



MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL, INFANTIL E CASOS DE CÂNCER DO COLO DE ÚTERO NO PLANALTO NORTE CATARINENSE NO PERÍODO DE 2006 A 2010¹

Márcia Moro Grein²

Camila Junkes³

Adriana Moro Wieczorkiewicz⁴

Maria Luiza Millani⁵

RESUMO: O texto trata da mortalidade de mulheres em idade fértil e infantil, que tal como os casos de câncer de colo uterino, são importantes indicadores da melhoria de qualidade de vida da população. Sendo assim, esta pesquisa teve o intuito de levantar os dados epidemiológicos dessas adversidades que acometeram mulheres e criança, residentes no Planalto Norte Catarinense (25^a e 26^a Secretarias de Desenvolvimento Regionais – SDRs), no período de 2006 a 2010, para observar o comportamento desses dados após o Pacto pela Vida. Utilizou-se como método uma pesquisa em banco de dados. Os resultados apontam que houve melhorias nos indicadores avaliados, no entanto, torna-se necessário abrir mão de outros métodos e, também replicar a pesquisa em um recorte maior de tempo, para aprofundar os apontamentos sugeridos.

Palavras-chave: Mortalidade, mulher, infantil, câncer.

ABSTRACT: The text deals with the mortality of women of childbearing age and children, such as the cases of cervical cancer are important indicators of improved quality of life. Therefore, this research aimed to raise the epidemiological data of these adversities that attacked women and children residing in the Northern Highland Catarinense (25th and 26th Secretaries of Regional Development-SDRs) in the period from 2006 to 2010, to observe the behavior of these data after the Pact for Life. It was used as a research method in the database. The results show that there were improvements in the indicators evaluated, however, it becomes necessary to give up other methods and also replicate the study in a larger cut of time to deepen the notes suggested.

Key Words: Mortality. Woman. Child cancer.

¹Pesquisa realizada com apoio da Bolsa do artigo 170 pesquisa e da FAPESC.

²Discente da 6^o Fase do curso de Enfermagem da Universidade do Contestado – Campus Mafra.

³Discente da 6^a Fase do curso de Enfermagem da Universidade do Contestado – Campus Mafra.

⁴Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional e Políticas Públicas pela Universidade do Contestado (UnC), campus Canoinhas. Especialista em Pediatria com ênfase em Cuidados Intensivos Neonatais e Acupuntura. Colaboradora da Prefeitura Municipal de Mafra. Docente da UnC, campus Mafra/SC. Membro do grupo de pesquisa NUPESC da Universidade do Contestado. E-mail para contato <adri.moro@gmail.com>;

⁵Doutora em Serviço Social. Líder do grupo de pesquisa Políticas públicas e desenvolvimento regional da Universidade do Contestado. Coordenadora do Programa do Mestrado em Desenvolvimento Regional. E-mail para contato <mestrado@unc.br>.

INTRODUÇÃO

Os indicadores de saúde são instrumentos de avaliação com os quais se obtêm dados sobre atributos e dimensões da saúde de uma dada população. São importantes ferramentas para obtenção de informações, acerca de determinada realidade (MITCHEL, 1996, *apud* SICHE *et al.*, 2007). Segundo Coeli (2003) *apud* Brasil (2007) a mortalidade materna e infantil são de difícil mensuração, mesmo em países desenvolvidos, que apresentam bons sistemas de registros vitais. Os objetivos de realizar o mapeamento e o rastreamento das causas dos óbitos que afetam grupos com denominação de vulneráveis, como por exemplo, as mulheres e as crianças, é poder atuar efetivamente na redução destes índices. Outro índice importante para verificação da efetividade aos cuidados de saúde da mulher diz respeito aos casos de câncer do colo de útero, já que é uma importante causa de óbito das mulheres brasileiras.

Considerando que este é um problema mundial e, reconhecendo a gravidade da mortalidade infantil, 191 chefes de Estados do mundo firmaram, no ano 2000, 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. Nesta declaração em que consta os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, ficou estabelecido aquilo que se pretende alcançar até o 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 (BRASIL, 2007).

As conferências internacionais que focam este tema também têm dado ênfase e proposto metas de redução da mortalidade materna (incluindo aquelas em idade fértil, 10 à 49 anos) e infantil, com prazos de alguns anos para serem alcançados. Uma importante estratégia é criação da Política Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Infantil, assim como outras ações e programas em prol da melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças brasileiras.

A extensa política de redução da mortalidade infantil conduzida pelo Ministério da Saúde uniu esforços para elaboração de uma estratégia para redução da mortalidade e qualificação da assistência, também chamado de Pacto pela Vida. Este pacto consiste em um conjunto de ações que transfere aos municípios a responsabilidade de investimento em ações de controle e prevenção. Esta importante pactuação foi realizada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite no dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006, no qual foram estabelecidas metas para serem alcançadas pelos Estados e Municípios, assim como nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Neste documento o eixo II diz respeito também à redução da mortalidade de crianças, esperando-se para este indicador, síntese de desenvolvimento, estimular a sua investigação, visando subsidiar intervenções para este evento (BRASIL, 2007).

O Pacto pela Vida foi assinado no ano de 2006, para que haja uma regionalização das ações de prevenção. O Planalto Norte Catarinense foi o território escolhido para esta pesquisa. Ele compreende, pela classificação do IBGE, as Microrregiões Geográficas de Canoinhas e Mafra, formada por 14 municípios: Bela Vista do Toldo, Campo Alegre, Canoinhas, Irineópolis, Itaiópolis, Mafra, Major Vieira, Matos Costa, Monte Castelo, Papanduva, Porto União, Rio Negrinho, São Bento do Sul e Três Barras. Em 2003 houve a mudança no modelo de governabilidade do estado, organizado em Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR). Segundo Dutra (2008) um dos objetivos da descentralização, no modelo de SDR é ir ao encontro de uma melhor maneira de regular os recursos e diminuir as vulnerabilidades locais para assim alcançar o desenvolvimento econômico e social, isto deveria ser refletido também nos indicadores de saúde, como os aqui referenciados, mortalidade de mulheres em idade fértil e infantil, e também os caso de câncer de colo de útero.

A descentralização constitui parte de um importante movimento histórico do Estado moderno. Pode ser entendida como uma tendência político-administrativa, aspecto que se materializa há décadas em países europeus, aparecendo também nos fundamentos da experiência catarinense e que, pela forma de operacionalização, demonstra igualmente nesse estado boas chances de continuidade e consolidação futura. Vale salientar que este processo ainda depende da capacidade de articulação política, de força operacional do Estado e de sensibilidade continuada da sociedade civil (BIRKNER, 2008).

Assim, a região do Planalto Norte foi dividida em duas regiões. A 25ª SDR integra os municípios de Mafra, São Bento do Sul, Rio Negrinho, Papanduva, Monte Castelo, Itaiópolis e Campos Alegre - área escolhida para esta pesquisa. A 26ª SDR integra os municípios de Canoinhas, Major Vieira, Três Barras, Bela Vista do Toldo, Irineópolis e Porto União. Contudo, as diferentes regiões apresentam especificidades quanto a esta estrutura, que tem origem nos fatos históricos da ocupação, em decorrência da Guerra do Contestado e na dinâmica social e econômica por eles moldadas (SANTOS, 2004).

O Estado de Santa Catarina se diferencia dentro do país em relação a todos os outros estados. Todavia, nem todos os indicadores atestam que o Estado realmente tem os seus problemas de desigualdade ou pobreza resolvidos. Silva e Panhoca (2007) afirmam que 24,6% das crianças residentes no estado, vivem abaixo da linha da pobreza. O Ministério da Saúde disponibiliza dados de seus diversos sistemas informatizados em saúde para controlar as adversidades que acometem a população. Entre eles pode-se citar, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sobre Nascidos Vivos (SINASC) e sobre Informações Hospitalares (SIH). No entanto, apesar de disponíveis, estas informações distanciam os resultados alcançados, da luta por direitos às condições básicas de sobrevivência, por serem de difícil compreensão para a população leiga. Desta forma este artigo pretende levantar os dados epidemiológicos dessas adversidades que acometeram mulheres e crianças residentes no território do Planalto Norte Catarinense (25ª e 26ª Secretarias de Desenvolvimento Regionais -SDRs), no período de 2006 a 2010, para observar o comportamento desses dados após o Pacto pela Vida.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental em banco de dados online (DATASUS) realizada no segundo semestre de 2011, a fim de determinar os casos de mortalidade de mulheres em idade fértil e infantil, assim como os casos de câncer de mama e útero em mulheres residentes nos municípios das 25^a e 26^a SDR de Santa Catarina. Os dados foram distribuídos em tabelas e interpretados em relação à frequência simples e média, discutidos à luz do referencial teórico sobre a temática e das recomendações do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com o CID-10 (BRASIL, 2011), a definição de morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação, ou em um período de até 42 dias após seu término, independente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou medidas em relação a ela. Todavia para o estudo da taxa de mortalidade materna, estima-se a frequência dos óbitos relacionados ao ciclo gravídico – puerperal, em relação ao total de gestações (representado pelo número de nascidos vivos), havendo algumas dificuldades no levantamento desses dados porque eles precisam ser investigados para serem considerados materno. Já para o cálculo da mortalidade infantil leva-se em consideração as mortes de crianças no primeiro ano de vida observada durante um ano, referida ao número de nascidos vivos do mesmo período. Sendo, número de crianças mortas, divididos pelo número de nascidos vivos, multiplicado por 1000. Para facilidade de comparação entre os diferentes países ou regiões a taxa é geralmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de um ano, a cada mil nascidos vivos. O índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 10 mortes para cada mil nascimentos.

Com relação ao câncer de colo uterino, este é o segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Este tipo de câncer demora muitos anos para se desenvolver, e é facilmente detectável no exame preventivo (INCA, 2012). Observa-se que tanto as taxas de mortalidade materna, quanto de câncer de colo uterino, refletem a qualidade da assistência à saúde da mulher.

Os quadros a seguir, trazem os dados referentes à mortalidade infantil e de mulheres em idade fértil, classificados por município e ano de referência. Sendo as tabelas de 01 a 05 referentes à 25^a SDR e, de 06 a 10 à 26^a SDR. Vale salientar que os dados serão apresentados em seus números relativos (reais).

Tabela 1 – Óbito de mulheres em idade fértil e crianças, na 25ª SDR de SC no ano de 2006

Município	Óbitos mulheres idade fértil	Óbitos infantis
Campo Alegre	01	01
Itaiópolis	06	03
Mafra	18	07
Monte Castelo	04	07
Papanduva	10	06
Rio Negrinho	16	04
São Bento do Sul	29	18
Total	84	46

Fonte: DATASUS, 2011

Tabela 2 – Óbito de mulheres em idade fértil e crianças, na 25ª SDR de SC, no ano de 2007

Município	Óbitos mulheres idade fértil	Óbitos infantis
Campo Alegre	-	04
Itaiópolis	12	06
Mafra	19	09
Monte Castelo	001	03
Papanduva	06	07
Rio Negrinho	13	09
São Bento do Sul	21	21
Total	72	59

Fonte: DATASUS, 2011

Tabela 3 – Óbito de mulheres em idade fértil e crianças, na 25ª SDR de SC, no ano de 2008

Município	Óbitos mulheres idade fértil	Óbitos infantis
Campo Alegre	02	03
Itaiópolis	06	02
Mafra	13	14
Monte Castelo	02	-
Papanduva	04	05
Rio Negrinho	13	14
São Bento do Sul	27	12
Total	67	50

Fonte: DATASUS, 2011

Tabela 4 – Óbito de mulheres em idade fértil e crianças, na 25ª SDR de SC, no ano de 2009

Município	Óbitos mulheres idade fértil	Óbitos infantis
Campo Alegre	04	02
Itaiópolis	07	04
Mafra	15	9
Monte Castelo	02	-
Papanduva	05	02
Rio Negrinho	12	06
São Bento do Sul	31	07
Total	76	30

Fonte: DATASUS, 2011

Tabela 5 – Óbito de mulheres em idade fértil e crianças, na 25ª SDR de SC, no ano de 2010

Município	Óbitos mulheres idade fértil	Óbitos infantis
Campo Alegre	02	-
Itaiópolis	06	04
Mafra	23	02
Monte Castelo	03	01
Papanduva	04	04
Rio Negrinho	13	05
São Bento do Sul	22	13
Total	73	29

Fonte: DATASUS, 2011

Os números apontam que a média de óbitos de mulheres com idade fértil por ano, no período de 2006 a 2010, na região da 25ª SDR foi de 75. A maioria aconteceu na cidade de São Bento do Sul, seguida de Mafra. As cidades mais populosas desta regional com 75.047 e 52.622 habitantes respectivamente, segundo Censo IBGE (2010).

A morte de mulheres durante a gestação e/ou puerpério por causas direta ou indiretamente ligadas a gravidez (morte materna) representa enorme parcela de óbitos em adultos em todo mundo, especialmente nos países subdesenvolvidos da África e América Latina, principalmente no Brasil.

Para Silva e Panhoca (2007) o sistema de saúde implantado no Brasil tem mostrado um quadro extremamente desanimador, caracterizado pela ineficácia e/ou ineficiência de atendimento, inadequado às necessidades da população e com insuficiência de recursos materiais, humanos e financeiros. A assistência está concentrada nos hospitais, em detrimento do serviço preventivo de saúde desqualificando a política nacional de prevenção e promoção à saúde da população Brasileira. Uma proposta para alterar essa realidade, é a implementação de redes assistenciais, conforme cita Laurenti *et al.* (2004 *apud* Mendes (2010), desde a implantação do Programa Mãe Curitibana (Curitiba-PR), houve diminuição significativa das mortes obstétricas diretas, aquelas devidas a complicações no ciclo gravídico puerperal.

A taxa de mortalidade infantil foi em média de 47 nos últimos cinco anos. A taxa de mortalidade infantil em 2006 era de 12 por mil baixando em 2010 a 9, ficando então, na média preconizada pela OMS.

A região Sul do país já apresenta índices bastante satisfatórios em relação a muitos indicadores. O principal deles é na Mortalidade Infantil (MI). Preterivelmente no estado de Santa Catarina, o risco de morrer antes de completar um ano de vida na última década foi reduzido em quase um terço (28,5%). A maior redução (40,8%) ocorreu na mortalidade pós-neonatal (28 à 364 dias) (DATASUS, 2011). Apesar de o Brasil apresentar melhoras nos indicadores de mortalidade infantil, relacionadas à nutrição e a saúde infantil, no geral, ela se dá devido a grande contribuição 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. Mesmo assim, ainda é chocante pensar que, em um país com um dos melhores Produtos Internos Brutos (PIB) do mundo (10ª posição), a posição no ranking de mortalidade ainda seja tão ruim. Em relação a este aspecto, o mais indignante ainda é saber que essas mortes ocorrem na sua maioria por causas primitivas, evitáveis, como a diarreia (DIMENSTEIN, 2011).

Tabela 6 – Óbito de Mulheres em Idade Fértil e crianças, na 26ª SDR de SC, no ano de 2006

Município	Óbitos mulheres idade fértil	Óbitos Infantis
Bela Vista do Toldo	-	-
Canoinhas	28	14
Irineópolis	06	01
Major Vieira	01	01
Porto União	11	03
Três Barras	03	06
Total	49	25

Fonte: DATASUS, 2011

Tabela 7 – Óbito de Mulheres em Idade Fértil e crianças, na 26ª SDR de SC, no ano de 2007

Município	Óbitos mulheres idade fértil	Óbitos infantis
Bela Vista do Toldo	02	02
Canoinhas	19	10
Irineópolis	01	02
Major Vieira	02	04
Porto União	14	07
Três Barras	09	07
Total	47	32

Fonte: DATASUS, 2011

Tabela 8 – Óbito de Mulheres em Idade Fértil e crianças, na 26ª SDR de SC, no ano de 2008

Município	Óbitos mulheres idade fértil	Óbitos infantis
Bela Vista do Toldo	-	-
Canoinhas	24	08
Irineópolis	02	-
Major Vieira	01	04
Porto União	09	06
Três Barras	11	01
Total	47	19

Fonte: DATASUS, 2011

Tabela 9 – Óbito de Mulheres em Idade Fértil e crianças, na 26ª SDR de SC, no ano de 2009

Município	Óbitos mulheres idade fértil	Óbitos Infantis
Bela Vista do Toldo	01	01
Canoinhas	20	09
Irineópolis	03	01
Major Vieira	02	02
Porto União	10	03
Três Barras	05	01
Total	41	17

Fonte: DATASUS, 2011

Tabela 10 – Óbito de Mulheres em Idade Fértil e crianças, na 26ª SDR de SC, no ano de 2010

Município	Óbitos mulheres idade fértil	Óbitos Infantis
Bela Vista do Toldo	02	-
Canoinhas	29	08
Irineópolis	02	-
Major Vieira	02	-
Porto União	15	09
Três Barras	07	06
Total	57	23

Fonte: DATASUS, 2011

As tabelas 06, 07, 08, 09 e 10 demonstram em números absolutos a mortalidade de mulheres em idade fértil, assim como a infantil nos últimos 05 anos nos municípios que compõem a 26ª SDR. A média de óbitos em mulheres com idade fértil por ano neste período foi de 47. Observa-se que a Cidade de Canoinhas apresenta a maioria desses óbitos, o que pode ser justificado pelo fato de ser o município mais populoso da região, 52.754 habitantes, mesma situação encontrada em São Bento do Sul e Mafra. Todavia, deve-se considerar que esta cidade, por ser referência para as demais, possui melhores condições de acesso para melhoramento das condições de saúde.

Já em relação à mortalidade infantil não foi possível observar queda dos casos, não pelo número absoluto, mas pela taxa calculada a partir do número de nascidos vivos, ou seja, no ano de 2006 morreram 25 crianças e em 2010 vinte e três, com uma média de 47 óbitos por ano na região, todavia com taxas de MI de 13 por mil em 2006 e aproximadamente 13 por mil em 2010. A cidade de Canoinhas também possui o maior número de óbitos infantis, porém, vale salientar que as taxas de mortalidade infantil são calculadas a partir do número de nascidos vivos, sendo então, a taxa de MI isolada de canoinhas, de aproximadamente 15 por mil em 2006 e 12 por mil em 2010.

Os quadros 1 e 2 demonstram os casos de adoecimento por câncer de colo de útero na região do Planalto Norte Catarinense no período de 2006 a 2010.

Quadro 1 – Dados consolidados de achados histopatológicos intraepiteliais de alto grau

25ª SDR	2006	2007	2008	2009	2010
Mafra	18	14	06	06	09
Campo Alegre	01	01	01	01	00
Ttaiópolis	10	06	05	00	05
Monte Castelo	00	04	01	00	01
Papanduva	02	03	03	03	00
Rio Negrinho	43	41	11	06	08
São Bento do Sul	21	16	06	06	11
Total	95	85	33	22	34

Fonte: DATASUS (2010)

Quadro 2 – Dados consolidados de achado histopatológicos intraepiteliais de alto grau

26ª SDR	2006	2007	2008	2009	2010
Canoinhas	04	02	01	00	01
Bela Vista do Toldo	01	01	00	00	00
Irineópolis	01	00	01	00	00
Major Vieira	00	00	00	00	01
Porto União	01	02	01	03	01
Três Barras	11	09	08	04	06
Total	18	14	11	07	09

Fonte: DATASUS (2010)

As discussões dos dados sobre câncer de colo de útero nos municípios da 25ª e 26ª SDR de Santa Catarina apontam para uma diminuição dessas taxas nos últimos cinco anos, principalmente na 25ª SDR. São 95 casos em 2005 e 34 em 2010. Vale salientar que diferentemente dos outros indicadores, a maioria dos casos de câncer de colo de útero pertencem à cidade de Rio Negrinho.

Nos municípios da 26ª SDR de Santa Catarina pode-se observar uma redução de 50% dos casos nos últimos cinco anos. O município que mais apresentou casos foi Três Barras.

Os achados sobre a redução da mortalidade de mulheres em idade fértil e de crianças, assim como os de adoecimento por câncer cérvico-uterino, levam a reflexão sobre os padrões de assistência à saúde e, social, no planalto norte catarinense, sendo estes, importantes indicadores da qualidade de vida das mulheres residentes nessa região.

No Brasil nos últimos 10 anos não houve alteração nos dados a respeito de morte materna, resultados elevados, se comparado com outros países. Com alguns programas como Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) e o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) houve uma pequena redução de mortalidade, porém novos projetos foram implantados com pouca interferência nos índices, no comparativo de 1990 a 2008 houve um aumento de 11% na mortalidade

materna. Para um melhor acompanhamento destes casos é necessário um preenchimento de atestados de óbitos com detalhes e informações corretas, para uma coleta de dados que identifiquem as causas de mortalidade (SILVA, PANHOCA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontam que a média de óbitos de mulheres com idade fértil por ano, no período de 2006 a 2010, na região da 25ª SDR foi de 75. A maioria aconteceu na cidade de São Bento do Sul, seguida de Mafra. Já para a 26ª SDR a média por ano neste mesmo período foi de 47.

Em relação a taxa de mortalidade infantil na 25ª SDR em 2006 era de 12 por mil baixando em 2010 a 9, ficando então, na média preconizada pela OMS. Enquanto na 26ª SDR as taxas de MI foram de 13 por mil em 2006 e aproximadamente 13 por mil em 2010.

Considerando o que foi estudado em relação ao perfil epidemiológico, das adversidades que acometeram as mulheres na região do Planalto Norte Catarinense fica claro de que é preciso que haja uma informação completa destes óbitos podendo ser importante os dados coletados e informações para a vigilância e os comitês poderem saber a proporção e quais medidas tomar para a redução destas mortes. Também é de suma importância o trabalho dos profissionais da saúde nos cuidados a gestantes e do puerpério, a humanização junto com a qualificação profissional pode reduzir o índice de morte materna, mortalidade infantil e os casos de câncer, atuando de forma solidária e eticamente diante dos paradigmas sociais causando uma mudança de conduta e de visão do cidadão diante dos cuidados.

No século XXI ainda mulheres saudáveis morrem por consequência de uma gestação. A morte pode estar relacionada diretamente com a qualidade inadequada da assistência da saúde desde o pré natal até o puerpério. No Brasil 70% das mortes são por causas obstétricas diretas como cesarianas, hemorragias, complicações de aborto, aumento da pressão arterial, entre outras. A cesariana acarreta inserção placentária e acréscimo placentário o que pode resultar em hemorragias graves. Também entra nessas causas a infecção puerperal e complicações de aborto devido ao manejo inadequado durante parto e procedimentos por consequência de vestígios placentários. O aborto como aborda questões legais, religiosas e sociais entra como uma causa de morte materna devido ao atendimento diante de um aborto espontâneo sendo discriminado pelos profissionais da saúde vendo que segundo o artigo estas mortes poderiam ser evitadas com um atendimento correto diante do aborto.

A tecnologia é outro fator que diminui um contato mais direto e detalhado durante a gestação como o ultrassom, por exemplo, a relação médico-pessoa doente está se deteriorando. Ainda nos tempos atuais a morte materna está ligada a fatores religiosos e passam a ter uma conformidade diante da sociedade as

questões gestação, aborto e morte vistas pelo senso comum. O prolongamento no trabalho de parto e o internamento tardio são fatores que interferem na saúde e nos desfechos da saúde da gestante. A humanização no trabalho de parto é importante e necessária (SILVA, PANHOCA, 2007).

Sendo assim, também a redução da Mortalidade Infantil que é resultado de intensas campanhas de vacinação, da descoberta de novos medicamentos, da conscientização sobre a importância do pré-natal, de uma assistência adequada à mulher durante este período, acompanhamento cuidadoso das mães em gestação considerada de risco entre outras ações. Segundo IBGE (1999) o governo vem pondo em prática suas políticas para diminuir a mortalidade na infância, e também em relação as outras causas de morte e a principal delas são os programas de distribuição de renda, mas somente isto não basta, deve também priorizar qualificar as equipes médicas e equipar hospitais de regiões carentes, dando condições mínimas para a população.

No caso do câncer os resultados apontam que nos municípios da 25ª e 26ª SDR de Santa Catarina essas taxas diminuíram nos últimos cinco anos, principalmente na 25ª SDR, sendo uma redução de mais de 50% e, nos municípios da 26ª SDR de Santa Catarina pode-se observar uma redução de 50% dos casos no mesmo período, evidenciando que as ações têm sido efetivas, mas que ainda não conseguiu chegar a totalidade da população dessas regiões.

REFERÊNCIAS

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, jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782008000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **Estatísticas Vitais**. 2011. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 12 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

DIMENSTEIN, Gilberto. **O cidadão de papel: a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil**. 23 ed. São Paulo: Ática, 2011.

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**, 2008

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

INCA. **Tipos de câncer**: Colo do útero. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em: 12 dez. 2012.

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.

SANTOS, Milton. **O País distorcido**: o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Publifolha, 2002.

SICHE, R., AGOSTINHO, F., ORTEGA, E., ROMEIRO, A. **Índices versus indicadores**: precisões conceituais na discussão da sustentabilidade de países. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v10n2/a09v10n2.pdf>>. Acesso em: dez. 2012.

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** [online]. v.12, n. 5, p. 1209-1219, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000500018>>. Acesso em: dez. 2012.