurá, cujos frutos quando maduros se tornam duríssimos e são utilizados na fabricação de uma peça religiosa, comumente chamado Rosário [...]” (ROSÁRIO DO IVAÍ, 2017).

O termo "Ivaí" já foi explicado na origem do nome de Ivaiporã. Etimologicamente, ele é termo Tupi, Ybá, que significa água, rio. Assim, “[...] Rosário, significa rosas ou flores o que podemos denominar nossa cidade como "Rio das

Rosas" ou "Rio das Flores" [...]” (ROSÁRIO DO IVAÍ, 2017). Abaixo o Brasão e a Bandeira do município:

Figura 18: Brasão do município de Rosário do Ivaí/PR



Fonte: Site da Prefeitura municipal de Rosário do Ivaí/PR, 2017.

Figura 19: Bandeira do município de Rosário do Ivaí/PR



Fonte: Site da Prefeitura municipal de Rosário do Ivaí/PR, 2017.

A seguir trazemos fotos, que caracterizam os cartões postais do território. Estas imagens ilustram elementos próprios da cultura produtiva pela qual o município é conhecido no estado – capital da uva niágara; da cultura social (socialização comunitária) – cavalgadas; e da paisagem, que é valorizada por sua beleza natural propícia para a prática de esportes aéreos como parapente e Asa Delta.

Figura 20: Foto da colheita da uva niágara em Rosário do Ivaí



Fonte: Site da Prefeitura municipal de Rosário do Ivaí/PR, 2017.

Atualmente, Rosário do Ivaí é a capital estadual da uva niágara. Recorrendo a estudos que pudessem auxiliar no entendimento as bases para a cultura da uva em Rosário, encontramos Silva *et al.* (2006), que explicam que a origem da uva niágara. Segundo eles, ela é oriunda dos Estados Unidos e chegou ao Brasil por volta de 1894 no estado de São Paulo, mais precisamente na região de Jundiáí.

A espécie que chega ao país é inicialmente branca, mas no decorrer dos anos sofre mutações devido ao cultivo junto à niágara rosada. Desde então, a niágara rosada se fortalece na produção e gosto nacional. De acordo com os pesquisadores, durante anos, considerável parte da mão de obra da vinícola paulista provinha do Paraná. Com o passar do tempo esses trabalhadores voltaram à suas origens e começaram o plantio da uva “[...] como é o caso dos municípios de **Rosário do Ivaí** e Japira, onde parte dos viticultores já foram meeiros no Estado de São Paulo” (SILVA *et al.* 2006, p. 40, **grifo nosso**).

Não se sabe ao certo em que momento Rosário do Ivaí se torna um dos grandes produtores da uva niágara no Paraná, mas, junto a outros municípios do estado, o território contribui para que o Paraná esteja entre os maiores produtores de uva e vinho, no Brasil. Em matéria na Folha de Londrina (2017), GENTA:

Engenheiro agrônomo e consultor em viticultura, [...] conta que a região sofre menos com o frio do inverno do que Jundiaí (SP), por exemplo, e tem solo mais arenoso e que favorece o escoamento de água [mais] do que Marialva, capital da uva fina do Paraná.

Para o consultor Werner Genta, o fato de os produtores de Rosário “[...] também [conseguirem] colher um pouco antes do Natal, época em que quase não se encontra uva niágara no mercado [...]” (FOLHA DE LONDRINA, 2017), valoriza o produto e a economia local. Outro elemento importante para o sucesso fruticultura do território é a criação da Associação dos Produtores de Hortifrutigranjeiros de Rosário do Ivaí (Apri), nos anos 2000.

Genta afirma que através desta associação “[.] Boa parte dos produtores fazem hoje análise de folhas e começaram a fazer aplicação adequada de produtos [...]” (FOLHA DE LONDRINA, 2017), o que melhora a qualidade e a visibilidade do fruto municipal, atraindo mais compradores no estado e fora dele.

No âmbito da socialização, a comunidade rosariense traz as cavalgadas em sua tradição. O município, que segundo o Atlas Brasil (BRASIL, 2016) possuía uma taxa de urbanização de 48,69%, no ano de 2010, manifesta a forte presença da cultura rural em sua identidade coletiva:

Figura 21: Foto de cavaleiros no centro de em Rosário do Ivaí/PR



Fonte: Site da Prefeitura municipal de Rosário do Ivaí/PR, 2017.

As cavalgadas são tão comuns que compõem importantes eventos comemorativos do território, como é o caso da festa da padroeira Nossa Senhora do Rosário. A festa, que acontece no mês de outubro traz em seu itinerário oficial a cavalgada da pista de laço até a praça principal, e a acolhida dos cavaleiros (PARÓQUIA, 2014).

Com uma paisagem composta por morros e matas, Rosário do Ivaí, também recebe turistas adeptos de esportes aéreos. O clube responsável pelos voos na Serra dos Porongos é a Associação de Voo Livre do Norte do Paraná (AVLNP).

Figura 22: Foto de voo de Asa Delta em Rosário do Ivaí/PR



Fonte: Site da Prefeitura municipal de Rosário do Ivaí/PR, 2017.

Em relação ao hino municipal – de autoria do maestro Sebastião de Lima (música) e José Carlos (letra) – observamos que há o cuidado em expressar elementos da cultura local. A letra fala das montanhas altaneiras, do pioneirismo, da riqueza, do trabalho, da padroeira e da terra, que é adjetivada como recanto feliz do Brasil. Esta é a menção que mais se aproxima de uma localização geográfica do território (Hino em Anexo D).

A caracterização dos territórios de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí é um instrumento, que busca localizar o leitor e que propositalmente se utiliza de diferentes elementos ligados à identidade histórico-cultural dos municípios. Cada

território teve aspectos particulares trabalhados. Isto acontece porque trazemos os municípios prioritariamente a partir dos dados disponibilizados nas histórias oficiais presentes nos sites das prefeituras. Com os dados e o conhecimento gerado pela vivência da pesquisadora no território foram elencados demais pontos considerados interessantes.

A aproximação com a identidade dos territórios membros constitutivos/constituintes do processo de colonização do território norte paranaense, do norte central e da 19ª RAI subsidia a leitura que a seguir trazemos acerca da categoria *território usado*.

2 TERRITÓRIO: CAMPO DE DETERMINAÇÕES SOCIAIS DE UMA SOCIEDADE HISTORICAMENTE CONSTRUÍDA

Nossa pesquisa “A percepção de gestores da saúde em relação ao enfrentamento à mortalidade infantil em territórios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã/PR”, busca trabalhar a discussão de *território usado* (SANTOS, 2006) para pensar e demonstrar a importância da consciência do homem na construção do espaço onde se vive.

Iluminadas pela perspectiva teórico-crítica buscamos, no presente capítulo, realizar discussões que contribuam para pensar sobre a complexidade presente no território contemporâneo²⁶ como um todo, porém, nos aproximamos do território da 19ª RAI analisando a fala dos secretários municipais de saúde, que são os gestores por nós entrevistados.

Compreendendo as categorias totalidade e particularidade (BOURGUIGNON, 2008), acreditamos demonstrar que muitos elementos compõem e configuram a construção do território estruturado por determinantes globais e locais sendo, por isso, essencial que a sociabilidade o entenda e o (re)construa à sua maneira.

Para o geógrafo Milton Santos (2006) em cada homem habita a humanidade e, através dele, espaços são socialmente transformados em territórios. Nessa perspectiva legitima-se a base da obra do pesquisador, que defende que um território só pode ser pensado através do *uso* que a sociedade faz dele (SILVEIRA, 2011). Temos, portanto, o conceito de *território usado*.

A leitura do geógrafo reitera a perspectiva social crítica sobre a história humana ao encontrar centralidade no intercâmbio entre o “Homem e a Natureza” para a construção do homem genérico, ou ser social. Conforme Santos (1986, p. 161):

A natureza sempre foi o celeiro do homem, ainda quando este se encontrava na sua fase pré-social. Mas, para que o animal homem se torne social é indispensável que ele também se torne o centro da natureza. Isto ele consegue pelo uso consciente dos instrumentos de trabalho. Nesse momento a natureza deixa de comandar as ações dos homens e a atividade social começa a ser uma simbiose entre o trabalho do homem e uma natureza cada

²⁶ Referimo-nos a era moderna, e ao tempo atual, em que a estrutura social sustenta-se na relação produtiva do capital. Sobre: Santos (2007).

vez mais modificada por esse mesmo trabalho. Esta fase da história não poderia realizar-se se não houvesse um mínimo de organização social e sem uma organização paralela do espaço.

O entendimento do autor nos leva a Marx (1996, p. 297), que define ser através do trabalho que o homem “[...] põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para própria vida”. A defesa de que o “[...] espaço geográfico é a natureza modificada pelo homem através do trabalho [...]” (SANTOS, 1986, p. 119), não ratifica apenas o pensamento marxiano sobre a atividade humana transformar o natural em produto social, mas explicita, também, a centralidade do território para existência humana.

Partindo do princípio de que para Marx (2009), a sociedade se configura síntese das relações humanas, o território se torna síntese da sociedade. Não significa que a natureza em sua forma primária deixe de existir. Rios, oceanos, florestas, montes e desertos fazem parte do cenário terrestre, mas a atividade humana afeta e transforma substancialmente as características, as finalidades, em suma, o uso do território.

Santos (1986, 2006) explica, que embora o *território usado* resulte de múltiplas expressões naturais, sociais, econômicas, políticas, culturais, subjetivas, enfim, humanas, existem muitas expressões dele e sobre ele. Ele coloca que:

O espaço deve ser considerado como um conjunto de relações realizadas através de funções e de reformas que se apresentam como testemunho de uma história escrita por processos do passado e do presente. Isto é, o espaço se define como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações sociais que estão acontecendo diante dos nossos olhos e que se manifestam através de processos e funções [...] (SANTOS, 1986, p. 122).

No entendimento do intelectual, o território se configura de modo particular quando se analisa os âmbitos: nacional, regional ou local. Importa compreender, que através do desenrolar histórico, social, econômico e político são desenhadas as condições da vida compartilhada sobre os territórios habitados por povos e populações múltiplas.

Pensemos na sociedade contemporânea, por exemplo. O capital metamorfoseia-se nas relações sociais, que constroem territórios condizentes com as demandas postas pelo período de organização do sistema, a fim de prover a

sobrevivência humana o que, também, garante a (re)produção da estrutura existente – a capitalista.

Conforme David Harvey (2011, p. 120), os “[...] processos de acumulação do capital não existem, obviamente, fora dos respectivos contextos geográficos e essas configurações são por natureza bastante diversificadas [...]”. Para ele, essas configurações resultam das ações dos agentes participantes do processo, ou seja, todos os seres humanos.

Em relação a modificação dos territórios habitados e desbravados na contemporaneidade – meados do século XX e início do século XXI – a interferência humana supera tempos precedentes. A produção científico-tecnológica proporciona um avanço ontológico na produção societária. A ciência, a robótica, a telecomunicação, o transporte, a internet, etc. são expoentes nesse cenário de produção e reprodução social (HARVEY, 1993).

Essas produções sociais, entre descobertas e criações, possibilitam que a sociedade humana viva mais e melhor. Vacinas, antibióticos, alimentos, tratamentos adequados de saúde, etc. resultam em maior expectativa de vida e menor perda por mortalidades, que foram inevitáveis em um passado nem tão distante.

Todavia, com o conseqüente aumento do contingente populacional – que as produções e descobertas sociais trouxeram – há um impacto significativo na organização do território. Por isso, Harvey (2011, p. 121), defende que a “[...] acomodação de mais e mais pessoas no planeta Terra implicou por si só grandes mudanças geográficas [...]”.

O autor pondera, no entanto, que muito das mudanças ocorridas na transformação do território contemporâneo têm seu início no período anterior ao do capital. O que acontece no capitalismo é sim a maximização populacional, que hora ou outra interessa ao sistema. De acordo com HARVEY (2011, p. 120):

Desde 1700, a população mundial tem crescido a um índice composto que, curiosamente, segue em paralelo com a taxa da acumulação composta do capital. A população mundial superou 1 bilhão de pessoas em torno de 1810. Subiu para 1,6 bilhão em 1900, para 2,4 bilhões em 1950 e para mais de 6 bilhões em 2000. As estimativas agora colocam-na em 6,8 bilhões. Projeções a colocam em 9 bilhões ou mais em 2050.

O geografo explica que na estrutura de (re)produção do capital, o aumento populacional se mostra interessante e necessário para a manutenção e

maximização da ordem. Em suas palavras, esse “[...] imenso exército de pessoas proporciona uma reserva de mão de obra e um mercado potencial [...]” (HARVEY, 2011, p. 121), que (re)produz e consome a perpetuação do sistema.

Também é verdade que subsumido às demandas reificantes objetivadas pela e na (re)produção do capital, o território padece. Os processos de produção cada dia mais necessitados de matéria prima, espaço físico e mão de obra barata deixam mortos e feridos pelo caminho.

O desmatamento; a poluição e alteração da flora e fauna; a desertificação de solos alimentados com monoculturas e agrotóxicos; a flexibilização e sucateamento das condições de trabalho, que obriga o deslocamento de populações do mundo inteiro retrata elementos intrínsecos ao território contemporâneo (SANTOS, 2007). HARVEY (2011, p. 120) afirma que:

Novos espaços e relações espaciais estão sendo produzidos constantemente. Fazem-se redes de transporte e comunicação totalmente novas, cidades que se esparramam e uma paisagem agrária muito produtiva. Grande parte das terras foi desmatada, os recursos foram extraídos das entranhas da terra; habitats e condições atmosféricas (tanto local como globalmente) foram modificados. Os oceanos tem sido vasculhados em busca de alimentos, e todos os tipos de resíduos (alguns tóxicos para todas as formas de vida) foram espalhados pela terra. As mudanças ambientais de longo prazo, provocadas pela ação humana ao longo de toda a nossa história, tem sido enormes. As transformações provocadas pelo capitalismo tem sido ainda maiores.

Assim, o território “[...] que nos foi dado pela natureza há muito tempo foi substituído pelo que foi construído pelo homem. [E a] geografia do capitalismo é cada vez mais autoproduzida” (HARVEY, 2011, p.120). Pelo exposto, habitado ou não, o território contemporâneo resulta do processo sócio histórico, que pode ser indigno para grandes populações mundiais.

2.1. TERRITÓRIO: E OS REBATIMENTOS DOS MARCOS ORGANIZACIONAIS DO PROCESSO DE (RE)PRODUÇÃO DO SISTEMA CAPITALISTA

Na organização do processo de produção e reprodução da vida social o capitalismo apresenta suas particularidades. Estes processos expressam o modo como o sistema se organiza e trabalhando sob ele podemos construir melhores

territórios para sociabilidade vigente. Destarte, entender o território enquanto síntese destas relações (MARX, 2009), requer pensar os processos que as organizam.

O primeiro modelo de organização do processo produtivo contemporâneo denomina-se taylorismo²⁷, e tem origem no final do século XIX. Esta organização ou administração do processo de trabalho legitima regras e ordenamentos científicos, sob os quais o empregador administra racionalmente as ações do empregado e da produção.

Com ela, o empregado e seus fiscais tem seus movimentos e ações, controladas. O controle vai desde cronometragem da produção até o controle sobre o tempo usado para sanar necessidades fisiológicas (ir ao banheiro). Braverman (2011) acredita que esse modelo produtivo, pautado na administração do tempo, das aptidões e facilidades de cada trabalhador foi responsável pela construção de um novo perfil humano/social paulatinamente capilarizado através da reprodução da sociedade do trabalho.

Apesar do profundo impacto sobre o processo de produção, a organização *taylorista* se ratifica apenas no início do século XX, quando em junção à organização produtiva chamada *fordismo*. Harvey (1993), explica que o *fordismo* aparece no interior das empresas Ford²⁸. E é através da implementação de esteiras rolantes adaptadas para maior produção em menor espaço-tempo, que ele se materializa.

Dentre as características desta organização está a fragmentação produtiva, fortemente marcada por uma realidade laboral composta de trabalhadores repetitivos, assim como as *peças da engrenagem* (SILVA, 2012) de uma máquina. Segundo Harvey (1993), o avanço do modelo *fordista* acompanha a necessidade de respostas à crise de 1929²⁹. Todavia, é apenas no *período de expansão do pós-Guerra*, entre 1945 e 1973, que o modelo ocupa centralidade na organização produtiva do grande mercado mundial.

²⁷Frederick Winslow Taylor (1856 - 1915), engenheiro mecânico norte americano sistematizador das leis do processo de trabalho de maneira mecânica e científica. Conhecido como “Pai da Administração Científica”.

²⁸ Henry Ford (1863 – 1947), empresário norte americano, precursor da introdução da esteira rolante no processo de produção de automóveis na montadora Ford.

²⁹ A quebra da bolsa de valores em 1929, ilustra um período de recessão produtiva e quebra do mercado financeiro Norte Americano, que influencia o modo de organização da produção mundial. Sobre: Harvey (1993).

O impacto do modelo da organização fordista pode ser visto em ilustrações de obras cinematográficas comprometidas com uma reflexão crítica da realidade – como as obras de Charles Chaplin. O ator e diretor, protagoniza uma das muitas cenas famosas do mundo contemporâneo.

Em seu filme “Tempos Modernos”, Chaplin interpreta um trabalhador bestializado pela repetição do aperto de parafusos rolados sobre a esteira. No processo, ele se identifica como peça morta do mecanismo fabril e acaba engolido pela engrenagem.

A fala trazida por este cinema mudo e em preto e branco, “Tempos Modernos”, auxilia no entendimento sobre o que sustenta a produção sistematizada sob esteiras e controlada pelo processo científico *taylorista/fordista*. Sob a contribuição – cuidadosa – de Foucault³⁰ (MACHADO, 1979) encontramos, nesse cenário, um trabalhador bestializado, disciplinado e dócil ao sistema.

Para o autor, o poder e o controle levado aos indivíduos enclausurados supera instituições prisionais, hospitalares, militares ou escolar, estando presente, também, nas realidades fabris. Nos valendo desta contribuição e amparados na totalidade histórica entendemos, que o poder se encontra estritamente nas relações sociais.

Outra característica do modelo *taylorista/fordista*, que vai do final do século XIX à década de 1970, é a organização da (re)produção da vida social sustentada sob uma relativa estabilidade promovida pelo processo produtivo (HARVEY, 1993). O período compõe importantes marcos trabalhistas e sociais³¹, possíveis pelo enfrentamento entre proletários e capitalistas organizados sob as condições objetivas dos empregos formais³².

A relativa estabilidade do período produtivo promove a construção de territórios condizentes com a organização. Essa *rígida* (HARVEY, 1993) organização, marcada pela relativa estabilidade de empregos ocupados por longos períodos

³⁰ Compreendemos que, embora, o autor trabalhe em uma perspectiva pós-moderna, sua contribuição nos permite olhar pela totalidade de nossa perspectiva comprometida com a narrativa moderna de linha histórica. Sobre as narrativas modernas e pós-modernas: Simionatto (2009).

³¹ Refere-se ao seguro saúde inaugurado por Bismarck, na Alemanha; à redução da carga horária de trabalho nas empresas Ford, etc. Sobre: Behring e Boschetti (2011); Harvey (1993).

³² Referimo-nos aos instrumentos políticos emergidos no interior das fábricas. Instrumentos como sindicatos trabalhistas, em que o trabalhador consegue ter voz ativa através do embate coletivo. Uma questão que se torna possível pelas condições promovidas pelo emprego formal – entre elas a baixa rotatividade de trabalhadores. Sobre: Hobsbawm (2000).

legítima e/ou possibilita organizações sociais solidificadas nos territórios usados pela população da época.

Contudo, com a crise produtiva da década de 1970³³, o cenário *estável* se transforma. A *rigidez* e a relativa estabilidade da organização de (re)produção social é questionada pela emergência do modelo de organização *flexível*, materializado no *toyotismo*³⁴. O *toyotismo* rechaça as bases estruturantes do processo de produção anterior. Sua marca é a fluidez volátil e a instabilidade.

Para Harvey (1993), nesse momento, há a desconstrução da relativa estabilidade de empregos formais construída no período anterior. Esse processo de produção se forma com a tecnologização de inúmeras atividades, antes desempenhadas pela mão humana, o que suprime o número de vagas no mercado de trabalho e o torna mais competitivo.

O trabalhador da organização *toyotista* ou *flexível* dedica sua vida ao trabalho pelo temor de perdê-lo em função da fila de trabalhadores esperando por uma vaga. Para Alves (2012), esses trabalhadores têm sua *subjetividade capturada* para o emprego. Eles dedicam tudo à empresa, seu tempo livre, sua formação educacional, seus hábitos.

Associado à organização *flexível* assume espaço o *projeto neoliberal*³⁵, que defende e articula a negação do embate político entre os interesses de proletários e de capitalistas. Seu viés ideológico rechaça questões centrais da sociedade capitalista, entre elas, o conflito de classes (ANDERSON, *et al* 1995).

O *projeto neoliberal* investe contra regulações sociais, econômicas, trabalhistas, etc. com o discurso de que estas oneram o desenvolvimento da sociedade – para eles movida pela desigualdade. A fala oficial é a de que “não há sociedade, só indivíduos”³⁶ (NETTO, 1996).

Quanto à produção *toyotista*, sua base sustenta-se no sistema *just in time*. Nele as mercadorias são produzidas rapidamente e seu tempo de duração é

³³ Sobre: Harvey (1993).

³⁴ O toyotismo advém das linhas de montagem de automóveis da empresa Toyota, no Japão. Emergido na Segunda Guerra Mundial, o modelo de produção objetiva racionaliza a produção. O sucesso da empresa recebe visibilidade mundial na década de 1970, quando uma das crises do capital, pede novas respostas. Sobre: Harvey (1993).

³⁵ O projeto neoliberal consagra-se mundialmente nas administrações de Thatcher, na Inglaterra (1979) e Reagan, nos Estados Unidos (1980). Sobre: Anderson *et al* (1995).

³⁶ Frase de Margaret Thatcher, chefe do Estado inglês, e importante figura defensora do neoliberalismo. Sobre: NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. *In: Serviço social & sociedade*, n° 50. São Paulo: Cortez, 1996.

retraído. A diminuição na durabilidade dos produtos objetiva maior giro de mercadorias, o que faz com que o consumo se dinamize e se mantenha (HARVEY, 1993). Condizente à defesa de Braverman (2011) sobre a organização produtiva (taylorista) refletir na sociabilidade humana, o dinamismo e a rapidez da organização *toyotista* interfere e altera substancialmente o modo como a atual sociedade se configura.

As mudanças no processo produtivo; os rebatimentos sobre a organização política dos trabalhadores cada vez mais terceirizados com contratos de pequenos períodos – e por isso com alta rotatividade; a alteração da vida útil dos produtos, etc. – inaugura uma sociabilidade comprometida com a fugacidade de um mundo flexível.

Essas expressões do processo produtivo, que alteram e são alteradas por relações de trabalho; relações sociais; mercado; financeirização do capital; transnacionalização de fronteiras e acordos entre grandes corporações, objetivam territórios *livres* de questões regulatórias – como as que eram colocadas no período da (re)produção *taylorista/fordista*.

Conforme lamamoto (2014, p. 108), no mundo contemporâneo verifica-se a mundialização do capital, que é ancorado:

[...] nos grupos industriais transnacionais, resultantes de processos de fusões e aquisições de empresas em um contexto de desregulamentação e liberalização da economia. Esses grupos assumem formas cada vez mais concentradas e centralizadas do capital industrial e se encontram no centro da acumulação. As empresas industriais associam-se às instituições financeiras (bancos, companhias de seguros, fundos de pensão, sociedades financeiras de investimentos coletivos e fundos mútuos), que passam a comandar um conjunto da acumulação, configurando um modo específico de dominação social e política do capitalismo, com o suporte dos Estados Nacionais.

Com o território mundializado, há a complexificação das relações sociais, nele presente. São nações, produtos, pessoas, culturas, demandas sociais, políticas e econômicas, em territórios carregados por particularidades locais e globais. A preocupação é a de que nesse período em que existem aproximações que constroem haja maior número das que destroem.

Para lamamoto (2014) e Harvey (2011), a *mundialização* do capital junto à *reestruturação* da organização produtiva afeta direta e indiretamente a vida da população mundial, que sofre impactos profundos no uso de seu território (SANTOS,

2006). Através das expressões presentes nesse *território usado*, Koga (2011), defende a importância de despertar, no cidadão, a consciência sobre a responsabilidade em se trabalhar sua realidade. Problematizando a questão, a assistente social trabalha os conceitos de *território de vida* e *território vivido*.

O *território de vida* sintetiza o modo como a sociedade se configura em determinado período de organização produtiva, ele remete-nos ao macro. O *território vivido* é o chão comum onde o cidadão habita, se relaciona e vive, sendo através deste a identidade do espaço particularizada (KOGA, 2011).

No uso do território pela e para a organização do gênero humano, que como Koga(2011), Santos (2006) enxerga a necessidade do protagonismo da população. Conhecendo e trabalhando seu território, o homem pode enfrentar a desigualdade engendrada à sociedade capitalista com melhores condições.

Para o geógrafo, usufruindo do conhecimento sobre as *técnicas* produzidas no decorrer da história humana, o homem pode transformar os rumos de sua propriedade coletiva – o território. Santos (2006, p. 40), acredita que é “[...] o espaço que redefine os objetos técnicos, apesar de suas vocações originais [...]”.

Significa, que enquanto a *técnica* resulta das produções, conhecimentos e desenvolvimento humano ela se torna, sempre, um novo elemento entre o tempo e o espaço, o que existe e o que será construído podendo, assim, ser direcionada para e pelos variados interesses da comunidade.

Se a sociedade revela ser capaz de construir mecanismos, que superam fronteiras e modificam violentamente o ciclo de vida de populações naturais e sociais – em territórios diversos – ela pode agir na contramão deste processo. Estas produções, que para Santos (2006) são as *técnicas* da humanidade, não precisam destruir o homem. Enquanto legítima produção social, a *técnica*, pode e deve ser direcionada em favor do bem comum.

Conforme o geógrafo, para mudar a direção do uso das *técnicas* e do território, as populações necessitam compreender e assumir seus papéis na construção da realidade que as sustentam. Isso porque, quando o homem encontra “[...] um espaço que não ajudou a criar, cuja história desconhece, cuja memória lhe é estranha, esse lugar é a sede de vigorosa alienação” (SANTOS, 2006, p. 328).

Pensar acerca das possibilidades presentes nas *técnicas* contemporâneas pode ser um caminho plausível para a melhora do cenário social e

superação de desigualdades locais, regionais, nacionais e mundiais. Para essa possibilidade, Koga (2011), defende a democratização dos espaços de participação da *esfera do poder público* (Estado).

Através da democratização da esfera de gestão (Estado) do território, a maneira como se constrói o enfrentamento das demandas sociais de dada população – através de serviços e as políticas públicas/sociais – pode ser mais eficaz incidindo significativamente na qualidade da vida social.

A apropriação sobre a importância do território se torna, portanto, essencial para a construção de enfrentamentos necessários tanto a realidade local, quanto global. Pontuamos, agora, elementos sociais que atuam diretamente na direção do território contemporâneo, sendo eles: a *esfera pública* e a *esfera do poder público*.

2.1.1 Entendendo a Esfera Pública, Enquanto Elemento Central na Formação do Território da Era Moderna

Nas relações sociais do território contemporâneo, o Estado moderno, aparece como forte instância de representação administrativa da *esfera pública*. Habermas (2014, p. 98), entende que “[...] a esfera pública [expressa-se como] um princípio organizador de nossa ordem política [...]”, atuando diretamente na configuração da vida social.

Conforme o autor, ao longo da história das sociedades a *esfera pública* revela características peculiares à organização societária. Por isso, na era moderna a *esfera pública* de estrutura burguesa, carrega especificidades inerentes ao seu momento histórico.

Com a transformação societária ocorrida no período de constituição da era moderna – na qual encontra-se o capitalismo – essa *esfera pública* inaugura uma nova forma de participação social e política, em que a opinião pública e a direção pública deixam de ser a governadas exclusivamente pela nobreza, como acontece na Idade Média³⁷. Nas palavras de HABERMAS (2014, p.130-131) esta *esfera pública*:

³⁷ Sobre: Habermas (2014).

[...] se desenvolve quando o interesse público na esfera privada da sociedade civil deixa de ser percebido apenas pela autoridade e começa ser levado em consideração também pelos súditos como uma esfera de seu próprio interesse [...].

Ele afirma que a “[...] esfera pública burguesa pode ser entendida, antes de mais nada, como a esfera de pessoas privadas que se reúnem em um público [...]” (Habermas, 2014, p. 135). Nesse sentido, todo cidadão é compreendido como partícipe e construtor na direção da ordem social. Mas que “todo” cidadão seria este?

Conforme Marshall (1967, p. 76) “[...] cidadania é um status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade [...]”. Nesta posição, a cidadania se materializa na pessoa do cidadão, enquanto sujeito integrante de um grupo social guiado por direitos e deveres construídos e legitimados pela *esfera social* na *esfera do poder público*. MARSHALL (1967, p. 76) afirma que:

[...] Todos aqueles que possuem o status [de cidadão] são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao status. Não há nenhum princípio universal que determine o que estes direitos e obrigações serão, mas as sociedades nas quais a cidadania é uma instituição em desenvolvimento criam uma imagem de uma cidadania ideal em relação à qual o sucesso pode ser medido e em relação à qual a aspiração pode ser dirigida. A insistência em seguir o caminho assim determinado equivale a uma insistência por uma medida efetiva de igualdade, um enriquecimento da matéria prima do status e um aumento no número daqueles a quem é conferido o status.

Com referência ao autor, os elementos de cidadania se estruturam sobre o processo histórico da organização social. Processo este, que de acordo com Behring e Boschetti (2011) precisa ser encarado dentro do embate promovido pela disputa entre as classes da sociedade burguesa – e na perspectiva de Santos (2006) está intrínseco ao *território usado* pelo homem.

A ratificação da posição das autoras, encontra-se na pontuação de Marshall (1967), sobre os elementos de cidadania no século XXI – direitos civis, políticos e sociais – não serem os mesmos elementos de séculos anteriores. Conforme o autor, no século XVIII, por exemplo, a cidadania consiste no exercício do direito civil.

A coerência da defesa de Behring e Boschetti (2011), encontra-se já no primeiro elemento de nossa cidadania moderna (direito civil) e reforça-se na construção dos outros dois (direitos políticos e sociais). Apesar da compreensão sobre não haver linearidade na construção dos elementos desta cidadania, Marshall (1967)

assume que os direitos civis, políticos e sociais, conquistam materialidade ao longo dos séculos XVIII, XIX e XX.

A conjunção dos elementos de cidadania – apontados por Marshall (1967) – se estrutura junto a formação da sociedade burguesa, que traz em sua gênese a defesa da liberdade civil voltada à relação capital x trabalho³⁸. Relação que no século XIX se intensifica sob a disputa política de trabalhadores e patrões e no século XX prescinde de uma estrutura de proteção social³⁹ para manutenção da vida do trabalhador e do próprio sistema capitalista.

Se para Marshall (1967, p. 76), a cidadania se realiza com membros de uma comunidade e o Estado nacional garante igualdade a todos os brasileiros e naturalizados, o uso do território se torna um direito de cidadania. Cidadania, que no século XX congrega direitos e deveres civis, políticos e sociais.

Reconhecendo a estrutura de constituição do cidadão moderno, compreendemos melhor sua *esfera pública*, que de acordo com Habermas (2014) oferece a democratização na participação e gestão da ordem pública. O autor explica, que durante o processo de transformação da ordem societária a ocupação da *esfera pública* pelo cidadão burguês – em emersão – acontece sob a disputa de decisões ligadas à direção da *esfera do poder público* (Estado).

Disputas que se desenvolvem paulatinamente e que se legitimam sob os princípios da razão e do discurso. Os mesmos princípios, que se opõem aos valores absolutistas vinculados à mistificação do poder social hereditário – da era pré-moderna.

Sob valores burgueses⁴⁰ e com a consolidação da razão, a constituição da nova *esfera pública* se sustenta na decisão de cidadãos comuns – ou da ordem privada – dotados de opinião pública fortemente voltada ao fortalecimento da sociabilidade que os conjuga – a burguesa. Para Habermas (2014), este cenário torna-se democrático porque contém no sujeito da *esfera pública*, o portador de uma opinião pública capaz de dirigir a organização social.

Embora seja a participação do cidadão uma característica legítima na *esfera pública* moderna, afirmar que “todo” indivíduo ou grupo social seja reconhecido enquanto cidadão membro dessa sociedade é uma inverdade. Para entendermos o

³⁸ Sobre a relação capital x trabalho: Marx (1996).

³⁹ Sobre proteção social trabalhamos a seguir.

⁴⁰ De propriedade privada, homens livres e juridicamente iguais.

porquê basta pensarmos que o Estado burguês sustenta-se sob a igualdade burguesa, na qual o princípio fundamental é a desigualdade⁴¹, entre os membros da sociedade.

Crítica contumaz sobre a pretensa equidade na democracia burguesa⁴², Fraser (1999) analisa o chamado “*el triunfo de la democracia Liberal*” e denuncia o erro em considerar a *esfera pública burguesa* como organização síntese de uma sociedade bem estruturada e equilibrada.

Segundo ela, esta esfera pública oferece uma democracia cerceada, em que a participação social e a direção da *esfera do poder público* se realiza de forma desigual. Em sua posição, o *status* legal de igualdade entre cidadãos precisa ser entendido dentro dos limites existentes na desigualdade estrutural e conjuntural, próprias do sistema vigente – o capitalismo.

Diferente de Habermas (2014), a autora considera a existência de excluídos na esfera social como questão importante. Para Fraser (1999), a *esfera pública burguesa* não garante um acesso equânime, porque a estrutura limita a participação de diferentes grupos sociais ligados, por exemplo, à desigualdade de gênero, propriedade e raça.

A pesquisadora denuncia a seriedade da resistência em se reconhecer a necessidade da voz do excluído para direção de uma *esfera pública* mais democrática. E embora Fraser (1999) aponte sérias lacunas em aspectos centrais da obra de Habermas (2014), devemos pontuar que o autor reconhece haver limites presentes na problematização da *esfera pública* e da *esfera do poder público*.

Segundo ele as duas esferas são erroneamente trabalhadas como similares, e a segunda é frequentemente entendida como síntese do espaço público, o que é um equívoco. Habermas (2014) explica, que o erro decorre das múltiplas expressões dos espaços públicos, que são formados pela estrutura social da *esfera pública*. Porém, conforme o autor, uma simples explicação sobre os diferentes espaços públicos pode auxiliar na superação do equívoco.

Pontuamos dois exemplos de espaço público: o espaço público, como *lócus* de representação do Estado (câmaras, prefeituras, conselhos, etc.), e o espaço público voltado ao lazer e ao entretenimento (praças, bosques, etc.). O que é preciso

⁴¹ Referimo-nos à relação capital X trabalho, analisada na teoria social crítica. Sobre: Marx (1996).

⁴² Fraser, aponta que Habermas, defende *uma pretensa equidade na democracia burguesa*. Sobre: Fraser (1999).

entender, nesse caso, é que a *esfera pública* forma e constitui todos os espaços públicos. Isso porquê ela resulta e promove o conjunto de valores que direcionam a vida social.

Por isso, a *esfera pública* não se restringe a espaços, pessoas ou instituições. Com ela e através dela, a sociabilidade se forma e se transforma tendo como base o acordo político⁴³ presente na organização de cidadãos comprometidos com a direção e o ordenamento da sociabilidade.

Os fundamentos da *esfera pública burguesa* nos auxiliam a pensar o modo como a *esfera do poder público* se organiza e responde a demandas sociais de territórios múltiplos. Através dela também podemos entender o modo de organização de serviços e políticas públicas e sociais.

Políticas, que segundo Netto (2011), tendem a ratificar a desigualdade do Estado burguês porque fragmentam e parcializam o enfrentamento das demandas postas pela realidade social. O perfil das políticas burguesas atua, nesse sentido, sobre as *expressões da questão social* quando a questão social é gerada pela exploração cerne do capital. A partir dessa questão refletimos acerca de forças e possibilidades de e sobre um *território usado*.

2.2 USO DO TERRITÓRIO COMO CAMPO DAS NECESSIDADES E POSSIBILIDADES MÚLTIPLAS: A PERCEPÇÃO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Entendendo que para o homem a compreensão de que o território possui centralidade em sua vida e contribui para conscientização de seu papel na construção e transformação da realidade – natural e social – legitima-se “[...] a noção de [que o] território se constrói a partir da relação entre o território e as pessoas que dele se utilizam” (KOGA, 2011, p. 35).

Pesquisas da assistente social Dirce Koga demonstram, que políticas públicas forjadas sob a alienação da participação da população marcam de maneira negativa a história dos serviços públicos no Brasil. Sua contribuição expressa a

⁴³ Político, enquanto ato de tomar decisão.

característica verticalizada⁴⁴ com que as políticas públicas e sociais tendem a ser construídas no país. Conforme KOGA (2011, p. 79):

[...] a exclusão social é também territorial. O fato é que a medida que vão sendo considerados territórios locais, as desigualdades internas se tornam mais visíveis e gritantes. Este movimento da lente [...] significa um exercício metodológico importante no debate sobre as políticas públicas, justamente no que se refere ao estatuto dos padrões de inclusão social que a sociedade brasileira almeja, sem desconsiderar as realidades locais suas desigualdades internas.

Em nossa pesquisa dedicada a entender “A percepção de gestores da saúde em relação ao enfrentamento à mortalidade infantil em territórios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã/PR” entrevistamos três secretários da política municipal de saúde dos municípios de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí.

Compreendemos que as falas dos secretários (que chamaremos de S1, S2 e S3), auxiliam no entendimento que esta gestão local possui sobre uso do território. Antes, porém, de trabalharmos a percepção dos sujeitos participantes consideramos relevante caracterizá-los enquanto cidadãos daquele território. Ao iniciar as entrevistas solicitamos que os secretários respondessem a um questionário sobre idade, formação, satisfação no trabalho, etc.

Desta forma, descobrimos que os secretários possuem as seguintes idades: 27, 30 e 46 anos. Dois deles possuem ensino superior completo e um ensino médio completo. Dos graduados, um pertence à área da saúde e o outro à área da educação e ambos possuem pós-graduação completa.

Todos residem no município onde atuam e um é conterrâneo – este residiu dez anos em outro território e voltou recentemente para sua terra natal. Os outros dois secretários estão entre seis e trinta anos no município. Sobre o tempo que trabalham na área da saúde, um está há seis meses, outros há três anos, e o último há cerca de dez anos.

No cargo de secretário municipal de saúde, apenas o secretário com experiência de dez anos ocupava o cargo há menos de trinta dias, os outros dois ocupavam o cargo no mesmo período em que trabalham na área da saúde. Em

⁴⁴Os conceitos verticalidade e horizontalidade são elementos centrais na obra de Milton Santos, base teórica na discussão de Koga. Sobre: Santos (2006) e Koga (2011).

relação ao vínculo de trabalho, dois são contratados por CLT e um é concursado. Para os três a função de secretário é a única que exercem na esfera do trabalho.

Quanto ao motivo de aceitarem o cargo observamos que todos foram convidados pelos gestores locais. O S.2 disse que foi “[...] convidadx pela prefeita. Não fazia parte da política do município, mas ela me convidou pra ajudar”. O S.3 afirmou: “[...] acho que é a área que eu me identifico né, então, nem me vejo fazendo outra coisa, né. A área que eu aprendi a gostar e não me, não me, não consigo imaginar fazendo outro tipo de função, né, que não seja na saúde”.

Para o S.1:

Primeiro porque eu gosto muito do contato com o povo, eu gosto muito de interagir, de ajudar, né. De procurar o recurso certo pra o destino certo pra pessoa certa e eu vim à convite do prefeito. Ele estava precisando de alguém nessa área e me convidou e eu de prontidão aceitei, primeiro porque eu gosto do município que eu moro né, eu gosto das pessoas daqui. Eu conheço mais ou menos a realidade das pessoas daqui. Então, por isso eu aceitei.

Se pretendem continuar trabalhando na área, uma afirmou enfaticamente que não, enquanto os outros dois disseram que sim. Sobre a questão de haver e participarem de capacitações em saúde em seus municípios, dois secretários disseram não haver, mas pontuaram que eles e a equipes de saúde participam dos cursos e reuniões realizadas pelo Escritório Regional de Saúde (22ª RS). O S.3 confirmou as capacitações e expôs:

É que como a gente já é, já tem alguns programas que a gente tem acesso as capacitações que são pelo Estado, então a gente tem um acesso muito fácil, né. As capacitações do Estado, do Município e da Regional, então, isso funciona bastante aqui na região. Aí, vou te falar que à cada quinze dias mais ou menos. [E] A gente tem muito, muitos programas aqui na região em relação à capacitação. Tanto do pessoal da Atenção Básica, quanto pros gestores, né, então a gente se encontra. Então assim, o pessoal da Atenção Básica seria a cada uma vez por mês, eles tem algum, algum curso pra ir. Tem semanas que é mais de uma vez na semana. E, a, nós, os gestores, a gente tem grupos né, tem a câmara técnica, tem o grupo de, tem a CIB, né. Seria a comissão inter, Intergestores bipartite, né, que a gente se reuni, do Estado e daqui do Município. Então a gente se reuni com muita frequência, ainda mais que estamos com o Samu, implantação do Samu e UPA, então isso acontece muito assim, vem o pessoal de fora pra mostrar como está sendo lá fora, né, como funciona em outras cidades.

Acerca de se sentirem realizados em seus cargos, todos pontuaram que sim, mas ponderaram haver dificuldades. O S.3 respondeu: “[...] Acho que me sinto

sim. É, tem as dificuldades, né, temos prós, tem os contras, mas eu me sinto”. Para o S.1:

Muito, de verdade, cem por cento realizadx. Só, eu posso dizer noventa e nove por cento, cem por cento eu não digo porque o país está numa condição difícil, né. Condição financeira hoje do país é uma condição difícil, então noventa e nove por cento, porque o que eu posso fazer, o que está no meu alcance e do meu município fazer, a gente está fazendo.

E o S.2:

Hoje, eu consigo dizer que estou feliz no emprego, porque antes eu estava, eu centralizava tudo em mim e eu não conseguia, não tinha tempo de pensar. Não tinha tempo de agir, que é o que seria meu papel, né. Há um tempo eu consegui delegar bastante função, várias funções e hoje eu consigo dizer que eu tô feliz, que eu tô, que eu tô bem, conseguindo desenvolver à passos de formiga, mas a gente consegue desenvolver.

A importância em caracterizar os sujeitos participantes de nossa pesquisa está no cuidado de demonstrá-los, enquanto membros daquela coletividade social. Significa que os entrevistados não são objetos de estudo. Partimos de suas contribuições para encontrar nosso objeto no conteúdo trazido por/em suas falas (BOURGUIGNON, 2008). É, portanto, [...] com base no conteúdo manifesto e explícito, que se inicia o processo de análise” (FRANCO, 2012, p. 30).

A metodologia da análise do conteúdo – que utilizamos – reflete o objeto pesquisado sob um arcabouço teórico responsável por embasar a inferência do conteúdo trazido pelos sujeitos participantes. Segundo Franco (2012), a inferência é o procedimento intermediário entre a descrição e a interpretação do conteúdo trabalhado. Ao investigador pede-se que haja a construção de eixos de análises, que expliquem conexões (de maneira lógica/teórica) entre o objeto e a base teórica.

Como cada tipo de inferência deriva da característica do objeto analisado, e aqui iniciamos uma aproximação com a percepção de gestores acerca de eixos levantados com/para a pesquisa, nossa inferência encontra-se no campo das hipóteses. Com elas relacionamos “[...] os atributos teoricamente significativos dos emissores às distorções embutidas nas mensagens que produzem” (FRANCO, 2012, p. 33).

O eixo de análise do presente capítulo aborda diretamente o *território usado*. Ao iniciar as entrevistas introduzimos o tema abordado e a partir disto

pontuamos as questões, deixando que os sujeitos participantes discorressem livremente sobre elas. Neste eixo colocamos que “O território é um conjunto amplo de determinações. Cada território possui a característica de sua população, na qual a política, a economia e as relações sociais expressam a organização do povo local”.

Tendo como base a afirmação acima, pedimos que os sujeitos participantes falassem sobre o território em seu cotidiano. Para o S.1:

Eu acho que o que, como eu já disse antes em termos de Brasil nós estamos muito bem, tá. O nosso território aqui é bem atendido conforme as nossas possibilidades e conforme as necessidades do povo daqui. Eu acho que eu tô satisfeitu, acho que nosso território aqui está de parabéns.

Sob a contribuição de Santos (2006), que defende haver a dialética local-global, a comparação do município com o território nacional acena ao conhecimento do secretário quanto a relação entre os territórios. Todavia, ao afirmar que está satisfeito com o município e que o atendimento ao território respeita – nesta ordem: as possibilidades da administração e as necessidades da população, evidencia-se que a gestão enxerga prioridade no universo burocrático da *esfera do poder público*.

Conforme Koga (2011) esse fator resulta da/na histórica gestão verticalizada do território. Nela, as respostas do Estado são trabalhadas de acordo com o que a gestão julga possível realizar, o que faz com que as necessidades do território assumam um papel secundário quando, na verdade, são o princípio sobre o qual as ações públicas devem ser desenvolvidas.

Marco Aurélio Nogueira (1997) compreende o problema da distorção de prioridades como elemento da crise que o Estado contemporâneo tem evidenciado a níveis globalizantes. Para o autor, as transformações da sociabilidade pós reestruturação produtiva de 1970 acarretam em questionamentos quanto ao papel da esfera do espaço do poder público obrigando novas posições para a gestão pública – e para o gestor público.

Com o fortalecimento da organização toyotista e o novo fluxo de produção e consumo gerados com/por ela, a administração dos Estados mundiais precisa ser revista para responder a nova demanda de organização da sociabilidade. Para Nogueira (1997), no caso brasileiro, as características histórico-políticas marcadas pelo clientelismo, patrimonialismo e domínio de uma elite social sob a

direção da esfera pública e esfera do poder público explicam parte dos limites presentes na superação de uma administração pública engessada.

O pesquisador defende a necessidade de flexibilizar a administração do Estado brasileiro de maneira gradual, o que segundo ele é uma demanda posta pela *rigorosa heterogeneidade* do país. Sua flexibilização, não pode, todavia, ser confundida com a fragmentação requerida pelo projeto *neoliberal*. Na direção das defesas de Santos (2006) e Koga (2011), Nogueira (1997) pede a construção de respostas do Estado – políticas públicas e sociais, por exemplo – a partir da demanda trazida pelas muitas realidades deste país, ou seja, ele defende ações pautadas através do *uso do território*.

Para que isso ocorra, o autor enxerga a urgência em formar uma nova cultura gerencial no interior do Estado. Para ele, com treinamento e formação os “[...] técnicos e gestores de políticas públicas, [serão] personagens não da política-representação, mas da política-execução [...]” (NOGUEIRA, 1997, p. 17). E é isto o que poderá trazer as necessidades do território à frente das possibilidades da gestão.

Outro secretário demonstra certo distanciamento identitário ao falar sobre o território onde trabalha. Ele diz: “[...] Eu, eu vim de uma cidade um pouco maior e eu estranho muito aqui, eu gosto daqui, mas eu estranho muito aqui porque as pessoas são muito acostumadas a reclamar demais a querer demais [...]” (S.2). E embora ele explicita estranhar “[...] um pouco o perfil da população [...]” (S.2), afirma: “[...] eu não mudaria, eu gosto, mas eu estranho [...]” (S2).

Como o secretário anterior, o S.2 compara o município onde atua com outro território, mas, nesse caso, o território utilizado para a comparação está ligado ao fator que Santos (2006) denomina pertencimento. O S.2 se refere ao município de origem demonstrando identificar-se melhor com os habitantes do território que deixou. Verificamos a questão, quando ele relaciona o que entende como problema do *perfil populacional* ao fato do tamanho do município.

Ainda que apresente um descontentamento pessoal com o território onde reside, o S2, demonstra enxergar a voz da comunidade local citada pelas críticas sobre a política de saúde: “as pessoas são muito acostumadas a reclamar demais a querer demais”. Já na fala do S.3 há a exaltação de uma posição político partidária combinada com a gestão municipal, o que não é surpresa considerando que os cargos da gestão pública brasileira são historicamente ocupados por pessoas indicadas pelo

gestor municipal. Mas lembremos, que conforme Nogueira (1997), este se torna um elemento a ser superado para melhor administração do Estado brasileiro.

O S.3, também demonstra ser o gestor (entre os entrevistados) com a maior apropriação sobre a realidade econômica do espaço onde atua. Isso pode ser visto quando ele cita o fator econômico do município no interior do estado. Ele afirma que, “[...] a região do Vale do Ivaí, [...] é uma das mais pobres do, a segunda região mais pobre do Paraná [e que em seu município] a população no geral é uma população pobre, uma população carente [...]” (S.3).

Questão segundo o secretário tem se alterado graças à gestão do prefeito em atividade, pois com ele o território “[...] voltou a ser um município em desenvolvimento que estava estacionado até então [...]” (S.3). Quanto a dimensão administrativa do território sob a política municipal de saúde, o S3, expõe seu conhecimento quando abaixo posiciona o instrumento da territorialização em saúde:

Nós temos hoje oito equipes de PSF, antes é, antes essa gestão era em torno de quatro equipes, né, uma população de 32 quase 33 mil habitantes. Então ela tinha muita área descoberta, hoje a gente já tem uma cobertura grande de pré-natal, sabe, que e cobertura de Atenção Básica pelas, sabe pelas equipes também que conseguem atingir a população chega a quase 70 e poucos por cento mais ou menos de cobertura. Tem uma área descoberta, mas atinge em torno de 70 e alguma coisa (S.3).

A fala dos sujeitos participantes oferece interessantes elementos acerca da percepção dos gestores sobre seu território. Através do colocado, o território aparenta ser entendido como um instrumento utilizado pela/para gestão do Estado (KOGA, 2011) e não como *chão de vida e vivido* por múltiplas expressões objetivas e subjetivas da relação humana.

O entendimento dos gestores distancia-se da posição de Koga (2011, p. 117), que defende haver a necessidade de promover a cidadania através da “[...] incorporação do território como espaço não somente de habitação, mas também de vivência e convivência [...]”. Nesse ponto, embora a fala do S3 aponte para o reconhecimento da situação econômica do município – e de municípios da região – há que se pontuar que a complexidade presente na organização de territórios requer olhares que extrapolam o determinante econômico.

Para que isso ocorra o território deve ser encarado, apreendido e trabalhado de forma *horizontal*, ou seja, por meio de contiguidades comunitária.

Lembrando que, nesse cenário, a atuação da gestão pública interfere diretamente no uso do território resultante/resultado das relações humanas empregadas sobre ele (NOGUEIRA, 1997). SANTOS (2005, p. 256), explica que:

[...] As horizontalidades serão os domínios da contiguidade, daqueles lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial, enquanto as verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais.

A posição do autor encontra-se com a defesa de Koga (2011), que defende ser essencial repensar e reconstruir mecanismos e formas de participações *territoriais*. Através da horizontalidade/contiguidade, ou ainda, da construção de respostas coletivas com cidadãos que habitam um chão comum, os territórios fortalecem sua identidade e produzem resultados voltados às reais necessidades de sua população.

Através da discussão teórica trazida pelo capítulo e da fala dos entrevistados entendemos que o modo como o Estado trabalha a administração do território, tanto pode promover a democratização do uso do território quanto onerar o acesso à direitos públicos e sociais se se decide verticalizar suas ações priorizando *possibilidades* em detrimento *necessidades* locais.

O fator negativo pode ser fortalecido quando parâmetros globais – à exemplo dos indicadores sociais – são utilizados na delimitação de prioridades e ignoram particularidades (até mesmo subjetivas) de um território. Estas subjetividades podem ser pensadas no campo das identidades históricas que todo território carrega e que, no primeiro capítulo, tentamos ilustrar nas representações de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí – também, no norte paranaense.

Indagando quanto a consciência dos secretários acerca da gestão verticalizada denunciada em suas falas, os questionamos: “A gestão em saúde busca construir suas ações em cima da realidade desse território?” O S.1 respondeu que sim, e colocou trabalhar “[...] dentro dos limites e possibilidades do município e das condições oferecidas [...]”. Ao ser questionado sobre um exemplo, disse: “[...] tipo buscando aperfeiçoamento, por exemplo, de curso, de capacitações que agora eu faço parte, esse é um dos exemplos que eu posso dar”.

O S.2 confirmou haver o direcionamento das ações da política municipal de saúde junto às demandas do território, mas enfatizou a dificuldade em

atender necessidade de toda população devido ao déficit de equipe para o trabalho, dentre elas, a equipe do NASF (*Núcleo de Apoio à Saúde da Família*).

NASF, que conforme o Portal da Saúde/SUS:

[...] é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes (BRASIL, 2012)⁴⁵.

O secretário S.3, que desde a caracterização dos sujeitos participantes apresenta maior domínio sobre a gestão da política de saúde em seu território, reconheceu a diversidade presente nas diferentes áreas do município. Seguindo as diretrizes do SUS⁴⁶ - entre elas a descentralização e igualdade da assistência à saúde – o S.3 apontou o trabalho de mapeamento das regiões, que vai do “[...] território macro pros micro territórios [...]”.

Conforme ele:

[...] tem o território que é a cidade toda, mas a gente divide a cidade em outros territórios que é baseado nas equipes de PSF⁴⁷, então a gente tem um mapa né, um mapa da cidade e cada equipe de PSF atua numa determinada região, determinado território da cidade [...] (S.3).

Ainda sobre a construção das ações da política municipal de saúde, perguntamos aos secretários se em seus municípios de atuação existe um instrumento próprio para trabalhar as demandas de saúde ou se são seguidos parâmetros globais/nacionais – como diretrizes nacionais. O S.1 afirmou não existir instrumentos municipais próprios para gestão da política de saúde em seu município. Ele disse que sempre busca “[...] auxílio e amparo no governo, governo estadual no caso [...]”.

Outro secretário falou ser complicado construir instrumentos próprios, quando “[...] não tem equipe suficiente, nem recurso suficiente pra isso [...]” (S.2). Em suas palavras: “[...] a gente faz o que pode, né. Eu acho as vezes que é até o mínimo, sabe, que o Estado pede, mas não dá pra fazer tudo não, não dá pra acatar tudo, porque a gente não dá conta” (S.2). Para ele:

⁴⁵ Sobre: Brasil (2012).

⁴⁶ Discussão no próximo capítulo.

⁴⁷ Programa Saúde da Família. Sobre: Ministério da Saúde.

[...] pra dar certo [seu município] tinha que ter no mínimo duas enfermeiras por equipe [...]. Igual, aqui na cidade mesmo essa enfermeira [...] tem muitas famílias. É a cidade inteira e ai depois divide os, os bairros, os bairros não, os distritos. Então, os distritos são sempre menores, por exemplo, num distrito tem três gestantes e ela tem vinte. Então é bem mais complicado. Ela é a única [...] (S.2).

Segundo o S.3, a política municipal de saúde deve seguir os diferentes parâmetros existentes. Ele reconhece que as ações da saúde “[...] vem um pouco da política nacional, da estadual e vem a do município, [pois há] o plano de saúde do município baseado na situação de saúde da [...] população [...]” (S.3).

Nossa segunda afirmação refere-se ao indicador social – um objetivo específico. A fim de compreender o espaço do instrumento no trabalho dos gestores dos territórios, colocamos: “O indicador social é uma ferramenta mundial baseada em dados quantitativos utilizados para se conhecer, pensar e trabalhar determinantes sociais de dada população e território. Os indicadores sociais podem trabalhar saúde, educação, renda, etc.”. Então, pedimos que falassem sobre o tema.

Os três secretários municipais de saúde defenderam que o indicador social se torna um importante instrumento de trabalho para a política na qual atuam. De maneira geral pontuaram que o instrumento referência como as ações e os serviços são e devem ser pensados e desenvolvidos. Em suas palavras, o indicador “[...] é importante, a gente tem que se basear em alguma coisa [...] tem que ter alguma meta, tem que ter um mínimo tem que ter” (S.2). Assim, “[...] é uma pressão, mas uma pressão do bem pra que a gente melhore sempre e busque sempre os melhores resultados [...]” (S.1).

A percepção dos secretários encontra-se com a posição de estudioso da área de indicadores sociais. Jannuzzi (2002, p. 02) explica que este “[...] é um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma”. Conforme o pesquisador:

Um indicador social é uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas) (JANNUZZI2002, p.02).

Para Soligo (2012) pensar o instrumento demanda inferi-lo no interior de seu processo histórico. No contexto histórico, o termo indicador social é cunhado

no governo Norte Americano em 1960. Refletindo as protoformas do indicador social, o autor expõe que:

[...] nos anos 1920 e 1930 [*podem ser identificadas*] contribuições significativas para a construção de um marco conceitual, [*mas*] foi na década de 1960 que ocorreram tentativas mais sistemáticas de organização e acompanhamento das transformações sociais e aferição do impacto das políticas sociais nas sociedades desenvolvidas e subdesenvolvidas (SOLIGO, 2012, p. 15, *grifo nosso*).

Importa considerarmos a questão porque, no período, o cenário mundial atravessava um momento de reestabelecimento da economia – que tem sua crise eclodida em Nova Iorque, na década de 1930⁴⁸. Com o instrumento sendo uma ferramenta estatística voltada à mensuração da qualidade de vida de uma população em determinado espaço-tempo, em pouco tempo, o instrumento passa a ser utilizado por outros países e organizações mundiais multilaterais, a fim de contribuir para a gestão sobre aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais de seus territórios.

Jannuzzi (2002, p. 1), pontua não ser por acaso que o aparecimento “[...] e desenvolvimento dos indicadores sociais esteja intrinsecamente ligado à consolidação das atividades de planejamento do setor público ao longo do século XX”. Para ele, o instrumento revela a precarização e o descontentamento da vida social junto a necessidade dos territórios mundiais em melhor responder às demandas existentes.

Tadavia, o autor explica que estes instrumentos não são capazes de captar a realidade com exatidão, sendo sim, um meio de aproximação dela. Assim, discutir sobre como este instrumento é desenvolvido e sobre o que ele se volta a conhecer se faz essencial. Jannuzzi (2002) coloca que, embora o uso de indicadores sociais receba forte adesão por parte dos países de economia central logo no final da década de 1970, é apenas na década de 1990 que o instrumento passa a ser ratificado como mecanismo de leitura aproximada da realidade social na maior parte do mundo.

A legitimação dos indicadores sociais para mensuração e gestão da qualidade de vida em um território acontece sob a contribuição do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) publicado em 1990, através do Programa das

⁴⁸ Referência à crise deflagrada com a queda da Bolsa de Valores de Nova Iorque, em 1929.

Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Conforme Di Giovanni, *et al* (2008)⁴⁹:

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado no final da década de 1980 por Mahbub ul Haq, com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, pretende ser uma medida geral e sintética, do desenvolvimento humano. Sua introdução a partir do primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano, publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 1990, representou uma mudança importante na maneira de visualizar o desenvolvimento, ultrapassando os aspectos exclusivamente econômicos representados pelos valores do PIB per capita, para incorporar dimensões sociais. No caso do IDH foram incluídas, além do PIB per capita, uma dimensão relacionada com a saúde, representada pela esperança de vida ao nascer, e outra relacionada com a educação, representada no início pelo índice de alfabetização numa dada sociedade e, mais tarde, por um índice educacional que combina dados de analfabetismo e a taxa bruta de matrícula em todos os níveis educacionais.

Ainda que reconheçam a importância do IDH, os pesquisadores ponderam que este deve ser encarado dentro dos limites relacionados a outros indicadores ou fontes estatísticas. Embora o IDH represente um marco no alargamento do olhar sobre fatores importantes para a qualidade de vida de uma população, ele não se torna capaz de abarcá-los totalmente.

No território brasileiro o uso dos indicadores sociais é fortalecido com a Constituição Federal de 1988. Isso acontece sobre a legislação de uma *esfera do poder público* comprometida juridicamente com a descentralizada da gestão administrativa e tributária do território. É nesse sentido, que no país “[...] cada vez mais, estados e municípios fazem uso de uma série de indicadores no planejamento e execução de políticas públicas [...]” (SOLIGO, 2012, p. 16).

JANNUZZI (2002, p. 04), alerta, no entanto, que:

[...] na prática, nem sempre o indicador de maior validade é o mais confiável; nem sempre o mais confiável é o mais inteligível; nem sempre o mais claro é o mais sensível; enfim, nem sempre o indicador que reúne todas estas qualidades é passível de ser obtido na escala espacial e periodicidade requerida. [...] Contudo, ainda que a disponibilidade de indicadores sociais para uso no diagnóstico da realidade social empírica ou na análise da mudança social esteja condicionada à oferta e às características das estatísticas públicas existentes, isto não dispensa o pesquisador ou formulador de políticas da tarefa de avaliar o grau de aderência dos indicadores disponíveis às propriedades anteriormente relacionadas”.

⁴⁹ Pesquisadores de indicadores do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp, são referência no Brasil.

Significa que nem sempre “um indicador útil em determinado lugar e época pode não ser proveitoso para outra região, ou até mesmo para a própria região em outro momento” (Soligo, 2012, p. 17). Jannuzzi (2002) e Soligo (2012), lembram que os indicadores são carregados de ideologia e intencionalidade não podendo, portanto, ser encarados como instrumentos neutros e/ou deslocados da realidade de pesquisa.

Ao delimitar a área de pesquisa, o campo, o tempo, o recorte e as variáveis, o construtor do indicador delega um sentido político sobre sua ação previamente idealizada em sua consciência (MARX, 1996). O resultado é que a realidade responde a questionamentos específicos pertencentes a parâmetros pré-estabelecidos. Assim, um indicador diz respeito à particularidade analítica de uma categoria ideológica, ou seja, é a realidade sobre uma das muitas perspectivas possíveis.

O que nos interessa, nessa questão, é o modo como os indicadores têm sido historicamente idealizados, desenvolvidos e usados na realidade brasileira. Koga (2011) acredita que a direção dos instrumentos – indicadores sociais – utilizados para se conhecer e trabalhar as demandas sociais nacionais seguem um padrão *verticalizado*, no qual as necessidades do território são negligenciadas pela ausência de diálogo entre representantes do Estado e a população que habita e transita o território.

A assistente social pontua que, apesar de legislações serem direcionadas para a democratização e participação da vida pública – após a Constituição Federal de 1988 – o *espaço do poder público* brasileiro encontra dificuldade em fazê-lo. Seja pela problemática da crise do Estado e consequente descrença da população na efetividade da participação política pela crise na representatividade política (NOGUEIRA, 1997), pelo desconhecimento do direito, pelo desinteresse do poder público em promover meios acessíveis de participação, etc. as políticas públicas nacionais apresentam dificuldades para gestão democrática.

A fragilidade impositiva de instrumentais metodológicos e teóricos – sob os quais a mensuração da vida social acontece – não retira da posição de Koga (2011), o entendimento de que o indicador social é pertinente para o entendimento e trabalho com a realidade. A denúncia da pesquisadora está no eixo deficitário gerado pelo monopólio informacional na construção, análise, divulgação e trabalho com os

instrumentais responsáveis pela captação aproximada do *território usado* pela população em geral.

O não acesso dos cidadãos do território ao processo de construção de respostas às suas demandas implica na fragilidade com que o Estado retorna serviços ao povo. Serviços, que impactam o modo como estes vivem. Sobre as informações disponibilizadas publicamente, KOGA (2011, p. 158) critica que:

[...] Além de representarem uma linguagem própria, os dados aparentam frieza e uma certa distância do cotidiano da realidade vivenciada pelos cidadãos. Portanto, o acesso a estas informações parece quase que inatingível e inútil ao mesmo tempo para a grande maioria da população.

Nesse sentido, a informação – que se mostra importante fonte de controle social em todo território tende a limitar a gestão publicizada (que compõe a perspectiva democrática) do território à exposição de dados, que não contribuem para o reconhecimento do cidadão sobre sua realidade social.

Considerando a problemática e entendendo, que anteriormente os secretários municipais de saúde consideraram o indicador social como importante instrumento de trabalho, os questionamos sobre a equipe de saúde discutir acerca de indicadores em seu exercício. Além disso, perguntamos sobre como ser a construção e o trabalho com indicadores de saúde em seus territórios.

Os três secretários colocaram a participação das equipes de saúde no trabalho com indicadores e indicaram reuniões como espaço de discussão sobre o assunto. Para o S.1, em seu território os profissionais são “[...] capacitados e interessados em trabalhar em equipe pra isso”. Em sua percepção, “[...] a condição nossa aqui é perfeita [...]” (S.1).

Em conformidade com a denúncia de Koga (2011), o gestor expõe um olhar verticalizado sobre a construção e a administração dos indicadores da saúde municipal. Isto é verificado quando ele diz “[...] temos enfermeira aqui, tenho enfermeira padrão lá no centro de saúde [...]”, ao se referir à discussão do instrumento. Em sua fala o indicador fica entendido como ação de um agente da equipe de saúde e não da equipe – muito menos desta com a população local.

De acordo com o S.3, em seu município “os indicadores são pactuados [...] no início, geralmente no início de ano, [e eles também] tem bastante apoio da regional de saúde [...]”. Em relação à discussão sobre indicadores pontua

que “[...] quando tem a reunião da pactuação o pessoal da Atenção Básica faz parte disso, então eles vêm pra reunião [e] é uma única reunião com todo mundo daí, então eles tem conhecimento [...] da pactuação, eles sabem” (S.3).

Diferente do gestor S.1, o S.3 assinala a participação da equipe da Atenção Básica – que é a responsável pelas pactuações dos indicadores – na discussão do instrumento. Ainda, assim, o gestor revela haver um padrão verticalizado na construção dos indicadores municipais, quando mostra a inexistência de uma discussão entre a comunidade e o Estado (KOGA, 2011).

Outra questão coloca-se ao final da fala do entrevistado “eles tem conhecimento [...] da pactuação, eles sabem” (S.3). Com esta afirmação são levantadas dúvidas quanto ao modelo de participação – democrático ou impositivo – da equipe de saúde. De fato, os agentes da equipe discutem e constroem as pactuações a partir de sua relação com uso que aquele território apresenta para a saúde ou são apenas informados sobre as decisões? Através da fala do secretário não fica claro.

O gestor S.2 explica que a equipe municipal da saúde do seu território realiza reuniões de câmara técnica para discussão sobre os indicadores de saúde. Ele elucida que a câmara técnica tem sido desenvolvida desde o ano 2015 pela 22ª Regional de Saúde. Como? “[...] Ela [câmara técnica] pega cinco indicador que tá complicado, que tá difícil, em alguns municípios tá muito bom, em outros tá muito ruim. E discute isso com os técnicos afim de resolver alguns problemas [...]” (S.2).

Ao seu ver, os indicadores que possuem “[...] bastante problema [...]” (S.2), no território, estão sendo bem trabalhados nesta gestão da câmara técnica. “[...] Porque, assim, nessas reuniões eles passam estratégias “[...]. Deu certo lá, quem sabe dá certo no seu município também, sabe [...] tá sendo bem bacana [...]” (S.2).

Além da câmara técnica regional seu território criou uma a câmara técnica municipal. Nela a equipe local discute a situação dos indicadores do território antes de levar os dados para discussão junto à regional. Ela é composta “[...] pelas quatro enfermeiras que [o município possui] mais funcionários que [dizem] respeito ao assunto [...]” (S.2). A câmara técnica municipal existe há dois meses⁵⁰ e o gestor se diz satisfeito com o trabalho em construção.

⁵⁰ No momento da entrevista.

Através da fala dos três secretários se confirma a tese, trazida por Koga (2011), quanto a *verticalização* da gestão do Estado sobre o uso dos indicadores nos territórios. A posição do S.2 é a única que aponta para o indício de uma gestão aproximada ao que Santos (2006) chama de *horizontalidade* e também responde ao parâmetro da gestão de indicadores trazida pelo Pacto de Gestão do SUS (Pacto pela Saúde)⁵¹.

Embora o S.3 coloque a participação da Atenção Básica nas reuniões de pactuação dos indicadores é o S.2 que traz o princípio da descentralização administrativa, quando explana acerca da importância do trabalho realizado pelas câmaras técnicas regionais e municipais. O secretário reconhece a *atividade conjunta* como elemento indispensável para o trato aos indicadores *problemáticos de seu território*.

Todavia, os três gestores demonstram que o indicador social na política de saúde de seus municípios se preocupa mais com um “[...] controle dos processos [que] com os resultados [...] (NOGUEIRA, 1997)”, que afetam diretamente a vida da população. A pesquisa sobre o uso do território – e de seus instrumentos – aponta para o fato de que a discussão e o enfrentamento das *expressões da questão social* demandam a construção de relações reais dentro do Estado, o que requer a articulação entre o Estado e a comunidade.

Conforme Koga (2011), nesse exercício o cidadão pode se tornar sujeito de sua realidade mais facilmente. Isto porque um território com respostas públicas democráticas – serviços, políticas públicas e sociais – precisa legitimar a voz de sua população (múltipla) fazendo com que particularidades sejam reconhecidas e atendidas. Não obstante, transformar a participação da *esfera do poder público no uso do território* requer entender a historicidade e os elementos, que conjugam a realidade daquela sociedade. E mais, obriga reconhecer o lugar e as possibilidades apresentadas ao cidadão, a partir da identidade do território por ele usado. Assim, indagamos: Que Brasil é esse?

⁵¹ Trabalhado no próximo capítulo.

2.3 ELEMENTOS HISTÓRICOS E A DIREÇÃO SOCIAL DO TERRITÓRIO BRASILEIRO

Estamos no Brasil de 2017. Entre a Proclamação da República (1889) e a atual Constituição Federal sancionada em 1988 se passaram noventa e nove anos. Os valores sociais presentes na sociedade não ultrapassam o tempo de três gerações completas, ainda que considerássemos haver, no período, uma expectativa de vida de quarenta e cinco anos para o brasileiro.

O apontamento sobre a expectativa de vida, com média de 45 anos, é uma forma ilustrativa para pensarmos o curto espaço de tempo, entre os anos de 1889 e 1998. De acordo com o IBGE (2016):

[...] entre 1940 e 1990, a esperança de vida ao nascer aumentou de 41,5 para 67,7 anos de idade, ou seja, uma média de mais de 5 anos por década (IBGE, Censos Demográficos). Os maiores ganhos de esperança de vida ocorreram na década de 80, quando aumentou de 53,5 anos de idade em 1970 para 61,8 anos de idade em 1980 [...].

Entender a questão, importa, porque ela afeta o modo como o povo herdeiro de um sistema político – econômico, social e cultural – entende e participa do movimento da sociedade, ou melhor, da construção e direção da *esfera do poder público* (HABERMAS, 2014). Por essa razão, elementos estruturais da história do país contribuem para refletirmos acerca da realidade atual.

Rico em particularidades o Brasil resulta de uma colonização comprometida com a exploração de suas riquezas naturais; expropriação de territórios de habitantes tradicionais (comunidade indígena); escravidão de povos tradicionais (índios) e mulheres/homens negros dominados e traficados de suas terras natais (como referência a África).

Politicamente, fatores importantes como a proclamação da independência e da República acontecem apenas no século XIX, quatro séculos após o seu descobrimento, em 1500. A independência do Brasil, em 1822, resulta de fatores externos ligados à necessidade de fuga da família real de Portugal, que se vê ameaçado pela Revolução Liberal em movimento.

Em 1888, a assinatura da Lei Aurea (Lei Imperial n.º 3.353) abole a escravidão no Brasil, sendo o país o último do mundo a sancioná-la. Sessenta e sete anos após a proclamação da independência o país torna-se República, em 19 de

novembro de 1889. Com isso, temos uma República jovem, que carrega em sua expressão recente a marca de um passado servil, dependente e patrimonialista.

Fernando de Azevedo em “Elites Antigas e Novas Elites” (1958) trabalha questões essenciais para a presente análise. O pensador social brasileiro elucida a composição da elite nacional de maneira a permitir que se entenda a continuidade de um setor dominante, que jamais deixou o poder, no país.

Azevedo (1958) expõe a presença e atuação vanguardista da elite nacional, que se sustenta no poder, ainda que metamorfoseando-se desde o século XVI. Para ele, desde o período colonial o Brasil possui uma elite aristocrática açucareira, cafeeira e burguesa, diretora da *esfera pública* e *esfera do poder público* (Estado).

O autor denuncia, que as diferentes expressões da elite não alteram o modo como esta demarca seu espaço na *esfera pública* nacional. Construído sob um sistema social amplamente fechado e excludente, o patriarcado brasileiro direciona os rumos do território nacional em termos de gestão da vida política, econômica, religiosa e social.

Delimitando os períodos de nossa elite, Azevedo (1958) explica que a elite açucareira – a mais forte no império brasileiro – sofre crises causadas pelo *pré-capitalismo* já no século XVII, abrindo caminhos para a elite cafeeira despontar socialmente na vida econômica e social, mesmo que discretamente. Posterior ou com ela, surge a elite burguesa.

Para o autor a *esfera pública* brasileira expressa desigualdade na resposta aos diferentes conflitos de interesses sociais desde o século XVI. As condições objetivas sustentadas na escravidão, no coronelismo e mandonismo fizeram com que por muito tempo se tornasse inconcebível o fortalecimento de questionamentos provindos de segmentos não elitistas.

Nesse cenário, o componente de questionamento da ordem estabelecida era a elite burguesa, que passa a compartilhar da direção da *esfera pública* – de maneira consistente – após a revolução de 1930, quando Vargas dá o golpe de Estado e deixa para trás a República Velha (1889-1930).

Influenciada por seus filhos bacharéis, formados nas melhores academias nacionais e internacionais, a burguesia dispõe do acesso a uma perspectiva modernizadora para esfera nacional. Contudo, para Azevedo (1958),

quando no poder, esses jovens modernizadores acabam por sucumbir ao *status quo*, reforçando seu compromisso com as raízes coloniais de sua classe social e política.

Para Holanda (1987), o fator demarca o patrimonialismo em que a apropriação do público por interesses privados acontece. O mandonismo, o coronelismo e a direção da *esfera pública* por agentes possuidores de *status* social (econômico e político) privilegiado dominam a *esfera do poder público*, revelando barreiras difíceis e necessárias de serem superadas.

Conforme o autor as relações sociais, travadas no modelo colono-patriarcal e repetidas por séculos, contribuem para personificação e privatização da *esfera do poder público* dominada por interesses de uma *esfera pública* desigual. Nessa relação, a apropriação do público por interesses privados manifesta-se na figura do brasileiro denominado *homem cordial* ou por assim dizer, um cidadão acostumado com a direção não democrática da *esfera pública* e do Estado.

Compreendendo que a história social brasileira sustenta-se sobre uma estrutura desigual e de importante superação questionamo-nos acerca dos enfrentamentos possíveis para a situação. Afinal, o que tem sido feito para construção de uma sociedade menos desigual? Quais as potencialidades de um país, de um território? Quais as potencialidades do Brasil?

Ao estudar o processo de transição da sociedade ditatorial para a sociedade democrática, Singer (1985), reconhece entre os sujeitos sociais brasileiros uma desigualdade histórica na correlação de poder. Todavia, para o autor, através do *pacto social*⁵², expresso na Constituinte de 1987-1988, acontece “[...] uma importante conquista dos trabalhadores, na medida em que lhes permite atuar como interlocutor do Estado e da classe dominante [...]” (SINGER, 1985, p. 87).

Conforme o economista, até aquele momento:

[...] as questões sociais e econômicas no Brasil têm sido decididas nos círculos restritos, em que interagem a tecnocracia estatal e o capital monopolista. Abrir este círculo, para nele incluir representantes do povo trabalhador, seria um passo significativo numa redemocratização do país, que não se limite aos aspectos político-jurídico, mas se estenda ao conjunto a vida social (SINGER, 1985, p. 87).

⁵² Proposto na campanha presidencial de Tancredo e objetivado no governo de Sarney.

Tendo como premissa a importância da direção da *esfera pública* para construção de uma sociedade menos desigual, portanto, mais democrática, RAICHELIS (1998, p. 3) defende que:

[...] a constituição da esfera pública é parte integrante do processo de democratização da vida social. Processo esse que se desenvolve através do fortalecimento do Estado e da sociedade civil, de forma a inscrever os interesses das maiorias nas decisões políticas, tendo como horizonte a universalização dos direitos de cidadania.

Para Raichelis e Wanderley (2004), no resultado do *pacto social* – Constituição Federal de 1988 – há um caminho favorável à construção de uma *esfera pública* mais democrática, embora ambos reconheçam que os limites de conquistas político-jurídicas podem esbarrar na frágil e recente abertura para participação política desta sociedade.

Se na “[...] particularidade brasileira, os setores dominados jamais tiveram força de veto sobre as decisões do poder estatal. [...]” (RAICHELIS, 1998, p. 4), devemos entender que boa parte do problema advém da alienação firmada à um conjunto da sociedade quanto ao seu papel na possibilidade de mudança de seu *território usado*. Esta característica se estrutura sobre nossa herança patriarcal, mas pode e deve ser mudada.

Dagnino, Olvera e Panfichi (2006, p. 10), mostram que “[...] reconhecer limites no significa negar possibilidades [...]”. A sociedade brasileira deve trabalhar para a ampliação das relações e do exercício democrático, que supera a democracia eleitoral estando o caminho sobre a construção de uma *esfera pública* e uma *esfera do poder público* inclusiva e ampliada – de fato, democrática.

Esta discussão – sobre a *esfera social burguesa* ou democracia burguesa –, sob a qual vimos Habermas (2004) e Fraser (1999) discordarem, encontra interessante definição em Dagnino, Olvera e Panfichi (2006). Partilhando da posição de Fraser (1999), os autores, que estudam a democracia na América Latina, afirmam haver a necessidade de uma democracia realmente inclusiva – o que denuncia a pretensão de igualdade posta por Habermas (2014).

Dagnino, Olvera e Panfichi (2006, p. 15), pontuam que diferente da democracia defendida pela igualdade da ideologia burguesa:

[...] la democracia participativa tiene otra visión cuyo fundamento es la ampliación del concepto de política através de la participación ciudadana y de la deliberación en los espacios públicos, de lo que se deriva una noción de democracia como un sistema articulado de instancias de intervención de los ciudadanos en las decisiones que les conciernen y en la vigilancia del ejercicio del gobierno.

No caso da jovem democracia brasileira vinte e sete anos após a estruturação do *pacto social*, entre diferentes sujeitos dessa sociedade, a observação de Singer (1985) nos transporta a um passado ainda presente. Indagando-nos sobre o porquê dessa realidade, RAICHELIS (1998, p. 4), nos mostra que:

Ao contrário do que aconteceu historicamente com o capitalismo nos países desenvolvidos, o Estado nas nações da periferia subdesenvolvida, como a brasileira, não consolidou instituições democráticas, nem estendeu direitos de cidadania ao conjunto das classes trabalhadoras, excluindo imensas parcelas da população do acesso público a bens e serviços necessários às condições de sobrevivência dentro de um padrão básico de convivência social civilizada.

Segundo a autora uma mudança torna-se possível quando realizada no interior da “[...] esfera pública – espaço essencialmente político ocupado por sujeitos sociais, que buscam reconhecimento e legitimidade social, através do conflituoso jogo político entre os atores representados” (RAICHELIS, 1998, p. 2-3). Portanto, – conhecer para – combater elementos estruturantes da histórica formação econômica, social e política do Brasil se torna um processo rico e essencial.

Raichelis (1998, p. 4), acredita que ainda que o cenário contemporâneo revele “[...] novos e antigos problemas não equacionados, observando-se a erosão da frágil noção do público, que nem chegou efetivamente a constituir-se [...]”, a construção de uma *esfera do poder público* democrática não pode ser interrompida ou adiada.

Em sua posição, o combate à relação desigual do cenário brasileiro requer uma transformação efetiva nas relações, que compõem essa *esfera pública*. Significa, que não basta que haja mudança apenas na relação sociedade x Estado. Torna-se preciso que as próprias “[...] relações que se estabelecem no interior do Estado e da sociedade [...]” (RAICHELIS, 1998, p. 3), sejam transformadas.

Aqui recordamos da fala dos três secretários municipais de saúde (S.1; S.2; e S.3) por nós entrevistados. Verificamos anteriormente, que a posição dos mesmos revela uma perspectiva *verticalizada* – antidemocrática – da gestão do

Estado. O que foi refletido tendo por base as contribuições dos gestores acerca do trabalho realizado pela política de saúde no campo de construção e pactuação dos indicadores sociais.

Com o auxílio de Raichelis (1998), reforça-se a posição de Koga (2011) e Santos (2006) sobre haver a necessidade de construir uma relação *horizontal* entre o Estado e a população, que forma um território. Outro exemplo, para refletirmos quanto a necessidade de democratizar e reconstruir a *esfera pública* nacional, se encontra na cooptação do fundo público, por interesses unilaterais de grupos historicamente no poder.

Salvador (2010) explica que o fundo público possui centralidade na relação capital x trabalho tornando-se indispensável para manutenção do sistema societário vigente. Ele coloca, que “o fundo público ocupa um papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com a reprodução do capital [...]” (SALVADOR, 2010, p. 79).

Conforme o economista, o fundo público resulta do excedente produzido na relação trabalho x capital. Ou seja, ele se sustenta na/pela contribuição de toda a estrutura social, que produz e reproduz as relações sociais na sociedade do capital – trabalhador, capitalista, *lumpen proletariado*⁵³.

Quando o fundo público é cooptado para atender aos interesses que beneficiam preferencialmente grupos unilaterais, ou melhor, o capital – o patrão, o capitalista, as grandes corporações, o mercado financeiro (bancos), as multinacionais, etc. –, um amplo segmento da sociedade é penalizado através do distanciamento do bem estar social que o fundo – alimentado por todo o povo – deveria oferecer de maneira inclusiva e não excludente.

Nesse ponto, mesmo que o fundo público brasileiro se mostre em avanço, ele ainda segue um padrão pouco democrático. Para entendermos a questão consideremos a garantia legal que apregoa autonomia às unidades federativas – União, Estados, Municípios e Distrito Federal – quanto à organização político-administrativa de seus territórios, onde se desenvolve políticas e serviços públicos e sociais.

Disposto no Art. 18. Cap. I. Título III da Constituição Federal de 1988, a autonomia político-administrativa do território brasileiro resulta na divisão dos

⁵³ Sobre: Marx (2011).

poderes do Estado, sendo um processo de descentralização da gestão pública e possível caminho para a democratização dos espaços públicos. Contudo, essa autonomia, que vincula-se diretamente no sistema fiscal nacional não tem se mostrado capaz de garantir a democratização do fundo público (ARRETCHE; SALVADOR; 2004; 2010).

Isso porque o planejamento de recursos já dotados ou empenhados *verticalmente* – por grupos que legislam e decretam a gestão do sistema fiscal e orçamento público – nem sempre garantem a equidade na decisão das prioridades assumidas para a destinação orçamentária.

Arretche (2004, p.18) alerta que “[...] os convencionalmente chamados de ciclos de centralização (Reforma Tributária de 1965-68) e descentralização (Constituições Federais de 1946 e 1988) [...]” da estruturação do sistema fiscal nacional não alteram o legislador da tributação, apenas redefinem a autonomia dos gastos das unidades federativas.

Assim, ainda que o atual sistema fiscal brasileiro garanta a descentralização da gestão da *esfera do poder público*, trazendo relativa autonomia aos municípios e estados, pesquisas demonstram haver ampla desigualdade fiscal no território nacional. Conforme, a autora:

Sistemas tributários e fiscais caracterizados por elevado nível de dependência de transferências fiscais e ausência de vínculo entre quem taxa e quem gasta tendem a produzir baixo compromisso com o equilíbrio fiscal por parte dos governos subnacionais [...] (ARETCHE, 2004, p.19).

Ela explica que sendo o maior apropriador dos recursos tributários, o governo federal torna-se a principal fonte orçamentária dos municípios e estados, que em se tratando do território nacional expressam profundas diferenças enquanto fonte e destino de recursos fiscais. Esse quadro desigual também representa a ausência ou precária gestão *territorializada* (KOGA, 2011) do sistema fiscal.

Estados e municípios que possuem realidades econômicas diametralmente diferentes são geridos sob o mesmo parâmetro legal. O que se torna um equívoco, pois territórios do Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul apresentam particularidades econômicas e sociais estancadas. O custo de vida em cada um desses lugares respeita suas especificidades e os serviços públicos e sociais financiados pelo orçamento público deve respeitar esse determinante.

Outra expressão da desigualdade presente no fundo público encontra-se na criação da Desvinculação de Receitas da União (DRU) em 1994 e prorrogada até os dias atuais (2017). A Ementa Constitucional – que assegura desde a década de 1990 o desvio de 20%⁵⁴ dos recursos da Seguridade Social para cobrir amortização da dívida pública e o déficit do Orçamento Fiscal da União – torna a Seguridade Social deficitária e alvo de críticas comprometidas com o desmonte da proteção social encarada vulgar e erroneamente como onerosa⁵⁵ (SALVADOR, 2010). Ora, se:

[...] o fundo público participa indiretamente da reprodução geral do capital, seja por meio de subsídios, negociação de títulos e garantias de condições de financiamento dos investimentos dos capitalistas, seja como elemento presente e importante na reprodução da força de trabalho, única fonte de criação de valor na sociedade capitalista (SALVADOR, 2010, p. 91):

Ele se torna propriedade comum da ordem societária, sendo legítima sua gestão *democrático participativa* a exemplo da defesa de Dagnino, Olvera e Panfichi (2006). Noutras palavras, não basta que haja o mínimo de repasse orçamentário para demandas intrínsecas à reprodução das relações sociais, o próprio sistema fiscal precisa ser democratizado à luz do *uso do território* nacional.

O planejamento do fundo público (e do orçamento fiscal) precisa ser publicizado, revisto e redirecionado a questões significativas, que interessam ao *espaço público* de forma ampla. Isto requer um equacionamento real entre os interesses dos diferentes grupos sociais, étnicos, sexuais, etc., existentes no território nacional (ARRETCHE, 2004).

A abordagem nos interessa por nossa opção teórico-metodológica, comprometida com a teoria social crítica, em que pensar a realidade prescinde compreendê-la em seu complexo processo histórico-social. Também, porque é através da democratização do *espaço do poder público* e de suas instâncias – ex. do fundo público – que de maneira complexa, mas possível, a direção social da *esfera pública* objetiva melhores e maiores condições para construção de uma sociedade menos desigual.

⁵⁴ Percentual atualizado para 30% em agosto de 2016. Sobre: Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 31/2016.

⁵⁵ Inclui-se nessa questão o discurso de déficit da previdência social. Sobre: Salvador (2010).

3 PROTEÇÃO SOCIAL: ELEMENTOS HISTÓRICOS E A DIREÇÃO SOCIAL DO TERRITÓRIO BRASILEIRO

A estruturação do Estado Moderno no decorrer dos séculos XVIII e XIX coopta demandas colocadas pela esfera social. Estas demandas são construídas pelas determinações sociais sustentadas no embate entre as grandes classes sociais – capitalista e proletariado – responsáveis pela (re)produção do sistema vigente, o capitalismo (SIMIONATTO, 2009).

Neste processo legitimado com a Revolução Industrial⁵⁶, a (re)produção social conquista avanços científicos-tecnológicos passíveis de contribuir com a melhoria na condição de vida população mundial. Entretanto, a história revela que ao passo em que as produções acontecem a monopolização do acesso a elas se efetiva, resultando na precarização de um conjunto social alijado desses avanços.

No cenário, junto aos muitos avanços objetivados, muitas mazelas são produzidas. O campo da saúde é um exemplo, tendo em vista o impacto sanitário, que o êxodo do rural para as cidades e o fluxo de pessoas pelo comércio causou na vida da população. Conforme BRAVO (2013, p. 34), nesse período, na zona rural:

[...] As condições de saúde eram melhores do que na cidade, que enfrentava problemas elementares para a vida urbana: limpeza das ruas, suprimento de água, saneamento, habitação operária. As consequências desta deterioração das condições de vida foi o aparecimento de epidemias e enfermidades contagiosas. A mortalidade, principalmente a infantil, era aterradora.

No âmbito internacional, VENTURA (2013), coloca que:

Ao longo dos séculos XVIII e XIX, numerosas reclamações foram trocadas entre Estados marítimos sobre restrições do comércio impingidas por quarentenas consideradas abusivas e também em oposição às medidas reputadas extraterritoriais, que visavam à prevenção de epidemias; ao final do século XX, acordos bilaterais instituíram a prevenção conjunta da propagação de certas doenças infecciosas, prevendo inclusive a notificação de tais enfermidades (p, 61).

⁵⁶ Referimo-nos ao conjunto de mudanças no sistema produtivo, sobretudo na Europa (final do XVIII e início do XIX), em que os maquinários ocupam – paulatinamente – o lugar do vapor.

A formação de regulações e sanções internacionais no campo da saúde expõe a complexidade presente na formação do sistema capitalista. Resultante do fluxo antagônico das relações de produção e reprodução social as ações públicas, voltadas a mediação da relação indivíduo-sociedade (MARX, 1996), passam a ser importantes para manutenção da ordem social, nova e adversa.

É nesse sentido, que conforme Behring e Boschetti (2011), a configuração Estado Moderno encontra-se no centro da regulação dos interesses das classes sociais – capitalista e proletariado. Sob o conjunto regulatório da organização capitalista o Estado legitima uma proteção social, responsável pela promoção de condições mínimas para a manutenção da sociabilidade existente.

Proteção social que emerge do campo das determinações e necessidade sociais, produzidas e reproduzidas, na relação capital x trabalho. Behring e Boschetti (2011), pontuam que de maneira conflituosa e antagônica os interesses do capitalista e os interesses do proletariado divergem e convergem, em pactuações que contribuem para ambas as buscas.

Encontramos sinal dessa necessidade de convergência na contribuição de Bravo (2013), que explica a construção das protoformas da proteção social nos países de economia central, através das regulações no campo da saúde. Para ela:

Os problemas de saúde, suscitados pela Revolução Industrial, não afetaram apenas o proletariado, mas também as classes dominantes, pois estas não ficavam imunes às epidemias que grassavam nos novos centros industriais. As más condições de vida e saúde reduziram a produtividade do trabalho e a situação desesperadora em que se encontrava a classe operária era terreno fértil para movimentos de revolta, que colocava em perigo a ordem constituída. Alguns capitalistas tomaram medidas para evitar a crise, mas a concorrência no mercado tornava qualquer ação individual contraproducente. A solução só poderia ocorrer pela intervenção do Estado (BRAVO, 2013, p. 34).

Significa que os modelos de proteção social caminham concomitante ao desenvolvimento e expansão do capitalismo, no qual sem resposta pública e social, a sociedade sucumbe ao acirramento da exploração da força de trabalho, afetando toda a cadeia produtiva.

Conforme Behring e Boschetti (2011) as respostas do Estado carregam e expressam a correlação de forças presente na esfera social, ainda que seja de maneira desigual. Tensionado pela disputa de interesses de classes e pela

busca pela manutenção da ordem, o Estado se torna impelido a responder necessidades sociais, ampliando sua atenção à regulação e/ou oferta de serviços e políticas públicas e sociais, mesmo que de maneira *fragmentada e focalizada* (NETTO, 2011).

Isso legitima o reconhecimento do Estado sobre a realidade desigual promovida pelo modo de organização social (capitalismo). A proteção social revela, portanto, a necessidade de regulação, que a sociabilidade moderna precisa para sua manutenção e fortalecimento.

Dois grandes modelos do sistema de proteção social do Estado Moderno são o bismarckiano e o beveridgeano. O modelo bismarckiano, data do final do século XIX, na Alemanha, que traz o seguro saúde junto ao trabalhador de emprego formal. Nele se torna obrigatória a contribuição de percentual monetário do salário do empregado para eventuais momentos de impossibilidade para o trabalho. Tem-se o seguro social. (BEHRING, BOSCHETTI, 2011).

Desenvolvido por Otto Von Bismarck, o seguro social responde ao trabalhador e sua família em caso de moléstia e/ou incapacidade para o trabalho. O modelo é formado junto ao fortalecimento das fábricas e a organização científica do trabalho – *taylorismo*. Referência do período de relativa estabilidade do emprego formal e situado nas organizações *taylorista/fordista*, o seguro social marca um considerável período da sociedade do capital (HARVEY, 1993).

Todavia, com a desigualdade intrínseca ao sistema, que é composto pelo excedente de mão de obra produtiva – utilizada como mecanismo de oferta e procura para manter os salários baixos – a esfera social obriga respostas capazes de atender aos grupos alijados do mercado trabalho e do emprego formal.

A uma esfera social, formada também por homens desempregados e incapacitados de prover sua sobrevivência por meios formais, somam-se constantes transformações da organização do processo produtivo (ver cap. anterior), e rebatimentos dos conflitos de poder insurgidos ao longo das grandes Guerras Mundiais. Tais determinantes sociais objetivam um sistema de proteção social diferente do seguro social estabelecido no interior do emprego formal. Temos então, as protoformas do sistema de proteção social de contribuição indireta, a seguridade social.

O modelo de proteção social, base da seguridade social, é o beveridgeano. Este se constitui no início do século XX, na Inglaterra. O modelo reconhece a influência de determinações sociais na direção da vida do trabalhador e da sociedade e, por isso, defende a necessidade em se construir e ofertar serviços e políticas sociais financiadas pelo fundo público, ou melhor, pela contribuição indireta de toda sociedade, que sustenta o Estado através de tributos, que no capitalismo provém do trabalho não pago.

Para Vianna (2000), o Plano Beveridge (1942), aparece como elemento central para análise da atuação do Estado no compromisso com as respostas junto às *expressões da questão social* (NETTO, 2011). O Plano tem a sua origem vinculada ao diagnóstico social intitulado “Relatório da Minoria sobre as Leis dos Pobres” realizado na Inglaterra, entre 1905-1909.

Esse relatório tratou “[...] sobre a inefetividade e fundamentos equivocados das leis dos pobres [...]” (KERSTENETZKY, 2012, p. 11), onde se constatou a responsabilidade da realidade social sobre a produção da pobreza e onde foi questionada a primazia culpabilizadora do indivíduo perante sua situação de miséria. O modelo beveridgeano, não embasa apenas as primeiras ações de seguridade social (não contributiva), mas também é entendido entre pesquisadores⁵⁷, como protoforma para o *Welfare State* – presente em países de economia central, sobretudo, no *período de expansão do pós-guerra*, entre 1956-1970 (HARVEY, 1993).

Segundo Vianna (2000), o Plano Beveridge revela-se decisivo na organização do Estado moderno. Contudo, a autora pondera que embora seja uma referência social importante, o modelo inglês não se mostra – e nem deveria ser – um modelo pronto para demais territórios mundiais.

De acordo com ela e Draibe (1993), os diferentes países do mundo respondem às *expressões da questão social* conforme sua realidade e possibilidade. Mostra-se muito peculiar o modo e o momento em que cada território projeta seu sistema de proteção social. Outro ponto importante refere-se a origem do financiamento que, segundo pesquisas, não se estrutura de maneira estática ou uniforme. Assim:

⁵⁷ Vianna explica que existem diferentes vertentes que estudam a formação do *Welfare State*, entre eles, pontua os que defendem o Plano Beveridge como protoforma. Sobre: Vianna (2000).

No que tange à estrutura das despesas, as diferenças também não deixam de se manifestar. Em geral os sistemas tendem a ser financiados por contribuições sociais de empregados e empregadores, mas os pesos relativos destas contribuições, assim como a participação do Estado (com recursos de origem fiscal), variam bastante, conforme os países ou grupos de países. [...] Nestas questões, os países estão longe de apresentar modelos uniformes (DRAIBE, 1993, p. 3).

É nesse ponto, que voltamos nosso olhar para o Brasil, território com um sistema de proteção social particular à sua estrutura sócio histórica, e *locus* genérico da presente pesquisa.

3.1 PROTOFORMAS DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL

No território brasileiro as protoformas do sistema de proteção social são encontradas na primeira metade do século XX, na era Vargas (1930) (DRAIBE, 1993). A exemplo dos países de economia central, as primeiras regulações nacionais acompanham uma demanda social expressa na relação (re)produtiva do mundo do trabalho, tendo como resultado o seguro social.

Conforme aponta MERCADANTE (2002, p. 238):

O seguro social surgiu no Brasil em 1923 com a promulgação, pelo Presidente Artur Bernardes, da Lei nº 4.682 de 24 de janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves. Com esta lei ficou instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendeu, em um primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores.

Conforme Salvador (2010), as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs) são consideradas marco do sistema de previdência social brasileiro. Elas foram organizações privadas, fundadas e financiadas pelo empregado e pelas empresas. Nelas, o Estado exerce apenas o papel de administrador e mediador no caso de surgimento de conflitos entre as partes. O autor explica, que na década de 1930, as CAPs foram sendo substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)⁵⁸, nos quais o Estado passa a organizar todo o processo de arrecadação entre o empregado e a empresa. Essa organização, porém, assim como as CAPs foram fechadas em segmentos de categorias profissionais.

⁵⁸ O primeiro IAP criado foi marítimo em 1933. Sobre: Salvador, 2010.

Embora este seja um marco político de conquista de uma legislação trabalhista transmuta em direito social, abrimos um parêntese para expor, que o mesmo processo de capilarização e estruturação do seguro social foi encarado por alguns grupos de trabalhadores brasileiros como cooptação do trabalhador para o interior do Estado, comprometido – estritamente – com os interesses da classe patronal.

Zanirato (2003) explica que do início de 1900 ao final de 1920, a presença de uma diversidade de posições sindicais era forte no Brasil. A pesquisadora pontua, que mesmo no final do século XIX e início do século XX, encontravam-se diversas – e até centenas – de associações beneficentes na cidade de São Paulo. Associações, que eram financiadas pelos trabalhadores e organizadas de forma independente da regulação do patrão ou do Estado. Conforme a autora:

A finalidade dessas associações era assistencial e recreativa, sendo comum a existência de uma banda musical para proporcionar momentos de lazer aos sócios. Estes iam às sedes das associações para usufruir do lazer e discutir os meios mais adequados de sobrevivência na sociedade em que viviam (ZANIRATO, 2003, p. 27).

Neste cenário considerável segmento da direção política dos trabalhadores de São Paulo – grande parque industrial brasileiro – comprometia-se com uma corrente socialista. Sob essa realidade as principais ações dessas associações, que eram voltadas ao:

[...] socorro pecuniário aos associados vítimas de doenças e o auxílio ao funeral do contribuinte, [não era exclusivo aos] trabalhadores, ficando aberta a todo aquele que se propusesse a integrar a sociedade [...] (ZANIRATO, 2003, p. 27).

A contribuição de Zanirato (2003), não expõe apenas a existência de conflitos entre trabalhadores e patrões no centro produtivo do país (São Paulo) antes da promulgação da Lei Eloy Chaves/1923, mas também nos ajuda a pensar acerca da expressão sindical e política, presentes em alguns campos da relação capital x trabalho no Brasil.

Importa sabermos estas questões para legitimarmos a inexistência de uma linearidade no processo histórico do movimento trabalhista brasileiro – agente central para construção de ações do Estado. Ainda que utilizemos o recorte paulistano

como exemplo sobre ações políticas da classe trabalhadora, o reconhecimento da existência de conflitos sociais se torna imprescindível.

Dito isto partimos para os marcos institucionais das protoforma de nosso sistema de proteção social. Segundo Draibe (1993), o sistema de proteção social brasileiro possui três grandes períodos que precisam ser entendidos dentro da particularidade nacional, membro do contexto capitalista mundial.

Esses períodos são: período de introdução (1930/1943) e expansão fragmentada e seletiva (1943/1964); período de consolidação institucional (1964/1977), expansão massiva (1977/1981) e reestruturação conservadora (1981/1985); e o atual período de reestruturação progressista, de ensaio (1985/1988) e de novo perfil (1988).

A autora explica que de 1930 até 1985 o sistema de proteção social brasileiro possuía uma agenda centralizada no âmbito federal. No entanto, cada marco destes períodos possuía características específicas que precisam ser consideradas. Para Draibe (1993, p. 21-22) “[...] os três grandes cortes (1930, 1964, 1985) levam em conta antes as mudanças no plano do regime político e, para 1930 e 1964, as mudanças na forma do Estado [...]”.

De acordo com a autora olhar para a expressão do regime político se torna central na reflexão desse quadro, uma vez que a partir dele acontece “[...] a moldagem e o perfil da proteção social, principalmente o que se refere a seus aspectos mais ou menos universalistas, mais ou menos assistencialistas [...]” (DRAIBE, 1993, p. 22).

Reconhecendo que a introdução e a consolidação da proteção social brasileira (1930/1971) encontra-se sob o governo de regimes autoritários, Draibe (1993, p. 19) defende que a questão “[...] parece referendar a tese das ações preventivas da elite e da busca de formas de legitimação via política social [...]”.

Isto porque, conforme vimos com Behring e Boschetti (2011), há dentre as protoformas da proteção social burguesa, o reconhecimento do capitalismo, de que existe a necessidade de prover condições mínimas para manutenção e continuidade da exploração da força de trabalho (re)produtivo, com o objetivo de sustentar o próprio sistema.

Também porque, conforme Zanirato (2003), no contexto de formação do maior parque produtivo brasileiro (São Paulo), os sindicatos e as associações

criadas pela classe trabalhadora se organizam numa perspectiva contrária à direção do sistema, buscando, amplamente, uma perspectiva socialista⁵⁹. O que representa um desafio e até um problema para o patronato da época, que vê sua produção abalada com greves realizadas pelos trabalhadores em busca de melhores condições de trabalho e vida.

Pensando nestas melhores condições de trabalho e vida, recordemos que Bravo (2013) explica o início da intervenção dos Estados de economias centrais através do campo da saúde. Mercadante (2002), expõe o mesmo sentido no Estado brasileiro. Para ele, no Brasil, as protoformas das ações construídas no campos da educação e da saúde voltam-se à promoção e manutenção das bases do sistema (re)produtivo – tendo foco a atenção ao trabalhador.

Analisemos que, o primeiro Serviço Especializado de Saúde Pública (SESP) brasileira surge em 1942. Ele deriva de um acordo entre Brasil e EUA, como resultado da contribuição nacional com a matéria prima para II Guerra Mundial. Nele, o foco das ações era voltado à trabalhadores do território da Amazônia, que produzia borracha, Goiás e ao Vale do Rio Doce, pela produção de minérios (MERCADANTE, 2002).

Apesar da formação desse sistema de proteção social de estrutura assistencialista, fragmentada e seletiva, Draibe (1993) o compreende como componente de um processo social vivido pela sociedade brasileira. Para ela, mesmo sob uma perspectiva sócio-política de cunho conservador, esse sistema foi, em certo período, importante na oferta e expansão de serviços públicos (saúde, educação, habitação, etc.) no país⁶⁰.

A autora explica que esse sistema de proteção social, baseado em trabalhadores urbanos formais ou em respostas residuais de mínimos sociais ofertados à crianças, gestantes, nutrizes e idosos considerados “grupos de risco”, desenvolve-se até o início de abertura do regime político (1985), mostrando-se já no final da década de 1970, esgotado. De acordo com DRAIBE (1993, p. 25):

É certo que tendências universalizantes - em termos de cobertura e de beneficiários – foram sendo introduzidas no sistema. No campo da seguridade social, a unificação dos IAPs sob o INPS, constituiu já um movimento de homogeneização de benefícios e universalização de direitos,

⁵⁹ Referimo-nos ao período de forte expressão dos sindicatos brasileiros, que pode ser visto nas primeiras duas décadas de 1900. Sobre: Zanirato (2003).

⁶⁰ Sobre os programas de proteção social da época (LBA, INAM), ver: Draibe (1993).

pelo menos a todos os assalariados urbanos formalmente inseridos no mercado de trabalho. [...] Entretanto estas tendências universalizantes longe estão, ainda, de conferir ao sistema brasileiro características do tipo “institucional-redistributivo”.⁶¹

Com isso, reconhecemos que o estudo sobre as protoformas do sistema de proteção social brasileiro revela que respostas sociais de cunho verticalizado, fragmentado e assistencialista, não são capazes de promover uma sociabilidade mais igualitária ou menos desigual. A oferta de um sistema de proteção social de baixa qualidade não afeta apenas os “grupos de risco”, pois para Draibe (1993, p. 26) mesmo os direitos conquistados pelos trabalhadores formais eram difíceis de ser atingido:

[...] seja pela forma de financiamento do sistema, pelas iniquidades que abriga, seja finalmente pelos baixos valores dos benefícios e aviltamento histórico das aposentadorias e pensões [...].

É apenas com a abertura do regime político (1985), a Constituinte (1987) e a Constituição Federal de 1988 que o sistema de proteção social brasileiro compõe uma nova estrutura política e social. Na posição de Draibe (1993), esse processo revela uma *reestruturação progressiva* do sistema de proteção social nacional.

Pautada na abertura do regime democrático e discutida sob a defesa de entidades sociais, sindicais, profissionais e políticas; instituições religiosas; movimentos sociais, estudantes; academia; empresários; etc., a proteção social brasileira pós-1988, resulta em uma construção social coletiva comprometida juridicamente com a promoção da cidadania nacional. Para Salvador (2010), isso revela um acordo político entre as forças de esquerda e direita, no Brasil.

A mesma posição é defendida por Singer (1985), que no capítulo anterior vimos defender o processo Constituinte como caminho de um importante pacto social firmado entre diferentes grupos sociais. FLEURY (2011, p. 35) acredita que:

[...] No caso brasileiro, dado à escassa e frágil experiência democrática anterior, a transição constituiu-se no momento de criação dos instrumentos e

⁶¹ O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado em 1966, sendo este, a unificação dos IAPs, o que marca a centralização da administração dos recursos e serviços referentes ao mundo do trabalho, pelo Estado. Sobre: Salvador (2010).

processos democráticos. Nunca a noção de cidadania e de direitos sociais havia sido tão discutida e vivenciada em nossa sociedade!

Sob influência dos modelos de proteção social, bismarckiano e beveridgeano, e:

[...] Para viabilizar as inovações propostas e permitir a efetiva implementação de um sistema de seguridade social no Brasil, a Carta Magna estabeleceu uma ampliação das bases de financiamento para além da folha de pagamento, que passaria a ser composta também pelos impostos pagos pela sociedade e por contribuições sociais vinculadas (SALVADOR, 2010, p. 160).

Noutras palavras, a seguridade social passa a ser um produto coletivo, com fontes de recursos próprios. É no artigo 194 da Constituição Federal, que encontramos a regulação sobre o financiamento da seguridade social, enquanto responsabilidade das iniciativas do poder público e da sociedade em geral.

Tomando a leitura de Draibe (1993) compreendemos que esse sistema de seguridade social expressa um comprometimento da sociedade brasileira, com o alargamento democrático da própria *esfera do poder público* (HABERMAS, 2014) nacional, que se torna amparado por uma estrutura jurídico-política constitucional com possibilidade de direção inclusiva.

Estruturando-se sobre o tripé saúde, previdência social e assistência social, a seguridade social brasileira compõe um sistema de proteção social jamais visto na América Latina (FLEURY, 2011). Se antes o sistema de proteção social fora levado ao trabalhador assalariado e a “grupos de risco”, agora ele alargara sua atenção à uma perspectiva universalizante.

Dentre os pontos que ratificam a questão está a materialização da extensão dos direitos previdenciários aos trabalhadores do campo; a oferta de um política social de assistência social destinada a quem dela necessitar; e a garantia de um Sistema Único de Saúde (SUS) – destinado a toda população do território nacional – estruturado sob princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social⁶².

No campo da saúde, VASCONCELOS e PASCHE (2012, p. 560), pontuam que:

⁶² Sobre: Capítulo II. Dos princípios e diretrizes da Lei nº 8080/1990.

[...] isso significou a possibilidade de superação da oferta estratificada de serviços, que diferenciava os indivíduos em indigentes e segurados da Previdência Social, e trouxe a oportunidade para reduzir a diferença de atendimento aos moradores do campo e da cidade, e entre as diferentes regiões do País. Essas situações caracterizavam iniquidade no acesso às ações e serviços de saúde, decorrentes da desigual distribuição de recursos físicos, financeiros e humanos.

Apesar de ser o conjunto jurídico-político em torno da seguridade social o balaústre sobre o qual se transforma o sistema de proteção social no Brasil, a política de saúde torna-se expoente na conquista e defesa da promoção de uma direção social mais democrática.

De cunho universal, a política de saúde, nos obriga a refletir acerca dos elementos presentes em seu processo político, comprometido com a busca de uma *reforma social* (PAIM, 2007). Isso porque o processo, que resulta no Sistema Único de Saúde (SUS), provém de um movimento social importantíssimo para o modelo de proteção social do país, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

O movimento da RSB é composto pela e sobre a luta de agentes e grupos sociais comprometidos com a construção de uma saúde pública democrática. Fator que vislumbra, também, a construção de uma sociedade democrática. Por essa razão, Paim (2007), reconhece a RSB e o SUS como resultado da demanda popular. Porém, antes de nos atermos à Reforma Sanitária Brasileira (RSB) – base do sistema de saúde nacional – pontuemos recentes marcos da saúde mundial, dentre eles o direito à vida e à saúde global.

O direito à vida registra um importante ponto na recente história social. Conforme o Art. 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, “Todo indivíduo tem direito à vida”. Porém, a vida de que trata esse direito encontra-se balizada junto a regulações sociais previamente construídas, como é o caso da defesa dos princípios basilares para promoção da saúde/vida.

De acordo com os princípios norteadores da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁶³, instituída em 1948, “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. A OMS (1946), defende que “Os Governos têm

⁶³ A OMS é instituída em 7 de abril de 1948, mas no ano de 1946, em reunião presidida pela ONU são firmados os primeiros estatutos da OMS.

responsabilidades pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas”.

Através desses marcos a saúde da população mundial passa, paulatinamente, a receber olhares que superam o ciclo de biologização da relação homem-doença. É, contudo, apenas na Conferência de Alma Ata, em 1978, que se inicia o reconhecimento global sobre os determinantes sociais serem centrais na e para organização da saúde/vida humana.

Essa conferência fica conhecida pela pactuação, “Saúde para todos no ano 2000”, que é realizada entre dezenas de países. Conforme Starfield e Benach (2002; 2012), a partir desse consenso se verifica a conscientização da necessidade de investimentos na base da saúde individual e social, que se encontra na atenção primária em saúde. STARFIELD (2002, p. 31) explica que em Alma Ata especificou-se:

[...] que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional.

De acordo com a pesquisadora, a importância da atenção primária em saúde está no fato de abordar questões comuns à organização da comunidade e não apenas ao indivíduo isolado. Através dela os elementos biopsicossociais são trabalhados como determinantes para construção das condições de vida e saúde de uma população.

Nas palavras de Starfield (2002, p. 12) uma “[...] atenção primária forte é essencial para um sistema de saúde forte [...]”. A atenção primária “[...] organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde” (STARFIELD, 2002, p. 28).

Ao mesmo tempo em que a atenção primária possui centralidade na organização dos sistemas sanitários mundiais, ela carrega complexidades que obrigam um trabalho continuado junto à pesquisas e construção de políticas de saúde. Um trabalho, que infelizmente:

[...] ainda sofre uma falta de apreciação de suas características e contribuições, sendo que suas funções estão sob constante ameaça de serem banalizadas no zelo de economizar em serviços de saúde [...] (STARFIELD, 2002, p. 12).

Estando dentre os importantes acordos mundiais, a saúde, – que possui base na atenção primária – continua a ocupar espaço central no início do século XXI. Ela – que se estrutura sob os determinantes sociais da sociabilidade – revela-se a espinha dorsal na Declaração do Milênio das Nações Unidas ocorrida no ano 2000.

A declaração resulta de meses de conversações entre diferentes líderes mundiais, nos quais, 147 Chefes de Estado e governo assinam um tratado de compromisso e busca pelo desenvolvimento social mundial para o milênio que se inicia (ONU, 2000).

Aprovada na Cimeira do Milênio – reunião importante em que participam dirigentes mundiais – “[...] realizada de 6 a 8 de setembro de 2000, em Nova Iorque [...]” (ONU, 2000), a Declaração do Milênio legitima o posicionamento da sociedade ocidental quanto ao rebatimento do determinante social na vida da população, sobretudo, no cenário contemporâneo.

Na declaração líderes mundiais reconhecem haver a necessidade de construir uma sociedade mais equânime, em que as produções sociais sejam direcionadas para o bem da sociedade – e conseqüente saúde das pessoas. Em fala oficial a liderança expõe:

Pensamos que o principal desafio que se nos depara hoje é conseguir que a globalização venha a ser uma força positiva para todos os povos do mundo, uma vez que, se é certo que a globalização oferece grandes possibilidades, actualmente os seus benefícios, assim como os seus custos, são distribuídos de forma muito desigual. Reconhecemos que os países em desenvolvimento e os países com economias em transição enfrentam sérias dificuldades para fazer frente a este problema fundamental. Assim, consideramos que, só através de esforços amplos e sustentados para criar um futuro comum, baseado na nossa condição humana comum, em toda a sua diversidade, pode a globalização ser completamente equitativa e favorecer a inclusão. Estes esforços devem incluir a adopção de políticas e medidas, a nível mundial, que correspondam às necessidades dos países em desenvolvimento e das economias em transição e que sejam formuladas e aplicadas com a sua participação efectiva (ONU, 2000, p. 2).

A proposta da Declaração do Milênio dos anos 2000 se encontra com a discussão do geógrafo Milton Santos (2006), que no primeiro capítulo nos fala

acerca da importância de se transformar as produções da humanidade – técnicas – em instrumentos direcionados para o bem da coletividade. E como instrumento para o desenvolvimento do milênio, a declaração constrói metas sustentadas em pactuações estabelecidas sobre oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODMs):

Redução da Pobreza; atingir o ensino básico universal; Igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; **Reduzir a mortalidade na infância; Melhorar a saúde materna; Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças**; Garantir a sustentabilidade ambiental; Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento (BRASIL, 2000, **grifo nosso**).

O período para realização dos ODMs considera a situação do objetivo a ser buscado, por exemplo, a redução “[...] para metade [da] percentagem de pessoas que não têm acesso a água potável ou carecem de meios para o obter [...]” (ONU, 2000, p. 9) – redução da pobreza – está estabelecida para o ano de 2015.

Para Buss e Filho (2007), os grandes acordos mundiais da contemporaneidade revelam o intrínseco reconhecimento acerca da estreita relação entre determinantes sociais e a vida/saúde dos povos. Mas a ratificação da premissa encontra-se no ano de 2005, quando a OMS cria a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde. A comissão é criada:

[...] com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas (BUSS; FILHO, 2007, p. 88).

Conforme os autores, várias abordagens estudam os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), destacando-se: “aspectos físico-materiais”; “fatores psicossociais”; “ecossociais”; e “enfoques multiníveis”⁶⁴. Segundo eles, embora as abordagens partam de diferentes campos de pesquisa, todas contemplam a relação de troca entre o indivíduo e a sociedade.

Acompanhando o parâmetro mundial, o Brasil funda a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em março de 2006 – um ano após a criação da Comissão pela OMS, em 2005. Através da CNDSS fica disposto que o país assume os DSS enquanto “[...] fatores sociais, econômicos,

⁶⁴ Sobre as abordagens que estudam os Determinantes Sociais de Saúde, ver: Buss e Filho (2007).

culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; FILHO, 2007, p. 78).

Com o reconhecimento mundial – e nacional – de que para o desenvolvimento do milênio há necessidade de trabalhos sobre os determinantes sociais – incidentes sobre a saúde/vida da população global – torna-se evidente que o direito à vida (DUDH, 1948) e os princípios basilares para a saúde global (OMS, 1946) são elementos inseparáveis e essenciais para construção de uma sociedade menos desigual.

3.2 SAÚDE NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DE UM DIREITO SOCIAL NO/PELO TERRITÓRIO NACIONAL

Sob a contribuição de Cohn (2012) e a literatura empregada nessa pesquisa compreendemos, que inferir acerca da política social requer o reconhecimento da disputa de interesses na *esfera do poder público* (Estado), onde esta se estrutura. Para a autora:

É necessário [...] que se tenha em conta que quando se vai tratar das políticas de saúde, o que passa a ser foco do estudo é o processo de tomada de decisões, por parte do Estado (leia-se, daqueles grupos que detêm o poder naquela conjuntura histórica que está sendo estudada, e constituindo os governos), ante uma série de possibilidades de escolhas alternativas, que representam, cada uma delas, ganhos e perdas para distintos grupos sociais, tendo-se todavia por referência que ao Estado compete, sempre, orientar suas decisões para o bem comum da sociedade (COHN, 2012, p. 223).

Por isso, ainda que a política de saúde brasileira seja um expoente no sistema de proteção social progressista (DRAIBE, 1993), devemos pensá-la enquanto política social gerida no interior do antagonismo do Estado burguês e sob as características sociais brasileiras. Partindo desse antagonismo refletimos acerca da base política, que promove e antecede o perfil da política de saúde pós-1988, a Reforma Sanitária Brasileira.

A Reforma Sanitária Brasileira se estrutura na década de 1970, período em que o país vive um estamento militar com serviços públicos e sociais

orientados sob uma organização política centralizada na esfera federal, de perfil verticalizado (DRAIBE, 1993). Na contramão deste cenário, a saúde, de que trata RSB, refere-se a defesa do direito à vida, tendo ela uma direção social comprometida junto à perspectiva da teoria social crítica⁶⁵ (PAIM, 2007).

Conforme Paim (2007), a RBS circunscreve-se no bojo da luta e interesses de classes – capitalista e proletariado –, e em defesa de uma sociedade comprometida com a promoção da vida. Ao mesmo tempo, a RBS denuncia a estrutura desigual do sistema capitalista sobre o qual a exploração, a miséria, a fome, a violência, etc., financiam a precarização das condições de vida do ser humano.

Paim (2007), identifica a Reforma Sanitária Brasileira, como uma reforma social, explicando que o movimento busca a construção de uma nova organização societária em que as condições objetivas de vida contribuam para uma vida saudável nos diferentes aspectos do humano/social.

Por essa razão, o estudioso defende que a direção do movimento da Reforma Sanitária Brasileira distancia-se de uma simples reforma setorial da política de saúde. Para ele, o movimento da RSB expressa uma demanda e um processo impresso no interior da sociedade. Essa posição, denuncia a concepção de um processo endógeno equivocadamente delegado à RSB.

A defesa do processo endógeno enxerga a Reforma Sanitária, como continuidade dos rearranjos da administração estatal e a compreende como uma reforma setorial. Todavia, PAIM (2007, p. 216), denuncia que a Reforma Sanitária brasileira se:

[...] distancia de outras reformas setoriais antigas ou contemporâneas patrocinadas por organismos internacionais ou derivadas de áreas econômicas de Estados nacionais e dos rearranjos administrativos do início do século 20, como aqueles realizados por Oswaldo Cruz, ou daqueles efetuados pela Reforma Carlos Chagas em 1923. Essas reformas “pelo alto” pouco têm a ver com as lutas sociais pela saúde [...].

Nesse contexto, analisemos o cenário de construção da RSB. A reforma emerge na década de 1970, momento em que o Brasil possui um movimento sanitário que luta pela democratização do acesso à saúde. Mas, observamos através de Draibe (1993), que as políticas e serviços públicos desse período compõem um

⁶⁵ Com expoente da produção social marxista e marxiana.

sistema de proteção social, que até o final da década de 1980 caracteriza-se pela centralização da gestão no âmbito federal.

Conforme Koga (2011), isso revela um histórico déficit qualitativo na construção e acesso a políticas públicas brasileiras, que tendem a excluir o cidadão da participação na construção de respostas para seu *território de vida e vivido*. É nesse cenário, que o movimento da RSB se estrutura e se une a grupos e setores da sociedade contrários aos desmandos da ditadura militar⁶⁶, no poder. Paim (2007, p. 78) aponta que:

[...] o movimento sanitário foi se desenvolvendo desde o final do período autoritário, ampliando-se com a criação da *Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)*, com a conquista de entidades pela *Renovação Médica (REME)*, como a mobilização nacional pelas *Diretas Já* [...].

A perspectiva político-social do movimento sanitário contribui para profunda aproximação deste com a reflexão crítica da sociedade. Sem encontrar respostas no campo da medicina hospitalar – marcada pela biologização da vida social e suas patologias sociais –, o movimento sanitário, rompe com a teoria positivista do campo sanitário, e:

[...] Nessas iniciativas constata-se a configuração de um conjunto de elementos, que posteriormente, vão constituir a idéia da Reforma Sanitária, inspirada nas ciências sociais marxistas [...] (PAIM, 2007, p. 76).

Assim, a crítica à Medicina Preventiva da década de 1970 leva intelectuais e sujeitos do campo da saúde – e sociedade em geral – à aproximação com a Medicina Social, de onde provém a Saúde Coletiva. Com ela, teoria e prática, reconhecem a saúde sob suas determinações sociais de vida (STAREFIELD, 2002), e a partir dela o movimento da Reforma Sanitária brasileira se estrutura teoricamente.

A práxis, presente na relação teoria-prática, na busca pela democratização da saúde tem entre suas instâncias o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes). A criação do Cebes, “[...] em julho de 1976, durante a 32^a. Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na UNB

⁶⁶ Sobre a ditadura militar no controle nacional, de 1964 a 1985, e a movimentação política de grupos sociais contrários ao regime, ver: Netto (2011).

(Brasília) [...]” (PAIM, 2007, p. 75), resulta do movimento sanitário articulado à perspectiva social impressa na Saúde Coletiva.

Para Paim (2007), o Cebes se torna expoente na produção teórica do movimento sanitário nacional, engendrando o movimento político em defesa da saúde social. E mesmo sendo apenas um dos instrumentos políticos do movimento, seu arcabouço teórico-político e ideológico contribui amplamente para estruturação da Reforma Sanitária Brasileira e para a proposição e construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme o autor:

Entre tantas mobilizações e manifestações políticas, o Cebes apresentou no *I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde* (Câmara dos Deputados, 1980) o documento *A Questão Democrática da Saúde* (Cebes, 1980) propondo, pela primeira vez em 1979, a criação do SUS. Esse documento, representou um marco na construção da proposta da RSB, ou seja, não se trata mais de uma *idéia* da necessidade de uma reforma, mas de um conjunto de proposições [...] (PAIM, 2007, P. 76-77).

Concomitante ao processo do movimento sanitário e Reforma Sanitária Brasileira, o regime político militar apresenta propostas emergenciais no campo da saúde, entre elas a PREV-SAÚDE (1979), o CONASP (1981), o PAIS (Programa de Ações Integradas de Saúde) – integrado ao sistema de saúde da Previdência Social (INAMPS), – AIS (Ações Integradas de Saúde) (1984), e os Sistemas Descentralizados de Saúde (Suds) (1987).

Todavia, como vimos em Draibe (1993), o cenário político, econômico e social impossibilita o sustento das propostas de cunho assistencialista, fragmentado e seletivo, pelo fato delas não responderem de maneira significativa às demandas postas pela esfera social. Como marco do requerimento da saúde, enquanto direito de cidadania nacional⁶⁷, a 8ª CNS (1986) e Assembleia Constituinte (1987), são centrais. Em ambas, do final da década de 1980:

Discutiu-se a questão da cidadania no Brasil, a constituição dos movimentos sociais na área de saúde, a criação do Cebes e da Abrasco, a Conferência de Alma-Ata e a proposta "Saúde para Todos no Ano 2000. Foram analisadas as desigualdades nas condições de saúde e no acesso dos serviços de saúde no Brasil, o desenvolvimento das políticas de saúde na Nova República e as relações das AIS com a Reforma Sanitária [...] (PAIM, 2007, p. 96).

⁶⁷ Ver discussão sobre cidadania no primeiro capítulo.

Nelas, de acordo com Vasconcelos e Pasche (2012, p. 560), também se discute “[...] a defesa da criação de um Sistema Único de Saúde com acesso universal, descentralizado, com controle social e financiado com recursos próprios”. O que buscamos demonstrar com isso é que a defesa da saúde, enquanto direito do cidadão e dever do Estado, que compõe a C.F. de 1988, se estrutura sobre uma disputa política expressa no reconhecimento e defesa da saúde, enquanto componente dos determinantes sociais construídos em sociedade.

Esse movimento político na Reforma Sanitária Brasileira, defende uma reforma social comprometida com a qualidade de vida do humano e ultrapassa até mesmo as conquistas verificadas na universalização da política saúde do modo SUS. Conforme Paim (*apud*, PAIM, 2007, p. 99), a RSB esteve na defesa de que:

[...] promover saúde implicaria “conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na sua modificação”, enquanto respeitar o direito à saúde suponha “mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e trabalho insalubre e na estrutura jurídico-política perturbadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços.

Significa, que embora a política de saúde, expressa no SUS, componha um nicho importante de uma reforma setorial, a busca da Reforma Sanitária Brasileira é mais ampla e complexa. Ela objetiva a articulação entre diferentes setores da esfera pública, para que a reforma na saúde impacte a vida no território nacional de maneira abrangente.

Destarte, duas conjunturas marcam o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. A primeira, refere-se à transição democrática no final da década de 1980 em que o movimento sanitário conquista espaços de disputas, ratificando a saúde como direito socialmente necessário. O que resulta no novo perfil jurídico-político da política de saúde brasileira expresso na Constituição Federal de 1988.

A segunda conjuntura encontra-se no período pós-constituente (PAIM, 2007). E nele, a conquista do pacto social de 1988 (SINGER, 1985), sofre investidas da conjuntura global marcada pela reestruturação da organização produtiva e pelo *projeto neoliberal* (LAURELL, 1995).

Com as investidas da conjuntura global a própria política saúde – que compõem o tripé do sistema de seguridade social brasileiro (previdência social,

assistência social e saúde) – sendo de caráter universal e gratuito sofre com rebatimentos que transformam sua base legal e política.

De acordo com Paim (2007, p. 47), importa reconhecer que, embora o primeiro momento marque conquistas políticas direcionadas à construção de uma saúde pública democrática, “[...] em ambas as conjunturas foram examinados fatos anti-RSB com seus respectivos atores, políticas de saúde e organização de serviços”.

Por fim, a reforma na política de saúde pós-1988, que leva elementos da RSB, está longe de expressar seu projeto inicial defensor de uma reforma social (PAIM, 2007). Ainda assim, recorrendo a Behring e Boschetti (2011), compreendemos que mesmo à sombra do bojo revolucionário da RSB, a política de saúde presente no território brasileiro se torna necessária frente aos rebatimentos causados na e pela sociedade do capital. Dedicuemo-nos ao SUS.

3.2.1 Sistema Único de Saúde (SUS): elementos históricos e sua direção social no território brasileiro

Disposto no Art. 196 da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde, materializa-se no cume da cidadania nacional:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O Art. 198 da Constituição Federal de 1988, regulamenta que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Estruturada sobre as diretrizes de descentralização; atendimento integral; e participação da comunidade, a base legal da saúde pública brasileira

reconhece a necessidade de atendimento sobre os determinantes sociais de saúde – impressos no imenso e variado território nacional – e legitima uma nova perspectiva para a saúde da população.

Sendo a primeira política social – do tripé da seguridade social – a ser organizada por legislação específica⁶⁸, a política de saúde expressa a luta empenhada na correlação de forças entre grupos interessados na direção elitista do Estado (COHN, 2012) e grupos comprometidos com a redemocratização da esfera pública nacional (PAIM, 2007).

Esta política estrutura-se sob um Sistema Único de Saúde (SUS) que possui “[...] como proposta [a] integração e universalização do sistema de atenção à saúde em todo o país” (FARIA, 2013, p. 131). Duas leis regulamentam o SUS: Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

No Brasil, a política de saúde é a única política pública regulamentada por duas leis basilares. A estrutura resulta do embate político entre os movimentos sociais em busca da democratização do *espaço do poder público* nacional, e a direção social privatista assumida pelo governo federal em 1990 (PAIM, 2007).

O embate entre os dois projetos sociais refletidos na regulamentação da política de saúde evidencia-se no espaço-tempo em que as duas leis da saúde são sancionadas, pois são três meses de diferença entre a Lei Nº 8.080/1990 e a Lei Nº 8.142/1990. A primeira lei organiza os objetivos, atribuições, princípios e diretrizes da política da saúde e a segunda garante a participação da comunidade na gestão do SUS.

A necessidade destas duas leis deriva da posição do governo federal – comprometido com a agenda privatista de espaço do poder público – em barrar a participação da comunidade na Lei Nº 8.080/90. Questão que acontece, mas é retratada em três meses devido a organização política da sociedade brasileira – onde se encontra a forte presença da RSB. A LOS/8.080 possui como objetivos e atribuições:

⁶⁸ As Leis Orgânicas da Saúde são sancionadas em 1990, antes da Lei da Previdência Social nº 8.213/1991; da Lei Orgânica da Assistência Social nº 8.742/1993; e até mesmo antes da Lei da Seguridade Social nº 8.212/1991. As Leis da previdência e seguridade social, não só foram legisladas no mesmo ano, como no mesmo dia, 24 de julho de 1991.

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Como princípios e diretrizes, a Lei apresenta treze (13) eixos, direcionados à orientação do serviço da política de saúde em todo o território nacional. Em seu Art. 7º, a LOS/8.080 dispõe que:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198. da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Observando as diretrizes e os princípios que norteiam a política de saúde brasileira, identificamos sua estrutura jurídica comprometida com a promoção de uma saúde pública de viés democrático. No entanto, devemos reconhecer que a mesma estrutura jurídica sustenta-se sobre uma sociedade plural carregada por projetos elitistas, que buscam a cooptação da *esfera do poder público* para interesses privados (COHN, 2012).

Recordemos a contribuição de Azevedo (1958), Holanda (1987) e Raichelis (1998), que expõem a vinculação entre a formação social brasileira e a incessante busca de grupos e setores elitistas, que historicamente no poder lutam pelo domínio da direção da esfera pública e, sobretudo, do Estado – *esfera do poder público* (HABERMAS, 2014).

Nesse sentido, Faria (2013) compreende o SUS como um projeto ousado e em constante construção. Ele defende que para efetivação do direito a saúde instituído em lei há necessidade de promoção de sua garantia. Significa que, embora o SUS represente uma conquista da sociedade brasileira ele só será realmente efetivado quando garantir a concretização de seus princípios elementares: universalidade, equidade e integralidade.

Para o autor, a universalidade do SUS deve atender “[...] a todas as necessidades de saúde, de todos os cidadãos, em todo e qualquer lugar equitativamente” (FARIA, 2013, p. 132), o que prescinde a garantia do princípio da equidade. É entendendo a pluralidade cultural e a extensão territorial brasileira, que Faria (2013) enxerga a equidade como primazia para gestão de um sistema de saúde de qualidade.

Com a promoção da equidade a construção dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde possui maior possibilidade para responder a particularidade expressa sob territórios múltiplos, assim como defendem Santos (2006) e Koga (2011) – no capítulo anterior.

Consonante à defesa dos pesquisadores sobre o uso do território ser central na/para a organização da sociabilidade, Faria (2013, p. 132), pontua que “[...] a questão do direito à saúde está diretamente atrelada ao território e a forma como os serviços são dispostos territorialmente”. Sob seu entendimento há necessidade do SUS em construir arranjos territoriais que integrem, sistematizem e equacionem os serviços de saúde.

Entre as diversas estruturas criadas pelo Estado para tornar o SUS uma realidade citam-se a financeira, a político-organizacional e a territorial. Tais estruturas são inseparáveis, pois sem a criação de dispositivos financeiros não há efetivação dos instrumentos político-organizacionais e sem uma estrutura territorial bem montada, ou seja, sem um planejamento territorial dos serviços, as demais estruturas estarão também comprometidas. Contudo, a estruturação territorial dos serviços do SUS tem um caráter mais prático, pois não apenas orienta a aplicação dos recursos, como também define os modos de inscrição espacial dos serviços e as formas de acesso.

Por isso, acredita-se, é na dinâmica do planejamento territorial dos serviços do SUS que a contribuição geográfica se faz mais importante. Nesse caso, é importante refletir sobre os modos ou métodos de planejamento territorial desses serviços nas diversas escalas e em relação aos diversos setores da saúde (FARIA, 2013, p. 132-133).

Refletindo a política de saúde pós-C.F. de 1988 verificamos que seus princípios estão balizados com organismos internacionais de saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO)/1946⁶⁹. Essa questão representa tanto a conquista da saúde nacional, que avança no sentido de normativas globais, quanto a morosidade de um território que leva cerca de 40 anos para entender a relevância dos parâmetros de saúde defendidos pela OMS.

Todavia, as Disposições Gerais (Título I) do SUS, não apresentam elementos jurídico-políticos capilarizados apenas por princípios centrais da Constituição da Organização Mundial de Saúde, mas também por elementos trazidos com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, desde a década de 1970.

No Art. 2º, Das Disposições Gerais da LOS/8.080, fica regulamentado que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. De igual teor, mas no ano de 1946, o documento estrutural da OMS defende entres os princípios basilares para a construção de uma saúde mundial de qualidade, a responsabilidade dos governantes sobre a saúde do povo de um território.

Também, consonante aos princípios defendidos pela OMS desde a década 1940 e pela RSB desde a década de 1970, o Art. 3º Das Disposições Gerais da LOS, reconhece que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Junto a organismos mundiais, o Brasil apresenta o consenso público sobre a saúde extrapolar a biologização da vida, tendo como prisma as determinações sociais. Essa conquista, porém, está longe de ser um avanço endógeno, como afirma

⁶⁹ A Conferência das Nações Unidas, de 1945, sobre a organização internacional resulta na Carta de São Francisco, que compõe os princípios norteadores da Organização Mundial de Saúde criada em 1948. Sobre: Ventura (2013).

Paim (2007). Se o fosse, a convocação de nações – em 1945 – pelos representantes do Brasil⁷⁰ e da China, na Organização das Nações Unidas (ONU) com intuito de constituir a OMS, resultaria na pronta aceitação nacional dos princípios de saúde, que os países ajudaram a firmar (VENTURA, 2013).

Através do histórico da construção dos sistemas de proteção social em territórios de economia central, e mesmo no Brasil, entendemos que para legitimação do direito social à saúde, não bastam as verificações das conquistas científicas que afirmam estar a saúde vinculada aos determinantes sociais.

Com as discussões precedentes⁷¹, observamos que foi e é através do movimento político impresso na organização da (re)produção societária, que a conquista do direito social à saúde – e demais direitos – são alcançados. Desta maneira, ao pensar a política de saúde brasileira devemos ter consciência de que ela resulta do movimento social e não o contrário.

Reconhecendo a atuação da *esfera do poder público*, enquanto resultado da demanda movimentada pela realidade voltamos nossa análise para o marco da política de saúde, conhecido como Pacto pela Saúde. Nele, o compromisso com os dados construídos pelo território nacional recebe centralidade para direção da política de saúde.

3.3 PACTO PELA SAÚDE: A GESTÃO EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO USO DO TERRITÓRIO

O Pacto pela Saúde busca o aprimoramento da gestão da política de saúde tendo como princípio a democratização da mesma, conforme os termos da Constituição de 1988. Reconhecendo que o SUS se forma por avanços e desafios (FARIA, 2013), o Pacto aponta para a necessidade de novos instrumentos de gestão em favor da superação de conteúdos normativos excessivos e complexos, que burocratizam os serviços da política de saúde.

Regulamentado pela Portaria nº 399 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde estrutura um modelo administrativo que será protoforma para outras propostas de gestão em saúde, como o Contrato Organizativo de Ação Pública da

⁷⁰ Quem representa a delegação brasileira, na Conferência de São Francisco na ONU, é Estevão Leitão de Carvalho. Sobre: Ventura (2013).

⁷¹ Com Draibe (1993); Zanirato (2003); Behring e Boschetti (2011).

Saúde (Coap) instituído pelo Decreto nº 7.508/2011, e seu fortalecimento nas Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013 – 2015.

Embora os modelos de gestão em saúde se transformem, torna-se contínuo o trabalho trazido com as pactuações tripartite e bipartite. O Pacto também se estrutura como referência, quando se refere à atual gestão de saúde no território brasileiro. Isso porque, a forma de gestão promovida com o Pacto pela Saúde compreende que trabalhar a realidade pede um conjunto sistemático de ações voltadas a pensar e responder as demandas expressas por determinantes sociais inseridos sob as particularidades regionais. BERTANI (2010, p. 22-23) explica que:

[...] a implantação do Pacto pela Saúde surge como compromisso entre partes, e não mais normas a serem seguidas. Institui-se que o monitoramento deve ser orientado pelos objetivos, metas, responsabilidades e indicadores [...].

É por essa razão que três eixos estruturam o Pacto: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Os três possuem “[...] a obrigação de serem revistos a cada ano, voltados à revisão das prioridades, objetivos e metas” (BERTANI, 2010, p. 22-23). Através da pactuação “[...] pensar sobre a prevalência de cada doença por região e identificar causas tem servido como base para medidas de saúde pública [...]” (BERTANI, 2010, p. 22). Dos três eixos que estruturam o compromisso do Pacto, o Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão do SUS se mostram os responsáveis diretos pela gestão da territorialização em saúde.

O Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades de cada ente federado partindo do princípio de que “[...] o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais [...]” (BRASIL, 2006). O eixo reconhece a urgência em se avançar na regionalização e descentralização do SUS e assim como Faria (2013) defende que o território se torna o princípio sob o qual o gestor em saúde atuará.

Concomitante à defesa de Santos (2006) acerca da necessidade de construir contiguidades horizontais baseadas no uso do território social, o Pacto defende a contiguidade entre municípios como critério para a composição das Regiões de Saúde, que são entendidas como:

[...] recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades

culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território (BRASIL, 2006).

A construção do modelo de gestão, que busca a desburocratização dos processos normativos existentes e trabalha sob a perspectiva de regiões sanitárias institui o colegiado de gestão regional: Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Através dos colegiados são construídos e deliberados os pactos interestaduais e nacionais, o que acontece por meio da definição de modelos de organização dos serviços.

As prioridades do Pacto de Gestão são duas: “definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal [...]” (BRASIL, 2006), e constituir diretrizes gestoras do SUS, tendo como ênfase a:

[...] Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde” (BRASIL, 2006)⁷².

A premissa que direciona o eixo e se sustenta na gestão das necessidades sanitárias de modo compartilhado entre os entes federados se dá sob a diretriz da regionalização. Compondo a estrutura do SUS, a regionalização encontra-se no Pacto por meio de processos de negociação e pactuação dos gestores do SUS. Esses processos devem ser construídos de forma partilhada entre os gestores municipais, estaduais e federais, sobretudo, nas regionais de saúde.

Os principais instrumentos do exercício da regionalização no Pacto de Gestão são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI). O PDR trabalha aspectos referentes a “[...] promoção da equidade; a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos” (BRASIL, 2006).

Com o plano há orientação sobre a construção de mapas das redes regionalizadas em saúde. Estes devem respeitar os territórios das regiões sanitárias à níveis micro e macro. A partir do PDR são construídas e delimitadas as

⁷² Sobre: Portaria Nº 399/2006 – Ministério da Saúde.

necessidades de investimento no território. Esses investimentos estão dispostos no PDI, que funciona como instrumento inteligente de gestão de recursos.

Tanto o PDR quanto o PDI estruturam e são estruturados pela Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI), que resulta da gestão regionalizada, desburocratizada e descentralizada do Pacto pela Saúde. Conforme os parâmetros legais os gestores das regiões de saúde devem construir as pactuações de maneira contínua através cogestão cooperativa.

Os colegiados da gestão regional devem ter apoio de câmara técnicas, que ficam responsáveis em produzir informações e análises importantes sobre o território (BRASIL, 2006). Questão que, no capítulo anterior, pode ser vista nas colocações do gestor entrevistado S2, quando este traz o desenvolvimento e a importância do trabalho das câmaras técnicas para a gestão em saúde de seu município. O planejamento territorializado trazido com o Pacto de Gestão do SUS é, portanto:

[...] mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e estado (BRASIL, 2006).

Em suma, essa forma de gestão prescinde daqueles que Nogueira (1997) pontua como técnicos e gestores treinados e capacitados para uma *política-execução* de qualidade na nova demanda administrativa do espaço do poder público. De acordo com as diretrizes do Pacto de Gestão do SUS, o gerenciamento das prioridades do Pacto pela Vida acontece a partir de indicadores de saúde utilizados no trabalho voltado a pensar a qualidade de vida, através dos territórios usados pela população. O segmento do Pacto se forma por um:

[...] conjunto de compromissos sanitários, estabelece prioridades que devem alcançar metas previamente estabelecidas, viabilizadas por meio de compromissos orçamentários e financeiros. Compõe a lista de prioridades para o ano de 2006, a implantação de uma política nacional de saúde do idoso; a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama; **a redução da mortalidade materna e infantil**; o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema a doenças emergentes e endêmicas; a promoção da saúde; e a consolidação da estratégia de saúde da Família como modelo de Atenção Básica à Saúde (BERTANI, 2010, p. 23, **grifo nosso**).

Os compromissos sanitários respeitam parâmetros mundiais de formulação. Como exemplo, apontamos o trabalho com a taxa de mortalidade infantil (TMI), que conforme a Organização Mundial de Saúde se torna um dos mais eficientes indicadores de mensuração do desenvolvimento econômico e social de uma população.

Para a OMS, uma sociedade considerada saudável apresenta uma taxa de mortalidade infantil de até dez óbitos infantis para cada mil nascidos vivos. A taxa é calculada pela divisão do número absoluto de óbitos em um espaço-tempo, pelo número absoluto de nascidos vivos no mesmo cenário (FILHO; MENDES, 1986). Realizada a soma multiplica-se o resultado por mil e se tem a taxa:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ absoluto de óbitos infantis}}{\text{N}^{\circ} \text{ absoluto de nascidos vivos}} \times 1.000 \text{ (MIL)} = \text{TMI}$$

Segundo Barata (2008, p. 170), o indicador (TMI) representa a criança com “[...] risco de morrer antes de completar um ano de idade [...]”. Ela pontua, que o uso de indicadores de saúde é uma maneira para se entender as condições de saúde de uma população, muito embora não seja o indicador um retrato fiel da realidade de um território (JANNUZZI, 2002). Ela explica que:

Pode parecer paradoxal que se utilizem taxas de mortalidade para indicar as condições de saúde. Entretanto, como os registros de óbito são obrigatórios, a disponibilidade dessa informação para a maioria das populações no mundo levou a OMS a propor diferentes taxas de mortalidade como indicador de saúde (BARATA, 2008, p. 169).

O quadro informacional, constituído com a formação do banco de dados referentes a mortalidades, contribui para que se observe o número de óbitos e suas causas. A informação reflete, por isso, muito mais que mortes isoladas. Com ela podem ser traçados padrões presentes na população de um território e a partir disso serem construídas ações, que rebatam nas causas consideradas promotoras ou facilitadoras dos óbitos.

Para Barata (2008, p. 187), através do indicador de mortalidade, duas questões estruturam a avaliação das condições de saúde de um território, “[...] a

distribuição das causas de morte e o padrão etário da mortalidade”. Por isso, embora saibamos que o cálculo sobre a taxa de mortalidade infantil possui um padrão – exposto acima – precisamos conhecer as diferentes classificações existentes para o período de óbito infantil.

Estes períodos são separados entre o neonatal, que contém as categorias: “[...] mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardia (7 a 27 dias) [...]” (RIPSA, 2008), e o pós-neonatal, que figura do 28 ao 364 dia de nascimento. Conforme BARATA (2008, p. 193):

[...] O primeiro componente indica as condições relacionadas ao parto e aos cuidados imediatos com o recém-nascido, enquanto o segundo componente (mortalidade pós-neonatal) está relacionado principalmente às condições de nutrição, higiene e exposição a infecções no ambiente doméstico.

É nesse sentido, que de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 7), “[...] a taxa de mortalidade revela as condições de saúde das populações e é um indicador de desenvolvimento econômico e social [...]”. Não por acaso, no do Brasil, verifica-se menor incidência de mortalidade infantil em territórios que apresentam maior desenvolvimento econômico. Não confundamos, contudo, desenvolvimento econômico com crescimento econômico.

Mansano; Urt; Pereira (2015, p. 5), apontam que “[...] não é todo crescimento econômico benéfico para a sociedade, [pois este] pode estar [...] sendo utilizado por um grupo pequeno [...]”. Quanto ao desenvolvimento econômico os autores explicam que este supera a simples questão monetária.

O desenvolvimento econômico refere-se à conjunção entre crescimento econômico e desenvolvimento social. Ele pode ser mesurado pelo fator qualitativo presente na inferência de indicadores gerais como o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), que avalia a renda, a educação e a saúde em determinado tempo-espço. Em suma, o desenvolvimento econômico resulta na melhoria das condições de vida de uma determinada população.

Com esse adendo pensemos o indicador de mortalidade infantil no Brasil. No país o cálculo da TMI, denominado *direto* – número de óbitos absolutos dividido pelo número de nascidos vivos vezes mil – é adotado em territórios que possuem redes estruturadas em relação ao banco de dados de nascidos vivos e óbitos absolutos, como é o caso das regiões Sul e Sudeste (RIPSA, 2008).

Em demais territórios, o cálculo pode acontecer de maneira *indireta*. Nesse caso, são utilizadas estimativas construídas sob técnicas demográficas especiais de institutos de pesquisa, à exemplo do IBGE (RIPSA, 2008). Outra metodologia se referencia no Pacto de Indicadores da Atenção Básica de 2004⁷³.

A partir dele, municípios que não possuem 80.000 (mil) habitantes devem ter a mortalidade infantil referenciada pelo número de óbitos absolutos, ou pelo cruzamento de diferentes fontes da rede sobre nascidos vivos e óbitos ocorridos – Ripsa e IBGE. A Ripsa, é uma Rede Interagencial de Informações para a saúde (Ripsa), formalizada em 1996. FLORES (2009, p. 2), explica que:

Com o objetivo de disponibilizar dados básicos e estudos de situação sobre as condições de saúde no Brasil, o Ministério da Saúde, em cooperação com a Representação da Opas/OMS no Brasil, desenvolveu e organizou uma Rede Interagencial de Informações para a saúde (Ripsa), concebida com a finalidade de articular as entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análises de dados, para viabilizar parcerias que propiciem informações úteis ao conhecimento e à compreensão da realidade sanitária brasileira e suas tendências.

No interior da Ripsa, a organização de Comitês de Gestão de Indicadores (CGI) – fundados sob a gestão da Faculdade de Saúde Pública da USP – criou plataformas de informação sobre nascidos vivos e óbitos ocorridos. Elas são respectivamente: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Segundo Flores (2009), no entanto, os dados do Sinasc e SIM não são utilizados no cálculo da TMI em todos os estados ou regiões do território nacional. Isso porque há territórios com dificuldades na sistematização desses dados. Dentre as regiões do Brasil, que apresentam os melhores bancos informativos do Sinasc e SIM, para construção da TMI encontram-se o Sul e o Sudeste. As demais regiões têm suas taxas calculadas a partir do cruzamento de dados Ripsa e IBGE.

Quanto ao recente quadro histórico da mortalidade infantil brasileira pesquisas apontam que:

Em 1980, mais de 50% dos óbitos dos menores de 1 ano ocorreram devido às doenças infecciosas e parasitárias e algumas afecções originárias no período perinatal. Já em 2010, cerca de 80% dos óbitos entre os menores de 1 ano de idade foram por causas originadas no período perinatal e

⁷³ Portaria nº 2.394 de 19 de dezembro de 2003.

malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas [...] (KANSO, 2014, p.160).

Entre os anos de 1991 e 2000, a taxa de MI foi reduzida em 38%, o que fez com que “[...] aproximadamente 404.120 crianças menores de 1 ano [...]” (BRASIL, 2004, p. 7) sobrevivessem. Conforme Kanso (2014, p. 163), desde os anos 1980, a “[...] esperança de vida ao nascer tanto para os homens quanto para as mulheres aumentou em 20% e a probabilidade de morte até 1 ano de idade declinou 80% [...]”

Para o território nacional, significa que “a meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, [...] de reduzir em 2/3 a mortalidade infantil entre 1990 e 2015” (LANSKY, *et al*, 2014, p. 193), foi alcançada. Todavia, a extensão multiterritorial do Brasil traz indicadores sociais que podem, conforme Koga (2011), expressar resultados genéricos capazes de maquiagem a realidade de um ou muitos locais.

Com isso, não dizemos que a média sobre a queda do indicador de mortalidade infantil alcançada nacionalmente não deva ser um ponto a se comemorar, porém, esta conquista deve considerar as possíveis adversidades presentes no vasto território brasileiro.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), entre meados da década de 1990 e início dos anos 2000 as regiões do sul e sudeste brasileiro foram os territórios que apresentaram as maiores quedas referentes às taxas de mortalidade infantil, cerca de 20 óbitos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2004). Para o MS, a conquista está relacionada com a promoção da “[...] melhora das condições de vida e saúde das gestantes e crianças menores de 1 ano de idade [...]” (BRASIL, 2004, p. 7). Entre as promoções estão:

[...] fatores como redução da fecundidade, aumento do acesso da população aos serviços de saúde e saneamento básico, intenso trabalho realizado pelos milhares de agentes de saúde e equipes do Programa Saúde da Família (PSF), bem como a realização de ações como terapia de reidratação oral, promoção da amamentação, imunização e combate à desnutrição [...] (BRASIL, 2004, p. 7-8).

Utilizando, como exemplo, o Estado do Paraná, localizado na região Sul do país, observamos que o território apresenta quedas significativas nas taxas de mortalidade infantil, desde meados da década de 1990. O Relatório dinâmico: monitoramento de indicadores, revela que:

Entre 1995 e 2011, no Estado, a taxa de mortalidade de crianças menores de 1 ano, corrigida para as áreas de baixos índices de registro, reduziu de 25,8 para 11,8 óbitos a cada mil nascidos vivos, o que representa um decréscimo de 54,3% em relação a 1995 (PORTALODM, 2015, p. 9).

No entanto, como no território nacional, a extensão territorial paranaense contempla peculiaridades e diferenças intrínsecas aos 399 municípios do estado. Isso faz com que altas taxas de mortalidade infantil possam ser encontradas ou pior, sejam esquecidas pela leitura genérica de indicadores sociais (KOGA, 2011).

Compreendamos: o Paraná possui vinte e duas (22) Regionais de Saúde (RS), que são responsáveis pelo referenciamento territorial e administrativo da gestão em saúde no estado. Cada Regional de Saúde acompanhada pela Secretaria da Saúde do Paraná (SESA) apresenta indicadores sobre as condições de saúde em seu território.

Com a abrangência geográfica do estado diferentes cenários são expressos. O Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e fetal do Ministério da Saúde, por exemplo, revela especificidades em relação a cada território administrado pelas Regionais de Saúde do Paraná. Especificidades, que na computação de indicadores interestaduais podem passar despercebidas se não houver inferência sobre a realidade multiterritorial que produz estes dados.

A tabela a seguir ilustra essa abrangência multiterritorial, através da exposição do número de óbitos infantis dos territórios paranaenses nos últimos dez anos (2005-2015). Estes óbitos correspondem a números totais, que vão de causas inevitáveis à causas evitáveis. Conforme Flores (2008, p. 122), estas causas estão vinculadas a “[...] condições socioeconômicas, perfil demográfico, infraestrutura de serviços públicos, acesso e qualidade dos serviços de saúde”.

Tabela 12 – Número de óbitos infantis por Regional de Saúde, entre os anos de 2005 e 2015, no Paraná

Regionais de Saúde	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Paranaguá	67	85	53	55	58	49	53	48	37	43	41
Região Metropolitana	642	568	551	597	535	569	536	552	501	503	508
Ponta Grossa	178	179	141	140	143	130	107	107	103	134	111
Irati	47	37	31	38	36	44	26	33	25	26	22
Guarapuava	175	136	122	144	125	127	126	112	99	106	107
União da Vitória	47	36	30	27	21	18	26	18	16	32	32
Pato Branco	79	90	69	58	63	43	34	56	54	56	53
Francisco Beltrão	77	63	56	71	63	71	66	61	68	53	35
Foz do Iguaçu	115	98	110	74	80	63	67	67	87	84	94
Cascavel	100	89	86	89	99	74	75	67	84	85	81
Campo Mourão	71	69	58	57	56	56	60	60	49	55	63
Umuarama	50	43	49	46	30	35	51	43	42	54	59
Cianorte	27	21	27	23	27	21	29	15	25	27	18
Paranavaí	44	70	43	49	44	43	42	44	41	48	32
Maringá	103	103	108	85	89	86	97	118	111	115	110
Apucarana	84	70	58	75	55	62	45	56	61	50	72
Londrina	136	136	138	129	118	133	133	143	119	117	128
Cornélio Procopio	53	37	47	52	45	39	48	40	31	32	36
Jacarezinho	84	67	54	43	51	45	43	39	42	42	36
Toledo	55	73	42	48	46	49	68	60	49	70	59
Telêmaco Borba	66	46	51	57	54	58	22	38	30	36	34
Ivaiporã	31	30	26	21	24	25	27	19	32	12	21

Fonte: Dados coletados junto ao Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal – Sistema de Informação sobre Mortalidade -2016.

De acordo com o Ministério da Saúde, entre os anos de 2005 e 2015, o número de óbitos infantis no Paraná foi de 20.922. A partir da Tabela 12 verificamos que há territórios com maior ou menor número de óbito no estado como um todo. O que não se sabe, talvez, é que a Regional de Saúde, que possui o menor número de óbitos é um território composto quase que apenas por municípios de pequeno porte (até 20 mil hab.), e também a região com o menor número de habitantes, cerca de 137.169 mil de acordo com o DataSUS (2012). Nos referimos à 22ª RS.

Segundo o DataSUS (2016), entre os anos de 2008 e 2014, o território da 22ª Regional de Saúde perdeu 160 crianças – de até 1 ano de idade – e fetos, quando as mortes inevitáveis seriam 54. Indagamos, por isso, sobre as condições objetivas de saúde oferecidas às gestantes, parturientes, nutrizes e crianças, que habitam esse território. Refletindo acerca do número de óbitos evitáveis questionamos sobre como este território trabalha sua renovação geracional.

Assim, trazemos a fala dos secretários municipais de saúde dos territórios delimitados para aproximação à 22ª RS – Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí – para uma aproximação inicial. Colocamos aos entrevistados que “de acordo com a Organização Mundial de Saúde, o indicador de mortalidade infantil é um indicador importante para pensar a qualidade de vida de uma população em determinado território. A meta é que a taxa de crianças mortas não ultrapasse 10 para 1.000 nascidos vivos, ou ainda que não chegue à dois dígitos”, em seguida pedimos que discorressem acerca do tema.

O gestor S.1 entende que “[...] a mortalidade infantil já vem desde a concepção [...]”. E ele defende: “[...] acredite ou não [...] o nosso índice aqui, nós estamos de parabéns, foi considerado o melhor município pela Regional de Saúde [...]. Nas palavras do secretário, devido ao fato de as gestantes serem muito bem acompanhadas no território, a mortalidade infantil:

[...] não acusa pra nós, pro nosso município. Então nós [estamos] muito tranquilos com relação à isso, tanto é que [o território] tirou o primeiro lugar na nossa regional aqui de mortalidade zero até dois mil e quinze.

O gestor S.2 inicia com a afirmação de que, em breve, o município terá *outro* curso sobre estratificação de gestantes – o que sugere capacitação continuada aos trabalhadores da política de saúde municipal. Posteriormente, ele diz que seu território quase não apresenta mortalidade infantil. E embora ele pondere não

saber ao certo sobre o que influencia os casos ocorridos, deixa claro que “[...] tem muitas mães drogadas, alcoólatras, muitas mães jovens demais [...]” no município.

Conforme o secretário S.3, “[...] o fator social e o grau de estudo, [são] fator determinante”, para a ocorrência da mortalidade infantil. Em conformidade com os parâmetros nacionais e internacionais de saúde – Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde – ele defende que:

[...] o grau de estudo da mãe influencia no cuidado que ela vai ter [...]. É, não só no cuidado, no entendimento, na responsabilidade de fazer as consultas de pré-natal [...]. Acho que é uma causa importantíssima, uma das principais [...], se não for a principal, acho que uma das principais, é, e a outra que eu acho na verdade é, é, não seria pobreza relacionada, sabe, a questão social (S.3).

Sua colocação, porém, precisa ser ponderada para que não recaia sobre a mãe a responsabilidade única de manter uma gestação segura. Para a OMS e pesquisas da área (SERRUYA *et al*, 2004), a gestação é um processo complexo que deve ser pensado e trabalhado a partir dos determinantes sociais de saúde, o que requer a atuação ativa de um serviço de saúde comprometido com a saúde da mãe e da criança.

Considerando as prioridades e as diretrizes do Pacto de Gestão do SUS, os quais encontram-se diametralmente vinculados ao planejamento dos serviços de saúde sob o uso do território (BRASIL, 2006), questionamos os secretários se existe diferença em óbitos infantis de acordo com a região em que a gestante mora. Os gestores S.1 e S.3 acreditam que sim.

Para o S.3, no “[...] território mais pobre talvez o número de óbitos seja mais elevado que um território que seja um pouco melhor, que tenha mais acesso talvez [...]”. E embora o S.2 discorde sobre a influência do território na ocorrência da mortalidade infantil, ele diz:

[...] Eu posso te falar que tem crianças que as vezes ela nasce com algum problema dependendo da região. E gente estava conversando isso mesmo semana passada, que tem um lugar aqui que tem a impressão que nasce mais crianças com problemas, mais crianças especiais. É dentro do município, mas na área rural.

A partir do exposto indagamos sobre o enfrentamento à mortalidade infantil naqueles territórios, e delimitamos o pré-natal como elemento variável de

nossa análise. De acordo com Serruya *et al* (2004), o atendimento ao pré-natal deve ocupar lugar de destaque na saúde da gestante. Isso porque o instrumento reconhece que os determinantes sociais de saúde interferem na qualidade da gestação, no parto, e nos primeiros dias de vida da criança. O Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal apregoa que:

O pronto reconhecimento de situações de risco, a provisão do cuidado apropriado e resolutivo à gestante no pré-natal e no parto, e à criança – na maternidade, na vigilância e promoção da saúde e na assistência adequada à criança doente – são ações básicas com grande potencial para prover uma resposta mais positiva sobre a sobrevivência e qualidade de vida das crianças brasileiras (BRASIL, 2009, p.15).

Segundo Serruya *et al* (2004, p. 522), na contemporaneidade o pré-natal é “[...] considerado um dos quatro pilares da maternidade segura [...]”, mas os autores alertam que nem sempre foi assim. O pré-natal ocupa espaço na saúde (mundial) no final do século XIX e, inicialmente, não apresentava uma sistematização clínica.

No Brasil, até a década de 1970, o modelo de pré-natal não sistemático foi o maior tipo de assistência oferecida às mulheres grávidas. Apenas com a Reforma Sanitária, comprometida com a construção de um sistema único de saúde baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade é que são repensadas as ações de assistência à saúde da mulher.

Em 1984, mesmo ano em que vimos o governo brasileiro criar as Ações Integradas de Saúde (AIS) – como medida emergencial de atenção à saúde pública – “[...] o Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher [...]” (SERRUYA *et al.* 2004, p.518). O programa ficaria responsável por trabalhar com questões ligadas à reprodução feminina, como: “[...] contracepção, esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério [...]” (SERRUYA *et al.* 2004, p. 518).

Todavia, como Draibe (1993) havia denunciado, a estrutura das ações públicas assistencialistas, fragmentadas e focalistas que compunham o Estado de regime ditatorial (1964-1985) foram incapazes responder às demandas do território nacional. Conforme Serruya *et al* (2004, p. 518), apesar do PAISM:

[...] ter representado avanço significativo em termos de direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras, sua implementação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu na prática que o Programa se transformasse, de fato, em agente transformador da saúde de todas as mulheres.

Em relação ao pré-natal, os autores colocam que ainda no final da década de 1990, os indicadores de qualidade em saúde – no geral e – da mulher apresentavam dados preocupantes visto que com a Constituição Federal de 1988 é constituído o Sistema Único de Saúde. É por isso, que no ano 2000 – junto à Declaração do Desenvolvimento do Milênio – o Ministério da Saúde institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

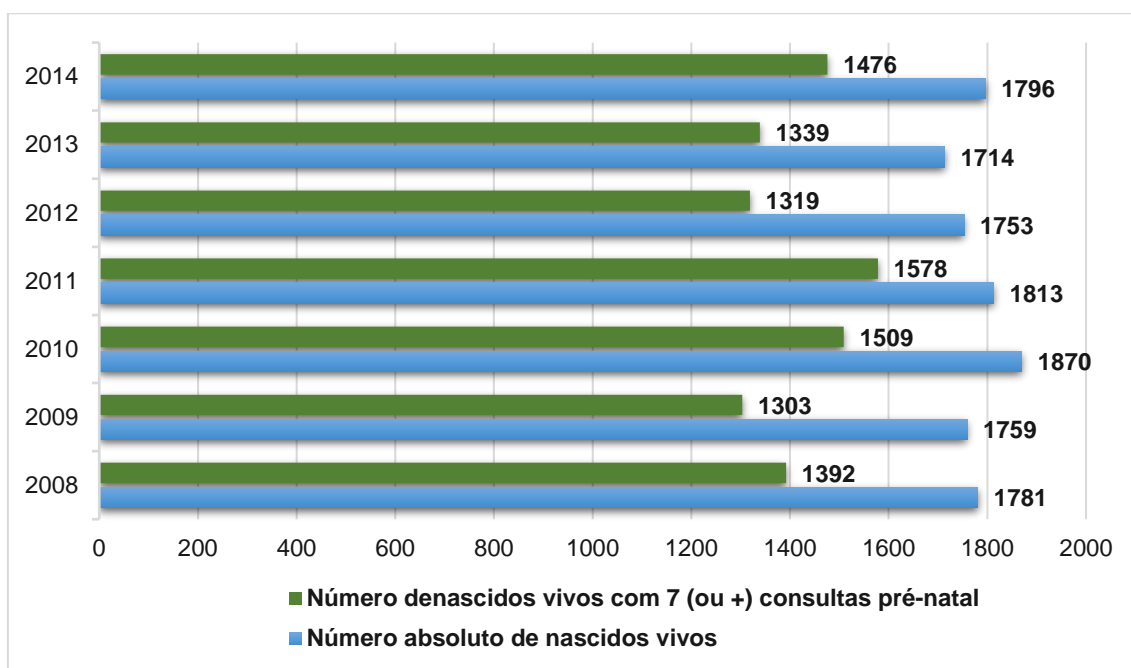
O objetivo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi o de “[...] reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto” (SERRUYA *et al.* 2004, p. 518). Com ele, a gestante que antes era tratada como elemento quantitativo passaria a ter suas particularidades consideradas. E através dele o sujeito atendido se torna parte de seu processo de cuidado. Noutras palavras: a mãe contribui para pensar seu pré-natal.

Dentro do PHPN foi desenvolvido o software SisPreNatal, para o acompanhamento das gestantes atendidas pelo programa. Ele possui diretrizes de “[...] procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal” (DATASUS, 2017). Reconhecendo a importância do sistema de informação para uma gestão de qualidade sobre os serviços públicos, MOIMAZ *et al* (2010) afirma que:

A contribuição que a avaliação do cadastramento das gestantes no SIS Pré-natal pode proporcionar é de grande importância, não apenas no sentido de apontar acertos e ou falhas, mas principalmente por possibilitar o delineamento de soluções, reorganizar atividades e serviços, vislumbrando caminhos alternativos, com o intuito de maximizar a utilização de recursos disponíveis.

No gráfico a seguir trazemos o número de consultas pré-natal em relação aos nascidos vivos da 22^a RS, no período de 2008 a 2014. Esse número corresponde a consultas que respeitam a orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) sobre as gestantes terem sete ou mais atendimentos pré-natal.

Gráfico 3 – 7 (ou +) consultas pré-natal em relação aos nascidos vivos na 22ª RS, entre 2008 e 2014.



Fonte: Gráfico construído pela autora, com dados dos Indicadores de Saúde e Pactuações (Tabnet - DataSus), 2017.

Conforme o gráfico acima, os percentuais de cobertura das consultas do pré-natal na 22ª Regional de Saúde foram de: 78,15% em 2008; 74,07% em 2009; 80,69% em 2010; 87,03% em 2011; 75,24% em 2012; 78,12% em 2013; e 82,18% em 2014. O dado mostra a oscilação da cobertura do serviço, que permanece acima de 70% no território da 22ª RS.

Nos municípios delimitados para aproximação de nossa análise – Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí – os dados foram os seguintes:

Tabela 13 – Número absoluto de nascidos vivos e consultas pré-natal, entre os anos de 2008 e 2014, nos territórios de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí.

Ano de referência	Ivaiporã	PRÉ-NATAL	Jardim Alegre	PRÉ-NATAL	Rosário do Ivaí	PRÉ-NATAL
2008	373	321	121	72	70	51
2009	373	331	135	49	86	58
2010	452	393	130	58	75	65
2011	382	364	145	78	74	68
2012	412	365	155	118	83	79
2013	396	341	154	115	65	55
2014	421	366	161	131	69	63

Fonte: Tabela construída pela autora, com dados dos Indicadores de Saúde e Pactuações (Tabnet - Datasus), 2017.

Com a tabela acima observamos a materialização da defesa de Koga (2011), sobre o genérico mascarar as particularidades. No Gráfico 3 sobre nascidos vivos e 7 (ou +) consultas pré-natal verificou-se que a 22ª Regional de Saúde do Paraná apresenta percentuais de cobertura que figuram acima de 70%. Todavia, com os dados separados por municípios, entendemos que suas realidades são muito diferentes.

No período, Ivaiporã aparece com percentual de cobertura ao pré-natal acima de 80% enquanto Rosário do Ivaí oscila na faixa de 60% e 90%. No mesmo recorte de tempo, o município de Jardim Alegre apresenta o pior percentual variando na faixa de 30% e 80%.

Reconhecendo que o pré-natal se torna um dos pilares para uma maternidade segura (SERRUYA *et al.* 2004), pedimos que os secretários municipais de saúde destes territórios falassem acerca dos instrumentos utilizados para se conhecer e trabalhar a mortalidade infantil em sua gestão. Para o gestor S.1 a enfermeira que acompanha o grupo de gestantes teria essa resposta, ele não.

No mesmo caminho o S.2 pontua não saber se o enfrentamento à mortalidade infantil se utiliza de um instrumento técnico e diz que o diretor da atenção básica deveria saber. Essa fala ratifica a afirmação de Nogueira (1997) sobre a cultura gerencial do Estado estar desfocada, sobretudo, porque o secretário coloca que por

não ser “[...] técnicx tem coisa que eu não sei te dizer a não ser que eles me falem, que eu pergunte pra eles, as enfermeiras” (S.2).

Já em conformidade com as diretrizes do Pacto de Gestão do SUS e apropriado dos elementos próprios de sua função pública, o gestor S.3 aponta que em seu território o instrumento de enfrentamento à mortalidade infantil é construído por “[...] um grupo multidisciplinar [...], que discute o fechamento do óbito [...]” ocorrido. Ele expõe:

[...] são os índices de mortalidade [...], que a gente tem, as taxas que a gente tem, é, tem um grupo de que a gente falou, que acho que é importante, grupo de mortalidade [...]. Então todos os óbitos são discutidos no grupo, não passa nem um sem investigação, então todos são discutidos, são finalizados com uma equipe multidisciplinar onde participa um médico, participa o enfermeiro do hospital onde o óbito pode ter acontecido, é participa o pessoal da Atenção Básica, que o pessoal que tem o posto de saúde na região onde aquela família morava [...], onde aquela pessoa, aquela criança morava e onde o óbito veio a acontecer [...].

Também questionamos os entrevistados sobre como a gestão avalia as ações e resultados referentes ao enfrentamento à mortalidade infantil no território, e se há uma meta pactuada sobre o indicador de mortalidade infantil em seu município. Através das perguntas pudemos observar mais elementos da cultura gerencial desfocada dos secretários (NOGUEIRA, 1997), que demonstraram pouco ou nenhum domínio dos instrumentos de planejamento da regionalização trazido no Pacto de Gestão – PDR, PDI, PPI.

O S.1 coloca que as avaliações sobre as ações realizadas pela política municipal de saúde são as melhores. Ele pontua que na “[...] última reunião [da regional de saúde, o seu município] foi citado [...] em primeiro lugar de mortalidade infantil zero até dois mil e quinze”. Quanto à existência de pactuação, ele diz: “[...] tem uma meta, eu só não sei te dizer agora em números, mas tem uma meta sim” (S.1).

Para o gestor S.2 o seu município está realizando um bom trabalho. E ele afirma: “[...] só se eu tô muito enganadx [...] não tem mortalidade infantil aqui [...] até mesmo as crianças de gestantes e aborto é coisa, é bem pequena. Mas eu não vejo que tenha, que estamos tendo esse problema”. Como o gestor S.1, o S.2 pontua saber de uma pactuação para o indicador de mortalidade infantil, mas afirma

desconhecer os dados do indicador – que conforme ele deve ser de conhecimento do diretor da atenção básica.

Como os demais secretários, o S.3 afirma existir uma pactuação sobre a meta do indicador de mortalidade infantil, mas não soube pontuar o dado. Disse que talvez o diretor da atenção básica soubesse, pois ele foi secretário antes dele. Em relação à avaliação da gestão quanto as ações e resultados referentes ao enfrentamento à mortalidade infantil no território, o S.3 percebe:

[...] que na [...] intenção de reduzir a taxa de mortalidade infantil a gente foca muito na qualidade do pré-natal [...] então uma coisa que veio fortalecer assim o pré-natal na nossa região foi que a gente passou a usar o modelo do Mãe Paranaense, que é do Estado, né, da rede Mãe Paranaense, que é o programa do Estado. [...] São verbas específicas que vem pra esse programa [...]

Através dessa fala as diretrizes do Pacto de Gestão do SUS e os objetivos do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento são identificados. Isto porque, conforme ele, o município divide [...] o pré-natal em três etapas que são por riscos [...] da estratificação das gestantes [e] essa estratificação de risco das gestantes [é feita] em risco habitual, intermediário e alto risco [...] (S.3). Ele elucida, que

[...] a gestante de risco habitual que seria o pré-natal de baixo risco, elas são acompanhadas na Unidade Básica de Saúde pela equipe [...], pela equipe da unidade. As de risco intermediário são atendidas [...] também na equipe [...] não deixa de ser atendida [...] na Atenção Básica pela equipe da unidade, mas também passa pelo atendimento com o DR. (XXX) na Clínica da Mulher aqui da cidade. E o alto risco a gente tem uma equipe que é lá do consórcio intermunicipal de saúde, que não atende só [o município], atende alguns outros municípios da região. [...] São dois médicos que são específicos pré-natal de alto risco. Então essa gestante, ela tem um olhar mais em cima dela [...] pra essa gestante que já é de alto risco, né, risco pra ela, risco pro bebê e, e ela não só acompanha na Unidade Básica, como atende no alto risco, então tem duas consultas no mês daí em vez de uma [...].

Embora o gestor S.3 apresente melhor domínio em relação aos parâmetros da política de saúde, sua limitação evidencia-se quando ele entende a perspectiva territorial a partir da situação de econômica de seu município e entorno. Através de Santos (2006) e Koga (2011) compreendemos que o território refere-se ao um complexo emaranhado de questões objetivas e subjetivas, que não cabem no fator

econômico e devem ser consideradas para o trabalho de qualidade junto ao território usado por dimensões locais e globais.

Em suma, as falas dos secretários revelam que a gestão que desenvolvem encontra-se na contramão da crítica de Nogueira (1997), defensor de uma capacitação política-executiva tanto para gestores, quanto para técnicos que atuam no interior da administração pública em favor do interesse comum.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa o conceito de *território usado* do geógrafo Milton Santos, demonstrou ser um rico instrumento de análise para a compreensão dos desafios e das possibilidades próprias da realidade que se busca conhecer. Os territórios abordados à nível macro e micro apontaram a existência de uma complexa teia de relações, que unifica elementos locais e globais em um mesmo espaço, seja ele município, estado, região, união ou demais territórios dentro de um mesmo local.

A aproximação com a 19ª Região Administrativa de Ivaiporã enquanto *locus* de pesquisa evidenciou dentre outras questões⁷⁴, a importância das teses defendidas por Santos (2006) e pela assistente social Dirce Koga (2011). Conforme os autores a democratização do espaço do poder público tem maior possibilidade de acontecer, quando as técnicas de instrumentalização e construção da informação social – base para as respostas sociais (ex: políticas públicas) – consideram a particularidade oriunda do *uso do território* de vida e vivido pelas diferentes populações.

Os indicadores sociais, que na pesquisa de Koga (2011) possuem centralidade quanto a análise de instrumentos de mensuração da realidade social – através da denúncia e do anúncio do papel dos indicadores sociais na organização do Estado contemporâneo – contribuem para entendermos a existência dos muitos determinantes presentes na direção da esfera do espaço do poder público dos territórios abordados.

Através da análise desenvolvida, observamos ser real a posição de Jannuzzi (2002) sobre as informações sociais construídas e publicizadas na esfera pública guardarem relação direta com a posição ideológica e o objetivo do proponente destas. Tal questão pode ser encontrada com os dados levantados no capítulo primeiro, no qual realizamos uma aproximação junto aos municípios de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí.

Neste, um dos elementos para pensarmos a complexidade de informações de um território é a negligência da não publicização de um acampamento do MST, que existe há cerca de 20 anos no território estudado. O acampamento, que ocupa aproximadamente 30% do território de Jardim Alegre, não é citado na história

⁷⁴ Nos referimos a riqueza cultural do território.

oficial da página da prefeitura e também não é contemplado nas falas do gestor de saúde do município ao qual pertence.

A partir da contribuição de Santos (2006) e Koga (2011), a questão revela que a perspectiva territorial se torna ignorada pelos sujeitos responsáveis por sistematizar e publicizar as principais informações referentes ao município. Além disso, o olhar sobre os municípios de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí constata a fragilidade com que os gestores entrevistados concebem o território onde trabalham e a particularidade da função que ocupam.

Assim, o trabalho reconhece que a hipótese de baixa cobertura ao pré-natal não se sustenta nos territórios delimitados – uma vez que as consultas aumentaram durante os anos selecionados – a hipótese sobre a dificuldade da gestão em articular o enfrentamento à mortalidade infantil como demanda contínua dos serviços desenvolvidos no território se ratifica, o que pede mais capacitação dos gestores públicos.

Representando o que Nogueira (1997) classifica como personagem da política-representação, os três secretários defendem estar satisfeitos com o trabalho desenvolvido pela política municipal de saúde de seus territórios, mesmo tendo evidenciado o distanciamento de domínio sobre questões técnico-administrativas de suas áreas de atuação. O que evidenciou que prevalecem os resultados em detrimento dos meios, ou seja, se o indicador estudado está na média aceitável, não há conhecimento nem das explicações e tampouco das causas e estratégias definidas. Assim, as entrevistas com os secretários municipais de saúde de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí apontam para a fragilidade com que a gestão do SUS tem sido efetivada no território.

Fragilidade que se verifica na percepção dos secretários entrevistados, mas encontra explicação na cultura técnica e política da administração do Estado brasileiro, que necessita de uma nova cultura gerencial (NOGUEIRA, 1997). Uma cultura consciente da função e responsabilidade da esfera do espaço do poder público na organização do uso do território contemporâneo.

Com isso, embora os secretários municipais de saúde apresentem particularidades em suas colocações podendo demonstrar o uso de mecanismos da gestão territorializada em saúde – grupo multidisciplinar, ações de pactuações do CIB, câmara técnica, reuniões com a regional – há lacunas referentes ao domínio das

normatizações que embasam a política de saúde (indicadores), como também dificuldade dos mesmos em se reconhecerem enquanto gestores públicos demandantes de conhecimentos técnico para exercício de um trabalho de qualidade.

Por essa razão, consideráveis colocações são realizadas de modo que o gestor ignore a importância da perspectiva territorial em suas análises. Este foi caso, por exemplo, de gestores que afirmam, por vezes, que o seu município possui taxa de mortalidade infantil zero até o ano de 2015, quando na verdade, todos os três municípios pesquisados apresentaram óbitos infantis nos anos delimitados para a pesquisa – 2008 até 2015.

Isso não mostra apenas o compromisso político-representativo de secretários, que pretendem defender a imagem do município para o qual foram indicados por relações de poderes locais, mas também revela a continuidade de uma característica nacional em relação a manutenção de uma *gestão pública desfocada* – despreparada.

A percepção dos gestores revela que seu julgamento não se baseia na universalidade, equidade e integralidade – da territorialização da saúde, mas em experiências de uma gestão pública fragmentada, que trabalha à luz do que Netto (2011) denuncia como *expressões da questão social*. Apesar de ter sido colocado que os gestores não são profissionais formados no campo saúde, precisamos considerar a posição de Nogueira (1997), que defende a capacitação do agente público para o trabalho no interior do Estado.

Refletindo acerca da percepção dos secretários compreendemos que o SUS, enquanto uma política pública em constante construção (FARIA, 2013), ainda tem barreiras a superar. Barreiras, que no segundo capítulo deste trabalho entendemos estar engendradas no processo de formação social brasileira, e no primeiro capítulo vimos compor o território que sustém os municípios delimitados – o norte paranaense.

Não obstante, não basta pensarmos as características *desfocadas* dos secretários sem conceber a estrutura e a conjuntura social da qual eles fazem parte. Através de Nogueira (1997) compreendemos que o desafio encontrado na fala dos gestores encontra explicação no corpo do Estado nacional, onde que eles trabalham. Significa, portanto, que para além de culpabilizar os agentes públicos pelas dificuldades em superar uma cultura gerencial defasada há que se promover debates

sociais, que problematizem e promovam uma administração pública mais consciente sobre a responsabilidade de seus agentes.

As teses de Santos (2006) e Koga (2011), portanto, se mantêm atuais, pois sem um trabalho realmente construído por contiguidades territoriais e sem a democratização da gestão do Estado, através da efetiva participação da comunidade na discussão e construção das respostas sociais, o SUS e as demais políticas desenvolvidas no território brasileiro não deixaram de fazer o mínimo possível.

Destarte, o presente trabalho que realiza discussões continuamente presentes no âmbito da pesquisa acadêmica apresenta como contribuição social a leitura sobre um dos territórios nacionais, que é pouco estudado, a 19ª Região Administrativa de Ivaiporã. A partir dele esperamos, no futuro, poder aprofundar nossas análises e impulsionar mais pesquisas sobre o uso dos territórios, que mesmo de pequeno porte possuem demandas e histórias reais.

REFERÊNCIAS

ABREU, Maria H. E. Território, política social e serviço social: caminhos e armadilhas no contexto do social-liberalismo. Campinas: Papel Social, 2016.

ALVES, Giovanni. O conceito de trabalho. In: Curso Virtual. Aula 1. A Precariedade do Trabalho no Capitalismo Global, 2012.

ANDERSON, P., *et al.* Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo. (orgs.), *et al.* Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-37.

ANDRADE, Maria M. de. Pesquisa Científica: Noções Introdutórias. *In:* Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003. p. 121 – 127.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. In: Revista São Paulo em perspectiva. vol. 18. n. 2. São Paulo. Apr/June. 2004, p. 17-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n2/a03v18n2.pdf>>. Acesso em: 15 de jul. de 2017.

AZEVEDO, Fernando de. Elites antigas e novas elites. *In:* Canaviais e Engenho na vida política brasileira. São Paulo: Melhoramentos, 1958, p. 123-140.

BACKSCHAT, Tânia Mara da Silva. Território-usado e saúde em pequenas cidades. 2015. 160f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social). Universidade Estadual de Londrina, 2015.

BARATA, Rita B. Condições de saúde da População Brasileira. *In:* GIOVALELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 167-213.

BATTINI, O; COSTA, L. C. da. Estado e Políticas Públicas: contexto sócio-histórico e assistência social. In: BATTINI, O. (org.). SUAS: Sistema Único de Assistência Social em debate. São Paulo: Veras Editora; Curitiba, PR: CIPEC, 2007. p. 19-58.

BEHRING, Eliane. R.; BOSCHETTI, Ivanete. Capitalismo, liberalismo e origens da política social. In: Política Social: fundamentos e história. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 47-71.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

BERTANI, Fenner. *et al.* Pacto pela Saúde: conversando sobre o SUS. Franca: Unesp – FHDSS, 2010.

BÓRON, Atílio. CONFERÊNCIA MAGISTRAL DE ATÍLIO BÓRON/EI mapa geopolítico de América Latina e el papel de la comunidad de los Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC). Youtube. Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=kwxcek5kuhm>>. Acesso em: 20 de jun. de 2015.

_____. A. Os “novos Leviatãs” e a pólis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: SADER, E. e GENTILI, P. (orgs.). Pós-Neoliberalismo II: que Estado para que democracia? Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 7-66.

BOURGUIGNON, Jussara. A. A particularidade histórica da pesquisa no serviço social. São Paulo: Veras Editora; Ponta Grossa, PR: Editora UEPG, 2008.

BRASIL. IBGE. Censo de 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_parana.pdf>. Acesso em: 25 de jul. de 2016.

_____. IBGE. Indicadores sociais mínimos. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadores_minimos/notasindicadores.shtm>. Acesso em: 21 de out. de 2016.

_____. Constituição Federal (1988). In: MAZZA, A. VadeMecum Tributário. Coordenadores André L. P. de Almeida e Alexandre Mazza. 8. ed. São Paulo: Rideel, 2014. p. 4 – 56.

_____. Decreto-lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F. 28 jun. 2011.

_____. Lei N^a. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F. 19 set. 1990.

_____. Lei N^o. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F. 28 de dez. 1990

_____. Ministério das Cidades/Secretaria nacional de saneamento ambiental. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento – SNIS. Disponível em: <<http://www.snis.gov.br/diagnostico-agua-e-esgotos>>. Acesso: 04 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Datasus/tabnet. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/inf10pr.def>>. Acesso em: 10 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Datasus/tabnet. 2017. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Datasus/SISPRENATAL. 2017. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>>. Acesso em: 10 ag. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.394, de 19 de dezembro de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 dez. 2003. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2004/portaria2394.pdf>>. Acesso em: 12 de maio de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde/SUS. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>>. Acesso: 04 de junho de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Nascidos vivos – Paraná. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>>. Acesso em 19 de jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Cadernos de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família. 2.ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Perfil/Município. 2016. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

_____. PNUD. Objetivos de desenvolvimento do Milênio. Disponível em: < <http://www.objetivosdomilenio.org.br/objetivos/>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

_____. Portal da Saúde/SUS. Perguntas mais frequentes (Departamento de Atenção Básica – 2012). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php>. Acesso em: 14 jul. 2017.

_____. Relatórios Dinâmicos: monitoramento de indicadores. Portal ODM: acompanhamento brasileiro dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Disponível em: < <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portaldm/>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BRAVERMAN, Harry. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no Século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

BRAVO, Maria. I. S. Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRISOLA, E. M. A. MARCONDES, N. A. V. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. In: Revista Univap. São José dos Campos-SP-Brasil, v. 20, n. 35, jul.2014. ISSN 2237-1753. p. 201 – 208.

BUSS, Paulo M; FILHO, Alberto P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 04 de jul. 2017.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. RESOLUÇÃO Nº383 de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. Brasília, 29 de mar. 1999.

COHN, Amélia. Política de saúde: implicações e práticas. In: CAMPOS, Gastão W. de S. [et al.]. Tratado de Saúde Coletiva. 2.ed. ver. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 219-245.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 09 de jul. 2017.

CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)- 1946. In: Biblioteca virtual de Direitos Humanos da USP. Disponível em: < <http://www.direitoshumanos.usp.br>>. Acesso em: 02 de set.de 2016.

COSTA, Marco A. F. da; COSTA, Maria F. B. da. Projeto de Pesquisa: entenda e faça. 4. ed. revisada – atualizada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

DAGNINO, Evelina. OLVERA, Alberto. PANFICHI, Aldo. El debate sobre la democracia. In: La disputa por la construcción democrática en América Latina. Cuadernos para la democratización. Disponível em: <<http://controlatugobierno.com/archivos/bibliografia/olveradisputa.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Resolução nº 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. In: Biblioteca virtual de Direitos Humanos da USP. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br>>. Acesso em: 02 de set. de 2016.

DESLANDES, Suely F. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes. MINAYO, Maria C. de S (organizadora). 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

DI GIOVANNI, G. *et al.* O Índice DNA Brasil: sistema múltiplo de indicadores. Com Ciência: Revista eletrônica de jornalismo científico. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=33&id=388>>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

DRAIBE, Sonia M. O welfare state no Brasil: características e perspectivas. In: Caderno de pesquisa. N. 08. Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP/Núcleo de estudos de políticas públicas, 1993.

FAORO, Raimundo. A questão nacional: a modernização. In: Estudos avançados. São Paulo: USP. V.6. n. 14. Janeiro, 1992. p. 7 – 22.

FAUSTO, Boris. O regime militar (1964 - 1985). In: História do Brasil. 11. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003. p. 465 – 510.

FARIA, Rivaldo M. de. A territorialização da atenção primária em saúde no sistema de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. In: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Hygeia. v. 9. n. 16. p. 131 – 147. Jun. 2013.

FLEURY, Sônia. Prefácio. In: BRAVO, Maria I. S. Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 36 -37.

FLORES, Andressa. C. dos S.; SILVA, Damirelis. G. da; SANTOS, Lenita. A. dos. As consequências causadas pela monocultura da cana-de-açúcar e do café na Região Norte Pioneiro do Paraná. In: X CONGRESSO DE EDUCAÇÃO DO NORTE PIONEIRO Jacarezinho. 2010. Anais. UENP- UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE DO PARANÁ – Centro de Ciências Humanas e da Educação e Centro de Letras Comunicação e Artes. Jacarezinho, 2010. ISSN 18083379. p. 225-238.

FLORES, Luis P. O. Metodologia de cálculo da Taxa de Mortalidade Infantil na Ripsa. Disponível em: < file:///C:/Users/user/Downloads/290-Texto_TMI_2009_-_versao_14_05_2009.pdf>. Acesso em: 20 de fev. de 2017.

FOLHA DE LONDRINA. Folha Rural. Domínio da uva. Londrina, 21 jan. 2017. Disponível em: <<http://www.folhadelondrina.com.br/folha-rural/dominio-da-uva-968309.html>>. Acesso em: 10 ag. 2017.

FRASER, Nancy. Repensando la esfera pública: uma contribución a la crítica de la democracia actualmente existente (Tema central). In: Revista Ecuador Debate. Opinión pública. Quito: Caap. N. 46. Abril de 1999. ISSN: 1012-1498. p. 139-174.

FRANCO, Maria L. P. B. Análise de Conteúdo. 4. ed. Brasília: Liber Livro, 2012.

FREYRE, Gilberto. Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 48.ed. rev. São Paulo: Global, 2003.

GONÇALVES, J. H. R. Quando a imagem publicitária vira evidência factual: versões e reversões do norte (novo)do Paraná – 1930/1970. In: Maringá e Norte do Paraná: estudos de história regional. DIAS, R. B; Gonçalves, J. H. R. (Orgs.). Maringá: EDUEM, 1999. p. 87-122.

HABERMAS, Jürgen. Delimitação propedêutica de um tipo de esfera burguesa. In: Mudança estrutural da esfera pública. Tradução Denilson Luís Werle. 1.ed. São Paulo: Editora Unesp, 2014. p. 93-140.

HARVEY, David. A geografia disso tudo. In: O enigma do capital. Tradução João Alexandre Peschanski. São Paulo: Boitempo, 2011. p. 117-150.

_____. Condição pós-moderna. 2.ed. São Paulo: LOYOLA, 1993.

HOBBSAWM, Eric. J. Notas sobre consciência de classe. In: Mundos do trabalho: novos estudos sobre a história operária. Trad. Waldea Barcellos e Sandra Bedran. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000. p. 33 – 54.

HOLANDA, Sergio. B. de. O Homem Cordial. In: Raízes do Brasil. Ed: Olympio, 1987. p. 101–142.

IAMAMOTO, Marilda. V. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 3. ed. - São Paulo: Cortez, 2000.

_____. O trabalho do assistente social em tempo de capital fetiche. In: Serviço social em tempo de tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IANNI, Octavio. A sociedade global. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

INCRA. *Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Escola de assentamento no Paraná está na final da Olimpíada de Língua Portuguesa. 2016.* Disponível em: <<http://www.incra.gov.br/noticias/escola-de-assentamento-no-parana-esta-na-final-da-olimpiada-de-lingua-portuguesa>>. Acesso em: 05 de ag. 2017.

IVAIPORÃ. Nossa cidade. 2017. Disponível em: <<http://ivaipora.pr.gov.br/index.php?sessao=b054603368ncb0&id=1572>>. Acesso em: 04 de ag. 2017.

JARDIM ALEGRE. Nossa Cidade. 2017. Disponível em: <<https://www.jardimalegre.pr.gov.br/index.php>>. Acesso em: 05 de ag. 2017.

JANNUZZI, Paulo. de M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. In: Revista Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro. Jan. /Fev. 2002. p. 51-72.

JÚNIOR, Caio P. Expansão e Crise da Produção Agrária. In: HISTÓRIA ECONÔMICA DO BRASIL. Digitalização: Argo. Disponível em:<

http://resistir.info/livros/historia_economica_do_brasil.pdf>. Acesso em: 14 de set. de 2016.

KANSO, Solange. Compressão da mortalidade no Brasil. In: CAMARANO, Ana M. (org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014, p. 155-175.

KOGA, Dirce. Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KERSTENETZKY, Celia, L. O Estado do Bem-Estar Social na Idade da Razão: A reinvenção do Estado Social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KLIKSBURG, Bernardo. Repensando o Estado para o desenvolvimento social: superando dogmas e convencionalismos. Tradutor Joaquim Osório Pires da Silva. (Coleção Questões da Nossa Época). v. 64. São Paulo: Cortez, 1998.

LANSKY, Sônia. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Scielo. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 10 de out. de 2016.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo. In: LAURELL, A. C. (org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. Revisão técnica de Amélia Cohn: tradução de Rodrigo Leon Contrera. São Paulo: Cortez, 1995. p. 151-178.

KOGA, Dirce. Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KOSIK, K. Dialética da totalidade concreta. In: Dialética do concreto. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. p. 13 -41.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 7-23.

MANSANO, Fernanda H.; URT, Leonardo da C.; PEREIRA, Marcelo F. A importância da região norte na economia paranaense. ResearchGate. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/271700057>>. Acesso em: 23 de maio de 2016.

MARSHALL, T. H. Cidadania e classe social. In: Cidadania, classe social e status. Trad. Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967. p. 63-114.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. Manifesto do partido comunista. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, Karl. O método. In: Miséria da filosofia: resposta à Filosofia da miséria, do Sr. Proudhon. Tradução de José Paulo Netto. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p. 119 – 142.

_____. O 18 Brumário de Luís Bonaparte. Tradução de Nélio Schneider. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. Processo de Trabalho e Processo de Valorização/. In: O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultura, 1996. cap. V, Parte Terceira.

MAY, Tim. Pesquisa documental: escavações e evidências. In: Pesquisa social: questões, métodos e processos. Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 205 – 230.

MENDES, Eugênio. V. A atenção primária nas redes de atenção à saúde. In: A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretaria de Saúde/CONASS, 2015. p. 15 – 29.

MENDONÇA, Rosangela C. dos S. e alunos do Ensino Médio do Colégio Estadual Cristóvão Colombo (Jardim Alegre/PR). **Assentamento Oito de Abril MST - Protagonistas da sua História**. Disponível em: <<http://www.uel.br/museu/publicacoes/Assentamento.pdf>>. Acesso em: 05 de ag. 2017.

MERCADANTE, Otávio A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J., org. Caminhos da saúde no Brasil [online]. Scielobooks. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 21 de fev. de 2017.

MOIMAZ. Suzely A. S. et al. Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. 2010. maio-jun. p. 385-90. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a06v63n3.pdf> >. Acesso em: 12 ag. 2017.

MST. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. No Paraná, Assentamento 8 de abril completa 19 anos. 2016. Disponível em: <<http://www.mst.org.br/2016/06/22/no-parana-assentamento-8-de-abril-completa-19-anos.html>>. Acesso em: 05 de ag. 2017.

NETO, J. M. A. Territórios, Políticas e República no Brasil. In: HAHN, F. A; PÁTARO, C. S; MEZZOMO, F. A. (Orgs.). Constituição de Territórios Paranaenses: olhares da história. Assis: Triunfal Fecilani, 2012. p. 77-103.

NETO, Otávio C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: DESLANDES. Suely F. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes. MINAYO, Maria C. de S (organizadora). 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994, p. 51-66.

NETTO, José P. DITADURA E SERVIÇO SOCIAL: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Capitalismo monopolista e serviço social. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOELLI, F. S; MOTA, L. T. A pré-história da região onde se encontra Maringá, Paraná. In: Maringá e Norte do Paraná: estudos de história regional. DIAS, R. B; Gonçalves, J. H. R. (Orgs.). Maringá: EDUEM, 1999. p. 5-20.

_____. Exploração e guerra de conquista dos territórios indígenas nos vales dos rios Tibagi, Ivaí e Piquiri. In: Maringá e Norte do Paraná: estudos de história regional. DIAS, R. B; Gonçalves, J. H. R. (Orgs.). Maringá: EDUEM, 1999. p. 21-50.

NOGUEIRA, Marco A. A dimensão política da descentralização participativa. In: Revista SÃO PAULO EM PERSPECTIVA, 11(3) 1997. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v11n03/v11n03_02.pdf>. Acesso em: 05 set. 2017.

ONU. Nações Unidas Declaração do Milênio/Cimeira do Milênio Nova Iorque, 6-8 de Setembro de 2000. Disponível em: <<https://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>>. Acesso em: 03 de jul. 2017.

PAIM, Jairnilson. S. Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

PARANÁ. Comissão Intergestores bipartite do Paraná. SESA/COSEMS/PR. Deliberação nº 017, de 29 de janeiro de 2008. Aprova a adesão ao Pacto pela Saúde, através dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, dos municípios do Paraná conforme abaixo discriminado. Curitiba, 29 jan. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/DEL2008/del017.pdf>>. Acesso em: 15 de agosto de 2015.

_____. IPARDES. CADERNO ESTATÍSTICO: MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ. Julho de 2017. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30>. Acesso em: 04 de ag. 2017.

_____. IPARDES. CADERNO ESTATÍSTICO: MUNICÍPIO DE JARDIM ALEGRE. Julho de 2017. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30>. Acesso em: 04 de ag. 2017.

_____. IPARDES. CADERNO ESTATÍSTICO: MUNICÍPIO DE ROSÁRIO DO IVAÍ. Julho de 2017. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30>. Acesso em: 04 de ag. 2017.

_____. IPARDES. Índice IPARDES de desempenho municipal. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=19>. Acesso em: 22 de nov. de 2016.

_____. IPARDES. Leituras regionais: mesorregiões geográficas paranaenses: sumário executivo de 2004. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/biblioteca/docs/leituras_reg_sumario_executivo.pdf>. Acesso em: 19 de abril de 2016.

_____. Lei Complementar 49, 5 de janeiro de 1990. Cria a "REGIÃO ADMINISTRATIVA CENTRAL DO ESTADO DO PARANÁ", integrada pelos municípios que especifica e com Sede na Cidade de Ivaiporã. PALÁCIO DO GOVERNO EM CURITIBA. Publicado no Diário Oficial nº. 3177, de 8 de Janeiro de 1990. Disponível em: <<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/listarAtosAno.do?action=exibirImpressao&codAto=8363>>. Acesso em: 15 ag. 2015.

_____. SESA. Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde e PAVS: Grupo de Planejamento Setorial. Sistematização – Lisian Lourenço Nass/Avaliação por Macrorregião de Saúde do Estado - Primeiro Semestre de 2010. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apresentacoes/sintese.pdf>>. Acesso em: 17 de set. de 2016.

_____. SESA. Plano Diretor de Regionalização: Hierarquização e Regionalização da Assistência à Saúde, no Estado do Paraná. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR_atualizado_Edson.pdf>. Acesso em: 10 de jun. de 2016.

PARÓQUIA. Blog Nossa Senhora do Rosário. 2014. Disponível em: <<http://www.paroquiaderosario.com/2014/09/festa-da-padroeira-2014-cartaz-e.html>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

RAICHELIS, Raquel. Esfera pública e assistência social. XVI Congresso Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. Santiago de Chile. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-081.pdf>>. Acesso em: 19 de out. de 2016.

RAICHELIS, Raquel; WANDERLEY, Luiz E. Desafios de uma gestão pública democrática na integração regional. In: Serviço Social & Sociedade. Ano XXV. nº 78. Julho. 2004. p. 5-32.

RIPSA. C - Mortalidade. In: Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2008. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 12 de março de 2017.

ROSÁRIO DO IVAÍ. Nossa História. 2017. Disponível em: <<http://www.rosariodoivai.pr.gov.br/index.php?sessao=b054603368ncb0&id=1139>>. Acesso em: 7 de ag. 2017.

SALVADOR, Evilasio. A configuração do fundo público no capitalismo contemporâneo. In: Fundo público e seguridade social no Brasil. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 53 – 91.

SANTOS, Milton. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4. ed. 3. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

_____. O espaço sem cidadãos. In: O espaço do cidadão. 7. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007. p. 59-65.

_____. O retorno do território. In: Debates [Territorio y movimientos sociales]. OSAL. Año VI. nº16. Enero-Abril, 2005. p. 251-261.

_____. Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1986.

_____. Território e cidadania. In: O espaço do cidadão. 7. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007. p. 139-151.

SERRUYA, Suzanne J. *et al.* Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. In: Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia. v. 26. nº 7. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000700003>. Acesso em: 07 jul. 2017.

SIMIONATTO, Ivete. “As expressões ídeo-culturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teórico política”. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABPESS, 2009.

SILVA, Elizete C. Subjetividade e cinema: vida\arte\vida. Maringá: Eduem, 2012.

SILVA, P. R. *et al.* Tradição do cultivo da uva niágara no estado de São Paulo. In: Informações Econômicas, SP, v.36, n.1, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.iea.sp.gov.br/ftp/iea/publicacoes/tec4-0106.pdf> >. Acesso em: 10 ag. 2017.

SILVEIRA, Maria L. O Brasil: território e sociedade no início do século 21– a história de um livro. In: ACTA Geográfica, Boa Vista, Ed. Esp. Cidades na Amazônia Brasileira, 2011. p.151-163. Disponível em: <http://www.dpi.inpe.br/Miguel/AnaPaulaDALasta/Acta_Geografica_CidadesAmazonicas_EdicaoEspecial_2011/MariaLauraSilveira_HistoriaLivro_Acta_Geografica_2011.pdf>. Acesso em: 05 de set. 2017.

SINGER, Paul. Pacto social: um processo permanente de negociação. Lua Nova: Revista de Cultura e Política. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451985000200022>>. Acesso em: 14 de Out. de 2016.

SOLIGO, Valdecir. Indicadores: conceito e complexidade do mensurar em estudos de fenômenos sociais. In: Est. Aval. Educ., São Paulo, v. 23, n. 52. p. 12-25, mai./ago. 2012.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária e sua relação com a saúde. In: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 9-42.

TOMAZI, N. D. Construções e silêncios sobre a (re) organização da região norte do estado do Paraná. In: Maringá e Norte do Paraná: estudos de história regional. DIAS, R. B; Gonçalves, J. H. R. (Orgs.). Maringá: EDUEM, 1999. p. 51-86.

UNICEF. O Fundo das Nações Unidas para a Infância. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_9540.html>. Acesso em: 03 de jul. 2017.

VASCONCELOS, Cipriano M. de; PASCHE, Dário F. O SUS em perspectiva. In: CAMPOS, Gastão W. de S. [et al.]. Tratado de Saúde Coletiva. 2.ed. ver. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 559-590.

VENTURA, Deisy. A criação da Organização Mundial de Saúde. In: Direito e saúde global: o caso da pandemia da gripe A (H1N1). São Paulo: Outras Expressões; Dobra Editorial, 2013. p. 49-86.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Região e Redes: caminho da universalização da saúde no Brasil. Disponível em: < <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/selecoes.php>>. Acesso em: 28 de fev. de 2017.

WIKIPÉDIA. Jardim Alegre. 2017. Disponível em: < https://pt.wikipedia.org/wiki/Jardim_Alegre>. Acesso em: 05 de ag. 2017.

ZANIRATO, Sílvia H. As associações dos trabalhadores e a questão da sobrevivência. In: O descanso do guerreiro: um estudo sobre a instituição da previdência social no Brasil. Maringá: Eduem, 2003. p. 7-65.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro das entrevistas semiestruturadas

Perfil geral:

1. Quantos anos você têm?
2. Mora no município? Se sim, há quanto tempo? Se não, onde mora?
3. Qual seu grau de formação escolar?
4. Há quanto tempo trabalha na área da saúde? Porque trabalha na área da saúde? Pretende continuar durante sua vida?
5. Há quanto tempo ocupa esse cargo? É seu único emprego?
6. Você é servidor concursado ou contratado?
7. Possui capacitação em saúde? De quanto em quanto tempo? Recorde-se quando foi sua última capacitação?
8. Se sente realizado com o emprego que possui?

Território

O território é um conjunto amplo de determinações. Cada território possui a característica de sua população, na qual a política, a economia e as relações sociais expressam a organização do povo local.

A gestão em saúde busca construir suas ações em cima da realidade desse território?

Há instrumento próprio para trabalhar as demandas de saúde no município ou são seguidos parâmetros globais/nacionais?

Mortalidade Infantil

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o indicador de mortalidade infantil é um indicador importante para pensar a qualidade de vida de uma população em determinado território. A meta é que a taxa de crianças mortas não ultrapasse 10 para 1.000 nascidos vivos, ou ainda que não chegue à dois dígitos.

Há diferença em óbitos infantis de acordo com a região em que a gestante mora?

Qual instrumento utilizado para se conhecer e trabalhar a mortalidade infantil nesse território?

Como a gestão avalia as ações e resultados referentes ao enfrentamento da mortalidade infantil no território?

Há uma meta pactuada sobre o indicador de mortalidade infantil no município?

Indicador Social

O indicador social é uma ferramenta mundial baseada em dados quantitativos, utilizado para se conhecer, pensar e trabalhar determinantes sociais de dada população e território. Os indicadores sociais podem trabalhar saúde, educação, renda, etc.

Como é a construção e o trabalho com indicadores em saúde nesse município?

A equipe municipal de saúde discute sobre indicadores?

A Regional de Saúde é presente quanto às demandas do município?

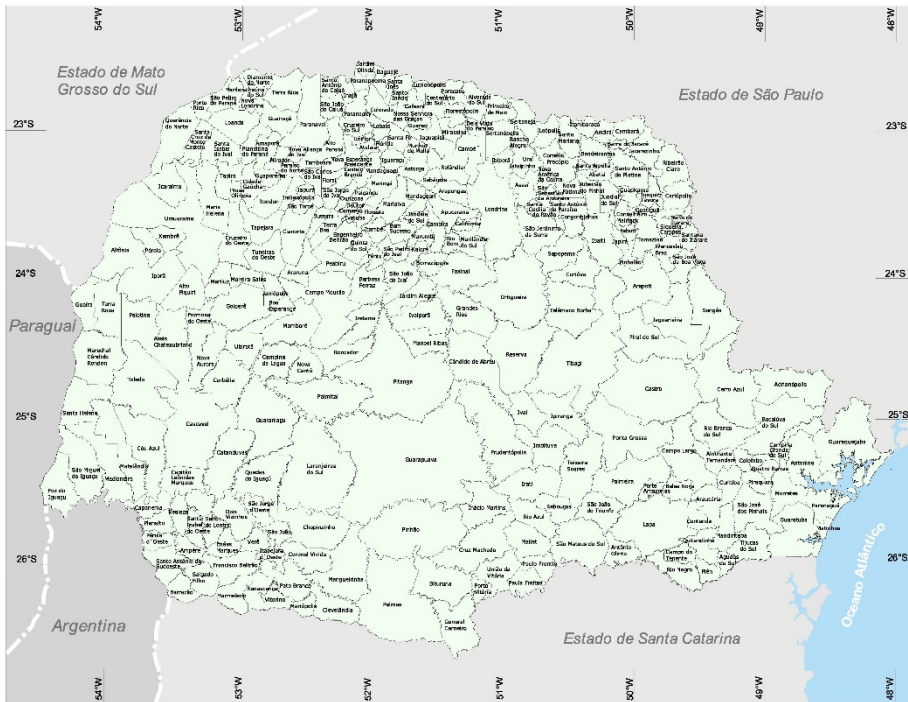
Fale sobre o significado do indicador de mortalidade infantil para saúde.

ANEXOS

ANEXO A

Mapas das divisões políticas dos municípios do Paraná



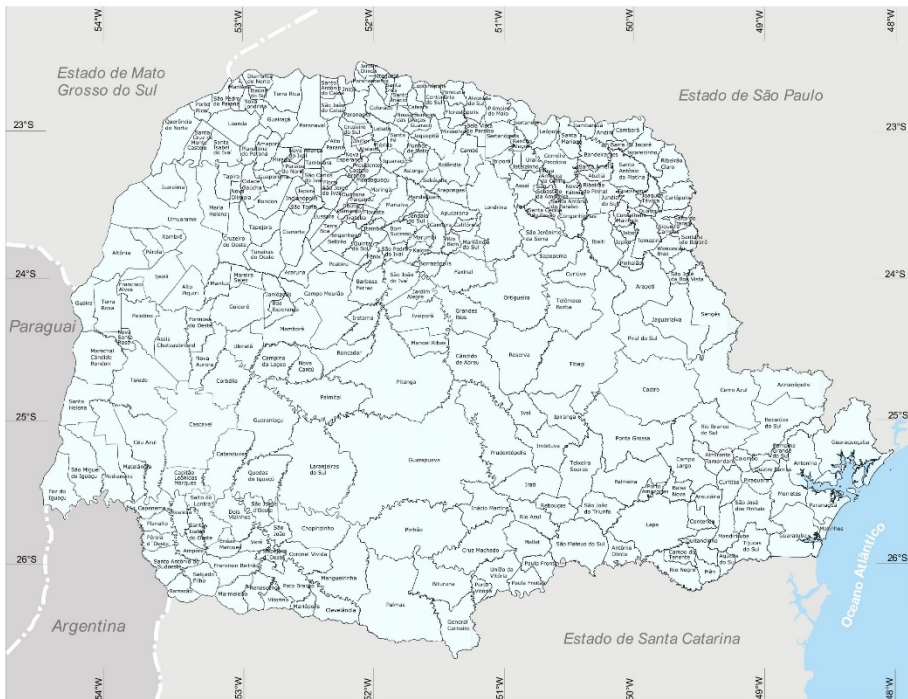


ESTADO DO PARANÁ

**DIVISÃO POLÍTICA
1970**

0 km 50 km 100 km

FONTES: ITCG, IPARDES
BASE CARTOGRÁFICA: ITCG (2010)

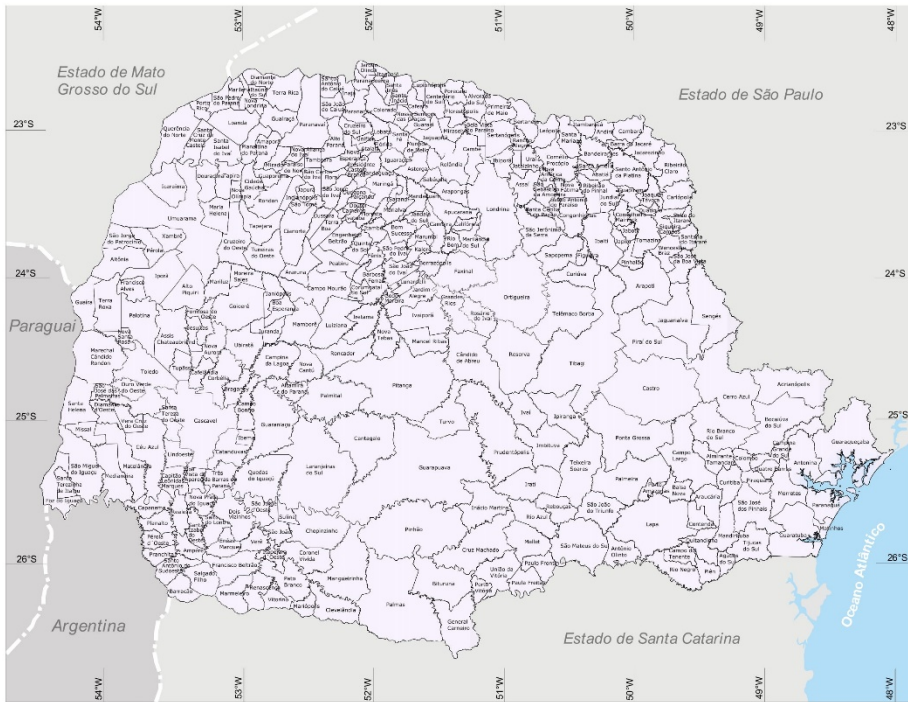


ESTADO DO PARANÁ

**DIVISÃO POLÍTICA
1980**

0 km 50 km 100 km

FONTES: ITCG, IPARDES
BASE CARTOGRÁFICA: ITCG (2010)



ESTADO DO PARANÁ

DIVISÃO POLÍTICA
1990

0 km 50 km 100 km

FONTES: ITCG, IPARDES
BASE CARTOGRÁFICA: ITCG (2010)



ESTADO DO PARANÁ

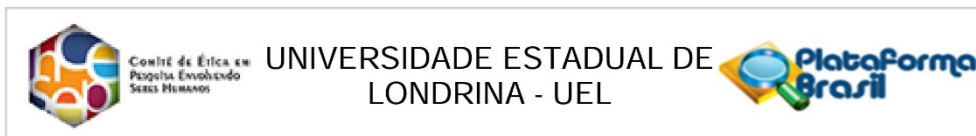
DIVISÃO POLÍTICA
1997

0 km 50 km 100 km

FONTES: ITCG, IPARDES
BASE CARTOGRÁFICA: ITCG (2010)

ANEXO B

Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As ações da gestão pública no enfrentamento à mortalidade infantil em municípios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã/PR

Pesquisador: Nathália Aline Andrade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62585816.2.0000.5231

Instituição Proponente: CESA/SERVIÇO SOCIAL/Prog. de Pós-Graduação em Serviço Social e Política

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.891.910

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo do programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina a ser desenvolvido junto à 22ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, cuja hipótese se baseia em: baixa cobertura do atendimento ao pré-natal; déficit de número de trabalhadores na equipe municipal de saúde; planejamento verticalizado de ações voltadas à gestante e a criança, pela Secretaria Municipal de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as ações da gestão pública no enfrentamento à mortalidade infantil no primeiro ano de vida, em municípios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã/PR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisadora afirma que pode haver o risco do participante sentir-se ofendidos por alguma pergunta ou atitude do pesquisador e que caso isso ocorra a entrevista será imediatamente interrompida. Além disso, qualquer prejuízo causado ao participante será ressarcido pelo pesquisador único responsável pelos danos causados.

Benefícios:

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.891.910

Segunda a pesquisadora: "a pesquisa poderá movimentar a discussão sobre o fenômeno da mortalidade infantil no território, uma vez que, na fase da arte não se encontrou trabalhos sobre mortalidade infantil no território denominado 19ª Região Administrativa de Ivaiporã. Nesse sentido, o benefício social do presente trabalho está em contribuir para a problematização sobre um fenômeno social que afeta uma população de aproximadamente 139.311 mil pessoas".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo onde será realizada, na fase exploratória, a pesquisa de dados junto à institutos de pesquisa e plataformas nacionais e estaduais de indicadores (DATASUS, IBGE, IPARDES), compondo a preparação para a pesquisa de campo, estes dados serão utilizados na análise de triangulação de dados.

Para a coleta de dados referente as ações públicas de enfrentamento à mortalidade infantil no território, será realizada uma entrevista semiestruturada com secretários municipais de saúde, diretores da Atenção Básica em Saúde dos municípios de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí, e o agente responsável pela epidemiologia no Escritório da 22ª Regional de Saúde do Paraná.

O local e horário das entrevistas serão determinados pelos sujeitos entrevistados e o contato com os entrevistados será por meio de telefonema. As entrevistas serão gravadas sob aceitação previa dos participantes e posteriormente transcrita pela pesquisadora.

Para a análise de dados será utilizada a técnica da triangulação.

O orçamento é de mil reais e refere-se as despesas de deslocamento até o local das entrevistas, o mesmo será financiado com recursos próprios.

O cronograma de execução está adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de rosto devidamente assinado pela Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina
2. TCLE - adequado
3. Termo de autorização da instituição coparticipante assinado pela Diretora da 22ª Regional de Saúde
4. Apresentou o termo de sigilo e confidencialidade

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.891.910

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_733937.pdf	30/12/2016 16:14:48		Aceito
Outros	Questionario.docx	30/12/2016 16:14:07	Nathália Aline Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.docx	30/12/2016 16:09:52	Nathália Aline Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	30/12/2016 15:59:18	Nathália Aline Andrade	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	30/12/2016 15:39:02	Nathália Aline Andrade	Aceito
Outros	Declaracao_instituicao_co_participante.pdf	25/11/2016 10:15:22	Nathália Aline Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Confidencialidade_Sigilo.pdf	18/09/2016 14:38:07	Nathália Aline Andrade	Aceito
Folha de Rosto	doc.pdf	08/09/2016 11:19:35	Nathália Aline Andrade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 16 de Janeiro de 2017

**Assinado por:
Rosana Lopes
(Coordenador)**

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO C
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“As ações da gestão pública no enfrentamento à mortalidade infantil em municípios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã/PR.”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“As ações da gestão pública no enfrentamento à mortalidade infantil em municípios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã/PR”**, a ser realizada em **“Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí”**. O objetivo da pesquisa é **“analisar as ações da gestão pública no enfrentamento à mortalidade infantil no primeiro ano de vida, em municípios da 19ª RAI, entre os anos de 2008 e 2015”**. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma **(entrevista (s) semiestruturada gravada para transcrição de dados, na qual se expõe o conhecimento sobre as ações públicas de enfrentamento à mortalidade infantil e assuntos relacionados, entre os anos de 2008 e 2015, ou conhecimento possível)**.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta e futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. **(Sendo a gravação destruída após a transcrição das entrevistas, que será realizada unicamente por Nathália Aline Andrade)**.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são: **a pesquisa pode movimentar a discussão sobre o fenômeno da mortalidade infantil no território, uma vez que, na fase da arte não se encontrou trabalhos sobre mortalidade infantil no território denominado 19ª Região Administrativa de Ivaiporã. Nesse sentido, o benefício social do presente trabalho está**

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado, atendendo, conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

em contribuir para a problematização sobre um fenômeno social que afeta uma população de aproximadamente 139.311 mil pessoas, segundo o Censo de 2010.

Quanto aos riscos: por ser uma pesquisa envolvendo seres humanos há o risco dos sujeitos delimitados para entrevista não aceitarem participar. Há também o risco de participantes sentirem-se ofendidos por alguma pergunta ou atitude do pesquisador. Caso isso ocorra a entrevista será interrompida prontamente, respeitando a liberdade do entrevistado. Qualquer prejuízo causado ao sujeito participante deverá ser ressarcido pelo pesquisador único responsável por dados causados.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar **(Nathália Aline Andrade, Londrina/PR. Rua: José Manoel de Souza, 211. BL 03. Apto 203. Bairro: Vale dos Tucanos. CEP: 86046-541. Celular: (043) 9686-5130. E-mail: andrade_nah@hotmail.com)**, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

_____, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador Responsável

RG: 463047357 _____

<p>_____</p> <p>(_____), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.</p> <p>Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____</p> <p>Data: _____</p>

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado, atendendo, conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, o texto deve estar voltado para os pais e deve ser incluído ainda, campo para assinatura do menor e do responsável.

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado, atendendo, conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

ANEXO D

Hinos municipais

Hino do Município de Ivaiporã

No cenário que a mata se inclina
Ante a força, a coragem e o amor,
Vive em paz, sob a graça divina,
Todo um povo, em ardente labor.
Rio imenso, de rara beleza
Que ao indígena outrora encantou,
Beija e embala a ideal natureza
Que recanto ideal batizou
Ivaiporã!
Com orgulho e devoção
Repetimos teu nome querido
Que é uma esplendida oração
Sobre o altar deste solo florido
Ivaiporã!
Tua estrela benfazeja
Para o mundo amanhã mostrará
O tesouro que viceja
No coração do Paraná!
Antevemos teu nobre porvir
No milagre que a terra produz,
Os cereais em continuo florir
Sobre os vales, nas ondas da luz.
Cada gota de suor dos teus filhos
Se reflete na grande torrente
Das douradas espigas de milho
Que os caminhos têm à frente.

Letra: Vera Vargas

Hino do Município de Rosário do Ivaí

Rodeada por montanhas altaneiras
Tu nasceste, meu lindo torrão
Junto aos rios, e as matas primeiras
E o planalto ondulado que cobre este chão
Da bravura do heroico pioneiro
Surgiu esta joia, outra igual não há.
Para orgulho do povo ordeiro
Que quer a pujança do meu Paraná.

És celeiro a brotar riquezas mil
Neste recanto feliz o meu Brasil
Rosário do Ivaí, minha vida é meu bem querer
Sou teu filho só por ti quero viver.

Nossa Senhora do Rosário padroeira
Desta terra a mais linda que eu vi
Abençoi esta gente alvissareira
É minha querida Rosário do Ivaí
Pela senda feliz do progresso
Teu futuro risonho eu sempre hei de ver
Pois bem grande há de ser o sucesso
Dos que aqui labuta sem esmorecer

És celeiro a brotar riquezas mil
Neste recanto feliz o meu Brasil
Rosário do Ivaí, minha vida é meu bem querer
Sou teu filho só por ti quero viver.

Autores:
Maestro Sebastião de Lima (música)
José Carlos Pereira (letra)



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JARDIM ALEGRE

ESTADO DO PARANÁ

PUBLICADO(A) NO JORNAL

TRIBUNA DO NORTE

Nº _____, PÁG E 12

EDIÇÃO DE 10/10/13

LEI Nº 458/2013

SÚMULA: Dispõe sobre a oficialização do HINO DO MUNICÍPIO DE JARDIM ALEGRE e dá outras providências.

A Câmara Municipal de Jardim Alegre, Estado do Paraná, aprovou e eu Prefeita Municipal, sanciono a seguinte LEI:

Art. 1º - Dispõe sobre a oficialização da letra do HINO DO MUNICÍPIO DE JARDIM ALEGRE- ESTADO DO PARANÁ E DÁ OUTRA PROVIDENCIAS,

Art. 2º Fica oficializado a letra do HINO DO MUNICÍPIO DE JARDIM ALEGRE- ESTADO DO PARANÁ, composto de cinco (5) refrãos, descritos com o seguinte:

"Neste nosso chão paranaense
Três famílias vieram morar
Ferramenta tinha por nome,
Três machados começam a chamar"

"És morada de um povo alegre
És orgulho de um povo gentil
O seu nome é Jardim Alegre
E perfuma o sul do Brasil"

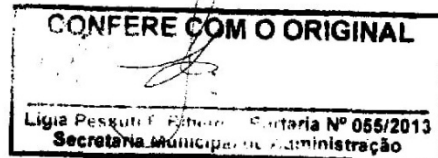
"Nossa estrela resplandecente
Pertencente ao vale do Ivaí
Tu és astro refulgente
És paixão de quem mora aqui"

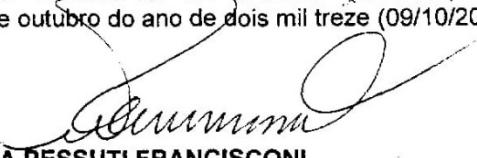
"Verdes campos e belas flores
Sua beleza é ser ardil
E essa sua paz que é inata
Presenciou só quem te viu"

"Quem aqui tem sua morada
Deste chão tira riquezas mil
Oh cidade mui amada
Por ti luta um povo varonil"

Art. 3º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JARDIM ALEGRE, Estado do Paraná, aos nove dias do mês de outubro do ano de dois mil treze (09/10/2013).




NEUZA PESSUTI FRANCISONI
Prefeita Municipal