

# A PERCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE INFANTIL EM TERRITÓRIOS DA 22ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ: ELEMENTOS QUE ANTECEDEM A PEC DOS 20 ANOS\*

*THE PERCEPTION OF MUNICIPAL  
HEALTH MANAGERS IN RELATION TO  
THE FACING OF CHILD MORTALITY IN  
TERRITORIES OF THE 22<sup>nd</sup> PARANÁ  
HEALTH REGIONAL: ELEMENTS THAT  
PREVENT THE 20 YEARS PEC*

**Nathália Aline Andrade 1**  
**Líria Maria Bettiol Lanza 2**

Assistente Social, graduada pela Universidade Estadual de Maringá **1** (2014), Mestra em Serviço Social e Política Social pela Universidade Estadual de Londrina (2017). Atualmente, concursada no município de Borborema/SP, onde trabalha no SUAS. Exerceu a gestão do SUAS no município de Grandes Rios/PR em 2017. Possui aprovações em Concursos Públicos concernentes ao Serviço Social, tendo sido classificada e convocada em diferentes PSS para a docência. E-mail: andrade\_nah@hotmail.com

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual **2** Paulista Júlio de Mesquita Filho (1999) e mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2003) e doutorado (2010) no Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de SP (PUC SP). Atualmente é docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL PR). Tem experiência na área de Serviço Social e saúde, com ênfase no exercício e formação profissional; trabalho cooperado, imigração e o território nas políticas sociais. Coordena o Grupo de Pesquisa (CNPq) Serviço Social e Saúde, formação e exercício profissional. E-mail: liriabettio.j@gmail.com

**Resumo:** O presente artigo busca refletir a percepção dos secretários municipais de saúde dos territórios de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí acerca do enfrentamento à mortalidade infantil. Os dados decorrem do relatório de mestrado de setembro de 2017. Como resultado observou-se o perfil de uma gestão pública desfocada em relação as normativas do SUS. Em um cenário de volta de altas taxas de mortalidade infantil, este trabalho busca pontuar elementos que subsidiem reflexões acerca de questões que antecedem a PEC do congelamento dos gastos por 20 anos, e que corroboram com a volta da cara realidade da TMI no Brasil.

**Palavras-chave:** Gestor público; 22ª Regional de Saúde do Paraná; Mortalidade Infantil.

**Abstract:** This article seeks to reflect the perception of the municipal health secretaries of the territories of Ivaiporã, Jardim Alegre and Rosário do Ivaí regarding the confrontation with infant mortality. The data comes from the master's report from September 2017. As a result, the profile of a public management that was unfocused in relation to SUS regulations was observed. In a scenario of high infant mortality rates, this paper seeks to highlight elements that subsidize reflections about questions that precede the PEC of the freezing of expenditures for 20 years, and that corroborate with return of the reality of TMI in Brazil.

**Keywords:** Public manager; 22nd Regional of Health of Paraná; Infant mortality.

\*Este artigo resulta da dissertação de mestrado intitulada "A percepção de gestores da saúde em relação ao enfrentamento à mortalidade infantil em territórios da 19ª Região Administrativa de Ivaiporã/PR", defendida em setembro de 2017, na Universidade Estadual de Londrina/ Departamento de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social.

## Introdução

O Brasil e o Mundo atravessam crises econômicas, sociais e políticas que evidenciam a urgência do fortalecimento do pacto social. Não por acaso, é nesse período que o mundo sofre com uma das maiores crises humanitárias de nossa contemporaneidade. O mundo observa povos sírios, haitianos, venezuelanos em busca de refúgio de catástrofes geradas pelo modelo social vigente.

No Brasil, em 2016, grandes acordos entre os quatro poderes – executivo, legislativo, judiciário e mídia – resultam no *impeachment* não apenas de uma presidenta da república, mas também no projeto de governo escolhido democraticamente por sufrágio universal. No mesmo ano, o congelamento do teto dos gastos públicos por 20 anos delega aos mais pobres o ônus da culpa de um sistema estruturado pela crise fiscal, sobretudo, devido ao fato da financeirização do capital exonerar juros que influenciam na baixa adesão do capital produtivo baseado no lucro tradicional.

Dois anos após, o mundo se volta para um Brasil tomado pela possibilidade de um congresso fascista eleito sob a promessa de colocar o país na linha através de leis mais severas e fechamento de ministérios responsáveis por setores da gestão pública. É nesse cenário, também, que o Ministério da Saúde alerta para a volta de altas taxas de mortalidade infantil no território brasileiro. Por essa razão este trabalho busca pontuar elementos que subsidiem reflexões acerca de questões que antecedem a PEC do congelamento dos gastos por 20 anos, e que corroboram com a cara realidade da TMI nesse Brasil incerto.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) se torna um dos mais eficientes indicadores de mensuração do desenvolvimento social de uma população. Nesse parâmetro, para que uma sociedade seja considerada saudável, ela deve apresentar uma taxa de mortalidade infantil de até dez óbitos infantis para cada mil nascidos vivos.

Esta taxa é comumente calculada pela divisão do número absoluto de óbitos em um espaço-tempo, pelo número absoluto de nascidos vivos no mesmo período. Realizada a soma multiplica-se o resultado por mil e se tem a taxa:

$$\frac{\text{Nº absoluto de óbitos infantis}}{\text{Nº absoluto de nascidos vivos}} \times 1.000 \text{ (MIL)} = \text{TMI}$$

A pesquisadora Barata (2008, p. 170), explica que o indicador TMI representa a criança com “[...] risco de morrer antes de completar um ano de idade [...]”. Para ela, o uso dos indicadores de saúde subsidia o entendimento das condições de saúde de uma população, ainda que os indicadores não capturem os múltiplos determinantes presentes na vivência de um território (JANNUZZI, 2002). Em relação ao indicador de mortalidade infantil:

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 pelo banco de dados de mortalidades corrobora para que os óbitos sejam identificados e referenciados junto à possíveis causas sociais, por isso, indicadores expõem mais que mortes isoladas. A partir de indicadores são traçados padrões epidemiológicos de um território, e com eles são desenvolvidas ações dedicadas a minimizar e extinguir possíveis causas promotoras ou facilitadoras de óbitos.

Duas questões estruturam a avaliação das condições de saúde de um território considerando o indicador de mortalidade, são elas “[...] a distribuição das causas de morte e o padrão etário da mortalidade” (BARATA, 2008, p. 187). Significa que para além do cálculo sobre a taxa de mortalidade infantil – exposto acima – devemos nos ater para as diferentes classificações dispostas dentro do óbito infantil supracitado.

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 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 [...]”. 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-espaço. O desenvolvimento econômico resulta na melhoria das condições de vida de uma determinada população. Não obstante, o desenvolvimento econômico supera a questão monetária.

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, a exemplo do IBGE (RIPSA, 2008). Outra metodologia se referencia no Pacto de Indicadores da Atenção Básica de 2004<sup>1</sup>.

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).

Todavia, 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 dificuldade na sistematização destes dados (Flores, 2009). 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.

1 Portaria nº 2.394 de 19 de dezembro de 2003.

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 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 expressar resultados genéricos capazes de desconhecer realidades peculiares (KOGA, 2011).

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, mas que esta conquista deva sempre considerar as possíveis adversidades presentes no 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 as 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 o MS aponta:

[...] 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 sulista, o que faz com que altas taxas de mortalidade infantil possam ser engolidas pela leitura genérica, que indicadores sociais podem carregar (KOGA, 2011).

Por exemplo, 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.

É nesse ponto tomado pela abrangência geográfica do estado, que diferentes cenários são expressos. O Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e fetal do Ministério da Saúde 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.

**Tabela 1:** 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 Procópio	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.

Com o indicativo de Flores (2008, p. 122), compreende-se que as causas evitáveis estão vinculadas a “[...] condições socioeconômicas, perfil demográfico, infraestrutura de serviços públicos, acesso e qualidade dos serviços de saúde”.

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, nutrízes e crianças, que habitam esse território.

Refletindo acerca do número de óbitos evitáveis refletimos sobre como o território trabalha sua renovação geracional, para tanto, trazemos a fala dos secretários municipais de saúde de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí, que são os territórios delimitados para uma primeira aproximação à 22ª RS.

### **Territórios de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí: percepção dos secretários municipais de saúde acerca do enfrentamento à mortalidade infantil**

De acordo com o último Censo, em 2010 Ivaiporã possui 31.812 mil habitantes. No mesmo ano, Jardim Alegre possui 12.325 mil habitantes, o que é menos que a metade dos habitantes de Ivaiporã. Igualmente em 2010, Rosário do Ivaí possui 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. Para definir os sujeitos participantes da pesquisa utilizamos de amostra não probabilística intencional. Os sujeitos são os secretários municipais da saúde dos municípios de Ivaiporã, Jardim Alegre e Rosário do Ivaí. Todos entrevistados *in lócus*.

Aos referidos sujeitos introduzimos conceitos gerais sobre o tema a ser trabalhado e em seguida pedimos que discorressem acerca. A primeira colocação foi: “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”.

A partir do exposto, 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 se encontram 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 o governo federal cria 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, Draibe (1993) denuncia a estrutura dessas ações públicas como assistencialistas, fragmentadas e focalistas. Estas características que formam 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.

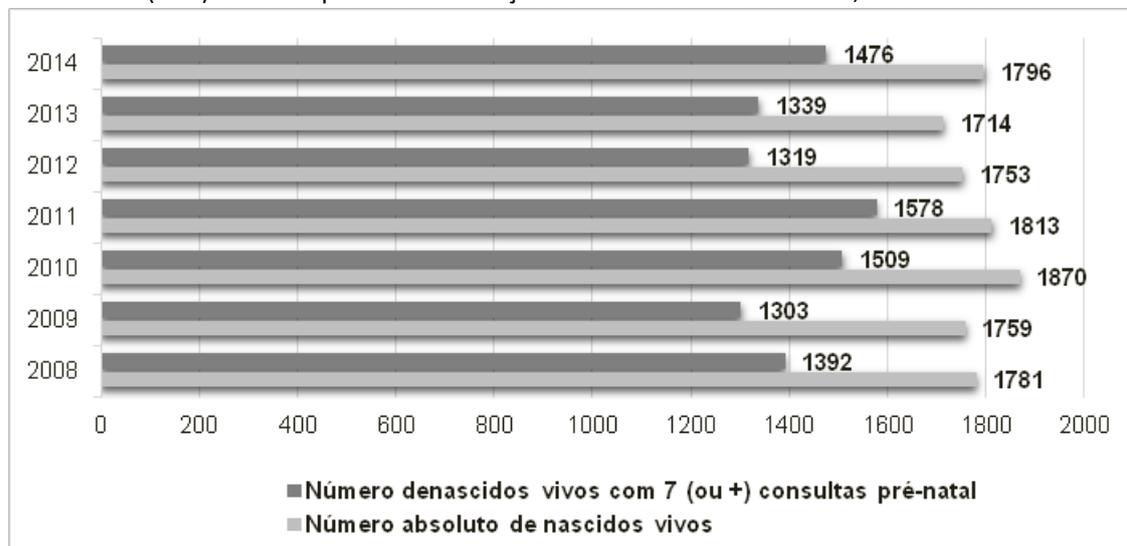
Dentro do PHPN foi desenvolvido o software SisPreNatal, para o acompanhamento das gestantes atendidas pelo programa. Ele possui diretrizes de “[...] procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e 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 SisPreNatal 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 na 22ª 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 1** – 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 2** – 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 discorressem acerca dos instrumentos utilizados para seu município reconhecer 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 instrumental técnico e diz que o diretor da atenção básica deveria ter esta informação. A fala ratifica a afirmação de Nogueira (1997) sobre a cultura gerencial do Estado estar desfocada, sobretudo, porque o secretário coloca que por não ser “[...] técnix 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 [...].

Quanto ao modo que 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 houve secretário que demonstrou 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 enganado [...] não tem mortalidade infantil aqui [...] até mesmo as crianças de gestantes de 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 [...] 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. Isso 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 [...].

O gestor S.3 apresenta melhor domínio em relação aos parâmetros da política de saúde. Todavia, em todas as falas há necessidade de refletirmos acerca da centralidade do território para organização da vida social. Através de Santos (2006) e Koga (2011) compreendemos que o território refere-se ao um complexo emaranhado de questões objetivas e subjetivas, que superam o fator econômico e devem ser consideradas para o trabalho de qualidade junto ao território usado por dimensões locais e globais.

Em suma, as colocações dos secretários revelam que a gestão que desenvolvem pode caminhar na contramão da crítica de Nogueira (1997), que enxerga o despreparo de muitos gestores públicos e defende uma capacitação política-executiva tanto para gestores, quanto para técnicos que atuam no interior da administração pública em favor do interesse comum.

### Considerações Finais

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, para os mesmos, prevalece os resultados em detrimento dos meios, ou seja, se o indicador estudado está na média aceitável não há problemas no desconhecimento das explicações, tampouco, das causas e estratégias definidas para aquele resultado.

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.

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.

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 uma imagem irreal 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*.

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.

Refletindo acerca da percepção dos secretários compreendemos, ainda, que o SUS enquanto uma política pública em constante construção (FARIA, 2013) possui barreiras a superar<sup>2</sup>. Não obstante, não basta pensarmos as características *desfocadas* dos secretários sem conceber a estrutura e a conjuntura social da qual eles fazem parte.

Através do exposto compreendemos que o desafio encontrado na fala dos gestores encontra explicação no corpo do Estado nacional, no qual eles trabalham. Para além de culpabilizar os agentes públicos pelas dificuldades em superar uma cultura gerencial defasada há que se promover debates sociais – e condições de trabalho – que problematizem e possibilitem uma administração pública mais consciente sobre a responsabilidade de seus agentes junto as demandas do pacto social.

## Referências

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.

BERTANI, Fenner. et al. **Pacto pela Saúde: conversando sobre o SUS**. Franca: Unesp – FHDSS, 2010.

BRASIL. IBGE. **Censo de 2010**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_po pulacao\\_parana.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_po%20pulacao_parana.pdf)>. Acesso em: 25 de jul. 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.

\_\_\_\_\_. 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. 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

<sup>2</sup> Barreiras, que no decorrer deste trabalho de dissertação, entendemos estar engendradas no processo de formação social brasileira, sendo ainda evidenciadas no território que sustém os municípios delimitados – o norte paranaense.

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.

\_\_\_\_\_. **Relatórios Dinâmicos: monitoramento de indicadores**. Portal ODM: acompanhamento brasileiro dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Disponível em: < <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portalodm/>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

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.

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.

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.

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.

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=S0102311X2014001300024&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300024&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 10 de out. de 2016.

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.

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.

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](http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v11n03/v11n03_02.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2017.

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.

\_\_\_\_\_. 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](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR_atualizado__Edson.pdf)>. Acesso em: 10 de jun. de 2016.

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.

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.

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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000700003)>. Acesso em: 07 jul. 2017.

Recebido em 28 de novembro de 2018.

Aceito em 18 de dezembro de 2018.