

MORTALIDADE INFANTIL NO PLANALTO NORTE CATARINENSE E AS QUESTÕES DO DESENVOLVIMENTO DA REGIÃO¹

Adriana Moro Wieczorkiewicz²
Marley Vanice Deschamps³
Camila Heiden Glonek Junkes⁴

RESUMO

A Mortalidade Infantil (MI) representa um evento lamentável, decorrente, geralmente, de causas evitáveis, por uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e falhas do sistema de saúde. No Brasil, assim como, no Planalto Norte Catarinense, observa-se uma importante queda no indicador de MI na última década (BRASIL, 2011), todavia ainda é visível um distanciamento entre os municípios da própria região e seus pares e os resultados alcançados em relação a este importante indicador de desenvolvimento. Desta forma, este artigo tem como objetivo apresentar os indicadores de mortalidade infantil na 25ª SDR de SC na última década (1999-2010) e aproximá-los das questões de desenvolvimento da mesma região. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, quantitativa, que teve como fonte de dados o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram estudados os sete municípios pertencentes a 25ª SDR de SC. Os dados conseguidos foram organizados e analisados comparativamente, sendo discutidos à luz do referencial teórico e recomendações do Ministério da Saúde. Os principais resultados obtidos sugerem que os óbitos de crianças nesta regional têm um importante componente neonatal, que mesmo com o aumento na participação do PIB pelos municípios menores, este não contribui significativamente para redução das taxas de MI para considerá-las baixas. Que a política de descentralização ainda não pode ser considerada suficientemente boa para o desenvolvimento da região, se considerado o indicador de MI, necessitando de estudos posteriores, trabalhando outros indicadores de desenvolvimento em um recorte maior de anos.

Palavras Chave: Mortalidade Infantil. Desenvolvimento. Santa Catarina.

¹Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada “Indicadores de Mortalidade Infantil e sua relação com a vulnerabilidade social das famílias nos municípios da 25ª SDR de SC”, apresentada ao Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional, da Universidade do Contestado.

²Enfermeira, Doutoranda em Políticas Públicas na UFPR. Mestre em Desenvolvimento Regional. Membro do grupo de pesquisa NUPESC da UnC-Mafra. Universidade do Contestado. Santa Catarina. Brasil. E-mail: adri.moro@gmail.com

³Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento pela Universidade Federal do Paraná, Brasil(2004). Trabalha na Universidade Federal do Paraná. Paraná. Brasil. E-mail: mydeschamps@hotmail.com

⁴Discente do Curso de Enfermagem, na Universidade do Contestado. Campus Mafra. Santa Catarina. Brasil. E-mail: milajunkes@yahoo.com.br

INFANT MORTALITY IN THE NORTH HIGHLANDS CATARINENSE AND DEVELOPMENT ISSUES OF THE REGION

ABSTRACT

Infant mortality (MI) represents a regrettable event, generally due to avoidable causes, by a combination of biological, social, cultural factors and health system failures. In Brazil, as well as in the North Plateau of Santa Catarina, it is observed a significant drop in the infant mortality indicator in the last decade (BRASIL, 2011), however is still visible a distancing between the municipalities of the region and their peers and the results achieved in this important indicator of development. Thus, this article aims to present the infant mortality indicators in 25th SDR SC in the last decade (1999-2010) and approach them of development issues in the same region. This is an exploratory type, quantitative research, which had as a source of data the Department of Informatics of the SUS-DATASUS, and the Brazilian Institute of geography and statistics-IBGE. We studied seven municipalities belonging to the 25th SDR SC. the data obtained were organized and analyzed comparatively, being discussed in the light of the theoretical framework and the recommendations of the Ministry of health. The main results obtained suggest that the deaths of children in this region have an important neonatal component, that even with the increase in the share of GDP by smaller municipalities; this does not contribute significantly to reducing the rates of MI to consider them. That the policy of decentralization cannot yet be considered good enough for the region's development, if considered the indicator of MI, requiring subsequent studies, working other indicators of development in a larger crop years.

Keywords: Infant Mortality. Development. Santa Catarina.

1 INTRODUÇÃO

As temáticas saúde-doença e desenvolvimento, apesar de parecerem distintas estão diretamente relacionadas. É comum pensar em desenvolvimento no contexto econômico, todavia, nem sempre desenvolvimento econômico significa melhoria da qualidade de vida das pessoas (AKERMAM, 2005). Na verdade a saúde pode ser definida como um processo de “tentar” equilibrar os fatos e fatores condicionantes da própria existência. Já a doença seria a não adaptação ao meio, o não atingir o equilíbrio.

Já desenvolvimento é definido como um processo e não algo estático, caracterizado pela dinamização socioeconômica, com conseqüente melhoria da qualidade de vida das pessoas (DALLABRIDA, 2015).

É complexa a díade “saúde e doença”, a qual perpassa o social e avança em direção a às questões políticas e econômicas. Se a saúde tem conseqüências no desenvolvimento social e econômico, as condições econômicas e sociais também influem na saúde. Dialogando com essa questão, a concepção sobre Desenvolvimento Humano parte do pressuposto de que para aferir o avanço de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana. A partir desse conceito, foi elaborado o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH),

que tem como objetivo oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. O IDH se mostrou útil para a descrição geral das condições do Estado e para a discriminação dos grupos de municípios. Embora indicadores de vulnerabilidade não mostrem valores altos na determinação do IDH, quando desmembrados em grupos, apontam desigualdades significativas (SILVA; PANHOCA, 2007).

Um dado importante em relação ao desenvolvimento e a melhoria da qualidade de vida das pessoas é a diminuição da mortalidade infantil, esta, que ainda representa um evento lamentável, no Brasil e no mundo, decorrente, na maioria das vezes, de causas evitáveis, de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde, que precisam ser contempladas com Políticas Públicas de Saúde e um esforço coletivo e individual efetivo (OPAS, 2009).

Desta forma, este artigo tem como objetivo apresentar os indicadores de mortalidade infantil na 25ª SDR de SC na última década (1999-2010) e aproximá-los das questões de desenvolvimento da mesma região.

O está dividido em cinco partes. A primeira parte é a introdução, a segunda tematiza a mortalidade infantil como indicador de desenvolvimento. A terceira apresenta a metodologia; a quarta com a temática a mortalidade infantil no planalto norte catarinense: resultados e discussões e a quinta e última tecendo algumas considerações finais.

2 A MORTALIDADE INFANTIL COMO INDICADOR DE DESENVOLVIMENTO

Segundo IBGE (1999) existem evidências de que o processo de transição da mortalidade infantil de altos para baixos níveis e o conseqüente aumento na esperança de vida ao nascer, tenha sido um fenômeno mundial após a Segunda Guerra. Também aponta que a transição se deve em partes a revolução da saúde pública após os anos de 1930. Segundo Macinko, Guanai e Marinho *apud* Almeida e Szwarcwld (2012) a década de 1990 teve importante avanço no que diz respeito à redução da MI no Brasil, em decorrência da expansão dos cuidados primários de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos Programas de Agentes Comunitárias da Saúde e Programa Saúde da Família (PSF).

As taxas de mortalidade infantil (TMI) são calculadas se verificando entre mil crianças nascidas vivas, quantas morreram antes de completar um ano de vida no mesmo período. Essas mortes são utilizadas como uma representação, já que existe maior risco de mortalidade nesta etapa da vida. Também é utilizada para facilitar a comparação entre diferentes países ou regiões. O índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 10 mortes para cada mil nascimentos (REDE, 2008).

Cabe ressaltar que os mais baixos níveis de mortalidade infantil países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, os índices se encontram em queda por ainda se apresentarem em níveis elevados, havendo, portanto, margem para que essa redução se efetive. Por outro lado, nos Países desenvolvidos a margem de queda é menor, justamente por se encontrarem em patamares bastante reduzidos de mortalidade infantil. Assim, países em desenvolvimento,

como o Brasil, segundo Rede (2008) invariavelmente possuem taxas de mortalidade infantil maiores que os desenvolvidos.

O Brasil ocupava a posição de número 91 entre 196 países no ranking de mortalidade infantil, com uma taxa de 47,1 óbitos por nascidos vivos em 1999 e 19 mortes por 1000 nascidos vivos no ano de 2008 (PINHEIRO; PERES; D'ORSI, 2010) e em 2011 passou a ocupar a posição número 90 no ranking. Entre os países que apresentam uma maior mortalidade de crianças, está no topo da lista o Afeganistão, são 165 mortes em mil nascidos. Entre os países nos quais menos morrem crianças, há San Marino, Cingapura, Islândia, Liechtenstein, Luxemburgo e Suécia. Nestes países acontecem, em média uma ou duas mortes em mil por ano (BRASIL, 2012).

Apesar de o Brasil apresentar melhoras nos indicadores de mortalidade infantil devido a uma melhor nutrição e a melhorias na saúde infantil, não se pode negar que a maior contribuição vem dos programas de distribuição de renda. Estes têm desempenhado um papel fundamental no processo de inclusão econômica e social de parcela da população brasileira menos favorecida (ODM, 2007). Mesmo assim, ainda é preocupante pensar que, em um país com um dos melhores Produtos Internos Brutos do Mundo (PIB) - 10ª posição, (IBGE, 2007), a posição no ranking de mortalidade ainda seja tão ruim.

No cenário atual, o acesso à assistência a saúde é um dos principais componentes para a redução das TMI no Brasil, todavia, ainda há desigualdades entre as regiões do país. Mesmo tendo uma importante queda nas TMI, a Região Norte é a mais preocupante. Já a Região Sul, mantém suas taxas em declínio contínuo e lento. O Estado de Santa Catarina apresentou em 2010 uma taxa de 10,5% em relação à MI, enquanto o Brasil manteve sua taxa geral em 19,9%. Esses dados denotariam um relevante sucesso do Estado de Santa Catarina, o qual se diferencia dentro do país, todavia, nem todos os indicadores atestam que o mesmo realmente tem os seus problemas de desigualdade ou pobreza resolvidos. No ano 2000, 16,2% dos habitantes de Santa Catarina estavam abaixo da linha da pobreza, não usufruindo os benefícios gerados de seu desenvolvimento, refletidos em seus índices. Silva e Panhoca (2007) afirmam que 24,6% das crianças residentes no Estado vivem abaixo da linha da pobreza. Embora alguns indicadores de vulnerabilidade mostrem valores altos na determinação do Índice de Desenvolvimento Humano de algumas regiões do Estado, este, quando desmembrado em grupos de municípios, faz transparecer desigualdades significativas. Essas desigualdades entre os municípios de um mesmo estado, ou até mesmo de uma mesma região, denotam aspectos históricos e políticos de desenvolvimento.

Mesmo sabendo que a MI não é somente inferida pelos problemas na rede de saúde, mas também em todo o cenário social, é impossível não reconhecer que o Brasil investe menos em saúde do que Chile, Argentina e Portugal, utilizando somente 3,5% do PIB para financiá-la, quando, segundo apontou o IPEA (2011) os gastos sociais no Brasil contribuem para o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e a redução das desigualdades, e não o contrário.

No caso do Estado de Santa Catarina, este costuma ser reconhecido como tendo menos desigualdade social e econômica em seus municípios em relação aos outros estados do país, o que seria um estado com “pouca ou nenhuma pobreza”, ou seja, não revelaria regiões extremamente atrasadas em detrimento de outras muito desenvolvidas (TAVARES; JÚNIOR, 2009). De maneira geral, o estado tem tentado diminuir as desigualdades, e com a

descentralização político-administrativa ocorrida a partir de 2003, existe uma impressão que sugere a sensação de maior presença governamental nas regiões (BIRKNER; TOMIO, 2002). Apesar dessa generalizada autonomia, pequenos municípios, devido à incapacidade de recolher recursos fiscais suficientes e organizar uma governança capacitada, são muitas vezes incapazes de exercer plenamente essa autonomia (BIRKNER, 2008).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com metodologia quantitativa, que teve como fonte de dados o Departamento de Informática do SUS - DATASUS e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Questões de cunho qualitativo também poderão ser encontradas nas discussões, as quais foram utilizadas para enriquecimento do texto. Estas foram conseguidas por meio de observação não participante em campo e busca ativa de declarações de óbitos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM federal e local) e serviços de epidemiologia municipais, também dados de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O número de profissionais foram retirados do Cadastro Nacional de Serviços de Saúde (CNES). Os municípios selecionados para estudo foram os sete pertencentes a 25^a SDR de SC, localizada na região do Planalto Norte Catarinense. São eles: sendo: Mafra, Papanduva, Monte Castelo, São Bento do Sul, Rio Negrinho, Itaiópolis e Campo Alegre. Os dados utilizados para a discussão foram os óbitos de crianças com menos de um ano (banco de dados DATA-SUS) e suas taxas prontas e o Produto Interno Bruto (PIB-IBGE) no período de 1999 a 2010. Os dados de mortalidade infantil e, o indicador econômico PIB conseguidos foram organizados em planilhas pelo programa Microsoft Excel 2007, analisados comparativamente e discutidos à luz do referencial teórico e recomendações do Ministério da Saúde.

É importante destacar que os dados de MI referentes as taxas nos municípios em questão, estes são de médio e pequeno porte, com população que não ultrapassam a 80 mil habitantes, por isso, é importante que em estudos semelhantes ou na avaliação individual se tome como partido a descrição de mais anos, somando no mínimo 3 anos para efetuar as taxas ou utilizar os números reais de mortalidade.

A presente pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Contestado, Câmpus Mafra-SC, sob o parecer número 46921.

3.1 DESCRIÇÃO DO UNIVERSO DA PESQUISA

Para entender o universo desta pesquisa, vale destacar que segundo o IBGE, Santa Catarina estado da Região Sul do Brasil, tem aproximadamente seis milhões e duzentos e quarenta e oito mil habitantes em 293 municípios. Na década de 2010, Santa Catarina teve um crescimento de 16,7%, enquanto a população brasileira cresceu em média 12,5% no mesmo período (CALLIPOLIS, 2011). Santa Catarina é subdividida geograficamente, em oito regiões: Grande Florianópolis, Nordeste, Vale do Itajaí, Planalto Norte, Planalto Serrano, Sul,

Meio-oeste e Oeste. As regiões Nordeste e do Vale do Itajaí apresentam os principais municípios do Estado, tanto em termos econômicos quanto populacionais, entre eles Joinville e Jaraguá do Sul, ambos com fortes indústrias do ramo eletrometal-mecânico. Já a região do Planalto Norte, caracteriza-se como um polo florestal do Estado, com indústrias moveleiras, madeireiras, de papel e papelão, todavia, não tem em sua conformação nenhum município de grande expressão populacional e forte poder econômico. Contempla uma estrutura fundiária majoritariamente baseada em pequenas propriedades familiares (BISSIGO, 2009).

Em relação às características históricas da colonização da região do Planalto Norte Catarinense, esta é nitidamente separada das outras em relação à urbanização e crescimento econômico. Santos (2004) diz que este fato poder ser possível por sua paisagem geográfica não estimular a urbanização, somente em poucos núcleos urbanos polarizados. Ao contrário, a paisagem facilitou o isolamento de núcleos coloniais e de etnias. Tem-se principalmente nesta região diversidades socioculturais e econômicas nitidamente separáveis das outras do Estado.

Em relação à divisão político-administrativa do Estado, vale salientar que Santa Catarina possui 293 municípios agrupados em 36 regiões de desenvolvimento (SDR) e 09 macrorregiões. Os municípios de pequeno porte predominam no Estado, com 91% apresentando população abaixo de 50 mil habitantes, desses, cinco são da 25ª SDR, onde somente Mafra e São Bento do Sul possuem população acima de 51 mil habitantes.

As SDR não compõem áreas homogêneas, desta forma, segundo Tavares e Júnior (2009) alguns municípios da 25ª SDR de Santa Catarina (Monte Castelo, Itaiópolis e Papanduva) possuem um atraso no grau de pertencimento, dependência econômica e sem referência para qualidade de vida, evidenciando uma discrepância intra-regional, o que dá destaque à esta pesquisa do ponto de vista dos seus resultados.

Observam-se diferenciais importantes entre os municípios da 25ª SDR e destes em relação ao total do Estado. Na média o grau de urbanização da 25ª SDR é inferior ao do Estado como um todo, ou seja, ainda há na região 20% da população residindo em áreas rurais, portanto com maiores entraves quanto à mobilidade no espaço. Somente os municípios de São Bento do Sul e Rio Negrinho possuem grau de urbanização acima da média estadual, superando 90%. Nos municípios de Itaiópolis e Papanduva, praticamente a metade de seus habitantes se encontram em áreas rurais. Na sequência vêm os municípios de Monte Castelo e Campo Alegre com proporção igualmente importante da população residindo na área rural, aproximadamente 40%. Mafra também se destaca com grau de urbanização mais elevado, apesar de ainda estar abaixo da média estadual, são pouco mais de 20% das pessoas residindo na área rural.

Outro dado importante para a análise dos resultados gerais é a proporção de crianças com menos de um ano em cada município. Há uma proporção maior dessas crianças com menos de um ano na 25ª SDR do que a média catarinense, isso induz a pensar sobre uma maior fecundidade (número de filhos por mulher em idade reprodutiva) na região. Somente nos municípios de Campo Alegre e Mafra essa proporção é inferior à média estadual, 1,17% e 1,25% respectivamente, contra uma média de 1,31%. A maior proporção está em Itaiópolis, 1,56%, seguido de Rio Negrinho (1,45%) e Monte Castelo (1,43%).

Quanto ao indicador de dependência infantil (número de crianças de 0 a 14 anos que dependem de cada cem pessoas em idade ativa, de 15 a 64 anos) se observa que em todos os

municípios há um número maior de crianças dependentes do que na média estadual. Enquanto o total do Estado é trinta o número de crianças dependentes, na média regional esse número aumenta para trinta e cinco (variando de trinta e dois em São Bento do Sul a quarenta e um em Monte Castelo). Se percebe dificuldade maior nesses municípios ainda mais levando em consideração que a maioria desses municípios possui economia pouco diversificada e incipiente.

4 A MORTALIDADE INFANTIL NO PLANALTO NORTE CATARINENSE: RESULTADOS E DISCUSSÕES

No Planalto Norte, observa-se importante queda no indicador de Mortalidade Infantil (BRASIL, 2011), todavia ainda é visível distanciamento entre os municípios da própria região e seus pares bem como com os resultados alcançados em relação a este importante indicador de desenvolvimento.

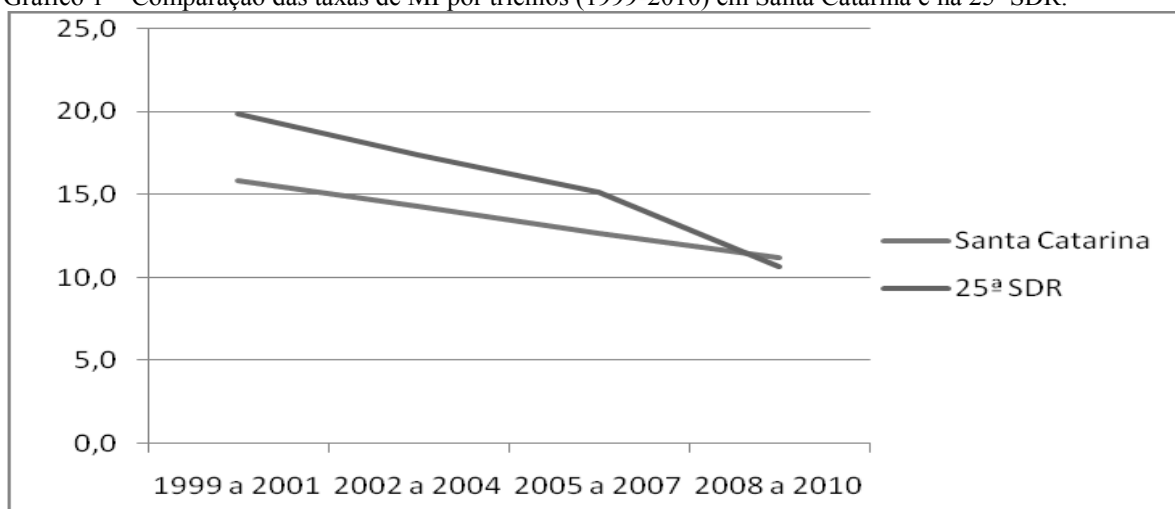
No que concerne à relação entre a redução da MI e a permanência de alguns componentes dela e, o nível de desenvolvimento dos municípios que compõem a 25ª SDR de Santa Catarina, sejam eles pequenos ou grandes, observa-se que as condições de saúde da população refletem as desigualdades de acesso aos serviços coletivos necessários ao bem estar, conforme dissertou Wallace *et al* (1996). Este autor entende que a desigualdade de renda pode ser o motivo para este fenômeno, pois esta tem vários efeitos sobre a qualidade de vida da população. A falta de dinheiro aumenta a frustração e o estresse, fomentando rupturas sociais e familiares, o que implicaria em uma deterioração adicional das condições de saúde, por meio da dinâmica auto e hetero-destrutiva de fenômenos sociais complexos, em interação permanente com o quadro específico da saúde, como o crescimento das taxas de criminalidade e do abuso do álcool e de drogas ilícitas e, a disseminação do HIV e outras doenças de transmissão sexual.

Em uma análise temporal sobre o gráfico 1, têm-se que as taxas de MI nos municípios da 25ª SDR decaíram na última década acompanhando a tendência verificada no Estado de SC em direção a alcançar os objetivos de desenvolvimento do milênio⁵, sendo que no primeiro triênio⁶ estudado as taxas de MI do Estado estavam num patamar bem abaixo do verificado para a 25ª SDR, ou seja, 15,9 e 19,8 por mil óbitos por mil nascidos vivos respectivamente.

⁵No ano 2000, reconhecendo a gravidade que representa a mortalidade infantil, e a relação direta que o desenvolvimento deveria ter nas quedas desses níveis, e o impacto desses indicadores nas relações entre os países, 191 chefes de Estados do Mundo firmaram metas para serem atingidas até o ano de 2015. Estas metas refletem, na verdade, consensos acerca de objetivos que devem ser atingidos na busca do desenvolvimento das nações (OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO, ODM, 2007). Nesta declaração em que consta os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, ficou estabelecido aquilo que se pretende alcançar no ano de 2015: que 500 milhões de pessoas no mundo saiam da linha da pobreza extrema, mais de 300 milhões de pessoas não passem mais fome e que 30 milhões de crianças deixem de morrer antes de completar cinco anos (ODM, 2007).

⁶Foram calculadas as taxas de MI pela média de cada três anos para o período 1999 a 2010. Essa prática evita qualquer distorções nas taxas ocorridas em função de eventos esporádicos.

Gráfico 1 – Comparação das taxas de MI por triênios (1999-2010) em Santa Catarina e na 25ª SDR.

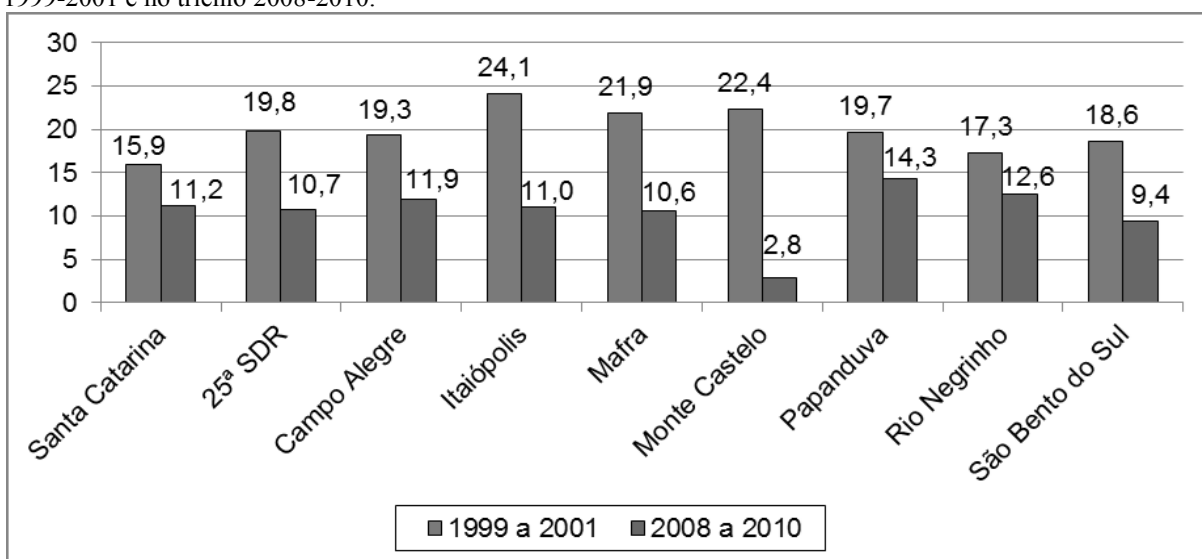


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2011.

No entanto, observa-se que a curva da MI da 25ª SDR apresenta uma inflexão significativa no período 2005-2007, fazendo com que as mesmas ficassem abaixo da média estadual no período seguinte, aproximando-se da taxa de 10 por mil, recomendada pela OMS. Em outras palavras, em média a queda na taxa de MI no Estado ficou em torno de 30% enquanto que, na média da 25ª SDR a queda foi da ordem de 46%. Essa situação remete a refletir sobre as ações tomadas na 25ª SDR as quais podem ter sido mais eficazes do que aquelas adotadas para média do estado.

No gráfico 2, pode-se observar a média trienal das taxas de MI nos municípios da 25ª SDR de Santa Catarina levando em consideração os dados do primeiro triênio (1999-2001) e do último (2008-2010), dos últimos dez anos:

Gráfico 2 – Comparação das taxas de MI na 25ª SDR, em Santa Catarina e nos município da 25ª SDR no triênio 1999-2001 e no triênio 2008-2010.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2011)

Por meio do gráfico 2 podem ser feitas as primeiras aproximações em relação às quedas das taxas de MI e a implementação da política de descentralização no estado de Santa Catarina. Em todos os municípios da regional em estudo, houve queda das taxas de MI. Ressalte-se que a baixa taxa verificada em Monte Castelo parece ser atípica, já que no quinquênio anterior (2005-2007) a taxa foi de 40,7 óbitos por mil nascidos vivos. Aparentemente os dados para este município apresentam alguma inconsistência e que merece um estudo mais apurado ou foram gerados por dados de situações extraordinárias. O percentual de queda das taxas verificado nesses municípios variou entre 27% em Papanduva e Rio Negrinho até pouco mais de 50% em Itaiópolis e Mafra, sem considerar a queda observada em Monte Castelo que ficou em 87%.

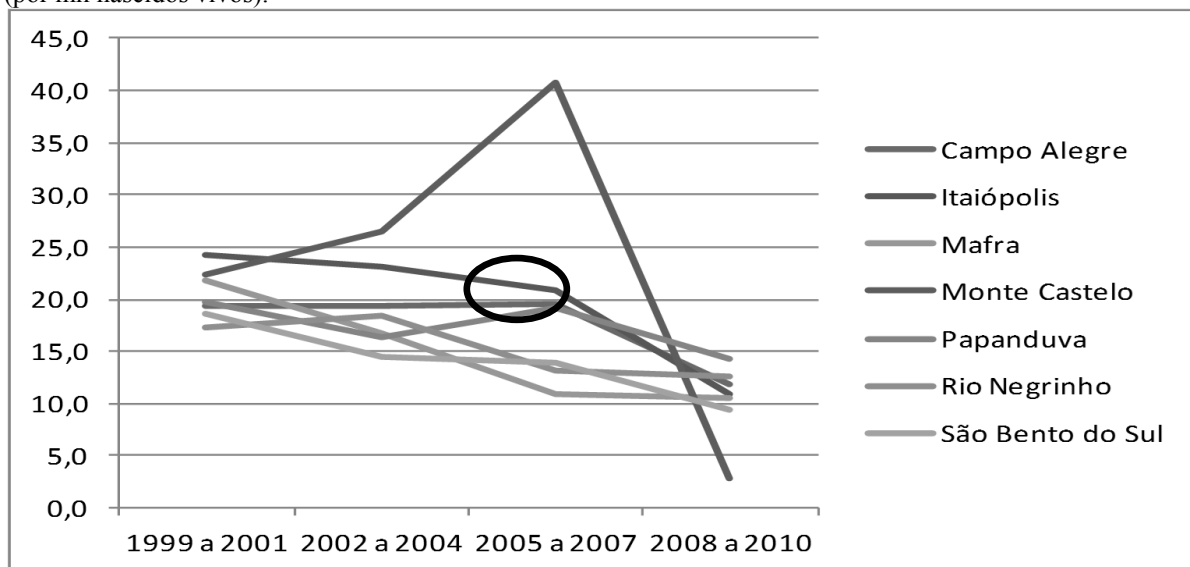
Estudos semelhantes realizados em diferentes regiões brasileiras publicados em 2010 elucidam várias características que podem aumentar o risco de morte na infância. Em uma pesquisa realizada na região metropolitana de São Paulo, Silva et al. (2010) apontam que a diferenciação hospitalar intermunicipal é um importante fator de risco para a mortalidade, principalmente neonatal. Os autores encontraram nos serviços oferecidos pelo SUS uma diferenciação entre aqueles que são da rede privada e da não privada, principalmente no que diz respeito a equipamentos e complexidade de atendimento. Ainda identificaram elevada proporção de óbitos por asfixia intraparto sugerindo deficiências no acompanhamento do trabalho de parto na rede SUS. Em Passo Fundo (RS), segundo Geib et al. (2010) se encontrou entre os determinantes da mortalidade infantil a baixa escolaridade materna e o uso do tabaco como fatores preponderantes. No estado de Pernambuco, Frias et al. (2005) encontraram grande dificuldade na avaliação das taxas de MI pelo elevado percentual de causas mal definidas nos registros de óbitos, o que, segundo os autores restringem o conhecimento do perfil nosológico de mortalidade e a comparação das taxas infantis em diferentes localidades.

Outra forma de explorar os dados de Mortalidade Infantil é sua associação com os níveis de renda. Segundo Szwarcwald et al. (2000) a mortalidade infantil foi o indicador que menos foi correlacionado aos níveis de desigualdade de renda até o século passado. Para os dias atuais, os fatores explicativos da associação entre concentração de renda e situação de saúde, se sobressaem por causa da falta de investimento em políticas sociais. Acredita-se que sociedades com grande nível de concentração de renda são as que menos investem em programas sociais, resultando em educação pública e assistência médica, insuficientes, habitação inadequada e capacitação profissional deficiente.

Para verificar de que maneira a diferenciação da renda e/ou econômica dos municípios pode interferir no indicador de MI foram dispostos dois gráficos (3 e 4) demonstrados a seguir, comparando a evolução do PIB⁷ e das taxas de MI, no mesmo período analisado, para os municípios da 25^a SDR.

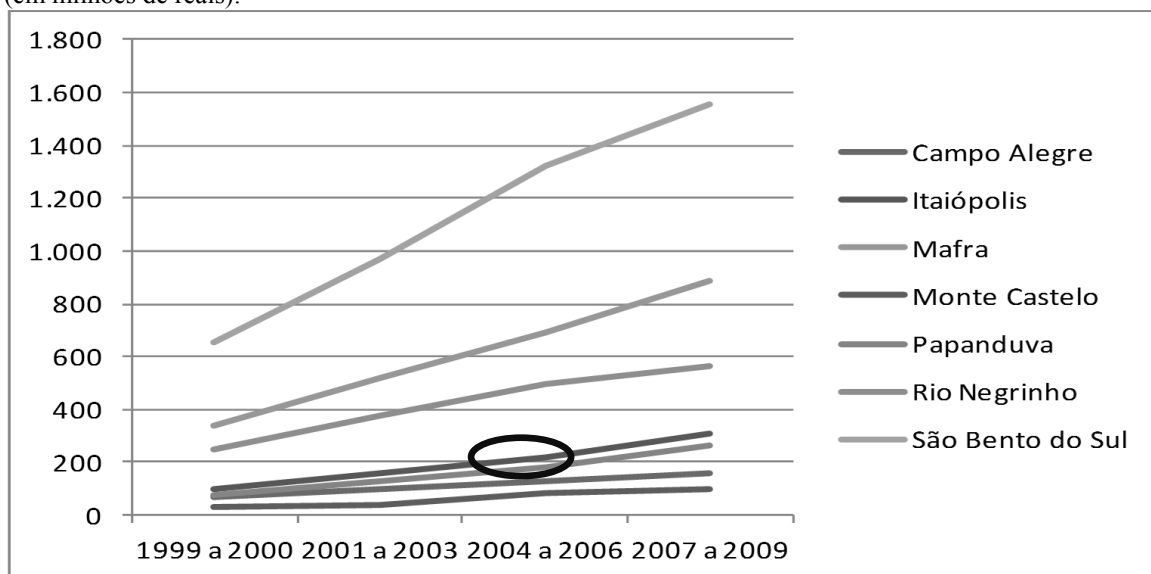
⁷ O Produto Interno Bruto (PIB) é a soma de todos os bens e serviços produzidos em um local em determinado período.

Gráfico 3 – Taxa trienal de Mortalidade Infantil para os municípios da 25ª SDR – Santa Catarina, 1999 a 2010 (por mil nascidos vivos).



Fonte: SIM (2011)

Gráfico 4 – Evolução do PIB, em médias trienais, para os municípios da 25ª SDR – Santa Catarina, 1999 a 2009 (em milhões de reais).



Fonte: SIM (2011)

Pode-se observar pelo gráfico 3 que, apesar de todos os municípios apresentarem quedas na MI não há convergência dessas taxas, ou seja, os diferenciais, na 25ª SDR, se mantém no período 1999 a 2009. Aparentemente quando se observa os gráficos 3 e 4, há uma correlação inversa entre os dados do PIB e as taxas de mortalidade infantil, ou seja, há um aumento do PIB concomitante a uma diminuição nas taxas de mortalidade infantil. Analisando somente as taxas de MI, nota-se claramente que até o período 2002-2004 essas taxas não tiveram um declínio tão acentuado como aquele observado após este período, podendo neste caso, fazer também uma associação com o processo de descentralização político-administrativa implementada no Estado a partir de 2003. Ao se olhar para o gráfico

do PIB (4), também se observa que nos municípios com economia incipiente, uma maior ascensão da curva a partir de 2003, o que também pode estar associado ao processo de descentralização.

Para os municípios de Papanduva e Itaiópolis, nota-se que houve um ponto de inflexão (destacados em círculo) em oposto nas duas variáveis, a partir do triênio 2004 a 2006, onde se observa com bastante nitidez essa correlação.

Também é importante destacar que a queda no ritmo de crescimento do PIB em Rio Negrinho e São Bento do Sul, após o período 2004 a 2006, pode estar relacionada à crise internacional, já que as indústrias nesses municípios possuem componentes importantes de exportação.

O PIB, que é a soma de todos os bens e serviços produzidos em um local em determinado período, deveria dizer a respeito do desenvolvimento de uma região. Todavia, cabe ressaltar que ele sozinho não basta, pois não reflete praticamente “nada” para “determinada parcela” da população, devido à elevada concentração de renda que ainda ocorre no Brasil. Se fosse utilizado o PIB per capita, que é a soma de tudo o que a economia de um país produz, dividida pelo número de seus habitantes, a situação seria ainda pior, ou seja, mais mascarada, estando longe de ser realista, já que é de conhecimento geral que as riquezas são geralmente retidas para uma parcela da população. Daí a necessidade de se utilizar indicadores sociais para que se possa medir o grau de desenvolvimento de uma região ou local, os quais, para além do econômico mostram as verdadeiras condições de vida da população como um todo (CALLIPOLIS, 2011).

No Brasil em 1990 a mortalidade de crianças com menos de um ano foi de 47,1 óbitos por mil nascimentos, e até 2015, a meta é reduzir esse número para 17,9 óbitos por mil. A 25ª SDR de Santa Catarina está tendendo a manutenção das taxas de mortalidade infantil baixas. Todavia, há um importante componente de mortalidade neonatal. Outro ponto a ser destacado é que a alimentação dos dados no sistema de mortalidade é deficiente, ou seja, as mortes são de alguma forma subnotificadas. Brasil (2009) diz que a subnotificação de óbitos no país é ainda um problema a ser enfrentado, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, nas quais ainda ocorrem omissões do registro do óbito em cartório, seja pela dificuldade de acesso ou pela falta de orientação, e ainda a existência de cemitérios irregulares ou falta de conhecimento da população sobre a importância da Declaração de Óbito. No entanto, pode-se observar que também na região Sul, e mais precisamente na 25ª SDR de Santa Catarina o irreal dimensionamento do problema compromete a identificação das ações adequadas de saúde para a diminuição das taxas de mortalidade, assim como a baixa qualidade das informações nas declarações de óbito.

Observou-se nas declarações de óbito a que se teve acesso, muitos erros na classificação dos óbitos e deficiência no fornecimento das informações por parte dos responsáveis municipais, geralmente a equipe da Epidemiologia municipal. Ficando a impressão de que os óbitos não são investigados, na sua grande maioria, e que os municípios não passam estas informações para a regional de saúde. Os únicos municípios nos quais esta situação não ocorreu foram: São Bento do Sul e Rio Negrinho, que possuem Comitês de Mortalidade atuantes, segundo informações colhidas nas suas vigilâncias epidemiológicas.

A subnotificação, assim como a falta de investigação são pontos relevantes nos estudos sobre a MI. Outra característica relevante em relação às ações que podem reduzir as taxas da MI é a verificação das causas de morte. Segundo Malta e Duarte (2007) utilizar instrumentos que avaliem as causas do óbito na infância é importante na avaliação dos serviços de saúde disponíveis nos municípios, assim como, na região. Acredita-se que as causas de mortes evitáveis sejam sensíveis em algum grau, podendo ainda ser evitadas, mesmo com tantos avanços epidemiológicos e tecnológicos.

Quando os municípios são estudados separadamente na última década (1999-2010), os dados de MI tomam conformações diferenciadas, todavia, que se converge em um ponto, ainda a política de redução da MI é insipiente, assim como a política de descentralização nos municípios da 25ª SDR de Santa Catarina.

Observa-se que no município de Itaiópolis o componente de óbitos pós-neonatais foi o mais significativo até o ano de 2007, seguido do neonatal precoce. Há uma mudança no último triênio (2008-2010), no qual foram preponderantes os óbitos neonatais precoces. Isto pode sugerir que houve algum tipo de mudança na conduta da assistência básica neste período, com impacto entre as causas de óbito pós-neonatais evitáveis com medidas de saneamento, nutrição e acesso à saúde, coincidindo com o período pós-descentralização político-administrativa, denotando este aspecto como positivo para este município. O município de Itaiópolis dentre os municípios vizinhos tem diferenciada sua cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) de 100%⁸. Esta, implementada desde 1994, se constitui importante pilar na organização e fortalecimento da Atenção Básica. Como primeiro nível de atenção à saúde no Sistema, potencializa a resolutividade dos serviços, por meio da ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da Saúde. As ESF têm como objetivo a redução da demanda dos serviços especializados e das internações hospitalares (SANTA CATARINA, 2006).

O município possui também em sua estrutura de saúde, um hospital de pequeno porte⁹ com especialidades mínimas (clínica geral, obstetrícia de baixo risco) e tem um acordo assinado com o município de Campo Largo/PR para situações de maior risco. Assinou o pacto de gestão em 2010, se responsabilizando pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o Estado e a União, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho (BRASIL, 2007).

No município de Mafra o componente de mortalidade neonatal precoce sempre foi preponderante na última década com uma queda no triênio compreendido entre os anos de 2005-2007 e não significativa no último triênio que inclui o ano de 2010, quando foram identificados dois óbitos, sendo um neonatal precoce e outro pós-neonatal.

⁸ Cobertura da ESF: produto entre o número de equipes de saúde da família informado pelo município no Sistema de Informação da Atenção Básica e o número médio estimado de pessoas acompanhadas por equipe (3.450 pessoas) dividido pela população total do município multiplicado por 100 (AQUINO; BARRETO, 2008).

⁹ Classificação Hospitalar segundo a lotação: a – Hospital de pequeno porte (25 a 49 leitos); b – Hospital de médio porte (50 a 149 leitos); c – Hospital de grande porte (150 a 500 leitos); d – Hospital de porte especial (acima de 500 leitos) (BRASIL, 2002).

O diferencial no Município de Mafra tem relação com a assistência em saúde, que diz respeito ao número de leitos hospitalares de UTI pediátrica e/ou neonatal, já que o município tem cinco leitos de alto risco para atender toda a 25ª SDR e os casos extras do Estado. Os 294 leitos no Estado são para 84.611 nascidos vivos (Secretaria de Estado da Saúde, 2010) quando o número de leitos de Unidades Neonatal recomendados deveria atender ao seguinte parâmetro de necessidade populacional: para cada 1000 (mil) nascidos vivos 2 leitos de UTIN. Vale salientar que a UTI neonatal do município de Mafra é classificada como de nível I, pois não consegue atender o nível de complexidade referida pela Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012), por isso atende os casos de prematuridade, problemas respiratórios gerais, e, não atende casos cirúrgicos.

No município de Papanduva a mortalidade infantil teve componentes variados nos referidos anos, com ênfase para o componente neonatal precoce entre os anos de 1999 a 2007, todavia não sendo possível relatar o que seria preponderante em relação às faixas etárias de MI na última década, senão com a investigação das causas de morte. No último triênio e em especial no ano de 2010 nos chama a atenção para um aumento nas taxas de mortalidade infantil por causas pós-neonatal. Em 2010 foram quatro óbitos, sendo um neonatal precoce, um neonatal tardio e dois pós-neonatal.

O município de Papanduva, assim como Itaiópolis não consegue executar plenamente a assistência em saúde para seus municípios. Possui um Pronto Atendimento e registrado um leito obstétrico no CNES, cobertura de ESF de 100%.

O município de Rio Negrinho tem na sua base histórica de mortalidade um importante componente neonatal precoce na última década. É possível inferir que após 2003, com o processo de descentralização político-administrativa do Estado, Rio Negrinho melhorou seus índices de mortalidade. No ano de 2010 foram cinco óbitos registrados: quatro neonatais precoces e um neonatal tardio. Observou-se um declínio da MI após 2003. É sugestivo que neste município o processo de descentralização do Estado apresentou-se positivamente.

Pode-se observar uma mudança geral nos componentes de mortalidade no município de Monte Castelo, não em todo o período após 2003, com a descentralização política do Estado, mas mais precisamente nos anos de 2008, 2009 e 2010, com queda relevante de mortalidade neonatal como um todo e também na pós-neonatal. Este fato pode estar relacionado ao fato de o hospital de Monte Castelo é de pequeno porte e não possuir na equipe o profissional de obstetrícia. O município tem como referência para parto a Maternidade Dona Catarina Kuss, localizada em Mafra e esta tem sua UTI neonatal desde 2009, melhorando a qualidade da assistência e do acesso. No entanto, como visto anteriormente, é provável que os dados destes municípios sejam bastante atípicos com o resto da região, podendo conter algum viés, portanto, merecendo estudos posteriores.

No município de São Bento do Sul o componente de mortalidade neonatal na última década foi preponderante. A mortalidade pós-neonatal em São Bento do Sul apresentou-se de forma parcialmente igual nos últimos anos, com queda importante após o ano de 2004, talvez o fato se dê, por que o município é industriário, com pouco ou nenhum desemprego, com número suficiente de creches e unidades de saúde. Não possui 100% de cobertura de ESF, mas apresenta um nível de desenvolvimento alto em relação aos demais municípios desta regional, com importante participação no PIB Estadual.

O município de Campo Alegre na última década apresentou um baixo índice de MI, com taxas irregulares entre 1999 a 2004, com um aumento no componente pós-neonatal entre 2005 e 2007 e parcialmente igual em relação aos óbitos neonatais precoces e pós-neonatais.

Os dados levantados sobre a 25ª SDR de Santa Catarina permitem inferir que há um importante declínio da MI na região, todavia, não se pode confirmar que este fato possa ser decorrente da política de descentralização, mesmo porque, segundo Dutra (2008) a área de Gestão em Saúde em todas as SDR de Santa Catarina é preocupante. Os serviços e atividades que envolvem a Gestão da Saúde ainda se encontram centralizadas na Secretaria Setorial, não atendendo, dessa forma, os preceitos e objetivos da reforma administrativa implementada pelo Governo. Depreende-se que as dificuldades de gestão da saúde são comuns a todas as SDR, não se caracterizando dessa forma um problema localizado, refletido nos índices de mortalidade infantil da regional em estudo. Com o objetivo de apresentar ações para a melhoria do desempenho da área da saúde, inicialmente, evidencia-se que os indicadores que integram essa área, como a Vigilância em Saúde, são fundamentais.

Não foi observado dentre os dados coletados que na 25ª SDR haja um montante significativo de mortes de crianças de forma violentas, este é um ponto positivo, já que em outras regiões do país é nítido que os avanços em pesquisas e mais investimentos em saúde nos últimos 30 anos diminuíram os riscos de crianças e adolescentes morrerem de doenças e causas naturais, todavia, de outro lado, o Brasil ficou mais violento para essa faixa da população no mesmo período (WAISELFISZ, 2012). O restante das causas externas também não foi evidenciado. Causas externas configuram-se em um conjunto de agravos à saúde que podem levar a óbito. Entre elas estão os acidentes de trânsito, quedas, envenenamentos, afogamentos, entre outros, e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Este tipo de acidente ocupa as cinco principais causas de mortalidade na maioria dos países (IMPERATORI; LOPES, 2009).

Pode-se observar uma relação direta entre as dificuldades em manter uma taxa de MI em nível abaixo de 10, segundo recomendações da OMS e, o atraso no desenvolvimento, grau de pertencimento, dependência econômica e referência para a qualidade de vida nos municípios de Monte Castelo, Papanduva e Itaiópolis conforme o que havia referido Dutra (2008).

A 25ª SDR de Santa Catarina acompanha o Estado em relação as quedas das taxas de MI na última década. Esta tendência deve alcançar os objetivos do desenvolvimento do milênio. Pode-se inferir que os municípios de pequeno porte da regional em estudo tiveram um aumento de sua participação na economia regional, principalmente após a descentralização político-administrativa. Em que pese todas as dificuldades apontadas, essa pequena elevação na renda pode estar refletida no indicador de MI.

No período estudado, Itaiópolis apresentou um aumento na participação do PIB regional e, como demonstrado nos Gráfico 3 e 4 pode ter tido reflexos na melhora do indicador de MI. O mesmo ocorreu com o município de Papanduva, já em Monte Castelo apesar de ter ocorrido esta mesma situação, há a necessidade de se fazer alguns estudos complementares sobre a qualidade dos dados apresentados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento das regiões de Santa Catarina com a política de descentralização, que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida da população, não chegou ao seu ápice. Vale salientar que nenhum sistema de saúde público consegue solucionar todos os problemas e atender todas as pessoas, todavia, o Estado tem o dever de fornecer a assistência básica de forma eficiente. Desta forma, observa-se que houve um aumento na participação do PIB pelos municípios menores da 25ª SDR (Monte Castelo, Itaiópolis e Papanduva), todavia, não houve melhora significativa em suas taxas de MI, para poder classificá-las como de baixo nível.

Os resultados obtidos sugerem que os óbitos de crianças nessa região tem um importante componente neonatal e que provavelmente existam outras causas intrínsecas à região da 25ª SDR de Santa Catarina, em relação à mortalidade, não evidenciadas neste texto e/ou, pelo método escolhido.

A subnotificação e o registro não sistemático de dados de mortalidade e a falta de Comitês de Mortalidade Infantil atuantes podem ser considerados fatores preponderantes a serem superados, já que a busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central efetiva em saúde pública, se inicia com o registro de dados de mortalidade e de sobrevivência e que, o aumento da esperança de vida ao nascer sugere melhoria das condições de vida e de saúde da população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Wanessa da Silva de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 1-8. fev. 2012.

AQUINO, Rosana; BARRETO, Mauricio L. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 905-914. abr. 2008.

BIRKNER, Walter Marcos Knaesel. Desenvolvimento regional e descentralização político-administrativa: um estudo comparativo dos casos de Minas Gerais, Ceará e Santa Catarina. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 16, n. 30, p. 297-311. jun. 2008.

_____; TOMIO, A. Teoria da escolha racional: algumas contribuições e insuficiências. *In*: **Congresso Nacional de Sociologia**, XI. Curitiba, 2002.

BISSIGO, Diego Nones. O projeto colonizador brasileiro e a Colônia Nacional Angelina. **Revista Santa Catarina em História**, v. 3, n. 2, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Classificação das Unidades Hospitalares segundo recomendações**. Portaria nº 2.224/GM Em 5 de dezembro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **SIM** (Sistema de Indicadores de mortalidade). Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Termo de compromisso de gestão municipal**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde da criança e aleitamento materno**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **Estatísticas vitais**. 2011. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portal do Datasus. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: 10 de março de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=384>. Acesso em: 10 de março de 2012.

CALLIPOLIS, Grupo de Pesquisa. Políticas Públicas e Desenvolvimento. **Relatório Crescimento da População Residente em Santa Catarina**: municípios, SDRs e mesorregiões. Florianópolis: UDESC, 2011.

DALLABRIDA, V. R. Governança territorial: do debate teórico à avaliação da sua prática. **Análise Social**, v. L(2º), n. 215, p. 304-328, 2015.

DUTRA, Ademar. Sistema de Avaliação de Desempenho das Secretarias de Desenvolvimento Regional do Governo do Estado de Santa Catarina: Resultados Preliminares da Aplicação de um Modelo Construtivista. **ENAPG**, Salvador (BA), 12 a 14 nov. 2008.

FRIAS, Paulo Germano de et al. Avaliação da notificação de óbitos infantis ao Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo de caso. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, p. 543-551. dez., 2005.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter et al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 2, p. 363-370. mar. 2010.

IBGE. Departamento da População e Indicadores Sociais. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

IBGE. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 25 jan. 2007.

_____; IPEA. Departamento da População e Indicadores Sociais. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro : IBGE, 2011.

IMPERATORI, Giceli; LOPES, Marta Julia Marques. Estratégias de intervenção na morbidade por causas externas: como atuam agentes comunitários de saúde?. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p.83-94. mar. 2009.

LAURENTI, Ruy *et al.* **Estatísticas de saúde**. São Paulo: EPU, 1985.

MALTA, Deborah Carvalho; DUARTE, Elisabeth Carmen. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 767-776. jun. 2007.

ODM. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea : MP, SPI, 2007.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Municípios/Cidades Saudáveis**. 2009. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=28&Area=Conceito>>. Acesso em: 22 maio 2012.

PINHEIRO, Carlos Eduardo Andrade; PERES, Marco Aurélio; D'ORSI, Eleonora. Aumento na sobrevivência de crianças de grupos de peso baixo ao nascer em Santa Catarina. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 776-784. out. 2010.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROCHA, Rita de Cássia Luiz da. História da infância: reflexões acerca de algumas concepções correntes. **Analecta Guarapuava**, Paraná v. 3 n. 2 p. 51-63, jul./dez. 2002.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano estadual de saúde**. Florianópolis, 2006.

SILVA, Zilda Pereira da et al. Morte neonatal precoce segundo complexidade hospitalar e rede SUS e não - SUS na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 123-134. jan. 2010.

SILVA, Olga Maria Panhoca da; PANHOCA, Luiz. A contribuição da vulnerabilidade na determinação do índice de desenvolvimento humano: estudando o estado de Santa Catarina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1209-1219. out. 2007.

TELLES, V.S.; BABANES, R. **Nas tramas da cidade**: trajetórias urbanas e seus territórios. São Paulo: Humanitas, 2006.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 15-28. n. 1, jan. 1999.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2012**: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil; CEBELA, 2012.

Artigo recebido em: 20/02/2014

Artigo aprovado em: 18/09/2015