

OS INDICADORES NO SUL DO BRASIL, SUSTENTABILIDADE, ENFERMAGEM E AS METAS DE SAÚDE PARA 2030
INDICATORS IN SOUTHERN BRAZIL, SUSTAINABILITY, NURSING AND HEALTH GOALS FOR 2030

Me. Ângela Roberta Alves Lima

Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)
Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas (SMS)

Me. Eliana Buss

Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI)

Dra. Rosa Lia Barbieri

Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)
Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA)

Dra. Rita Maria Heck

Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)

RESUMO

O desenvolvimento sustentável e a erradicação da pobreza são apontados pela Organização das Nações Unidas como problemas a serem superados até 2030, sendo elencados 17 objetivos visando o desenvolvimento sustentável. Nesse artigo destaca-se o terceiro Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS), voltado para a saúde e a promoção do bem-estar para todos, em todas as idades, tendo como prioridade reduzir a taxa de mortalidade neonatal, infantil e materna, bem como as mortes por causas evitáveis de 0 a 75 anos. Os dados analisados mostram-se na contramão aos ODS 3 - saúde, visto que têm aumentado o número de mortes nos anos avaliados, sendo que em 2016 alcançaram os maiores índices do período analisado. Os desafios propostos pelos ODS vão além de contemplar questões que afetam as pessoas, o planeta, a prosperidade e a paz. Os ODS reconhecem que acabar com a pobreza deve acompanhar as estratégias que criam o crescimento econômico e abordam uma série de necessidades sociais, incluindo educação, saúde, proteção social e oportunidades de emprego. Essas ações colocam o Enfermeiro diante de desafios práticos que ultrapassa os âmbitos do hospital e da Unidade Básica de Saúde, exercendo um papel que permita participar das decisões políticas e de gestão dos sistemas de saúde, chamando-os para um papel de liderança e de ações intersetoriais.

Descritores: Desenvolvimento sustentável. Indicadores Básicos de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Sustainable development and poverty eradication are pointed out by the United Nations as problems to be overcome by 2030. Seventeen goals were listed aiming at the sustainable development. In this paper it is emphasized the third Sustainable Development Goal (SDG), focused on health and the promotion of well-being for all, at all ages, prioritizing to reduce neonatal, infant and maternal mortality rate, as well as deaths from preventable causes from 0 to 75 years of age. The analyzed data are in contrast to SDG 3 - health, since the number of deaths has increased in the evaluated years, and in 2016 they reached the highest rates of the analyzed period. The challenges proposed by the SDS go beyond issues that affect people, the planet, prosperity and peace. The SDGs recognize that ending poverty must keep up with strategies that create economic growth and approach a number of social needs, including education, health, social protection and job opportunities. These actions put nurses in the face of practical challenges that goes beyond the hospital areas and the Basic Health Unit, playing a role that allows them to participate in political decisions and management of health systems, calling them to a leading role and intersectoral actions.

Keywords: Sustainable development. Basic Health Indicators. Primary Health Care. Nursing.

1 INTRODUÇÃO

A interface da saúde e do ambiente acompanha a história humana, mas vem tendo mais relevância nas discussões de sustentabilidade que surgiram após as Conferências de Estocolmo, 1972, e a Eco-92 do Rio de Janeiro, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) (ONU, 2015). No ano de 2000, a Declaração do Milênio da ONU tece objetivos até 2015, cita-se ainda a Rio+20, que deliberou um amplo debate sobre os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) em relação ao ambiente (diversidade biológica, mudanças climáticas) e a importância da participação da sociedade civil para mudar os padrões de produção e consumo, e também a erradicação da pobreza extrema, limitada à renda (ONU, 2015).

Objetiva-se nestas conferências uma avaliação do comprometimento da saúde do planeta como um todo, em decorrência de um modelo de crescimento econômico, produção e consumo de massa. Exacerba-se a importância da crise ambiental e a necessidade de uma mobilização a nível internacional para pactuação de metas de desenvolvimento sustentável equilibrados pelo tripé: justiça social; conservação ambiental; crescimento econômico (ELKINGTON, 2004). São estas bases que direcionaram as políticas públicas embasando os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: o equilíbrio da vida humana saudável (sociedade) e sua interface com o ambiente e a economia, com vistas a capacidade de atender às necessidades das gerações atuais, sem comprometimento das demandas das gerações futuras (ONU, 2015).

Com vistas a oportunizar que todos os cidadãos possam atingir seu potencial com dignidade e igualdade em um ambiente saudável, desfrutando de uma vida próspera, e que o progresso econômico, social e tecnológico ocorra em harmonia com a natureza, e o consumo e a produção sejam sustentáveis, os países-membros da ONU instituíram 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), com 169 metas, que estão em vigor desde de janeiro de 2016 e devem ser cumpridas até 2030. Empreende-se, assim, um grande desafio para enfrentar esta agenda universal, com um plano de ação de grande complexidade, diante da mesclagem das três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental (BRASIL, 2018).

Para alcançar esse desenvolvimento, a ONU reconhece que a erradicação da pobreza é o maior desafio e um requisito indispensável. Paralelo a isso, encontram-se as necessidades de saúde que influenciam diretamente a capacidade humana no processo de trabalho, de produção e de renda.

Nessa perspectiva, destaca-se que as profissões ligadas ao cuidado, a exemplo da enfermagem, precisam assumir papéis ampliados que possam assegurar a cobertura universal de saúde no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Para isso devem buscar conhecer a complexidade dos fatores que determinam a saúde das pessoas e também de suas possibilidades de ação com relação as desigualdades sociais existentes (MENDES et al, 2018).

Outrossim, esse artigo tem o intuito de focalizar as metas do terceiro ODS, o qual volta-se para a saúde, busca assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, concentrando-se nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento. Como prioridade, este ODS visa reduzir a taxa de mortalidade neonatal, infantil e materna, bem como as mortes por causas evitáveis de 0 a 75 anos (ONU, 2015).

O presente estudo volta-se para a análise da região Sul do Brasil, a qual possui ainda grandes desafios em diferentes contextos para alcançar a sustentabilidade, dentre eles o acesso à saúde integral e universal, de modo que lançar mão de estratégias que visem estimular o desenvolvimento das orientações do ODS torna-se um caminho promissor.

Observa-se que o extremo sul do Rio Grande do Sul possui, em sua maioria, municípios com IDH médio, somente cinco municípios têm IDH considerado alto. Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade de conhecer os indicadores de mortalidade materna, infantil e os por causas evitáveis do Extremo Sul do Brasil, frente ao ODS 3 e às perspectivas de atuação do enfermeiro.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo descritivo que identificou o coeficiente de mortalidade materna, infantil, de menores de 5 anos e a mortalidade por causa evitável de 2011 a 2015, das faixas etárias de 0 a 4 anos e 5 a 75 anos de 25 municípios do Extremo Sul do Estado do Rio Grande do Sul. A partir de dados secundários oriundos do DATASUS, os achados foram agrupados e analisados estatisticamente como frequências absolutas, percentuais, coeficientes e demonstrados em tabelas. A discussão foi realizada com base no Objetivo 3 do Desenvolvimento Sustentável da ONU e as perspectiva de atuação do enfermeiro.

Dentre as metas do ODS 3, o presente estudo avaliou a 3.1, a 3.2 e a 3.4, as quais referem-se à redução da taxa de mortalidade materna, à mortalidade prematura por doenças não transmissíveis e à extinção das mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos.

2.2 FORMULAÇÃO DOS DADOS

As informações obtidas deram origem a um banco de dados, o qual foi armazenado no software Excel 2010, que serviu de base a este estudo. Realizou-se o cálculo de coeficiente de mortalidade materna, infantil e de menores de 5 anos e para os demais dados utilizou-se a frequência absoluta.

Os coeficientes de mortalidade foram calculados conforme os cálculos a seguir. Os dados necessários para a realização dos cálculos dos coeficientes foram extraídos do TABNET, utilizaram-se os dados dos anos de 2015 e 2016, em 13 de abril de 2019.

2.2.1 Coeficiente de Mortalidade infantil

Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade/Número de nascidos vivos de mães residentes x 1.000.

2.2.2 Coeficiente de Mortalidade de menores de 5 anos

Número de óbitos de residentes com menos de cinco anos de idade/Número de nascidos vivos de mães residentes x 1.000.

2.2.3 Coeficiente de Mortalidade materna

Número de óbitos de mulheres residentes, por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério^(*)/Número de nascidos vivos de mães residentes X 100.000

^(*)Número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Nesse estudo, morte materna foi definida, conforme a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como toda morte de mulher durante a gestação ou até 42 dias após seu término, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou medidas em relação a ela.

2.2.4 Mortalidade por causa evitável

Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), é aquela que ocorre em decorrência de agravo ou situação passível de prevenção com uso da tecnologia disponível pelos serviços de saúde e acessíveis à maior parte da população brasileira. A lista das causas de mortes evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil está dividida em duas faixas etárias: menores de 5 anos e de 5 a 75 anos.

As causas de mortalidade evitável para menores de 5 anos são aquelas impactadas diretamente por ações de imunoprevenção; de atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido; de diagnóstico e tratamento adequados e de promoção à saúde. E as causas de mortalidade de 5 a 75 anos são aquelas que sofrem impacto direto de ações de imunoprevenção; de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas; prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis; controle e atenção às causas de morte materna e promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas (acidentais e violências) (MALTA et al., 2011).

3 RESULTADOS

Na Tabela 1, estão descritos os coeficientes de mortalidade infantil, materno e de crianças de 0 a 5 anos. Todas as tabelas apresentam dados de cada um dos 25 municípios que compõem a região Sul do Estado do Rio Grande do Sul.

Tabela 1 – Coeficiente de mortalidade materna, infantil e menores de 5 anos, no ano de 2015 e 2016. Pelotas, 2019

Municípios	Mortalidade 2015			Mortalidade 2016	
	Coef.Inf.	Coef.Mat	Coef. 0 a 5 anos	Coef.Inf.	Coef. 0 a 5 anos
Aceguá	0	0	0	20,4	20,4
Amaral Ferrador	16,39	32,79	17.54	0	0
Arroio do Padre	65,5	62,5	35.71	0	0
Arroio Grande	1,74	99,5	21.55	9,26	9,26
Candiota	15,08	45,11	15.26	7,69	7,69
Canguçu	1,74	33,1	3.61	13,41	13,41
Capão do Leão	15,79	15,79	22.40	20,53	20,53
Cerrito	0	0	0	25,64	25,64
Chuí	17,24	17,24	22.72	0	0
Cristal	21,05	73,68	1.77	32,97	32,97
Herval	14,08	25,34	17.54	14,7	14,7
Hulha Negra	0	0	0	0	0
Jaguarão	2,86	31,51	2.92	12,99	16,23
Moro Redondo	19,23	38,46	16.13	17,24	17,24
Pedras Altas	100	0	40	0	0
Pedro Osório	21,05	21,05	32.96	23,53	23,53
Pelotas	13,55	28,71	15.35	15,73	18,31
Pinheiro Machado	48,87	27,53	46.72	17,7	25,55
Piratini	21,74	21,74	22.47	11,05	11,05
Rio Grande	15,54	28,16	16.66	14,4	16,5
Santa Vitória do Palmar	2,5	22,56	6.787	14,92	14,92
Santana da Boa Vista	2,51	0	52.63	0	0
São José do Norte	3,45	31,03	4.65	22,43	22,43
São Lourenço do Sul	10,35	16,56	16.50	6,68	6,68
Turuçu	0	0	0	0	0

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, abril de 2019.

Na Tabela 2, abordaram-se os quantitativos de mortes corridas na faixa etária de 0 a 4 anos, por causas evitáveis, nos anos de 2011 a 2016.

Tabela II - Mortalidade por causa evitável na faixa etária de 0 a 4 anos de 2011 a 2016. Pelotas, 2019

Município	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aceguá	0	0	2	1	0	1
Amaral Ferrador	3	0	2	1	1	0
Arroio do Padre	0	0	1	0	1	0
Arroio Grande	2	3	5	1	5	2
Candiota	2	3	0	2	2	1
Canguçu	11	13	9	4	2	7
Capão do Leão	5	8	6	3	8	7
Cerrito	1	0	1	2	0	1
Chuí	1	0		2	1	0
Cristal	2	1	1	1	2	3
Herval	1	1	3	2	1	1
Hulha Negra	2	4	1	0	0	0
Jaguarão	3	5	4	3	1	5
Morro Redondo	1	1	0	0	1	1
Pedras Altas	2	0	0	0	1	0
Pedro Osório		5	1	1	3	2
Pelotas	63	72	50	69	68	78
Pinheiro Machado	8	4	2	4	5	3
Piratini		7	2	3	4	2
Rio Grande	43	38	40	35	51	47
Santa Vitória do Palmar	4	4	4	8	3	6
Santana da Boa Vista	3	1	1	3	3	0
São José do Norte	6	5	4	2	2	7
São Lourenço do Sul	4	11	2	11	5	37
Turuçu		0	1	0	0	0
Total	167	186	142	158	170	211

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, abril de 2019.

Na Tabela 3, apresentaram-se os quantitativos de mortes por causas evitáveis, na faixa etária de 5 a 75 anos, ocorridas entre os anos de 2011 a 2016.

Tabela 3 – Mortalidade por causa evitáveis na faixa etária de 5 a 75 anos de 2011 a 2016. Pelotas, 2019

Município	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aceguá	26	14	11	8	21	12
Amaral Ferrador	19	24	22	23	24	30
Arroio do Padre	8	7	6	16	15	8
Arroio Grande	74	94	95	101	94	93
Candiota	29	42	39	26	32	45
Canguçu	220	253	274	228	222	266
Capão do Leão	110	124	130	128	117	134
Cerrito	36	25	23	32	32	25
Chuí	6	11	11	14	10	13
Cristal	32	30	26	36	42	27
Herval	32	25	27	30	31	40
Hulha Negra	19	14	23	23	21	32
Jaguarão	132	140	126	127	128	163
Morro Redondo	38	32	29	31	33	34
Pedras Altas	2	5	10	7	6	7
Pedro Osório	64	61	42	47	44	60
Pelotas	1661	1628	1627	1693	1793	1738
Pinheiro Machado	69	53	67	61	70	72
Piratini	98	101	83	96	86	89
Rio Grande	982	997	1024	1041	995	1111
Santa Vitória do Palmar	178	137	161	145	147	150
Santana da Boa Vista	43	38	53	33	38	38
São José do Norte	120	126	115	121	111	122
São Lourenço do Sul	197	178	195	168	172	204
Turuçu	19	14	10	17	13	14
TOTAL	4214	4173	4229	4252	4297	4527

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, abril de 2019.

As figuras 1 e 2 apresentam o gráfico da mortalidade por causa evitável na região, dos anos de 2011 a 2016, na faixa etária de 0 a 4 anos e 5 a 75 anos, respectivamente.

Figura 1 – Mortalidade por causa evitável no Extremo Sul do Rio Grande do Sul, na faixa etária de 0 a 4 anos de 2011 a 2016. Pelotas, 2019

Figura 2 – Mortalidade por causa evitável, no Extremo Sul do Rio Grande do Sul, na faixa etária de 5 a 75 anos de 2011 a 2016. Pelotas, 2019



4 DISCUSSÃO

4.1 OS INDICADORES DE SAÚDE DO EXTREMO SUL DO RIO GRANDE DO SUL E AS PERSPECTIVAS DE VIDA SAUDÁVEL E BEM-ESTAR A TODOS, EM TODAS IDADES

Os dados evidenciaram que dos 25 municípios analisados, 24% não conseguiram assegurar à sua população uma taxa de mortalidade infantil menor que 25 mortes por 10.000 nascidos vivos, tendo o desafio de assegurar à sua população o proposto no ODS 3, sendo esses: Arroio do Padre, Cerrito, Cristal, Pedro Osório, Pinheiro Machado e Santa da Boa Vista. Esse dado corrobora com estudos que apontam que dentre os estados da região Sul, o Rio Grande do Sul apresenta a maior redução de óbitos neonatais (FERRARI et al., 2012; SANDERS et al., 2017).

Ainda o ODS 3 orienta que, até 2030, deve-se assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.

Dentre os fatores associados à mortalidade infantil, estudos anteriores identificaram (FERRARI et al., 2012; SANDERS et al., 2017) como mais recorrentes: a baixa escolaridade da mãe, que é de menos de quatro anos; realização de menos de quatro consultas de pré-natal; baixo peso e a baixa idade gestacional, menos de 37 semanas. Estudo realizado em 2016 constatou que a realização de seis ou mais consultas de pré-natal contribuem na redução da mortalidade infantil precoce por reduzir o número de partos de baixa idade gestacional (MALTA et al., 2011).

Em consonância, até 2030 o terceiro ODS estimula acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, pelo menos, 25 por 1.000 nascidos vivos.

Uma das estratégias para alcançar estes índices encontra-se na prevenção da ocorrência de partos com menos de 37 semanas, conforme enfatizado na literatura (SANDERS et al., 2017), que destaca a importância do manejo adequado no pré-natal e pré-parto na redução da taxa de mortalidade infantil. Destaca-se, ainda, que a baixa idade gestacional se torna mais agravante em bebês do gênero masculino devido à condição fisiológica de amadurecimento pulmonar mais tardio (NASCIMENTOS et al., 2012), o que favorece a ocorrência de problemas respiratórios e infecciosos, morbidades mais comuns em recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal (SOUSA et al., 2017).

Em relação ao óbito no primeiro ano de vida ocorrido após a alta das maternidades, estudo identificou que essas crianças nasceram com boas condições de vitalidade, peso e idade gestacional adequados. A maioria dessas famílias tiveram acesso ao serviço público de pré-natal, parto e puericultura, bem como o atendimento hospitalar durante o óbito. Os dados apontaram uma associação entre a baixa escolaridade e baixa renda maternas, e as principais causas de morte identificadas foram: malformações, causas externas, algumas doenças infectoparasitárias e afecções perinatais, causas potencialmente evitáveis, segundo o estudo. Os autores apontam para a necessidade de investimentos tanto na atenção primária de saúde como na hospitalar, que permitam início e seguimento pertinente em cada fase do ciclo vital, em especial aos menores de 1 ano de idade, para que os agravos que os afetam não tenham desfecho desfavorável (SANTOS et al., 2016)

Esse cenário oferece uma oportunidade aos enfermeiros de aplicarem seus conhecimentos para prevenir a mortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida das famílias e comunidades. Vários estudos

apontam que as ações realizadas pelos enfermeiros na APS, como incentivo ao aleitamento materno, vacinação, pré-natal de baixo risco e acompanhamento de puericultura contribuem diretamente na redução da mortalidade infantil (MORAES; SILVA; GUEDES, 2008; FERRARI et al., 2012; SANDERS et al., 2017).

Análise dos dados de mortalidade materna evidenciou que dois municípios não atingiram a meta proposta no ODS 3, Cristal e Arroio Grande. Cabe destacar que esses também não atingiram a meta em relação a mortalidade infantil. Em relação aos índices brasileiros, a causa de mortalidade teve uma queda de 58% entre 1990 e 2015, passando de 143 para 60 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (VEGA; SOARES; NARS, 2017). Os dados analisados revelaram que 80% dos municípios possuem índices de mortalidade materna abaixo dos índices brasileiros.

Quanto às causas de mortalidade, destacam-se a hipertensão gestacional, hemorragia pós-parto, infecções e aborto, as quais são associadas a qualidade de vida e assistência. Estudo verificou que nas últimas décadas as evoluções científicas e tecnológica proporcionaram avanços que permitem evitar a quase totalidade das mortes maternas. Ressalta-se que, para isso, os serviços de saúde devem estar atentos à dificuldade no acesso; à deficiência no atendimento e diagnóstico de doenças gestacionais ou das que se agravam nessa fase; ao acompanhamento da mulher na gestação e puerpério, sendo que esse acompanhamento deverá se estender, no mínimo, até o 42º dia após o parto (VEGA; SOARES; NARS, 2017).

Um aspecto importante quanto à mortalidade materna é a mortalidade tardia, definida como o óbito devido a causas obstétricas diretas ou indiretas que ocorre em um período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez.

O estudo evidenciou que as mortes maternas tardias representam em torno de 20% das mortes maternas no Estado de São Paulo e no Paraná, sendo estimado que 13 a 15% das mortes de mulheres em idade fértil, apontadas como causas mal definidas, possam estar relacionadas a isso. Os autores apontam que as causas de mortalidades tardias encontradas poderiam ser evitadas, visto que existem tratamentos específicos efetivos. Além disso, percebeu-se a necessidade de acompanhamento mais prolongado no puerpério, oferta de abortamento seguro, ocitocina ou misoprostol na hemorragia pós-parto e a inclusão de medidas simples como o planejamento reprodutivo, o monitoramento e o tratamento das cardiopatias no puerpério, o uso de sulfato de magnésio na pré-eclâmpsia e eclâmpsia, e de antibióticos na infecção (VEGA; SOARES; NARS, 2017).

A discussão da mortalidade por causas evitáveis nas faixas etárias de 0 a 4 anos e 5 a 75 anos insere-se no âmbito dos indicadores sensíveis à qualidade da atenção à saúde prestada, que, por sua vez, pode influir na tomada de medidas de resultado ou de impacto dessa atenção. O monitoramento dessas causas permite avaliar e comparar as ações realizadas em cada região, no entanto no Brasil poucos estudos têm se dedicado a avaliar essa temática, a maioria deles discute a mortalidade infantil.

Em relação à mortalidade por causas evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, observa-se que os dados analisados se mostram na contramão do ODS 3, visto que têm aumentado o número de mortes nos anos avaliados, com exceção do ano de 2013, no qual se observa uma redução de 21,65% em relação ao ano anterior. No entanto, essa tendência de queda não se repetiu nos anos seguintes, as mortes continuaram a subir, sendo que em 2016 os índices atingiram os maiores patamares dos anos analisados.

A mortalidade em menores de 5 anos está associada diretamente à assistência prestada à mãe e ao filho, incluindo a atenção pré-natal, ao parto e aos cuidados com o recém-nascido, à puericultura, a prevenção de acidentes domésticos, atenções que podem ser providas na APS (SANDERS et al., 2017). O conhecimento destas inter-relações permite identificar os fatores de risco passíveis de modificação por intervenções de médio e curto prazo.

A análise dos dados revelou que a mortalidade por causa evitável da faixa etária de 5 a 75 anos também tem aumentado no período investigado. Esse dado difere do encontrado em estudo que avaliou a população de 5 a 69 anos, residente na região Sudeste e Unidades Federadas, no período de 2000 a 2013, que identificou um declínio na mortalidade por causa evitável na faixa analisada (SALTARELLI, et al., 2019). Essa redução foi associada às ações implantadas no âmbito do SUS, que demonstraram ser efetivas na redução da mortalidade evitável, que são sensíveis às intervenções de promoção da saúde, portanto o estudo reforça a necessidade de manter o foco no enfrentamento dessas causas de adoecimento e de morte, além dos seus fatores de risco. Esse dado evidencia a carência de ações de saúde eficazes ao enfrentamento da mortalidade por causa evitável no Extremo Sul do Brasil.

Destaca-se que, pela primeira vez na história, as doenças não transmissíveis (DNT) superaram as doenças infecciosas como principais causas de mortalidade em todo o mundo. O crescimento econômico, a modernização e a urbanização contribuíram para a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, que têm contribuído para o aumento dos problemas cardiovasculares e câncer, que exigem cuidados a longo prazo, de

alto custo, que por vezes estende-se durante toda a vida (CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS, 2016). Esta também é meta do ODS 3, que estimula, até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar; reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool e, até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas.

No entanto, cabe destacar que, no Brasil, tem ocorrido o retorno das doenças infectocontagiosas como febre amarela e dengue, o surgimento da Zika vírus e Chikungunya. Tudo isso exige que o sistema de saúde implemente ações para controlar a população de mosquitos, que sofre influência ambiental e do local de domicílio das pessoas. A carência de esgotos, água encanada e coleta de lixo adequadas aumentam as condições de proliferação de mosquitos.

Em relação, ainda, às doenças infectocontagiosas e a meta de acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis, destaca-se que o Brasil não possui dados sobre mortalidade ou morbidade separados por cidades após 2008.

A partir dessa ausência, os municípios devem pautar suas ações com base em estatísticas de quase uma década atrás. Sendo essas que balizam a oferta de serviços de APS, média e alta complexidade, contribuindo para o déficit da oferta de serviços de saúde a população e para o agravamento das condições de saúde da população, em especial os menos favorecidos. Dado que corrobora com o encontrado nos dados analisados, que apontam para o aumento da mortalidade de causa evitáveis na região em estudo.

O ODS 3 aponta a necessidade de assegurar o acesso universal aos serviços de saúde. Essa meta, no Brasil, foi alcançada com o SUS e é respaldada pela Constituição Federal, no entanto, atualmente, esses direitos têm sido questionados. Observa-se um desmantelamento dos serviços de saúde, um descrédito no serviço profissional ofertado, uma tendência à supervalorização da tecnologia e atenção de alta complexidade em detrimento das ações de APS. Apresenta-se na contramão do proposto pela ODS 3, item oito, que visa o acesso a serviços de saúde de qualidade, a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade, acessíveis para todos.

Ainda, destaca-se que o extremo sul do Rio Grande do Sul tem como desafios, até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo; fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado; e reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde, visto que os municípios desta região possuem extração de renda pela fumicultura, o que traz, concomitantemente, o uso intensivo de agrotóxicos.

4.2 AS METAS DO ODS 3 E AS AÇÕES DE ENFERMAGEM NA APS

Os desafios propostos pelos ODS vão além das questões que afetam as pessoas, o planeta, a prosperidade e a paz. Os ODS reconhecem que acabar com a pobreza deve acompanhar as estratégias que criam o crescimento econômico e abordam uma série de necessidades sociais, incluindo educação, saúde, proteção social e oportunidades de emprego, bem como as mudanças climáticas e a proteção ambiental.

Além disso, o ODS 3 enfatiza que aumentar substancialmente o financiamento da saúde, o recrutamento, desenvolvimento e formação, e a retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos estados insulares em desenvolvimento, exigem por parte da enfermagem uma prática que ultrapassa os âmbitos do hospital e da Unidade Básica de Saúde, exercendo um papel que permita participar das decisões políticas e de gestão dos sistemas de saúde, setores nos quais os enfermeiros desempenham um papel de liderança, reconhecido pela OMS e ONU (CHAPARRO-DÍAZ, 2017), com o intuito de incorporar os ODS às políticas públicas, com vistas a atuar sob os Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Os DSS referem-se às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, sendo moldados por fatores como a distribuição de renda, educação, trabalho, moradia e acesso aos recursos naturais e sociais (CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS, 2016)

Os ODS também condicionam a necessidade de visão holística das raízes do desenvolvimento econômico, social e ambiental, o qual deve considerar a qualidade do ar, da alimentação e dos locais de moradia da população. Nessa perspectiva, a saúde passa a ser de responsabilidade de diversos setores como dos transportes, da educação, do ambiente, da habitação, do comércio e da agricultura e não apenas da saúde (CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS, 2016).

Essa agenda adotada pelos países em 2015 os torna os principais responsáveis pelo acompanhamento e revisão dos progressos realizados na implementação dos objetivos, o que exigirá conhecer os indicadores que se relacionam com cada ODS, monitorá-los oportunamente, com qualidade e por meios acessíveis, o que, em relação ao ODS 3, remete à necessidade de conhecer as causas de morbidade e mortalidade em cada região do país e doenças infectocontagiosas, requerendo profissionais de saúde qualificados para o desenvolvimento de ações assistenciais, gerenciais, educacionais e de pesquisa.

Conhecer este marco de trabalho global, que visa contribuir no melhoramento da qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades, é um ponto importante para a enfermagem (CHAPARRO-DIAZ, 2017). Estudos internacionais têm apontado que o enfermeiro tem um papel importante para o sucesso dessas metas, destacando a necessidade de ações que contribuam na formação e capacitação desses profissionais para participação ativa nas decisões mundiais no tema de saúde e consolidou um grupo de trabalho liderado pela enfermagem (AL MAAITAH, ABUALRUB, 2017).

Isso torna pertinentes as discussões sobre a inserção da prática de enfermagem, agregando valor aos recursos humanos e aos sistemas de saúde locais, visando ofertar serviços qualificados e centrados nas pessoas (MENDES; VENTURA, 2017) e prestar um cuidado de qualidade e significativo, capaz de responder às rápidas mudanças da sociedade atual ao mesmo tempo que contemple ações culturalmente aceitas, que reconheçam os diversos sistemas de saúde existentes e saberes.

Embora o ODS 3 concentre as ações relacionadas à saúde, objetivando assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar a todos, em todas as idades, outros ODS como 1, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 16 abordam a erradicação da pobreza; segurança alimentar e agricultura; saúde; educação; igualdade de gênero; redução das desigualdades; energia; água e saneamento; padrões sustentáveis de produção e de consumo; mudança do clima; cidades sustentáveis; proteção e uso sustentável dos oceanos e dos ecossistemas terrestres; crescimento econômico inclusivo; infraestrutura e industrialização; governança; e, meios de implementação.

Os ODS tencionam a cobertura universal como um dos princípios alvos da meta global de saúde, que visam promover uma vida mais saudável para todas as idades, e isso não será alcançado a menos que haja um verdadeiro investimento em sistemas de cuidados de saúde e nos profissionais de saúde (AL MAAITAH, ABUALRUB, 2017)

Estudos apontam que a enfermagem, por representar 70% dos profissionais de saúde no mundo, pode contribuir significativamente no alcance do ODS, com a oferta de trabalhadores qualificados, para o desenvolvimento de ações que diminuam o impacto do desenvolvimento e das mudanças climáticas sobre a vida das pessoas, e no desenvolvimento de ações de cuidado culturalmente aceitas, a um custo acessível e capaz de responder eficazmente aos desafios propostos pelos ODS, em especial ao ODS 3.

Nesse sentido, apresenta-se a necessidade de organização dos serviços e sistemas de saúde nacionais, valorizando-se a formação sistêmica de recursos humanos, em quantidade suficiente, que possam ofertar assistência nos locais onde são necessários em tempo oportuno, respeitando as especificidades culturais, sociais e ambientais de cada localidade (MENDES; VENTURA, 2017).

5 CONCLUSÃO

A implementação dos ODS é um desafio que requer parceria global com a participação de governos, sociedade civil, setor privado, academia, mídia e Nações Unidas com vistas a atender as metas estabelecidas.

Os indicadores de saúde analisados do Extremo Sul do Brasil evidenciaram a necessidade de implementar ações que visem a melhorar a qualidade de vida e saúde dessa população, com vistas a redução do número de mortes por causas evitáveis. Entende-se que essas não estão relacionadas apenas a oferta do sistema de saúde mais equânime, mas também aos problemas econômicos, sociais e ambientais. No entanto ressalta-se a importância de investimento em ações de atenção primária à saúde, com vista a ofertar aos moradores dessa região apoio e melhores perspectivas para o enfrentamento da mortalidade por causa evitável em todos os ciclos da vida.

REFERÊNCIAS

AL MAAITAH, R.; ABUALRUB, R. Exploration of priority actions for strengthening the role of nurses in achieving universal health coverage. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, 2017.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Declaração da Conferência de ONU no Ambiente Humano**. Estocolmo, 1972. 13p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Acesso em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B375C2D0E0F359G19HIJd2L2412M0N&VInclude=../site/infsaude.php>>. Acesso: 29 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília, 2018. 426p.
- CHAPARRO-DÍAZ, L. Objectives of Sustainable Development and Non Transmissible Chronic Disease. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, 2016.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Enfermeiros**: uma força para mudança. 2016.
- ELKINGTON, J. Enter the triple bottom line. *In*: Henriques, A.; Richardson, J. (Org.). **The Triple Bottom Line, Does it All Add Up?**, London: Earthscan Publications, 2004.
- FERRARI, R. A. P. *et al.* Determining factors for neonatal mortality in a city in the Southern Region of Brazil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 531-538, 2013.
- MALTA, D. C. *et al.* Atualização da lista de causas de mortes evitáveis (5 a 74 anos de idade) por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, n. 20, v. 3, p.409-412, 2011.
- MORAIS, E. O.; SILVA, K. A.; GUEDES, H. M. Atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na redução do índice de mortalidade infantil e materna. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 1, n. 1, p. 39-49, nov./dez. 2008.
- NASCIMENTO, R. M. *et al.* Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 28, v. 3, p. 559-572, 2012.
- ONU. **Transformando Nosso Mundo**: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 16 dez. 2018.
- SALTARELLI, R. M. F. *et al.* Mortes evitáveis por ações do Sistema Único de Saúde na população da Região Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 887-898. 2019.
- SANDERS, L. S. C. *et al.* Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p. 83-89, 2017.
- SANTOS, E. P. *et al.* Mortalidade entre menores de um ano: análise dos casos após alta das maternidades. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 390-398, jun. 2016.
- SOUSA, J. *et al.* Morbidade em recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 17, n. 1, p. 149-157, jan./mar. 2017.
- VEGA, C. E. P.; SOARES, V. M. N.; NARS, A. M. L. F. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 3, 2017.
- MENDES, I. A. C.; VENTURA, C. A. A. Nursing Protagonism in the UN Goals for the people's health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, 2017.
- MENDES, I. A. C. *et al.* Nursing and Global Health: social determinants of health in the training of nurses. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, n. suppl. 4, p. 700-705, 2018.

SOBRE AS AUTORAS

Ângela Roberta Alves Lima

Graduada em Enfermagem (2000). Especialista em: Saúde da Família (2004) pela Universidade de Caxias do Sul (UCS); Educação Permanente em Saúde em Movimento (2015) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Enfermagem (2012) pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Contato: angelarobertalima@hotmail.com

Eliana Buss

Graduada em Enfermagem (2004). Especialista em Saúde Coletiva (2006) pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECO). Mestre (2011) em Gestão de Políticas PÚBLICAS pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Contato: busseliana@yahoo.com

Rosa Lía Barbieri

Graduada em Ciências Biológicas (1992). Mestre (1995) e Doutora (1999) em Genética e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Contato: lia.barbieri@embrapa.br

Rita Maria Heck

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia (1987). Especialização em: Saúde Pública (1989) pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI); Saúde Mental Coletiva (1992) pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestre em Extensão Rural (1993) pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutora em Enfermagem (2000) pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Contato: rmheckpillon@yahoo.com.br