



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

SUYANNE DE QUADROS SCHMIDT

**AVANÇOS NA SAÚDE INFANTIL: RESGATE HISTÓRICO NO ESTADO DE
SANTA CATARINA - BRASIL**

Florianópolis

2019

SUYANNE DE QUADROS SCHMIDT

**AVANÇOS NA SAÚDE INFANTIL: RESGATE HISTÓRICO NO ESTADO DE
SANTA CATARINA - BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Juliana Coelho Pina

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Schmidt, Suyanne de Quadros

Avanços na saúde infantil : Resgate histórico no estado
de Santa Catarina - Brasil / Suyanne de Quadros Schmidt ;
orientadora, Juliana Coelho Pina, 2019.

80 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Saúde da Criança. 3. Mortalidade
Infantil. 4. Política Pública. 5. Atenção primária em saúde.
I. Pina, Juliana Coelho. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

SUYANNE DE QUADROS SCHMIDT

**AVANÇOS NA SAÚDE INFANTIL: RESGATE HISTÓRICO NO ESTADO DE
SANTA CATARINA - BRASIL**

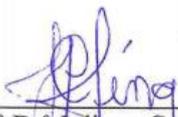
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 13 de junho de 2019.


Prof^o Dr. Jeferson Rodrigues

Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:


Prof^a Dr^a Juliana Coelho Pina
Orientadora e Presidente


Prof^a Dra. Roberta Costa
Membro efetivo


Prof^a Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza
Membro efetivo

*“Uma jornada de mil quilômetros começa
com o primeiro passo.”
(O Rei Leão – Walt Disney)*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por todas as oportunidades, pela minha família e por me dar saúde e perseverança durante minha caminhada. Aos meus pais, *Sidnei* e *Audanei*, dirijo toda minha gratidão e amor, vocês me impulsionaram a chegar até aqui, essa conquista é nossa! Sem vocês essa graduação não seria possível, vocês foram os melhores pais do mundo, obrigada por tanto, amo vocês.

Gostaria de agradecer a minha irmã *Lara*, por todos os momentos de companheirismo, obrigada por ajudar nas transcrições, por participar das minhas conquistas e nunca desistir de mim. Agradeço pelas brigas, elas também me fizeram crescer, saiba que apesar das desavenças você sempre terá uma grande parte do meu coração.

Aos meus avós, obrigada pelo incentivo, orgulhar vocês é uma das metas que me trouxeram até aqui, vocês foram essenciais nesses últimos anos, que sorte a minha ter vocês. Também estendo minha gratidão ao meu namorado *André*, por todo apoio e companheirismo nos últimos 6 anos, passamos no vestibular juntos, e aqui estamos, nos formando. Obrigada por me impulsionar sempre, sei que você sempre acreditou em mim, também te dedico essa conquista.

Obrigada amigos, por tornar essa graduação mais leve e prazerosa, sentirei saudade da nossa convivência. Não há espaço para todos os nomes que gostaria de citar, mesmo sendo injusta com alguns, destaco meus queridos amigos e futuros colegas de profissão: *Suelen*, *Flávia*, *Morgana*, *Geovana* e *Ezequiel*. Espero que esse fim de graduação seja um até logo.

Não poderia deixar de citar minha orientadora, linda, doutora, enfermeira e surfista *Juliana C. Pina*, obrigada por toda a atenção e dedicação para comigo nesses últimos semestres. Foi um privilégio participar do seu projeto de extensão, te ter como orientadora e professora, você emana alegria e positividade, obrigada por me manter calma nos períodos de tensão e desespero, esse trabalho é uma idealização sua, foi um enorme prazer fazer parte dessa obra.

Por fim, gostaria de agradecer as professoras *Ana Izabel Jatobá*, *Roberta Costa* e *Margarete M^a de Lima*, por aceitarem participar da minha banca examinadora e dedicar seu tempo à leitura e avaliação deste trabalho que finda a última etapa da minha graduação, obrigada.

RESUMO

Na saúde da criança, muitos avanços ocorreram nas três últimas décadas a nível global. O Brasil, em 25 anos, reduziu 73% das mortes infantis em seu território, tornando-se uma das referências mundiais neste aspecto. Santa Catarina (SC) é um dos estados brasileiros com menor índice de óbitos infantis. Sendo assim, o presente trabalho buscou analisar as contribuições das ações de proteção à saúde da criança em SC, de 1982 a 2018, para a redução da mortalidade infantil (MI). Trata-se de uma pesquisa histórica, com abordagem qualitativa, a coleta foi feita mediante a pesquisa documental, realizada por meio de busca manual e eletrônica, os documentos obtidos foram submetidos à análise de conteúdo. Resultados apontam as estratégias de vigilância em saúde, gestão e ações da atenção primária à saúde como as principais responsáveis pelo progresso alcançado pelo estado, no âmbito da saúde da criança. Destacaram-se, também, as ações de caráter municipal, evidenciadas por programas reconhecidos e premiados nacionalmente, revelando a importância da autonomia das prefeituras acerca de suas ações em saúde. A partir da análise e síntese das informações previamente pulverizadas em documentos históricos, este trabalho contribuiu para o entendimento e visualização acerca das práticas governamentais voltadas à criança em SC, nas últimas décadas. O levantamento realizado nesta pesquisa pretende estimular a multiplicação das boas práticas e aprimoramento das ações voltadas à redução da MI, nas demais regiões do Brasil e do mundo.

Descritores: Saúde da Criança. Mortalidade Infantil. Fatores de Proteção. Política Pública. Atenção primária em saúde. Enfermagem.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Sumarização dos dados relativos ao monitoramento da mortalidade infantil. Santa Catarina, 2019.....	32
Figura 2: Sumarização dos dados relativos ao controle de doenças imunopreveníveis. Santa Catarina, 2019.....	33
Figura 3: Sumarização dos dados relativos à vigilância no ciclo gravídico-puerperal e neonatal. Santa Catarina, 2019.....	35
Figura 4: Sumarização dos dados relativos à implementação e avaliação de programas. Santa Catarina, 2019.....	37
Quadro 1: Programas implementados na Atenção à Saúde Materno-Infantil em Santa Catarina, no período de 1982 a 2018 citados em documentos físicos do Arquivo Oficial de SC.....	39
Figura 5: Evolução do número de EqSF e de Equipes de Saúde Bucal em SC, 1995 a 2014.....	42
Quadro 2: Famílias acompanhadas por ano e modelo de atenção, em Santa Catarina, no período de 1998 a 2015.....	43
Figura 6: Sumarização dos dados relativos às ações gerenciais. Santa Catarina, 2019.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS – Atenção Primária à Saúde
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil
DINSAMI – Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DNCr – Departamento Nacional da Criança
EBBS – Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis
EqSF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HU – Hospital Universitário
HIJG – Hospital Infantil Joana de Gusmão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS - Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde
IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LMGAL - Livro de Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa
MI – Mortalidade Infantil
MS – Ministério da Saúde
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS – Programa de Ações Integradas à Saúde
PAISMC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PES – Plano Estadual de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família

PTN – Programa de Triagem Neonatal

RC – Rede Cegonha

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SC – Santa Catarina

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TABNET/SIAB – Sistema de Informação em Atenção Básica

TMI – Taxa de mortalidade infantil

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNICEF – United Nations Children's Fund

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 PERGUNTA DE PESQUISA	14
2. JUSTIFICATIVA	15
3. OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVO GERAL.....	17
4. REVISÃO DE LITERATURA	18
4.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS VOLTADOS À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL	18
4.2 O ESTADO DE SANTA CATARINA E OS INDICADORES E CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA.....	22
5. METODOLOGIA.....	25
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO	25
5.3 FONTES DO ESTUDO.....	26
5.4 COLETA DE DADOS	26
5.5 ANÁLISE DE DADOS	27
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	28
6. RESULTADOS	29
6.1 MANUSCRITO	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
8. REFERÊNCIAS.....	66

1. INTRODUÇÃO

Na saúde da criança, muitos avanços ocorreram nas últimas três décadas, no tocante à redução da MI, a nível global (UNICEF, 2017). Por meio de compromissos políticos firmados em diversos países, foram adotadas ações que contribuíram para a redução do coeficiente de mortalidade de menores de cinco anos de idade (denominado de coeficiente de mortalidade na infância) de 90 por mil nascidos vivos, em 1990, para 48 por mil nascidos vivos, em 2012 (UNICEF, 2013). Dentre essas ações, destacam-se a ampliação da cobertura vacinal, intervenções nutricionais, cuidados básicos em saúde materno-infantil e melhorias em outras áreas além da saúde, como educação, acesso à água potável e saneamento básico (VICTORA et al., 2011a, 2011b; UNICEF, 2013).

A nível mundial, de 1990 a 2012, houve um incremento de 68% na cobertura vacinal, de 28% na admissão escolar do ensino fundamental e de 14% no acesso a saneamento básico, além de uma redução de 37% no déficit de crescimento, em menores de cinco anos de idade (UNICEF, 2013). Entretanto, segundo o *Levels and Trends in Child Mortality* (2017), ainda que o número de óbitos de menores de 5 anos de idade tenha sido reduzido a 5,6 milhões em 2016, em comparação com quase 9,9 milhões em 2000, a proporção de mortes de menores de 5 anos durante o período neonatal cresceu de 41% para 46%, no mesmo intervalo de tempo, ou seja, 15 mil crianças menores de 5 anos de idade morreram por dia, em 2016, entre elas, 7000 bebês em seus primeiros 28 dias de vida (UNICEF, 2017).

Considerando os dados estatísticos, a questão da sobrevivência infantil permanece como um desafio global. Nesse contexto, o compromisso firmado no ano de 2000, de redução do coeficiente de mortalidade na infância em dois terços até 2015, como quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 4) das Nações Unidas, não foi atingido a nível mundial. Apesar das melhorias impressionantes na maioria das regiões, as tendências atuais não foram suficientes para alcançar a meta. Todavia, vale ressaltar que o Brasil foi um dos países que conseguiu atingir a redução esperada para 2015 (ONU, 2015).

Outro desafio a ser superado é a concentração da mortalidade por causas evitáveis em regiões mais pobres, que viola o direito fundamental da criança à sobrevivência e ao desenvolvimento, bem como o direito a não discriminação. Ademais, dados atuais sobre registros de nascimentos, admissão escolar e violência explicitam a

violação de outros direitos da criança, como o direito a um nome e a uma identidade, à educação e à proteção (ONU, 1989; UNICEF, 2014).

O desafio, portanto, engloba muito mais que reduzir a mortalidade. É necessário identificar e superar as desigualdades regionais nos indicadores de saúde infantil – decorrentes das desigualdades socioeconômicas e de acesso – buscando-se a equidade, cuja aceção ultrapassa os limites da igualdade e encontra-se com a ideia de justiça social, em uma perspectiva de proteção dos direitos da criança (ONU, 1989; BARATA, 1997; VICTORA et al., 2011a; UNICEF, 2014).

Embora a região geográfica e o estado econômico desempenhem papel importante no processo saúde-doença, tais fatores não são barreiras para reduzir a mortalidade na infância. Países de baixo rendimento – como o Bangladesh, a Libéria e o Ruanda – e de médio rendimento – como Brasil, Mongólia e Turquia – conseguiram progressos notáveis na redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos, por meio de esforços coordenados dos setores público, privado e da sociedade civil (BARROS et al., 2010; UNICEF, 2012b, 2013).

O Brasil, conforme já referido, apresentou um importante avanço no tocante à redução da mortalidade em menores de cinco anos de idade, alcançando o coeficiente estimado de 13,8 mortes por mil nascidos vivos, em 2015 - uma queda de 73% de mortes infantis, em comparação ao coeficiente de 62/1000, em 1990 (UNICEF, 2014, IBGE, 2015).

O país, que alcançou a meta de redução da mortalidade na infância proposta pelos ODM dois anos antes do previsto (UNICEF, 2012a), assinou, em 2012, o documento *Compromisso com a sobrevivência infantil: uma promessa renovada*. Tal documento representa um compromisso político de 176 governos para salvar as crianças menores de cinco anos de mortes evitáveis, com ênfase no período neonatal. O acordo, proposto pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e pelos governos dos Estados Unidos da América, Índia e Etiópia propõe a cooperação para ajudar países que enfrentam dificuldades em reduzir a mortalidade na infância, conforme proposto nos ODM, intercambiando informações e compartilhando as experiências bem-sucedidas (UNICEF, 2013).

Embora o Brasil seja atualmente uma das referências mundiais na redução da mortalidade na infância, ainda existem marcadas disparidades. Apesar da redução da mortalidade de crianças menores de 1 ano em mais de 25% entre 2005 e 2015, o país ainda tem mais de 37 mil falecimentos nessa idade, sendo que a maior parte desses

bebês indígena, que têm o dobro de chance de morrer antes do primeiro aniversário que os demais recém-nascidos brasileiros (UNICEF, 2017). Ademais, persistem diferenças entre os indicadores das regiões mais pobres e mais ricas do país. O relatório de Níveis e Tendência em MI, de 2015, aponta que em 32 municípios o índice de mortes infantis supera 80 para cada 1.000 crianças nascidas. Apesar de a região Nordeste ter apresentado a maior redução anual da MI no país, o coeficiente de mortalidade na infância dessa região ainda é o mais elevado do Brasil, sendo 2,2 vezes maior que o da região Sul (VICTORA et al., 2011a; UNICEF, 2015). O estado de SC teve o segundo menor indicador relativo à mortalidade de crianças do país em 2015, enquanto a média nacional foi de 13,82 óbitos de crianças menores para cada 1.000 nascidos vivos, o estado apresentou 9,5 óbitos, ficando atrás apenas do Estado do Espírito Santo, com o indicador de 9,2 (IBGE, 2015).

O conhecimento dos fatores relacionados aos bons indicadores de saúde infantil, em estados como SC, ganha especial importância para auxiliar na melhoria da saúde das crianças de outras regiões no Brasil e do mundo, especialmente no contexto atual de cooperação explicitado.

Diante do exposto, considera-se que o conhecimento das experiências bem-sucedidas, no estado de SC, poderia auxiliar outras regiões e países a superar os desafios à qualidade de vida das crianças e à redução da mortalidade na infância.

1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Quais programas, ações e fatores contribuíram para os baixos índices de MI, no estado de SC entre 1982 a 2018?

2. JUSTIFICATIVA

A melhoria nos indicadores brasileiros relativos à saúde infantil é atribuída às mudanças sociais e econômicas e às ações governamentais, inclusive aquelas que extrapolam o setor saúde. Assim, a redução do desemprego, o aumento progressivo do salário mínimo, a expansão dos programas de transferência de renda, a urbanização, a redução nas taxas de fecundidade, a expansão da rede de água e saneamento e as melhorias na educação secundária, aliadas às ações e programas específicos do setor saúde, são consideradas responsáveis pela evolução positiva na saúde das crianças brasileiras (BARROS et al., 2010; VICTORA et al., 2011a).

Em termos de iniciativas do setor saúde, são apontadas várias ações e programas realizados pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro que potencialmente contribuíram com os resultados alcançados, como a Política Nacional de Aleitamento Materno, o Programa Nacional de Imunização, o Pacto Nacional pela Redução da MI no Nordeste e Amazônia Legal e a ampliação do acesso à Atenção Básica, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (BARROS et al., 2010; VICTORA et al., 2011a).

Conforme exposto, o Brasil é uma das referências mundiais na redução da mortalidade na infância e, recentemente, comprometeu-se a ajudar países que ainda não alcançaram os indicadores pactuados, por meio do intercâmbio de informações e do compartilhamento de experiências bem-sucedidas. No entanto, a realidade brasileira ainda é marcada por disparidades regionais, sendo SC um dos estados com menor indicador de mortalidade na infância.

No que se refere aos dados estatísticos de expectativa ou esperança de vida ao nascer, para ambos os sexos, os maiores índices brasileiros (em 2015) pertencem ao estado de SC - 78,7 anos, 3,2 anos acima da média nacional de 75,5 anos. Uma criança nascida do Maranhão sujeita a lei de mortalidade observada em 2015, esperaria viver, em média, aproximadamente 8,4 anos a menos que uma criança nascida em SC. Esse indicador está relacionado também aos baixos índices de mortalidade neonatal e infantil encontrados no estado (IBGE 2015).

Estudos ecológicos recentes sugerem que as melhores condições socioeconômicas da população e maior cobertura dos serviços de saúde nos estados do Sul e do Sudeste seriam responsáveis pelos melhores indicadores observados. No entanto, os mesmos estudos apontam que a redução do componente neonatal da MI e a garantia da qualidade da atenção à saúde permanecem como desafios, mesmo nessas

regiões (BARROS et al., 2010; PACHECO, 2010; VICTORA et al., 2011a). Portanto, um dos importantes desafios que ainda persistem para a redução da mortalidade na infância é a redução da mortalidade neonatal, que representa dois terços dos óbitos em menores de um ano e apresenta redução mais lenta que os demais componentes do indicador.

Houve uma intensificação das ações em saúde perinatal, por meio da adesão do estado à Rede Cegonha, a partir de 2012, cuja implantação ocorreu em todo território catarinense em 2013 (BRASIL, 2013). Além da ampliação da atenção hospitalar à gestante e ao neonato, está prevista a qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) para efetuar as ações relacionadas ao binômio mãe-filho (SANTA CATARINA, 2012). É importante identificar o impacto dessas ações sobre a mortalidade neonatal e, consequentemente, sobre a mortalidade na infância.

Diante do exposto, este estudo busca identificar as ações, programas e demais fatores responsáveis pelo baixo número de óbitos infantis no estado de Santa Catarina, que foram planejados e implantados desde o ano de 1982 até 2018. O recorte histórico foi determinado com base na marcante criação do Programa de Ações Integradas à Saúde, implantado entre os anos de 1982 e 1983, no município de Lages/SC, que fomentou a municipalização de redes de atenção à saúde no estado, proporcionando a criação de diversas ações e serviços que culminaram no melhoramento significativo dos índices de saúde de SC na época, o término do recorte ocorre em 2018, ano anterior ao fim do desenvolvimento da pesquisa.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Realizar um resgate histórico das ações de proteção à saúde da criança no estado de SC de 1982 a 2018 que podem ter contribuído para os bons índices de MI do estado.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer as políticas e programas de saúde voltados para as crianças no estado de SC, de 1982 a 2018.

Identificar os dados epidemiológicos, de 1982 a 2018, sobre a MI no estado de SC.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Para a elaboração desta revisão realizou-se um levantamento de publicações nacionais nos bancos de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (ABEN/CEPEen) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo como descritores: Saúde da Criança. Mortalidade Infantil. Fatores de Proteção. Política Pública. Atenção primária em saúde. Enfermagem.

A Revisão foi feita entre maio e junho de 2018, e considerando a temática histórica do estudo, o levantamento da produção científica incluiu artigos, portarias e também documentos oficiais disponíveis em base de dados, teses, livros, sites oficiais e manuais do Ministério da Saúde.

4.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS VOLTADOS À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

A evolução histórica da participação da criança na sociedade, assim como os cuidados à saúde voltados a essa população, apresentou avanços, tendo como reflexo a redução da MI e implantação de diversas políticas públicas de saúde no Brasil nas últimas décadas. As Políticas Públicas podem ser definidas como a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público (LOPES; AMARAL, 2008; ARAÚJO, 2014).

No Brasil, as discussões voltadas para políticas públicas relacionadas à saúde das crianças, tiveram início na década de 1920, quando as autoridades públicas e privadas demonstraram preocupação com o adoecimento infantil, e, iniciaram discussões a respeito do aleitamento materno e seu estímulo. E, então, entre 1930 e 1940, uma década após o início das discussões, os primeiros programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência foram criados, todos submetidos às propostas do Departamento Nacional da Criança (DNCr). A meta das ações propostas nessa época era a diminuição do absenteísmo de mães a jornada de trabalho nas indústrias empregadoras, tendo em vista que crianças doentes desencadeavam faltas no serviço (PEREZ; PASSONE, 2010; ARAÚJO, 2014).

No ano de 1969, o DNCr, sob responsabilidade do MS, foi destituído, para a criação da Coordenação de Proteção Materno-Infantil, em 1970, a qual apresentou como proposta o planejamento, orientação, coordenação, controle e fiscalização das ações de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Tendo em vista os altos índices de MI da época, ainda na década de 1970, foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil que passaria a se chamar no fim do mesmo ano Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), as primeiras ações de caráter preventivo foram observadas nessa época, objetivando a redução da morbimortalidade entre crianças e mães (BRASIL, 2011b).

Segundo o MS (2011b), a DINSAMI apesar ter proposto ideias inovadoras no que se diz respeito a estratégias de prevenção de agravos de saúde, não levava em consideração a diversidade cultural e regional brasileira. Sendo assim, por volta dos anos de 1980, em busca de um cuidado integral, o MS identificou como necessidade o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento de todas as crianças, e, a partir dessa ideia elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISMC), o qual determinou as cinco ações básicas, primordiais para o atendimento às crianças brasileiras: aleitamento materno e orientação familiar sobre a alimentação em situação de desmame; estratégias para o controle das afecções respiratórias agudas; imunização básica; controle efetivo das doenças diarreicas e, por último, o acompanhamento profissional do crescimento e do desenvolvimento infantil (ARAÚJO, 2014).

Paralelamente, constitui-se no país uma noção particular de infância e adolescência que protela políticas sociais de atendimento à criança e ao adolescente como direitos de cidadania até a década de 1980. A proclamação da Constituição Cidadã (BRASIL, 1988) e da aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990), contribuiriam profundamente para delinear as transformações no modelo de saúde brasileiro, bem como no que diz respeito à saúde da criança, com suas prerrogativas que perduram até os dias atuais (PEREZ, PASSONE, 2010).

No início dos anos 1990 foi desenvolvido pelo MS, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), o PSF foi inicialmente concebido como um programa de saúde e, posteriormente, ampliado para uma estratégia de governo, denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), sua aplicação permitiu melhorias nos resultados do trabalho em saúde, aperfeiçoando o modo de fazer a assistência em saúde, o qual ainda nos dias de hoje é considerado atual,

pois supera os limites da concepção tradicional de pensar e produzir saúde (SORATTO et al., 2015).

Já em 1995, o MS elaborou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), essa proposta foi lançada para promover a autonomia da mãe e filho, favorecendo e incentivando o parto humanizado e aleitamento materno, culminando na diminuição de doenças materno-infantis e conseqüentemente da MI. Um ano após, em 1996, foi implantada a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) como proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) com o intuito de diminuir as disparidades regionais brasileiras no que se refere à MI, portanto essa ação teve maior enfoque nas regiões norte e nordeste, onde se encontravam os maiores índices de MI do país (ARAÚJO, 2014; BRASIL, 2017b).

A partir do final da década de 1990, registrou-se uma significativa ampliação de leitos neonatais intermediários e intensivos no setor público, principalmente nas regiões metropolitanas do Sul e Sudeste, em consideração ao fato de que as principais causas de mortes infantis eram originárias do período perinatal e prematuridade. Sendo assim, o MS lançou pela Portaria Ministerial nº 693 de 2000, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru, que teve como principal ideal, o aumento do contato pele a pele do bebê com sua mãe, de forma crescente e com liberdade de tempo, o qual proporciona uma maior participação da família nos cuidados com o recém-nascido, obtendo melhores resultados em sua recuperação (BRASIL, 2011a, 2017a).

Em 1º de junho de 2000, o MS instituiu a Portaria nº 569 que colocava em vigor o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, programa esse, responsável por garantir que gestantes e recém-nascidos tivessem direito do acompanhamento à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de risco habitual como de alto risco, assegurando a integralidade da assistência (BRASIL, 2000). Ainda em 2000, o Brasil assumiu, internacionalmente, com mais 189 nações, a meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) em reduzir dois terços da MI até o ano de 2015, valores que foram alcançados pelo país em 2012, ou seja, dois anos antes do previsto (UNICEF, 2012a; ONU, 2015).

A fim de organizar ações que auxiliavam no alcance do ODM e melhoravam a qualidade da assistência à saúde infantil, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS desenvolveu em 2004, a Agenda de Compromissos para a

Saúde Integral da Criança e Redução da MI. O documento sintetiza as principais diretrizes nacionais no desenvolvimento de políticas de atenção à criança, e dispunha o cuidado integral na saúde reprodutiva e perinatal como uma das prioridades, incluindo ações específicas como: humanização da assistência, teste do pezinho, imunizações, incentivo ao aleitamento, combate a desnutrição, prevenção de sobrepeso, atenção à saúde bucal e mental, prevenção de acidentes, maus tratos e violência, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, entre outras ações (BRASIL, 2004, 2017a).

O MS lançou, em 2008, uma estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na Atenção Básica focado na ESF, denominada Rede Amamenta Brasil, que posteriormente se denominaria, em 2011, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Como se pode observar, o Brasil instituiu diversas estratégias incentivo ao aleitamento materno ao longo dos anos, esse fato está diretamente relacionado à queda dos índices de MI no país, 41% das mães já mantêm a amamentação exclusiva até os primeiros seis meses de vida do bebê, dobro das taxas registradas nos Estados Unidos, Reino Unido e China (BRASIL, 2016; VENANCIO et al, 2016).

Ainda em 2008, com intuito de incentivar a qualificação da assistência e dos profissionais da área obstétrica e neonatal juntamente com a formação de redes perinatais regionalizadas, foi implementado o chamado Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal, que apresentava como elementos centrais: a vinculação da gestante com a maternidade de referência, a implantação do acolhimento e classificação de risco, o direito ao acompanhante e a implantação da cogestão em maternidades (BRASIL, 2017a).

Mediante a Portaria MS/ GM 2.395, de 07 de outubro de 2009, o MS instituiu, no ano de 2009, a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS), proposta idealizada pelo MS e a Fundação Oswaldo Cruz dois anos antes de sua implementação, a qual prioriza o cuidado integral à criança no nascimento e à mãe, dando ênfase na qualidade de vida das crianças brasileiras. A EBBS considerou os marcos legais, institucionais, recomendações teóricas e técnicas internacionais e nacionais, e experiências exitosas de programas e políticas para além da área da saúde, para sua construção, como educação, assistência social e cultural (BRASIL, 2009; PENELLO, ROSARIO, 2016).

Em 2011 o MS reafirmou o compromisso com a busca de boas práticas na gestão e na Atenção Obstétrica e Neonatal lançando a Rede Cegonha (RC), que amplifica o acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal. A RC oferece diversos

serviços voltados para a gestante, puérpera e bebê, que resumidamente são: o transporte adequado no período pré-natal e perinatal; direito à escolha do acompanhante no momento do parto; atenção integral à saúde da criança de 0 a 24 meses e acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2017a). Segundo Lansky et al. (2014) a humanização e implementação das boas práticas no trabalho de parto e parto é uma ação potente para prevenção dos óbitos neonatais evitáveis, e, conseqüentemente, redução da MI.

Finalizando, já em 2015, visando à redução da morbimortalidade infantil e a promoção de um ambiente favorável ao desenvolvimento da vida, o MS instituiu pela Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Essa Política propõe a promoção de um cuidado integral à saúde da criança desde a gestação até os nove anos de idade, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2017a).

4.2 O ESTADO DE SANTA CATARINA E OS INDICADORES E CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA

Historicamente, SC foi colonizada por diversos povos europeus, que trazem a influência de mais de 50 etnias, predominantemente marcadas por portugueses, italianos, alemães e, em menor medida, poloneses. O fato tornou o estado culturalmente diversificado, com sua particular identidade e estilo de vida; os povos colonizadores contribuíram muito para o crescimento do estado, já que, culturalmente, tinham como hábito a força de trabalho e o empreendedorismo, perfil que refletiu positivamente ao longo dos anos nos índices de crescimento, alfabetização, emprego e renda do estado (SANTA CATARINA, 2016d).

Os catarinenses respondem por 3,3% da população nacional e 5,2% do PIB industrial (2011), concentram 7,5% dos estabelecimentos industriais e 6,6% dos empregos ligados à indústria. Segundo dados do Ministério do Trabalho e Emprego, a indústria de transformação catarinense é a quarta maior do País em número de empresas e a quinta em número de trabalhadores (SEBRAE, 2014).

O nível de escolaridade entre os catarinenses também progrediu muito na última década, houve uma diminuição de pessoas que possuíam somente o ensino fundamental e crescimento da procura e formação em níveis superiores. A população que possui 10 ou mais anos de estudo mais que duplicou nos últimos 12 anos e a taxa de analfabetismo é baixa (3,5 %). Os estudantes catarinenses alcançaram, em 2012, as

segundas maiores pontuações no Programa Internacional de Avaliação de Estudantes nas questões de matemática e leitura, o que reforça ainda mais a qualidade do sistema de educação aplicado no estado (SANTA CATARINA, 2016d).

Em Santa Catarina, o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) vem manifestando tocante redução nas últimas décadas, saindo de 17,7 óbitos/mil nascidos vivos em 1996 para 9,5 óbitos/mil nascidos vivos em 2015. A faixa etária com diminuição mais acentuadas de óbitos foi a de crianças com 28 dias a menores de 1 ano de idade, que segundo o Governo do Estado de SC é a com perfil mais sensível às ações de saúde pertencentes à atenção primária como: o aleitamento materno e atenção às Infecções respiratórias agudas (IBGE, 2015; SANTA CATARINA, 2016d).

Vale ressaltar que, em SC, a cobertura vacinal do primeiro ano de vida é de aproximadamente 90%. Esse percentual é um grande contribuinte para o cenário positivo de saúde observado no estado, já que o Programa Nacional de Imunização vem sendo reconhecido como uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública no Brasil na redução de doenças imunopreveníveis e conseqüentemente óbitos das últimas décadas (DINIZ et al., 2016; SANTA CATARINA, 2016d)

Segundo estudo realizado por Damasceno et al. (2016), a integralidade da atenção à criança é um processo em construção na APS brasileira, processo facilitado pela ESF, ofertado em mais localidades das regiões Sul e Sudeste do que ao restante da população do território brasileiro. Esse fato evidencia as disparidades regionais brasileiras, um dos fatores que contribui para a discrepância de indicadores de saúde entre as regiões e estados do país.

A ESF foi implantada em SC no ano de 1995, e desde então vem promovendo atendimento integral e assistência multiprofissional nos âmbitos da APS. Atualmente o estado possui uma alta cobertura da Atenção Básica, o que garante a população o acesso a ESF em todos os municípios catarinenses, favorecendo uma assistência primária de qualidade no estado (SANTA CATARINA, 2016d).

Não há como falar de Atenção Básica em SC e não citar a capital do estado, Florianópolis, eleita em 2015 pelo MS, como a primeira capital do país a alcançar 100% de cobertura populacional da ESF. Posteriormente, recebeu o título de capital com melhor Atenção Básica do país, tendo mais de 90% das suas equipes de saúde da família avaliadas como acima ou muito acima da média nacional, pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), do MS (BRASIL, 2015).

Outro destaque da Capital foi o premiado Programa desenvolvido pela prefeitura de Florianópolis, denominado Capital Criança, Programa esse que propõe diversas ações voltadas à vinculação do recém-nascido ao serviço de Atenção Básica do município e promove o incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, diversas orientações às mães e imunizações (FLORIANÓPOLIS, 2018). Segundo Caminha et al. (2017), a priorização do monitoramento do desenvolvimento infantil padroniza a vigilância, triagem e promove intervenções pertinentes, o que representa uma etapa já avançada do nível de cuidados de saúde da criança e favorece uma assistência exemplar.

Entretanto, ainda que o estado de SC e seus municípios demonstrem diversos avanços acerca da saúde da criança, principalmente a nível primário, são grandes ainda os desafios a serem enfrentados, como é o caso de alguns hospitais e centros de saúde com déficit de equipamentos e profissionais. Além disso, o estado possui o quinto maior percentual do país de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil e através de pesquisas, monitoramentos e acompanhamentos detectou-se um aumento das violações de direito das crianças e adolescentes nos últimos anos, fatos preocupantes para o futuro da saúde das crianças catarinenses (SANTA CATARINA, 2016d).

Além do que já foi citado, sabe-se que o Sistema de Saneamento Básico de um município ou região é fundamental para a salubridade ambiental e para a qualidade de vida da população. Entretanto, em SC os índices relacionados a saneamento não são muito favoráveis. Segundo o Governo do Estado de SC (2016d), em 2014 apenas 16 municípios de 295 possuíam sistema de esgotamento sanitário, e, em 2011, o estado ocupou o 19º lugar em índice de atendimento urbano de esgoto, ou seja, estava entre os 10 estados com os piores índices do país, o que acaba discordando dos bons desempenhos de SC na área da saúde e qualidade de vida.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa histórica, com abordagem qualitativa. O método de pesquisa histórica caracteriza-se como uma abordagem sistemática por meio de coleta, organização e avaliação crítica de dados que têm relação com ocorrências do passado. A obtenção de dados pode ser feita através de documentos escritos, filmes, fotos, dados estatísticos, entre outros materiais já desenvolvidos com relação ao tema em questão, bem como através de informações coletadas a partir daqueles que viveram o evento ou assunto, ou seja, testemunharam a história (PADILHA, BORENSTEIN, 2005; PADILHA et al., 2017).

A pesquisa histórica tem o propósito de demonstrar os sucessos, fracassos, ocorrências em geral ou eventos no âmbito de interesse do historiador e se entende por metodologia o modo pelo qual são enfocados os problemas e se buscam as respostas (PADILHA, BORENSTEIN, 2005; PADILHA et al., 2017). Enquanto a pesquisa com abordagem qualitativa relaciona-se ao levantamento de dados a partir da investigação da realidade e dos pontos de vista dos participantes dos estudos, possibilitando, deste modo, aprofundar conhecimentos sobre um determinado assunto; tem como principal característica a flexibilidade, sendo capaz de ajustar-se ao que está sendo aprendido durante a coleta de dados, levando a resultados importantes da realidade (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado e voltado para o estado de SC, território localizado na região sul do Brasil, com extensão territorial de 95.737,954 km² que integram 295 municípios e população de 6.727.148 habitantes (2014). Apesar de ser o 7º estado com menor extensão territorial do país, possui uma economia extremamente forte quando comparada a outros estados brasileiros. As receitas orçamentárias de SC superam suas despesas, o estado possui o 4º maior rendimento nominal mensal domiciliar per capita do país e o 3º maior Índice de Desenvolvimento Humano. Em 2012, o PIB do estado foi de 177,3 bilhões, o 6º maior PIB do País, tendo 4,1% de participação no PIB nacional (IBGE, 2015, 2017a).

No que diz respeito à área da saúde, SC também se destaca e é referência nacional em alguns aspectos. O estado possui a maior esperança de vida do país, o segundo

menor índice de MI e é líder nacional em doação de órgãos, possuindo mais do que o dobro de doadores que a média nacional (SANTA CATARINA, 2017, 2018; IBGE, 2017b).

A capital do estado está localizada em uma ilha, situada no litoral de Santa Catarina, com população estimada pelo IBGE (2018) de 492.977 pessoas, contando com área da unidade territorial de 675,409 km². A cidade de Florianópolis é a segunda maior do estado, em número populacional, e possui uma das melhores TMI entre as capitais brasileiras, sendo eleita, pelo MS, como a capital com a melhor Atenção Básica do país, em decorrência da sua alta cobertura pela ESF. Além disso, desenvolveu e implantou diversas estratégias bem sucedidas voltadas à saúde das crianças florianopolitanas, estratégias e ações que foram disseminadas por todo estado catarinense, assim, auxiliando outros municípios a melhorarem a atenção à saúde da criança, em sua localidade (FLORIANÓPOLIS, 2018; BRASIL, 2015).

5.3 FONTES DO ESTUDO

As fontes do estudo foram documentos, obtidos a partir de arquivos disponíveis na sede da Secretaria Estadual de Saúde (SES), Biblioteca de Saúde Pública, Arquivo Oficial do Estado/Imprensa Oficial e bases de dados eletrônicas, tais como: relatórios de gestão, memorandos, leis, portarias e outras publicações em diário oficial, manuais, livros e outras publicações científicas, datadas entre 1982 a 2018.

5.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa documental se deu por meio de busca manual e eletrônica. A busca eletrônica foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no site da Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, na página eletrônica da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Para a busca nas bases de dados digitais, foram utilizados os descritores e palavras-chave: Santa Catarina; Saúde da criança; Mortalidade infantil; Fatores de proteção; Política pública; e Programa. As publicações incluídas obedeceram aos seguintes critérios: idioma de publicação português, inglês ou espanhol; período de publicação compreendido entre os anos de 1982 e 2018; e temática sobre ações, políticas e programas direcionados à criança no estado de Santa Catarina. Foram excluídas publicações que abordavam programas específicos de outros estados do país.

A busca manual foi realizada pela pesquisadora a partir da visita a sede da SES, na Biblioteca de Saúde Pública e no Arquivo Oficial do Estado/Imprensa Oficial, no período de novembro de 2018 a abril de 2019. Na sede da SES foram realizadas duas visitas, infelizmente dentro das suas dependências não foram localizados documentos físicos, apenas eletrônicos em posse de alguns funcionários. A Biblioteca de Saúde Pública foi contatada presencialmente por duas vezes, não foram encontrados documentos relevantes à pesquisa, e, por orientação da servidora da biblioteca, não foram realizadas buscas mais detalhadas em seu acervo, a mesma afirmou que não possuíam documentos da natureza em que a pesquisa necessitava.

No Arquivo Oficial do Estado a pesquisadora compareceu três vezes e encontrou a maior parte dos documentos utilizados neste estudo. Todos os documentos julgados relevantes foram fotografados com o auxílio de um celular e posteriormente transcritos pela autora. Por fim, foram selecionados 26 livros de mensagem do governador à Assembléia Legislativa de SC de 1985 a 2017 e 1 plano estadual de saúde. Trechos de 1 livro de história da enfermagem em SC foram utilizados. Através de pesquisa digital no site da SES, foram selecionadas: 7 notícias, 2 portarias, 10 deliberações, 1 nota técnica, 2 decretos e 10 leis. Além disso, realizou-se a análise de 5 tábuas de MI do IBGE, pesquisa no sistema de informação TABNET-SIAB e análise de 1 relatório de saneamento básico.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Na pesquisa histórica, recomenda-se que os dados sejam analisados por técnicas qualitativas, como análise de conteúdo (PADILHA et al., 2017). Nesse sentido, os documentos obtidos foram submetidos à análise de conteúdo, em sua modalidade temática, que englobou o desenvolvimento de três etapas fundamentais para sua operacionalização: pré-análise a partir da leitura flutuante e constituição do *corpus*; exploração do material com codificação, a partir do recorte do texto nas unidades de registro; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, trabalhando-se com significados emergentes dos dados (MINAYO, 2010).

A partir da categorização, o pesquisador trouxe à tona o corpo histórico documental para ser discutido dentro do contexto do período em que o estudo está sendo realizado, buscando relacionar o passado com o presente e apontar perspectivas para o futuro, no que concerne à saúde da criança (PADILHA, BORENSTEIN, 2005; PADILHA et al., 2017).

Todos os dados coletados nesta pesquisa foram transcritos e dispostos, de dezembro de 2018 a maio de 2019, em uma tabela organizada cronologicamente pela autora. A partir da análise desses dados, os mesmos foram destacados/grifados em diferentes cores, de acordo com a natureza de seu conteúdo (portarias, leis, notícias eletrônicas, saneamento básico, atenção básica, entre outros). A partir dessa estruturação deu-se origem as categorias dos resultados apresentados neste estudo.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC e aprovada sob o protocolo CAAE 04551318.2.0000.0121. No que diz respeito à pesquisa documental, foram realizados o contato prévio com as Secretarias Estadual de Saúde, a Biblioteca Escola de Saúde Pública e o Arquivo Público/ Imprensa Oficial, os quais informaram não haver necessidade de autorização prévia para acesso aos documentos pertencentes aos respectivos setores.

6. RESULTADOS

Para melhor compreensão dos resultados deste presente estudo, os mesmos estão apresentados e discutidos na forma de manuscrito, conforme Art. 4º da Normativa do Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

6.1 MANUSCRITO

Saúde da criança no estado de Santa Catarina – Brasil: de 1982 a 2018

RESUMO

Na saúde da criança, muitos avanços ocorreram nas três últimas décadas a nível global. O Brasil, em 25 anos, reduziu 73% das mortes infantis em seu território, tornando-se uma das referências mundiais neste aspecto. Santa Catarina (SC) é um dos estados brasileiros com menor índice de óbitos infantis. Sendo assim, o presente trabalho buscou analisar as contribuições das ações de proteção à saúde da criança em SC, de 1982 a 2018, para a redução da mortalidade infantil (MI). Trata-se de uma pesquisa histórica, com abordagem qualitativa, a coleta foi feita mediante a pesquisa documental, realizada por meio de busca manual e eletrônica, os documentos obtidos foram submetidos à análise de conteúdo. Resultados apontam as estratégias de vigilância em saúde, gestão e ações da atenção primária à saúde como as principais responsáveis pelo progresso alcançado pelo estado, no âmbito da saúde da criança. Destacaram-se, também, as ações de caráter municipal, evidenciadas por programas reconhecidos e premiados nacionalmente, revelando a importância da autonomia das prefeituras acerca de suas ações em saúde. A partir da análise e síntese das informações previamente pulverizadas em documentos históricos, este trabalho contribuiu para o entendimento e visualização acerca das práticas governamentais voltadas à criança em SC, nas últimas décadas. O levantamento realizado nesta pesquisa pretende estimular a multiplicação das boas práticas e aprimoramento das ações voltadas à redução da MI, nas demais regiões do Brasil e do mundo.

Descritores: Saúde da Criança. Mortalidade Infantil. Fatores de Proteção. Política Pública. Atenção primária em saúde. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A mortalidade das crianças menores de um ano é um importante indicador da condição de vida socioeconômica de uma região, e é por intermédio do estudo desse indicador que se desenvolvem projetos e ações voltadas à melhoria assistencial à saúde pública. Apesar da redução considerável da MI no Brasil nas últimas três décadas, o tema continua se configurando no cenário brasileiro como um dos principais problemas de saúde pública (MIRANDA, 2014).

O Brasil é o país com a quinta maior extensão territorial do mundo, e entre seus dois pontos extremos, possui grande diversidade cultural, econômica, demográfica e geográfica (BRASIL, 2019). Levando em consideração as diferenças regionais citadas, é importante considerar a coexistência de diferentes modelos de atenção primária no país, cada estado/região pode adotar diferentes processos de trabalho em saúde, determinando formas distintas de produção do cuidado à criança, interferindo diretamente nos dados estatísticos de mortalidade de cada região (DAMASCENO et al, 2016).

Segundo França e Lansky (2016) a combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde interfere nos níveis de MI de uma população, e a queda desse indicador depende de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população e ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde. Com propósito de reduzir os fatores desencadeantes de óbitos no Brasil, ao longo dos anos, o MS promoveu diversas ações de saúde, tais como: campanhas de vacinação em massa, aumento da atenção ao pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, oferta de agentes comunitários de saúde, desenvolvimento de programas de nutrição infantil, entre outras práticas. Muitas ações públicas desenvolvidas no país foram bem-sucedidas, e, entre 1940 e 2017 a mortalidade de menores de 1 ano apresentou declínio de 91,3%, enquanto a mortalidade de 1 a 4 anos de idade reduziu 97,2% (IBGE, 2018).

A evolução na assistência materno-infantil no Brasil fez com que em 20 anos a taxa de transmissão de HIV de mãe para filho reduzisse pela metade. Em 2012 o país atingiu a meta imposta pela ONU 2 anos antes do previsto, e diminuiu dois terços do coeficiente de MI brasileiro. Perante esse fato, no mesmo ano, o Brasil firmou compromisso político de compartilhamento de experiências com outros países, a fim de cooperar para a diminuição de mortes evitáveis de crianças menores de cinco anos a nível global (UNICEF, 2018).

Apesar do progresso brasileiro na saúde da população, muitas são as diferenças regionais visualizadas no país, principalmente quando falamos de dados estatísticos. Segundo a tábua de mortalidade brasileira proposta pelo IBGE com dados referentes a 2017, a probabilidade de um recém-nascido no Amapá não completar o primeiro ano de vida é de 23%, enquanto em SC esse dado cai para 8,9%. Além disso, a população catarinense possui a maior esperança de vida do país, uma pessoa nascida em SC espera viver em média 8,5 anos a mais que uma pessoa nascida no Maranhão, este indicador também reflete o nível da mortalidade de uma população em geral, pois um recém-nascido irá sofrer os riscos de morte em todas as fases da vida (IBGE, 2018).

Em 2016, o estado catarinense teve sua maior redução de MI desde 1990, totalizando 8,8 mortes para cada mil nascidos vivos, uma média 11% menor que a do ano anterior de 9,9 mortes. Enquanto isso, no mesmo ano, a média nacional aumentava pela primeira vez em 26 anos, atingindo um percentual de 14 mortes para cada mil nascidos vivos, com acréscimo de 5,2% em relação ao ano anterior (WENZEL, 2018).

Um dos principais contribuintes pela melhora dos indicadores de saúde foi a implementação da Estratégia/Programa de Saúde da Família em 1994, que, segundo estudo, superou em vários aspectos o modelo de Atenção Primária tradicional. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no estado de SC cresceu mais que a média nacional nos últimos anos, a partir das ações propostas pela ESF pode-se reduzir o número de nascidos com baixo peso e conseqüentemente diminuir os índices de internações hospitalares e de MI (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Considerando os fatos citados, julga-se que o conhecimento e compartilhamento acerca das práticas catarinenses que contribuíram para que o estado alcançasse um dos melhores indicadores de mortalidade na infância do Brasil, seria muito enriquecedor para o progresso da saúde da criança a nível nacional. Sendo assim, o presente estudo busca conhecer as políticas e programas de saúde voltados para as crianças no estado de SC, de 1982 a 2018, que podem ter contribuído para os bons índices de MI encontrados em SC. O recorte histórico foi determinado com base na marcante criação do Programa de Ações Integradas à Saúde, implantado entre os anos de 1982 e 1983, no município de Lages/SC, que fomentou a municipalização de redes de atenção à saúde no estado, proporcionando a criação de diversas ações e serviços que culminaram no melhoramento significativo dos índices de saúde de SC na época, o término do recorte ocorre em 2018, ano de início desta pesquisa.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa histórica, com abordagem qualitativa. Desenvolvida a partir da coleta, organização e avaliação crítica de dados que tiveram relação com ocorrências do passado, no âmbito da saúde da criança, no estado de Santa Catarina.

Os dados para a pesquisa foram obtidos a partir de arquivos disponíveis na sede da SES, Biblioteca de Saúde Pública, Arquivo Oficial do Estado/Imprensa Oficial e bases de dados eletrônicas, tais como: relatórios de gestão, memorandos, leis, portarias e outras publicações em diário oficial, manuais, livros e outras publicações científicas, datadas entre 1982 a 2018.

A pesquisa documental se deu por meio de busca manual e eletrônica. A busca eletrônica foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no site da Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, na página eletrônica da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Para a busca nas bases de dados digitais, foram utilizados os descritores e palavras-chave: Santa Catarina; Saúde da criança; Mortalidade infantil; Fatores de proteção; Política pública; e Programa. As publicações incluídas obedeceram aos seguintes critérios: idioma de publicação português, inglês ou espanhol; período de publicação compreendido entre os anos de 1982 e 2018; e temática sobre ações, políticas e programas direcionados à criança no estado de Santa Catarina. Foram excluídas publicações que abordavam programas específicos de outros estados do país.

A busca manual foi realizada pela pesquisadora a partir da visita a sede da SES, na Biblioteca de Saúde Pública e no Arquivo Oficial do Estado/Imprensa Oficial, no período de novembro de 2018 a abril de 2019. Na sede da SES foram realizadas duas visitas, infelizmente dentro das suas dependências não foram localizados documentos físicos, apenas eletrônicos em posse de alguns funcionários. A Biblioteca de Saúde Pública foi contatada presencialmente por duas vezes, não foram encontrados documentos relevantes à pesquisa, e, por orientação da servidora da biblioteca, não foram realizadas buscas mais detalhadas em seu acervo, a mesma afirmou que não possuíam documentos da natureza em que a pesquisa necessitava.

No Arquivo Oficial do Estado a pesquisadora compareceu três vezes e encontrou a maior parte dos documentos utilizados neste estudo (portarias, leis, notícias eletrônicas, saneamento básico, atenção básica, entre outros). Todos os documentos julgados relevantes foram fotografados com o auxílio de um celular e posteriormente transcritos em uma tabela organizada cronologicamente pela autora. A partir da análise

desses dados, os mesmos foram destacados/grifados em diferentes cores, de acordo com a natureza de seu conteúdo.

Concluída a organização dos dados, deu-se início a análise de conteúdo. Os dados organizados em tabelas foram destacados/grifados em diferentes cores, de acordo com a natureza de seu conteúdo. A análise originou quatro categorias: *Vigilância em saúde, Implementação e avaliação de programas, Expansão da rede de saúde e Ações gerenciais*. A partir desta categorização, foi possível evidenciar o corpo histórico documental discutindo-o, dentro do contexto do período em que o estudo está sendo realizado, buscando relacionar o passado com o presente e apontar perspectivas para o futuro, no que concerne à saúde da criança (PADILHA, BORENSTEIN, 2005; PADILHA et al., 2017).

Esta pesquisa, em todas as suas etapas, contemplou as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo esta pesquisa já submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC e aprovada sob o protocolo CAAE 04551318.2.0000.0121.

RESULTADOS

Por meio da busca manual no arquivo público, biblioteca de saúde pública e sede da SES foram selecionados 26 livros de mensagem do governador à Assembléia Legislativa de SC (LMGAL) de 1985 a 2017 e 1 plano estadual de saúde. Através de pesquisa digital no site da SES, foram selecionadas: 7 notícias, 2 portarias, 10 deliberações, 1 nota técnica, 2 decretos e 10 leis. Além disso, realizou-se a análise de 5 tábuas de MI do IBGE, pesquisa no sistema de informação TABNET-SIAB e análise de 1 relatório de saneamento básico.

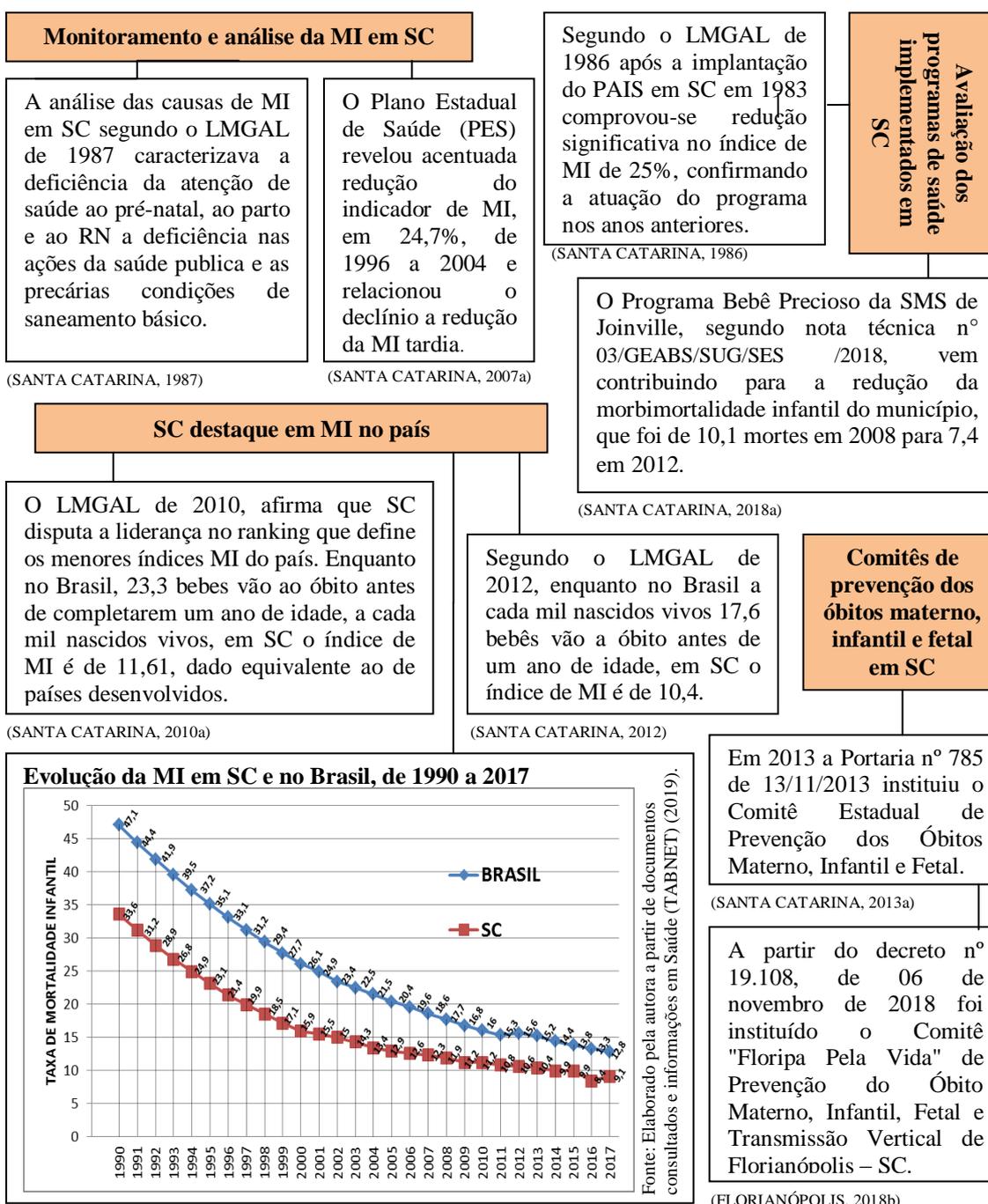
A partir da análise dos dados, emergiram quatro categorias: *Vigilância em saúde, Implementação e avaliação de programas, Expansão da rede de saúde, e Ações gerenciais*, as quais serão apresentadas a seguir, em formato de esquemas organizados pela autora a partir dos achados em documentos físicos e eletrônicos.

Vigilância em Saúde

Um dos principais aspectos da vigilância em saúde é a atenção e o acompanhamento contínuo do processo saúde-doença da população, aspectos esses que caracterizam os dados reunidos nesta categoria.

Na saúde da criança um dos principais indicadores utilizados é o CMI ou TMI, cujo monitoramento e análise são revelados nos documentos consultados juntamente com a criação de comitês para controle desses óbitos. Registros também revelam que SC esteve, ao longo dos anos, entre os estados com menores indicadores de MI do país. Além disso, a MI tem sido utilizada, em SC, como indicador para avaliação de programas de saúde. Essas afirmações podem ser comprovadas na Figura abaixo:

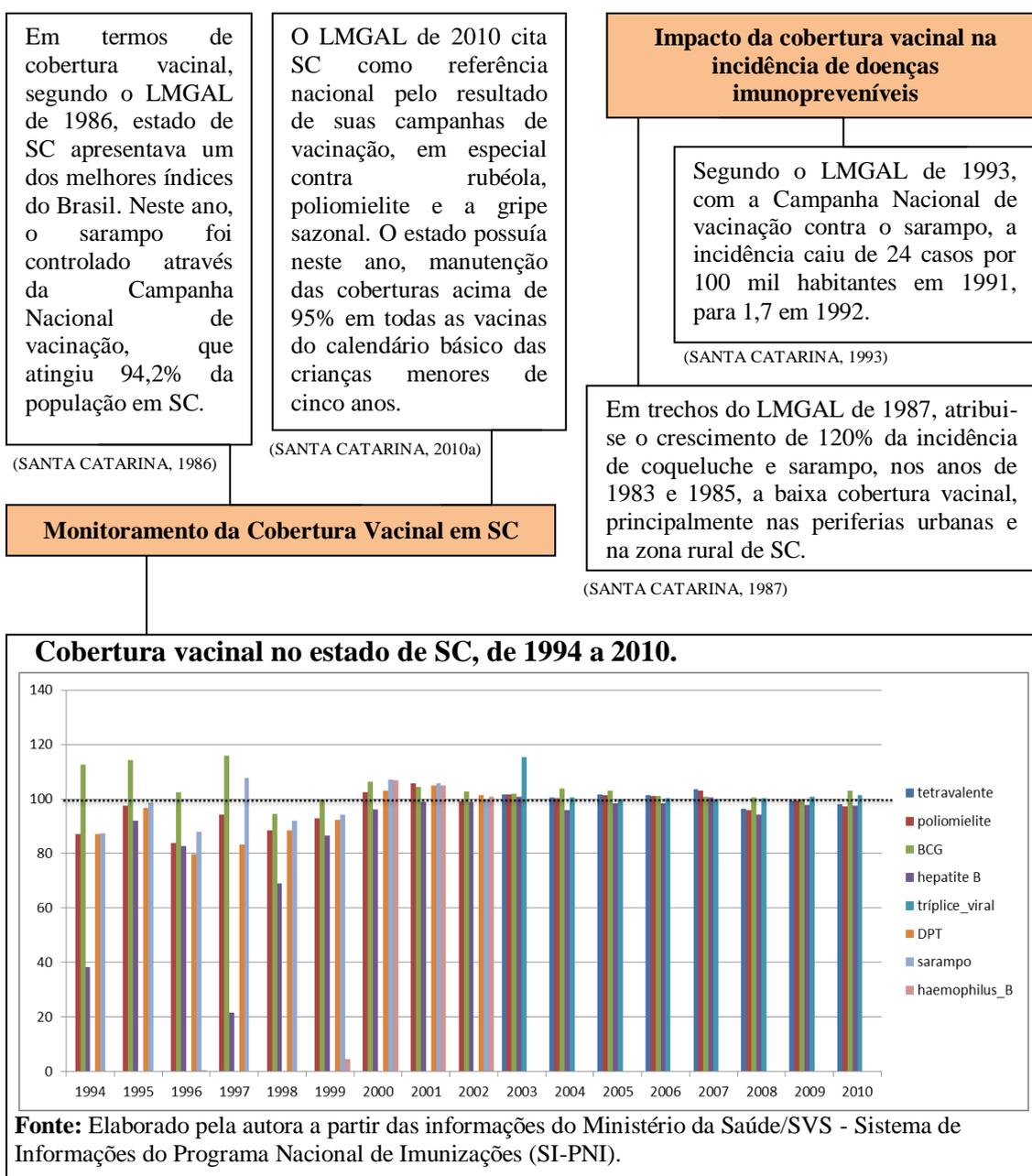
Figura 1: Sumarização dos dados relativos ao monitoramento da mortalidade infantil. Santa Catarina, 2019.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de documentos consultados.

Considerando a vigilância em saúde, outras importantes ações identificadas nos documentos consultados foi o controle da vacinação e o monitoramento da cobertura vacinal, juntamente com seu impacto nos índices de doenças imunopreveníveis:

Figura 2: Sumarização dos dados relativos ao controle de doenças imunopreveníveis. Santa Catarina, 2019.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de documentos consultados.

O acompanhamento da incidência e prevalência das doenças transmissíveis é uma das ações-chave da vigilância em saúde, sendo a notificação uma de suas estratégias.

Contudo, o estado de SC ampliou o escopo dessa estratégia, incorporando distúrbios alimentares epidemiologicamente importantes na infância:

A desnutrição energético-proteica (DEP) tornou-se de notificação compulsória em Santa Catarina pela Lei Estadual 9.865 de 17 de julho de 1995, revogada e substituída pela Lei 10.867 de 07 de agosto de 1998 [LEI 10.867, DE 07 DE AGOSTO DE 1998] (SANTA CATARINA, 1998a).

Art. 1º Fica autorizado o Poder Executivo a instituir o Programa de Prevenção e Tratamento da Obesidade Infantil nas instituições de ensino públicas e privadas do Estado de Santa Catarina [LEI Nº 15.265, DE 18 DE AGOSTO DE 2010] (SANTA CATARINA, 2010b).

A vigilância e a atenção às doenças/condições prevalentes na infância tem sido, portanto, um dos focos da assistência à saúde da criança no estado:

O PAIS proporcionou os seguintes serviços: [...]Assistência médica para controle de doenças diarreicas através da identificação e tratamento de 59.905 casos em crianças menores de 5 anos. Atendimento de 14.232 casos de infecções respiratórias agudas em crianças na faixa etária de 1 a 4 anos [...] Suplementação alimentar aos grupos vulneráveis de gestantes, nutrízes e menores de 3 anos [LMGAL] (SANTA CATARINA, 1986).

Santa Catarina vem conseguindo diminuir o número de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos sugerindo que os tratamentos padronizados vêm sendo adotados como estratégia da atenção básica [PES 2007-2010] (SANTA CATARINA, 2007a).

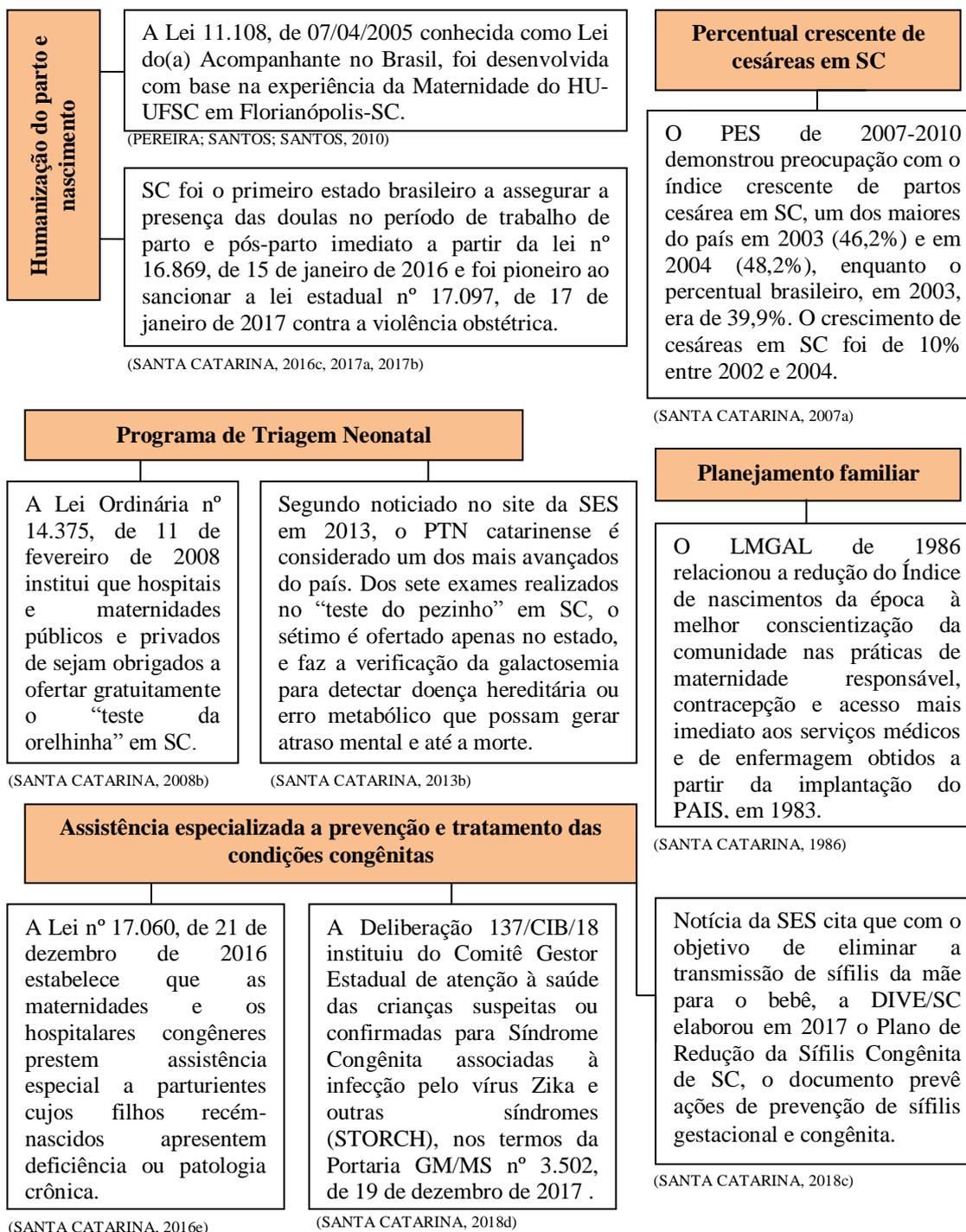
Inicialmente, essas ações tiveram enfoque nas doenças respiratórias, diarreicas e carenciais; mais recentemente, acompanhando o perfil epidemiológico da população infantil e os desafios para o controle da morbimortalidade, o escopo foi ampliado às condições crônicas e impactantes no processo de crescimento e desenvolvimento:

Taxa de sobrevivência em crianças com câncer é de 73% em Santa Catarina: a descoberta da doença na fase inicial e o tratamento em centro especializado têm garantido uma taxa de sobrevivência de 73% para os pacientes tratados no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), em Florianópolis, no período de 2009 a 2013 [Notícia SES] (SANTA CATARINA, 2014a).

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 203ª reunião ordinária do dia 21 de julho de 2016. APROVA: As Diretrizes de estimulação precoce para crianças de 0 a 03 anos, com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, decorrente de microcefalia e outros agravos, para o Estado de Santa Catarina [DELIBERAÇÃO 163/CIB/2016] (SANTA CATARINA, 2016b).

A vigilância no ciclo gravídico-puerperal e neonatal também apareceu entre os achados. Neste contexto, observou-se cuidado e preocupação com percentual crescente de cesáreas, ações destaques em humanização do parto e nascimento, planejamento familiar, vigilância das condições congênitas e a conformação de uma assistência especializada as crianças portadoras. Processos identificados no esquema abaixo:

Figura 3: Sumarização dos dados relativos à vigilância no ciclo gravídico-puerperal e neonatal. Santa Catarina, 2019.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de documentos consultados.

Foram destacadas, até o momento, atividades privativas aos profissionais de saúde. Contudo, entendendo a vigilância como uma competência compartilhada com a população, o estado de SC articulou ações de sensibilização e mobilização comunitária, relativas à saúde da criança:

Realização da Campanha de Prevenção da Obesidade Infantil e do 1º Seminário Estadual de Prevenção à Obesidade Infantil [Mensagem à Assembléia] (SANTA CATARINA, 2015).

Institui o Dia Estadual de Combate ao Trabalho Infantil no Estado de Santa Catarina [LEI Nº 13.271, DE 10 DE JANEIRO DE 2005] (SANTA CATARINA, 2005a).

Institui o Dia Estadual de Combate ao Câncer Infantil, no Estado de Santa Catarina [LEI Nº 16.161, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2013] (SANTA CATARINA, 2013e).

Correspondendo a uma concepção ampliada de vigilância em saúde, as atividades de vigilância epidemiológica, em SC, estiveram articuladas à vigilância sanitária e ambiental:

Incremento das atividades de saneamento básico, controle da água, lixo e dejetos; fiscalização de alimentos e dos estabelecimentos comerciais e industriais correlatados (PAIS 1983 – LMGAL] (SANTA CATARINA, 1986).

Assegurar à família e a cada pessoa em particular, cobertura às necessidades de saúde e saneamento. Capacitar pessoas para que em suas próprias famílias sejam sujeito de saúde [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2000).

Entretanto, essas ações foram insuficientes para garantir níveis de saneamento condizentes com os excelentes indicadores de saúde e bem-estar social apresentado pelo estado, configurando uma situação paradoxal. Em 2017 Joinville estava entre as 20 piores cidades para Saneamento Básico no Brasil. Ocupando 81º lugar. Nenhuma cidade catarinense estava entre as 20 melhores (INSTITUTO TRATA BRASIL, 2018).

No ranking de saneamento de 2018, a cidade catarinense com melhor colocação foi Florianópolis, mesmo assim ficou atrás de 58 cidades, colocação que piorou em relação a 2017, onde ocupava o 49º lugar. Quando falamos de Esgoto tratado, as cidades de SC não se encontram entre as 10 piores, porém também não estão no ranking das 20 melhores cidades do país. Entretanto, ao observar os rankings de atendimento total e urbano de água, Florianópolis contempla 100% de cobertura e se encontra entre as melhores cidades do país nessa categoria (INSTITUTO TRATA BRASIL, 2018).

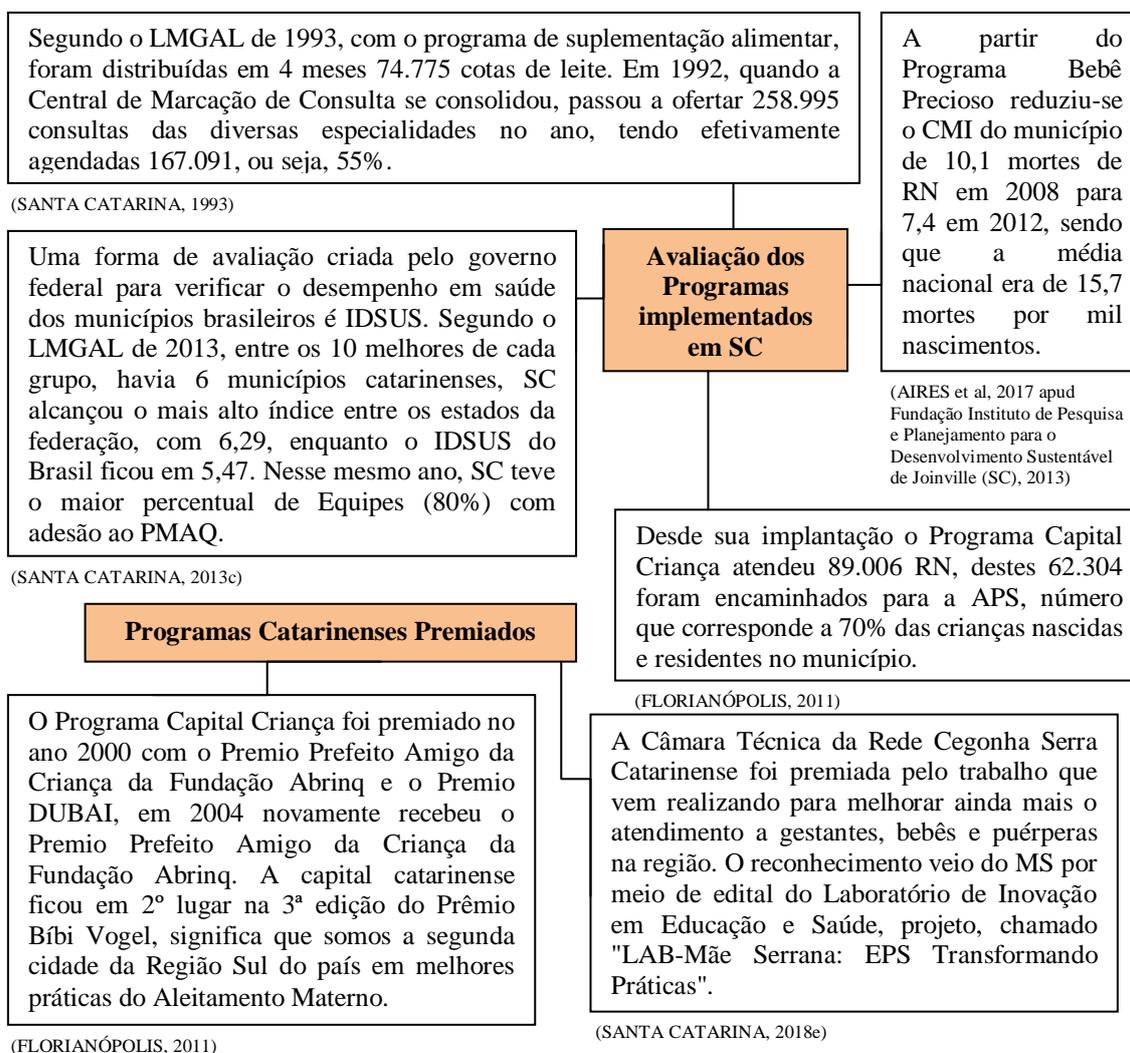
A média anual de investimento em saneamento de Florianópolis foi de 123,64 por habitante em 2018, deixando a cidade em 8º lugar entre as capitais do país, ficando atrás de Boa Vista, Cuiabá, Palmas, Vitória, Recife, São Paulo e Campo Grande (INSTITUTO TRATA BRASIL, 2018).

Implementação e avaliação de programas

As fontes documentais consultadas revelaram uma série de programas de saúde implementados no estado de SC, ao longo do período estudado, os quais são apresentados nesta categoria. Os mesmos encontram-se sumarizados no **Quadro 1**.

Além da criação desses programas, outra estratégia importante identificada foi a avaliação dos mesmos. Embora não se tenha encontrado referências à avaliação de todos os programas implementados, identificamos algumas informações a respeito. Além das avaliações realizadas pela gestão, há ainda registros de premiações recebidas pelo estado de SC e seus municípios:

Figura 4: Sumarização dos dados relativos à implementação e avaliação de programas. Santa Catarina, 2019.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de documentos consultados.

Quadro 1: Programas implementados na Atenção à Saúde Materno-Infantil em Santa Catarina, no período de 1982 a 2018 citados em documentos físicos do Arquivo Oficial de SC.

PROGRAMA		ANO DE EFETIVAÇÃO EM SC	OBJETIVO
O Programa De Ações Integradas De Saúde – PAIS (SES)		05/1983	<p>Foi implantado na região de Lages, integrando os serviços médico-assistenciais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social a nível federal, a rede de centros de postos de saúde, laboratórios de saúde pública e almoxarifados regionais, além dos postos de saúde da rede municipal.</p> <p>O programa permitiu ainda valorizar a equipe de saúde instituindo a isonomia salarial para todo o grupo envolvido, cursos de reciclagem para o nível médio e elementar, programação de educação contínua para o servidor de nível superior, seminários de participação comunitária e cursos de aperfeiçoamento de pessoal.</p>
Proposta Estadual Para Um Programa Do Ministério Da Saúde	Programa De Assistência Integral À Saúde Da Mulher – PAISM	1988	<p>Surgiu em 1984 como proposta do MS, e incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde, com ênfase em aspectos de saúde reprodutiva, mas com propostas de ações dirigidas à atenção integral das necessidades prioritárias da população feminina, significando uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido.</p> <p>O programa, incorporou também, como rumos norteadores, a ideia de descentralização, hierarquização e regionalização, bem como equidade da atenção.</p>
	Programa De Assistência Integral à Saúde da Criança - PAISC	1988	<p>É o conjunto das ações básicas de saúde que visam assegurar a integridade na assistência prestada à criança no seu processo de desenvolvimento e crescimento, reduzindo a morbimortalidade das menores de 5anos. Tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; • Estimulo e apoio ao aleitamento materno; • Realização do teste do pezinho; • Controle das doenças diarreicas:terapia de reidratação oral; • Controle das infecções respiratórias agudas; • Programa nacional de imunização.
Programa De Saúde Da Família (Governo Federal)		1994	<p>Implementado desde 1994, o PSF constitui importante pilar na organização e no fortalecimento da Atenção Básica. Como primeiro nível de atenção à saúde do Sistema, potencializa a resolutividade dos serviços, por meio da ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da saúde. Tem como objetivo a redução da demanda dos serviços hospitalares.</p> <p>Os municípios catarinenses pioneiros na implantação do PSF foram: Ascurra, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages. Os mesmos assinaram convênios de adesão em meados de 1994 e as primeiras equipes foram implantadas no decorrer do ano de 1995.</p>

Programa De Fórmulas Infantis (SMS de Florianópolis)	1994	O Programa de Fórmulas Infantis foi criado em 1994 com o objetivo de diminuir a internação por desnutrição das crianças residentes em Florianópolis. Na época, o número de hospitalizações e internações de crianças com desnutrição primária ou secundária representava alto custo para o SUS, pelo tempo de internação e necessidade de terapia de suplementação alimentar, bem como pelas sequelas causadas pelo diagnóstico e tratamentos tardios da falência de crescimento.
Programa Capital Criança (SMS de Florianópolis)	1997	MINUTA CAPITAL CRIANÇA: O Programa Capital Criança é pioneiro na Atenção materna-infantil com a garantia do atendimento das gestantes e sua vinculação a Atenção Primária à Saúde, com seguimento das consultas, exames e participação em atividades educativas. O compromisso do Programa Capital Criança é de acompanhar o desenvolvimento dos florianopolitanos desde os seus primeiros momentos até os 10 anos de idade.
Programa De Orientação Materno-Infantil (SES de SC)	1999	Tem como parte o PROJETO: SERVIÇO DE SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E ADOLESCENTE, que realiza diversas ações voltadas à área materno-infantil, tais como: <ol style="list-style-type: none"> 1. Realização de treinamentos/capacitações nas áreas de: <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança (422 participantes); • Cuidados de Saúde Escolar (230 participantes); • Capacitação na Identificação de Violência Contra Criança e Adolescente (98 participantes); • Planejamento familiar; 2. Elaboração do projeto para criação de um Centro de Referência de Atenção à Saúde da Mulher na Policlínica de Referência Regional/SES.
Programa SISPRENATAL (Governo Federal)	2000	O SISPRENATAL é o software que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, do SUS. No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério
Programa De Erradicação Do Trabalho Infantil (PETI) (Governo Federal)	Criado em 1990 Data de início em SC não encontrada	Conjunto de ações que têm o objetivo de retirar crianças e adolescentes menores de 16 anos do trabalho precoce, exceto na condição de aprendiz a partir de 14 anos. O programa, além de assegurar transferência direta de renda às famílias, oferece a inclusão das crianças e dos jovens em serviços de orientação e acompanhamento. A frequência à escola também é exigida.
Programa Bebê Precioso (SMS de Joinville)	2009	O programa Bebê Precioso surgiu da necessidade do acompanhamento das crianças em situação de risco de 0 a 11 meses e 29 dias, oriundos das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de Joinville- SC, integrando a linha de cuidados de saúde da criança da atenção básica e visa abordar integralmente a criança em situação de risco, com promoção da sua qualidade de vida, dando destaque para a vigilância à saúde e interlocução entre os níveis de atenção. O programa define fluxos assistenciais de acompanhamento a estas crianças, com definição da missão e responsabilidade de cada nível e contempla a rede pública e privada.

Programa de Prevenção e tratamento da Obesidade Infantil (SES de SC)	2010	Promove hábitos de vida saudável entre os alunos das instituições de ensino públicas e privadas do estado, enfatizando a necessidade de alimentação equilibrada e a prática regular de atividade física através de ações.
Projeto Lab Mãe Serrana (SMS de Lages)	2014	O projeto denominado "LAB-Mãe Serrana: EPS Transformando Práticas", começou em 2014, motivado pelos altos índices de mortalidade infantil, fetal e materna nos municípios da região de abrangência da Gerência Regional de Saúde de Lages, sendo assim, foram capacitadas e formadas equipes de atenção básica, para visitação dos municípios e constatação da realidade local, com intuito de por em prática as a�es da Rede Cegonha.
Programa de Desenvolvimento e Redu�o das Desigualdades Regionais (SES de SC)	2015	O programa objetiva articular, coordenar, orientar e estimular o processo de planejamento e gestão governamental para redu�o das desigualdades regionais, promovendo um desenvolvimento inclusivo, equilibrado e sustentável no estado de SC.
Programa Criança Feliz (Governo Federal)	2018	O programa prioriza crianças e famílias em situa�o de vulnerabilidade e risco social. Além disso, possui caráter intersetorial, articulando a�es das políticas de assistência social, saúde, educa�o, cultura, direitos humanos, tendo como fundamento a Lei n� 13.257, de 8 de Março de 2016 – conhecida como Marco Legal da Primeira Infância.

*Dado aproximado.

Fonte: pesquisa documental realizada pela autora.

Expansão da Rede de Saúde

Nesta categoria, encontram-se as iniciativas para expansão dos serviços de saúde em SC, englobando a criação de novas unidades, a ampliação dos serviços existentes e a estruturação dos mesmos.

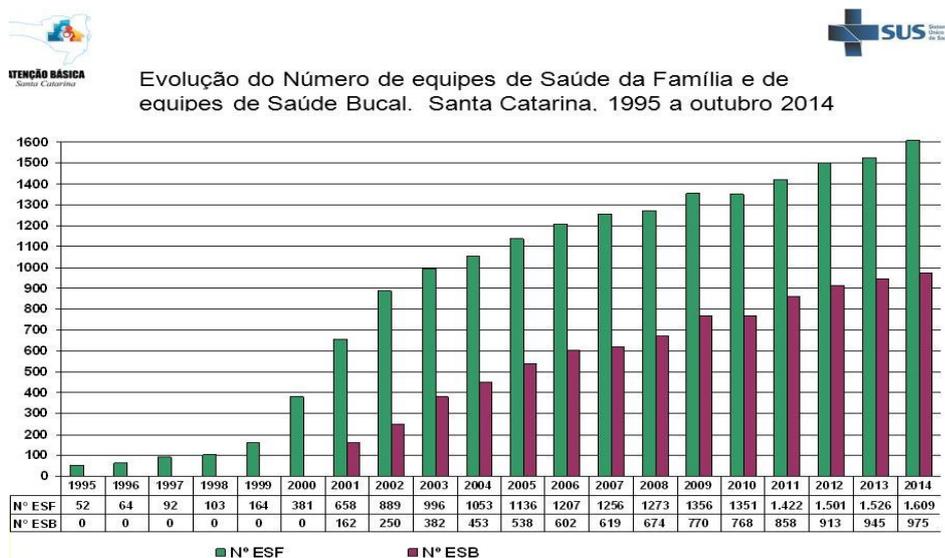
O estado apresenta uma tradição histórica na conformação dos serviços de APS, utilizando a ESF e o PACS para seu fortalecimento, desde a primeira metade da década de 1990:

Implementada desde 1994, a ESF constitui importante pilar na organização e no fortalecimento da Atenção Básica. Como primeiro nível de atenção à saúde do Sistema, potencializa a resolutividade dos serviços, por meio da ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da saúde. Tem como objetivo a redução da demanda dos serviços hospitalares. Os municípios catarinenses pioneiros na implantação da ESF foram: Acurra, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages. Os mesmos assinaram convênios de adesão em meados de 1994 e as primeiras equipes foram implantadas no decorrer do ano de 1995 [PES 2007-2010] (SANTA CATARINA, 2007a).

O PSF está implantado em 99,6% dos municípios, garantindo a cobertura de 65% da população [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2008a).

Além dos documentos supracitados, que se referem a relatórios de governo, encontramos dados relativos à expansão da APS em outras fontes, apresentados no gráfico da **Figura 5** e no **Quadro 2**.

Figura 5: Evolução do número de EqSF e de Equipes de Saúde Bucal em SC, 1995 a 2014.



Fonte: SANTA CATARINA (2014)

Quadro 2: Famílias acompanhadas por ano e modelo de atenção, em Santa Catarina, no período de 1998 a 2015.

Sistema de Informação de Atenção Básica - Situação de Saúde – SC				
Famílias Acompanhadas por Ano e Modelo de Atenção				
Período: Dez/1998 a Dez/2015				
Ano	PACS	PSF	Outros	Total
1998	1.990	49.002	701	51.693
1999	40.555	49.004	51	89.610
2000	301.269	292.737	-	594.006
2001	194.623	570.488	-	765.111
2002	195.467	793.876	-	989.343
2003	169.419	876.043	-	1.045.462
2004	165.743	928.230	-	1.093.973
2005	161.737	1.039.540	-	1.201.277
2006	171.158	1.265.355	-	1.436.513
2007	162.932	1.092.002	-	1.254.934
2008	159.488	1.142.688	-	1.302.176
2009	142.864	1.134.109	-	1.276.973
2010	424.176	1.142.610	-	1.566.786
2011	124.773	1.229.840	-	1.354.613
2012	114.568	1.263.963	-	1.378.531
2013	99.832	1.275.571	-	1.375.403
2014	81.495	1.267.417	-	1.348.912
2015	41.736	1.210.747	-	1.252.483

Destques e negritos nossos.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB

Comparando-se as fontes, observam-se dados similares (considerando que as mensagens à Assembleia Legislativa referem-se a dados no ano anterior). Especificamente em relação ao número de famílias acompanhadas, apresentadas no **Quadro 2**, identifica-se um expressivo aumento no ano 2000, nas famílias acompanhadas por ambos os programas (em destaque), seguindo a expansão dos serviços. Contudo, observa-se uma queda no ano de 2007 (em negrito), com recuperação do crescimento em 2010 (em destaque), seguida de diminuição progressiva a partir de 2011 (em negrito), mais expressiva no número de famílias acompanhadas pelo PACS, impactando negativamente no total de famílias acompanhadas na APS.

Além da expansão da ESF e do PACS, o estado investiu em serviços de apoio às equipes e ampliação da equipe mínima, desde o final da década de 1990:

Criação do Polo de Capacitação do Programa de Saúde da Família [LMGAL] (SANTA CATARINA, 1998b).

Com o apoio federal, a Secretaria Estadual de Saúde está desenvolvendo mudanças na dinâmica da ESF. Em 2007 foram realizadas capacitações junto às Gerências de Saúde das Secretarias de Desenvolvimento Regional, com um investimento de R\$180,75 mil, além de investimentos em equipamentos de informática e na realização da conclusão da Proposta Metodológica de Avaliação da Atenção Básica com um custo de R\$100 mil [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2008a).

Já foram estruturados 59 NASF no estado, o que vem ampliando o poder resolutivo das equipes [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2010a).

Os investimentos na APS colocaram o estado de SC em posição de destaque nacional, reconhecidamente no final da primeira década de 2000:

Santa Catarina é referência nacional em Saúde Pública [...] passou a ser, em 2009, o único estado brasileiro em que todos os municípios são cobertos pelo Programa de Saúde da Família. Para isso, o estado conta com 735 equipes de saúde bucal e 1.328 Equipes de Saúde da Família, nas quais atuam quase 10mil Agentes Comunitários [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2010a).

Acompanhando os investimentos na APS identificou-se, nos documentos consultados, a expansão da rede hospitalar e dos serviços de atenção especializada. Um dos investimentos destacados é a ampliação dos hospitais infantis e aquisição de tecnologias, bem como a implantação de unidades de terapia intensiva (UTI) neonatais:

Foram credenciados 11 novos leitos do tipo 2, sendo 10 em UTI neonatal [...] Os investimentos em obras e equipamento para as unidades de saúde chegaram a R\$ 8,43 milhões. Destaque para a inauguração da primeira etapa do Hospital Infantil de Joinville; para implementação de UTI neonatal na Maternidade de Mafra e para a instalação de tomógrafos no HIJG e no HU, ambos em Florianópolis [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2007b).

O Estado de Santa Catarina conta atualmente com 226 leitos de UTI Neonatal [...] "Em Santa Catarina nascem em torno de 100 mil crianças por ano. Isso significa que são necessários 200 leitos de UTI Neonatal. Como temos 226, o Estado está acima da média nacional", destaca o secretário de Estado da Saúde, Acélio Casagrande [Notícia SES] (SANTA CATARINA, 2018f).

Outro ponto destacado, nas fontes obtidas, é o investimento nos serviços de atenção ao pré-natal e parto:

Ampliação do ambulatório de pré-natal da Maternidade Dona Catarina Kuss. Ampliação dos leitos do HIJG [LMGAL] (SANTA CATARINA, 1998b).

A Rede de atendimento a Gestante de Alto Risco visa diminuir a mortalidade materno-infantil. Para compor esta rede, o Estado conta com 07 Hospitais referendados neste procedimento de alta complexidade, cobrindo 06 Macrorregiões [...] Para Santa Catarina, em 2001, o Ministério da Saúde investiu R\$ 758.862,40 em kits para o atendimento a Gestante de Alto Risco [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2002).

Ainda em relação à assistência especializada, a estruturação dos serviços de saúde mental infantil no estado é destacada, a partir do início da década de 2000:

Implantação do Serviço na Área de Dependência Química da Criança e do Adolescente [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2002).

A Comissão Intergestores Bipartite [...] APROVA o credenciamento do “Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes” (CAPSi) do município de Florianópolis [DELIBERAÇÃO 015/CIB/05] (SANTA CATARINA, 2005b).

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 129ª Reunião Ordinária no dia 29/11/07, aprova o credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS i II, para atendimento de crianças e adolescentes, do Município de Lages [DELIBERAÇÃO 206/CIB/07] (SANTA CATARINA, 2007d).

A expansão dos serviços de saúde pressupõe a organização dos mesmos, que ocorreu de forma mais articulada a partir da conformação das Redes de Atenção à Saúde e das Centrais de Regulação no estado, observada na segunda década dos anos 2000:

Adequação da Rede de Urgência e Emergência das Regiões Nordeste e Planalto Norte e assessoria para a construção dos Planos de Ação das Redes Cegonha [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2013c).

DELIBERAÇÃO 314/CIB/2013 [...] APROVA: O Plano de Ação da Rede Cegonha das Regiões de Saúde Extremo Oeste [...] Implantação da Rede Cegonha no Centro de parto normal do HU Santa Terezinha do município de Joaçaba [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2013d, 2014b).

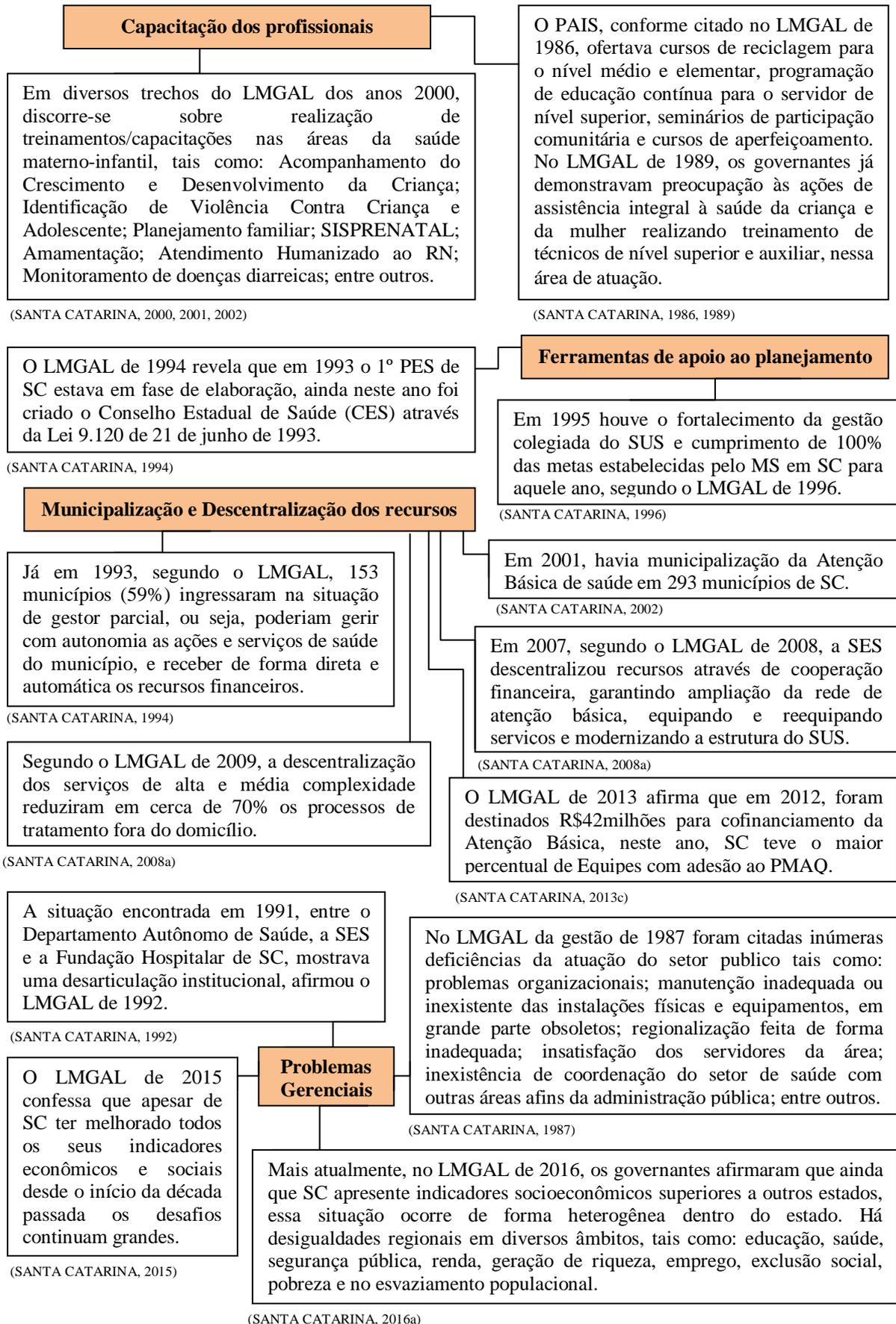
Ainda na área da saúde, foram criadas Centrais de Regulação que otimizam o uso dos leitos especializados e reduzem as filas de cirurgias eletivas e de urgência dos hospitais que prestam serviço ao SUS [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2015).

Ações gerenciais

Na presente categoria, são apresentadas as ações referentes à gestão em saúde e sua articulação com os demais setores sociais.

Algumas das principais ações gerenciais identificadas nas fontes obtidas foram: A capacitação dos profissionais de saúde em aspectos pertinentes à saúde materno-infantil; a participação comunitária, gestão colegiada e as ferramentas de apoio ao planejamento em saúde; o financiamento do setor saúde com a marcante descentralização de recursos e o co-financiamento da Atenção Básica com a municipalização; e o levantamento de problemas gerenciais. Alguns trechos encontrados em documentos relacionados a esses temas podem ser observados na figura abaixo:

Figura 6: Sumarização dos dados relativos às ações gerenciais. Santa Catarina, 2019.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de documentos consultados.

Conforme relatado no último trecho do esquema supracitado, as desigualdades regionais existentes no estado de SC refletem-se no setor da saúde, demandando uma capacidade de coordenação da Secretaria Estadual, a qual pode ser observada nos trechos dos documentos reproduzidos a seguir – que tratam de convênios, integração institucional, acesso e dispositivos para organizar o fluxo de serviços e exames (como a central de marcação de consultas e o sistema de telemedicina e telessaúde):

Promoção de integração interinstitucional para unificação das normas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança [LMGAL] (SANTA CATARINA, 1989).

Apesar de implantada em agosto de 1991, foi em 1992 que a Central de Marcação de Consulta se consolidou [LMGAL] (SANTA CATARINA, 1993).

No que se refere à Política de Atenção à Saúde da Criança e ao Adolescente, foram firmado convênios com 56 municípios que apresentam baixo e médio índice de desenvolvimento social [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2004).

A Secretaria de Estado da Saúde recebeu um elogio da OPS – OMS (Organização Pan-americana da Saúde – Organização Mundial da Saúde), sobre sua capacidade de coordenação e mobilização em todos os níveis, bem como a eficácia em lidar com situações de emergência, digna de ser repassada para outros países [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2009b).

A nossa tecnologia de Telemedicina avançada hoje já é a rede mais desenvolvida do hemisfério sul [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2012).

Cabe destacar que as desigualdades regionais observadas no estado de SC refletem-se não apenas no setor da saúde, mas também em outras áreas que impactam no desenvolvimento social da população. Nesse sentido, também foram encontradas ações interinstitucionais nos documentos consultados, em especial articulando saúde e bem-estar social:

Parcerias com a Secretaria de Desenvolvimento Social e da Família, para erradicação do trabalho infantil, violência e exploração sexual infanto-juvenil [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2002).

No início do Governo, um relatório-diagnóstico intitulado Fome Zero foi elaborado para que se pudesse avaliar a situação do Estado nesse aspecto [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2004).

Em 2011, o Estado atuou fortemente na diminuição do índice de desigualdade social entre as regiões, investindo em políticas de ação social e apoiando Projetos e entidades engajadas na causa [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2012).

O Governo do Estado de Santa Catarina, por meio da Secretaria de Estado do Planejamento, elaborou em 2015 o Programa de Desenvolvimento e Redução das Desigualdades Regionais [LMGAL] (SANTA CATARINA, 2016a).

Programa Criança Feliz chega a Santa Catarina - O programa prioriza crianças e famílias em situação de vulnerabilidade e risco social [Notícia SES] (SANTA CATARINA, 2018g).

DISCUSSÃO

A pesquisa histórica realizada trouxe à tona o corpo histórico documental referente às ações com impacto na saúde da criança, no estado de SC. A seguir, buscar-se-á discutir os achados considerando o contexto pregresso e o atual, no qual o estudo está sendo realizado, à luz da literatura científica.

A partir da análise dos resultados, ficou evidente a importância das práticas de vigilância em saúde para a manutenção da qualidade da saúde pública voltada à criança no estado de SC. Segundo o MS (2014, p.4): *“A vigilância em saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde”*.

As ações de vigilância em saúde possuem primordial relevância no planejamento e desenvolvimento das ações de intervenção em saúde, que tem por objetivo a promoção da saúde e prevenção de agravos, papel essencial para o sucesso das práticas implementadas pelo serviço público (NETO et al., 2017). O governo de SC praticou, ao longo dos anos, várias ações de vigilância, entre elas, o monitoramento do CMI e seus fatores predisponentes. O estado catarinense buscou correlacionar as variações dos índices de mortalidade às políticas públicas e programas implementados em seu território, tendo por finalidade um diagnóstico de suas ações e o desenvolvimento de estratégias de saúde pública eficazes.

Quando falamos de dados estatísticos, SC é um estado considerado referência nacional em redução da MI, mantendo-se sempre bem abaixo da média nacional (no período estudado), fato que desperta elogios à saúde pública catarinense. Mesmo apresentando bons resultados, o estado demonstra a preocupação na manutenção dos bons índices e boas práticas, mantendo e ampliando ações de prevenção e controle da mortalidade ao longo dos anos.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (2018), um fator que está estritamente relacionado aos índices de MI são os níveis de cobertura vacinal. A meta de vacinação dos catarinenses, entre os anos 2000-2010, esteve próxima a 100% de cobertura, corroborando aos baixos números de óbitos infantis no estado. Alguns trechos de documentos explicitam o monitoramento e a preocupação do governo acerca da cobertura vacinal, onde relacionam a baixa taxa de cobertura ao aumento de doenças imunopreveníveis, em SC.

Uma das estratégias catarinenses para a perpetuação e eficácia de suas ações na saúde foi a corresponsabilização social, a partir do investimento em medidas de participação comunitária e gestão colegiada. Incentivar a gestão participativa estreita as relações usuário-SUS/APS, fomentando a efetividade das ações em saúde desenvolvidas, a partir da

participação do usuário na constituição das práticas de saúde em sua localidade (OLIVEIRA et al., 2016).

O cenário brasileiro apresentou mudanças nos fatores predisponentes de óbitos infantis ao longo dos anos - apesar das afecções maternas, neonatais e nutricionais ainda se constituírem as principais causas, houve queda nos índices de mortes por doenças respiratórias e diarreicas; pode-se atribuir a mudança à melhoria sanitária e as práticas vacinação no país. Em contrapartida, as anomalias congênitas já ocupavam, no ano de 2015, o primeiro posto entre as causas de morte, em quase metade dos estados brasileiros (FRANÇA et al., 2017). As ações de manutenção da saúde infantil em SC acompanharam o cenário epidemiológico da população: com base nas ações de vigilância, o estado observou essas mudanças supracitadas e, além de manter as ações já realizadas, ampliou a atenção ao processo de crescimento e desenvolvimento infantil, também focando nas doenças de caráter crônico como câncer e obesidade.

A fim de manter o aclave na saúde da população materno-infantil catarinense, houve investimento, por parte da governança, na criação/desenvolvimento de Comitês de Controle e Vigilância, Leis, Deliberações e Programas voltados a essa população. Ademais, foram desenvolvidas algumas estratégias e ações voltadas à saúde da mulher e do neonato no ciclo gravídico-puerperal, principalmente na APS, com maior enfoque no pré-natal, puerpério e PTN; essas ações foram desenvolvidas após os relatórios de governo apontarem uma crescente demanda por cesarianas no estado, o que gerou preocupação entre os gestores.

Um paradoxo levantado, ao longo da pesquisa, foram os níveis de saneamento básico apresentados pelo estado de Santa Catarina. Algumas doenças prevalentes na infância estão relacionadas a esse dado estatístico (FRANÇA et al., 2017). Portanto, na contramão de todas as ações de melhoria observadas anteriormente, esta difere bastante dos bons índices de saúde dos catarinenses. Esse fato indica que há sempre pontos a melhorar, pois o estado ainda não possui excelência em todas as suas práticas. Contudo, também suscita uma importante reflexão: as ações direcionadas à saúde da criança, no estado de SC, possivelmente configuraram um fator de proteção com magnitude suficiente para superar o risco representado pelo saneamento básico deficitário, na saúde infantil.

O estado de SC também foi destaque nacional com seus programas de saúde de nível estadual e regional e assistência na APS, sendo reconhecido a partir de avaliações do IDSUS e possuindo grande adesão ao PMAQ. Para aderir ao PMAQ é preciso alcançar diversos critérios de qualidade na APS; em contrapartida, é fornecido um incentivo financeiro às

equipes cadastradas, o que configura o programa como um importante contribuinte para a avaliação e melhoria da qualidade dos serviços de saúde (FLÔRES et al., 2018).

Vale ressaltar que, além dos programas estaduais, alguns municípios catarinenses também desenvolveram premiadas estratégias de combate à MI, sendo que os programas que comprovaram-se eficazes receberam reconhecimento nacional. Como o caso de Florianópolis e Joinville, que observaram a queda nos seus CMI a partir das estratégias do Capital Criança e Programa Bebê Precioso, respectivamente. O Programa Capital Criança realiza acompanhamento de crianças desde o seu nascimento até os 10 anos de idade. Segundo Maia, Menezes e Santos (2017) as ações de acompanhamento do desenvolvimento e crescimento infantil predispõe à diminuição de doenças prevalentes na infância e da MI, pois, por esse meio, pode-se resguardar ou tratar precocemente possíveis agravos à saúde da criança e realizar educação em saúde. Enquanto o programa Bebê Precioso define fluxos assistenciais de acompanhamento de crianças oriundas das UTIN, integrando a linha de cuidados de saúde da criança da atenção básica, visando abordar integralmente a criança em situação de risco, com promoção da sua qualidade de vida, dando destaque para a vigilância à saúde e interlocução entre os níveis de atenção (SANTA CATARINA, 2018a).

Além dos programas supracitados, de acordo com os resultados, observou-se que SC e seus municípios também investiram em ações de suplementação alimentar, diminuição das carências nutricionais, planejamento familiar, controle da violência, estreitamento do vínculo hospital/maternidade-unidade básica, ações de capacitação de seus funcionários, prevenção de agravos na maternidade, infância e adolescência, entre outras ações. Muitos programas/ações implementadas no estado são de caráter federal; entretanto, algumas localidades catarinenses se destacaram pela forma de execução das propostas federais, o que configura os diferentes modelos de atenção pelo país. Ademais, algumas ações de SC serviram de modelo para a criação de diretrizes federais, a exemplo da Lei do Acompanhante.

A APS possui papel fundamental na manutenção da saúde da criança brasileira, pois nela são ofertados diversos serviços curativos, preventivos e de promoção e proteção da saúde infantil. Suas ações contribuem para a redução da MI, ampliação do acesso aos serviços, alta cobertura vacinal e a redução da desnutrição (BRANQUINHO; LANZA, 2018). Estas afirmações corroboram com o fato que SC teve sua queda mais acentuada de MI a partir da implantação de programas e expansão da APS. Após anos estabilizando-se, os dados de MI tiveram um discreto aumento no ano de 2017, fato que pode estar relacionado à brusca queda no acompanhamento de famílias na Atenção Básica pelo PACS no mesmo ano.

Em 2017, a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) lançou sua 3ª edição, com diversas mudanças em relação à sua versão anterior (2011). Entre as mudanças, destaca-se a diminuição do número obrigatório de ACS por equipe de saúde da família (EqSF), que era no mínimo 4 e passou a ser apenas 1. Além disso, a antiga PNAB recomendava que 100% da população da EqSF estivesse coberta pelo ACS, atualmente recomenda-se que esteja coberta 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros específicos) (MELO et al., 2018). Circunstância que pode piorar ainda mais os dados de cobertura populacional observados nos resultados.

Ainda sobre a nova PNAB, é importante ressaltar o incremento nas atribuições dos ACS, que passaram a exercer algumas competências de Agentes de Endemias e Técnicos de Enfermagem, ou seja, diminuíram o número de agentes comunitários e aumentaram suas funções, essas mudanças tendem a modificar fortemente o perfil e as competências dos ACS nos próximos anos, com impactos sobre os modos de organização da ESF (MELO et al., 2018). Um dos principais destaques catarinenses em APS deu-se em 2009, quando o estado foi o primeiro do país a ter ESF em todos os seus municípios, atribuindo-se os bons dados estatísticos catarinenses à cobertura da APS no estado (SANTA CATARINA, 2009a, 2010). Sendo assim, é importante ter um olhar ampliado e crítico em relação às alterações da nova PNAB, pois essas mudanças podem acarretar em alterações na qualidade da APS e nos índices de MI em SC.

Recentemente surgiu uma nova cartilha de orientações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), responsável por desenvolver métodos que qualificam as estratégias e práticas voltadas à Saúde da Criança, visando à integralidade e redução das desigualdades. *“Suas ações se organizam a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS) [...] tendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora e coordenadora das ações e do cuidado no território”* (BRASIL, 2018).

As RAS promovem melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, sendo uma importante ferramenta para efetivação do SUS (UNA-SUS/UFMA, 2016). Em alguns trechos, podemos analisar que o estado de SC vem promovendo o cuidado em redes e gerindo suas ações a partir de estratégias de planejamento. Algumas de suas ações gerenciais consistiram em: qualificar a assistência em saúde, promovendo ações de capacitação e treinamento de seus colaboradores; desenvolver estratégias de planejamento, incentivando a gestão e participação colegiada para a criação de um plano estadual de saúde; descentralizar os recursos e serviços; organizar os fluxos de atendimento, integrando

programas; coordenar todos os níveis administrativos; ampliar a rede de AB a partir de cofinanciamento e municipalização da mesma.

Embora algumas ações gerenciais não sejam específicas à saúde da criança, podem ter contribuído para a conformação de um contexto macropolítico propício ao desenvolvimento de ações com impacto na população infantil. As RAS propiciam aos estados e municípios plena governabilidade para elaboração das suas linhas de cuidado e fluxos assistenciais de acordo com suas necessidades; além disso, fomenta as redes de Atenção Especializadas, como a Rede Cegonha, que trouxe inúmeros benefícios a saúde da mulher, criança e neonato (BRASIL, 2018). A partir da autonomia municipal e estadual, muitos foram os programas desenvolvidos no contexto catarinense, programas que se destacaram nacionalmente e agregaram muito à saúde da criança no estado.

Assim como as conquistas e progressos das ações de gestão catarinenses foram levantadas ao longo dos relatórios, pelos governos, outra ação pertinente à gestão foi o levantamento de problemas gerenciais. Avaliação que evidencia a ciência dos governantes acerca dos problemas gerenciais e do cenário de saúde em seu território, agregando ao contexto político o conhecimento específico para o desenvolvimento de intervenções nas deficiências gerenciais de saúde do estado.

É importante apontar que houve algumas limitações no estudo, em relação à coleta de dados. Encontraram-se algumas dificuldades em localizar documentos físicos que refletissem a história da saúde da criança, no estado de Santa Catarina, pois poucos são os registros preservados em papel, sendo que o acervo institucional da SES é deficitário. Os documentos de maior relevância para a pesquisa foram encontrados no Arquivo Público/Imprensa Oficial do Estado; grande parte dos resultados foram obtidos a partir da análise dos relatórios do governador à Assembléia Legislativa, pois neles havia diversas descrições detalhadas das ações promovidas pelo Governo do Estado a cada ano, tornando o respectivo material essencial para o desenvolvimento deste trabalho.

Conforme o exposto, considera-se que as principais fontes utilizadas podem ter um viés político, já que configuram relatórios de governo. Contudo, essa limitação não invalida os resultados desta pesquisa, pois mesmo esses relatórios levantavam problemas e dificuldades a serem superadas. Tal particularidade das fontes documentais obtidas revela a necessidade de estudos futuros, que incluam outras fontes para obtenção de dados históricos – como a experiência dos personagens envolvidos.

Cabe, ainda, ressaltar que a metodologia utilizada não permitiu o estabelecimento de relações entre os fatos históricos e os dados epidemiológicos, embora tenhamos discutido

algumas possíveis tendências entre o CMI e a cobertura de programas. Sendo assim, recomendam-se estudos epidemiológicos futuros que permitam tais correlações, como as séries temporais.

CONCLUSÃO

O estudo dos avanços na saúde infantil é de grande importância para a sociedade de modo geral, tendo em vista que os indicadores de MI estão relacionados à qualidade de vida de uma população. Além disso, a partir da análise dos fatores contribuintes para a redução da estatística de mortalidade, torna-se possível um planejamento mais adequado das ações de saúde.

De acordo com os resultados obtidos através deste estudo, chega-se à conclusão que o Governo do Estado de SC investiu, ao longo de 36 anos, em diversas ações e programas, regionais e federais, que fomentaram a melhoria da saúde da criança e, conseqüentemente, contribuíram para a redução dos índices de MI apresentados pelo estado. Através do resgate histórico, teve-se acesso aos dados epidemiológicos, políticas e programas de saúde exitosos para saúde da criança, no estado de Santa Catarina; sendo assim, pode-se afirmar que os objetivos propostos pela pesquisa foram alcançados.

Neste estudo, as estratégias de vigilância em saúde, gestão e ações da APS destacaram-se como uma das principais contribuintes para o progresso da saúde da criança no estado, com ações e políticas de avaliação, prevenção e promoção da saúde. Embora destaquem-se ações de iniciativa federal e estadual, o estudo evidenciou a importância das ações de caráter municipal para os avanços na saúde da criança em SC, evidenciadas por programas reconhecidos e premiados nacionalmente, fato que revela a importância da autonomia das prefeituras acerca de suas ações em saúde.

Além de desenvolver novas estratégias e programas de saúde é imprescindível zelar pelas ações já implementadas reconhecidamente eficazes, pois se consideramos a ação um sucesso, não faz muito sentido modifica-la em grande escala, e sim promover a manutenção e perpetuação da mesma. Sendo assim, é importante manter um olhar avaliativo acerca das mudanças nas ações de saúde em SC e qual sua finalidade, pois mudar o perfil das boas práticas poderá desencadear em mudanças nos índices de saúde, prejudicando o progresso observado ao longo desta pesquisa.

A partir da análise e síntese das informações previamente pulverizadas em documentos históricos, este trabalho contribuiu para o entendimento e visualização acerca das práticas

governamentais voltadas à criança em SC nas últimas décadas. O levantamento realizado nesta pesquisa pretende estimular a multiplicação das boas práticas e aprimoramento das ações voltadas à redução do CMI no estado de SC e nas demais regiões do Brasil e do mundo.

REFERÊNCIAS

AIRES, Luana Cláudia dos Passos et al. Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p.01-07, fev. 2017.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1499-1510, 2016.

BRANQUINHO, Isabella Duarte; LANZA, Fernanda Moura. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, [s.l.], v. 8, p.1-11, 10 set. 2018. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro). <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2753>.

BRASIL. COFEN. **Brasil registra alta na mortalidade infantil pela 1ª vez desde 1990**. 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/brasil-registra-alta-na-mortalidade-infantil-pela-1a-vez-desde-1990_64307.html>. Acesso em: 29 maio 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Indicadores Socioeconômicos. In: _____. *Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2005*.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**: Documento Base GT-PNVS (Portaria SVS nº 14, de 22/08/2013). 2014. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/gpa/pnvs_2014_versao_final_2014. Acesso em: 29 maio 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança** : orientações para implementação – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 180 p. : il.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Saúde (tabnet). Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB). **Famílias Acompanhadas por Ano e Modelo de Atenção de 1998 a 2015**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. Ministério da Educação. **PLURALIDADE CULTURAL**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/pluralidade.pdf>>.

Acesso em: 18 maio 2019

DAMASCENO, Simone Soares et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2961-2973, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>

FIESC (Santa Catarina). **Saneamento Básico em Santa Catarina: Breve Cenário**. Florianópolis: FIESC, [2013]. 10 slides, color.

FLÔRES, Gabriela Mendes da Silva et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 237-247, 2018.

FLORIANÓPOLIS. Prefeito Municipal de Florianópolis. DECRETO Nº 19.108, DE 06 DE NOVEMBRO DE 2018. **Institui O Comitê "Floripa Pela Vida" de Prevenção do Óbito Materno, Infantil, Fetal e Transmissão Vertical De Florianópolis – SC**. Florianópolis, 06 de novembro de 2018. Prefeito Gean Marques Loureiro. Secretário Municipal da Casa Civil Constâncio Alberto Salles Maciel.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **MINUTA CAPITAL CRIANÇA**. Florianópolis, 01 de novembro de 2011.

FRANÇA, Elisabeth Barboza et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p.46-60, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>.

FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. **Anais**, p. 1-29, 2016.

IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil-2017**: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

INSTITUTO TRATA BRASIL. **RANKING DO SANEAMENTO**: 2018. São Paulo: Go Associados, 2018. 118 p.

MAIA, Jair Alves; MENEZES, Fernanda de Alcântara; SANTOS, Pâmela Alves de Moura. PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DE ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL. **DêCiência em Foco**, [s.l.], v. 1, p.53-63, jan. 2017.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p.38-51, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s103>.

MIRANDA, Gilvanir Souza. **Mortalidade infantil**: caracterização das principais causas de mortalidade infantil. 2014. 27 f. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Rio Branco, 2014.

NETTO, Guilherme Franco et al. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 10, p.3137-3148, out. 2017.

OLIVEIRA, Deíse Moura de et al. Saberes e práticas de enfermeiros sobre a participação social na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 3, p.421-427, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690302i>.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. O USO DAS FONTES NA CONDUÇÃO DA PESQUISA HISTÓRICA. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p.1-10, 11 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002760017>.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Süsskind. O MÉTODO DE PESQUISA HISTÓRICA NA ENFERMAGEM. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 14, p.575-584, out. 2005. Trimestral.

PEREIRA, Silvana Maria; SANTOS, Marcos Leite dos; SANTOS, Pablo Queiroz dos.

Direito Das Mulheres: Ter acompanhante durante o Parto: A Experiência da Lei Brasileira. In: FAZENDO Gênero 9: DIÁSPORAS, DIVERSIDADES,

DESLOCAMENTOS, 09., 2010, Florianópolis. **Anais...** . Florianópolis: Ufsc, 2010. p. 01 - 09. Disponível em:

<http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278265292_ARQUIVO_FG9Leido_a_Acompanhantenopartotextocompleto.pdf>. Acesso em: 26 maio 2019.

SANTA CATARINA. Assessoria de Comunicação. Secretaria Estadual de Saúde. **Estratégia Saúde da Família.** 2009a. Disponível em:

<<http://efos.saude.sc.gov.br/portal2011/index.php/noticias/17-estrategia-saude-da-familia>>. Acesso em: 29 mar. 2019.

_____. DELIBERAÇÃO 015/CIB/05. **Aprova o credenciamento do “Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes” (CAPSi) do município de Florianópolis.** Reunião Extraordinária no dia 08 de abril de 2005. SANTA CATARINA.

DELIBERAÇÃO 038/CIB/05. **Aprova a implantação do Centro de Atenção Psicossocial da Criança e do Adolescente (CAPSi) no município de Chapecó, e o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) no município de Quilombo.** Reunião Ordinária no dia 24 de junho de 2005b.

_____. DELIBERAÇÃO 137/CIB/18. **A instituição do Comitê Gestor Estadual de atenção à saúde das crianças suspeitas ou confirmadas para Síndrome Congênita associadas à infecção pelo vírus Zika e outras síndromes (STORCH), nos termos da Portaria GM/MS nº 3.502, de 19 de dezembro de 2017.** Florianópolis, 21 de junho de 2018c.

_____. DELIBERAÇÃO 163/CIB/2016. **Aprova as Diretrizes de estimulação precoce para crianças de 0 a 03 anos, com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, decorrente de microcefalia e outros agravos, para o Estado de Santa Catarina.** Reunião ordinária do dia 21 de julho de 2016b.

_____. DELIBERAÇÃO 206/CIB/07. **Aprova o credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS i II, para atendimento de crianças e adolescentes, do Município de Lages.** Reunião Ordinária no dia 29 de novembro de 2007d.

_____. DELIBERAÇÃO 314/CIB/2013. **O Plano de Ação da Rede Cegonha das Regiões de Saúde Extremo Oeste, Xanxerê, Oeste, Alto Uruguai Catarinense, Meio Oeste, Vale do Rio do Peixe, Foz do Rio Itajaí, Alto Vale do Itajaí, Médio Vale do Itajaí, Laguna, Carbonífera, Extremo Sul Catarinense e Serra Catarinense.** Florianópolis, 02 de agosto de 2013d.

_____. Lei nº 13.271, de 10 de janeiro 2005. **Institui o Dia Estadual de Combate ao Trabalho Infantil no Estado de Santa Catarina.** Florianópolis, SC, 10 jan. 2005a.

_____. Lei nº 13.974, de 26 de janeiro de 2007. **Autoriza o Poder Executivo a instalar bancos de leite humano.** Florianópolis, SC, 26 jan. 2007c.

_____. Lei nº 15.265, de 18 de agosto de 2010. **Autoriza o Poder Executivo a instituir o Programa de Prevenção e Tratamento da Obesidade Infantil nas instituições de ensino públicas e privadas do Estado de Santa Catarina.** Florianópolis, SC, 18 ago. 2010b.

_____. Lei nº 16.161, de 7 de novembro de 2013. **Institui o Dia Estadual de Combate ao Câncer Infantil, no Estado de Santa Catarina.** Florianópolis, 2013e.

_____. Lei nº 16.869, de 15 de janeiro de 2016. **Dispõe sobre a presença de Doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências.** Florianópolis, SC, 15 jan. 2016c.

_____. Lei nº 17.060, de 21 de dezembro de 2016. **Dispõe sobre a prestação de assistência especial a parturientes cujos filhos recém-nascidos apresentem deficiência ou patologia crônica.** Florianópolis, SC, 21 dez. 2016e.

_____. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. **Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.** Florianópolis, SC, 17 jan. 2017b.

_____. Lei Ordinária nº 10.867, de 07 de agosto de 1998. **Dispõe Sobre A Notificação Compulsória de Casos de Subnutrição às Autoridades da área da Saúde Pública.** Florianópolis, SC, 07 ago. 1998a.

_____. Lei Ordinária nº 14.375, de 11 de fevereiro de 2008. **Autoriza o governo do estado a implementar projeto que determine que as maternidades e os estabelecimentos hospitalares públicos e privados do estado de Santa Catarina fiquem obrigados a realizar, gratuitamente, o exame de emissões otoacústicas evocadas (teste da orelhinha) para o diagnóstico precoce de surdez nos bebês nascidos nestes estabelecimentos.** Florianópolis, SC, 11 fev. 2008b.

_____. Lizete Contim. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. **II Encontro Estadual de Gestores da Saúde e do Sistema Prisional:** Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2014b. 16 slides, color. Disponível em: <<https://slideplayer.com.br/slide/10719738/>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

_____. **Mensagem à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 1986. Governador Esperidião Amin.

_____. **Mensagem à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 1987. Governador Pedro Ivo Campos.

_____. **Mensagem à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 1989. Governador Casildo Maldaner.

_____. **Mensagem à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2000. Governador Esperidião Amin Elou Filho.

_____. **Mensagem à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2001. Governador Esperidião Amin Elou Filho.

_____. **Mensagem à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2002. Governador Esperidião Amin Elou Filho.

_____. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 1992. Governador Vilson Pedro Kleinübing.

_____. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 1993. Governador Vilson Pedro Kleinübing.

_____. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 1994. Governador Vilson Pedro Kleinübing.

_____. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 1996. Governador Paulo Afonso Evangelista Vieira.

_____. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 1998b. Governador Paulo Afonso Evangelista Vieira.

_____. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2004. Governador Luiz Henrique da Silveira.

_____. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2007b. Governador Luiz Henrique da Silveira, vice Leonel Arcângelo Pavan.

_____. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2008a. Governador Luiz Henrique da Silveira, vice Leonel Arcângelo Pavan.

_____. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2009b. Governador Luiz Henrique da Silveira, vice Leonel Arcângelo Pavan.

_____. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2010a. Governador Luiz Henrique da Silveira, vice Leonel Arcângelo Pavan.

_____. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2012. Governador João Raimundo Colombo.

_____. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2013c. Governador João Raimundo Colombo, vice Eduardo Pinho Moreira.

_____. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2015. Governador João Raimundo Colombo, vice Eduardo Pinho Moreira.

_____. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2016a. Governador João Raimundo Colombo, vice Eduardo Pinho Moreira.

_____. Secretaria de Estado Da Saúde. . **TAXA DE SOBREVIDA EM CRIANÇAS COM CÂNCER É DE 73% EM SANTA CATARINA.** 2014a. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/todas-as-noticias/1625-noticias-2014/4098-taxa-de-sobrevida-em-criancas-com-cancer-e-de-73-em-santa-catarina>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. **Plano Estadual de Saúde 2007-2010.** Florianópolis: IOESC, 2007a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **MINISTÉRIO DA SAÚDE DESTACA TRABALHO DA REDE CEGONHA NA SERRA CATARINENSE.** Florianópolis, 14 fev. 2018d. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/todas-as-noticias/1629-noticias-2018/6052-ministerio-da-saude-destaca-trabalho-da-rede-cegonha-na-serra-catarinense>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL EM SANTA CATARINA ESTÁ ABAIXO DA MÉDIA DO BRASIL.** Florianópolis, 27 nov. 2017a. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/?option=com_content&view=article&id=5886:mortalidade-materna-e-infantil-em-santa-catarina-esta-abaixo-da-media-do-brasil&catid=1417:acom-assessoria-de-comunicacao-2017. Acesso em: 20 mar. 2019.

_____. Secretária de Estado da Saúde. PORTARIA nº 785 de 13/11/2013. **Institui o Comitê Estadual de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal (CEPOMIF) em Santa Catarina.** Publicada no Diário Oficial de Santa Catarina Nº 19.709 de 25/11/2013. Florianópolis, 2013a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **PROGRAMA CRIANÇA FELIZ CHEGA A SANTA CATARINA.** Florianópolis, 28 mar. 2018f. Disponível em: <http://www.sc.gov.br/index.php/noticias/temas/saude/programa-crianca-feliz-chega-a-santa-catarina>. Acesso em: 24 mar. 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Santa Catarina é referência nacional para o Teste do Pezinho**. Florianópolis, 19 dez. 2013b. Disponível em:

<https://www.sc.gov.br/index.php/noticias/temas/saude/santa-catarina-e-referencia-nacional-para-o-teste-do-pezinho>. Acesso em: 24 mar. 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **SANTA CATARINA TEM NÚMERO DE LEITOS DE UTI NEONATAL ACIMA DA MÉDIA NACIONAL**.

Florianópolis, 03 mai. 2018e. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/todas-as-noticias/1629-noticias-2018/9978-santa-catarina-tem-numero-de-leitos-de-uti-neonatal-acima-da-media-nacional>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **SAÚDE DIVULGA BOLETIM SOBRE SÍFILIS EM SANTA CATARINA**. Florianópolis, 13 dez. 2018b. Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/todas-as-noticias/1629-noticias-2018/10458-saude-divulga-boletim-sobre-sifilis-em-santa-catarina>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão do SUS. NOTA TÉCNICA nº 03/GEABS/SUG/SES/201. **Bebê Precioso - Fluxo de seguimento da criança de risco e alto risco egressa de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal em Santa Catarina**. Florianópolis, 2018a.

UNICEF (United Nations Children's Fund). BRASIL. **Brasil e o direito de crianças e adolescentes a crescer com saúde**. 2018. Disponível em:

<https://www.unicef.org/brazil/saude>. Acesso em: 17 maio 2019

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Gestão pública em saúde: a Importância do planejamento na gestão do SUS**/Célia Regina Rodrigues Gil; Isaías Cantóia Luiz; Maria Cristina Rodrigues Gil. - São Luís, 2016. 39f.: il. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade III).

WENZEL, Karine (Santa Catarina). Diário Catarinense. **SC tem maior queda da mortalidade infantil em 26 anos**. 2018. Disponível em:

<http://dc.clicrbs.com.br/sc/nos/noticia/2018/08/sc-tem-maior-queda-da-mortalidade-infantil-em-26-anos-10540976.html>. Acesso em: 18 maio 2019

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proporcionou aumento do conhecimento a respeito das políticas públicas que culminaram nos avanços da saúde infantil no estado de Santa Catarina e no Brasil nas últimas décadas. A partir de um olhar mais crítico acerca do cenário de saúde brasileiro, pode-se evidenciar as discrepâncias nos indicadores de mortalidade entre os estados e regiões do país, levantando a necessidade de mais estudos na área.

A pesquisa concedeu ampliação da compreensão acerca do desenvolvimento e planejamento das ações em saúde, e quais foram as estratégias eficazes nesse sentido, no estado e municípios de SC. Ficou evidente o papel fundamental da gerência em saúde e como pequenas mudanças em políticas públicas podem desencadear alterações nas estatísticas de saúde de uma população, tornando algumas das estratégias citadas no estudo de fácil replicação em outras comunidades do país.

Embora SC apresente bons indicadores de saúde, ainda existem obstáculos a serem ultrapassados pelo estado, principalmente no que diz respeito ao saneamento básico, índice que indiretamente pode influenciar na qualidade de saúde. Os gestores catarinenses, por vezes, mostram-se interessados nas deficiências do serviço, o que sugere que os mesmos dão a devida importância à manutenção dos bons indicadores do estado. Neste sentido, acredita-se que esta produção irá colaborar para o desenvolvimento e planejamento de ações em saúde que impactem positivamente nos indicadores de saúde brasileiros.

A autora encontrou diversas dificuldades ao longo desta pesquisa, a principal foi a carência de material histórico físico arquivado (relatórios, livros, revistas). Fato que evidenciou a pouca importância dada à preservação da história nos governos catarinenses. A partir de conversas informais com servidores da saúde do estado, a autora percebeu que muitas informações importantes não estão descritas em livros, mas permanecem preservadas na memória de quem vivenciou a história, infelizmente essas informações não puderam ser expostas nesta pesquisa. Sendo assim, recomenda-se que estudos futuros sejam realizados com participantes que vivenciaram a história do estado para que compartilhem suas experiências.

Vale ressaltar que em decorrência de prazos e inviabilidade da pesquisadora visitar os principais municípios de SC para realizar busca manual nem todos os programas realizados pelo Governo Catarinense e em seus municípios estão descritos nesta pesquisa. Viés que abre espaço para que outras pesquisas nesta área sejam realizadas, a fim de complementar os dados aqui contidos.

Ademais, este trabalho foi enriquecedor para a minha formação profissional e pessoal, tendo em vista os estreitos laços que mantive com a saúde da criança ao longo da minha graduação. Permaneço com a inquietação de saber mais, de poder pesquisar mais e assim preencher algumas lacunas que permaneceram mesmo após o término deste trabalho.

8. REFERÊNCIAS

- AIRES, Luana Cláudia dos Passos et al. Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p.01-07, fev. 2017.
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1499-1510, 2016.
- ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 67, n. 6, p.1000-1007, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.
- BARATA, RB., et al. (orgs). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- BARROS, F. C.; MATIJASEVICH, A.; REQUEJO, J. H.; et al. Recent Trends in Maternal, Newborn, and Child Health in Brazil: Progress Toward Millennium Development Goals 4 and 5. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 10, p. 1877-1889, 2010
- BRANQUINHO, Isabella Duarte; LANZA, Fernanda Moura. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, [s.l.], v. 8, p.1-11, 10 set. 2018. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro). <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2753>.
- BRASIL. COFEN. **Brasil registra alta na mortalidade infantil pela 1ª vez desde 1990**. 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/brasil-registra-alta-na-mortalidade-infantil-pela-1a-vez-desde-1990_64307.html>. Acesso em: 29 maio 2019.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: CBIA, Unicef, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**. Guia para os profissionais da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011a. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual técnico**. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da

Criança. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 28 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Florianópolis atinge 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família**. Ministério da Saúde: 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1998. Acesso em: 02 jun 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011b. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/70ahsaudecrianca.pdf>. Acesso em: 28 maio. 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Indicadores Socioeconômicos. In: _____. Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos**. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 243 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**: Documento Base GT-PNVS (Portaria SVS nº 14, de 22/08/2013). 2014. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/gpa/pnvs_2014_versao_final_2014. Acesso em: 29 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/ GM 2.395, de 07 de outubro de 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança** : orientações para implementação – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 180 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Parecer Técnico do Plano de Ação elaborado pelo Grupo Condutor Estadual para a Implantação da Rede Cegonha no Estado de Santa Catarina**. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e**

redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em: 28 maio 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Saúde (tabnet). Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB). **Famílias Acompanhadas por Ano e Modelo de Atenção de 1998 a 2015.** Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil é referência mundial em amamentação.** 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2016/08/brasil-e-referencia-mundial-em-amamentacao>>. Acesso em: 28 maio 2018.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Ministério da Educação. **PLURALIDADE CULTURAL.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/pluralidade.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2019

CAMINHA, Maria de Fátima Costa et al. VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ANÁLISE DA SITUAÇÃO BRASILEIRA. **Revista Paulista de Pediatria**, [s.l.], v. 35, n. 1, p.102-109, 20 fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2017;35;1;00009>.

DAMASCENO, Simone Soares et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2961-2973, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>

DAMASCENO, Simone Soares et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2961-2973, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>

DINIZ, Suênia Gonçalves de Medeiros et al. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p.1-8, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-144720160457067.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

FIESC (Santa Catarina). **Saneamento Básico em Santa Catarina: Breve Cenário.** Florianópolis: FIESC, [2013]. 10 slides, color.

FLÔRES, Gabriela Mendes da Silva et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 237-247, 2018.

FLORIANÓPOLIS. Prefeito Municipal de Florianópolis. DECRETO Nº 19.108, DE 06 DE NOVEMBRO DE 2018. **Institui O Comitê "Floripa Pela Vida" de Prevenção do Óbito Materno, Infantil, Fetal e Transmissão Vertical De Florianópolis – SC.** Florianópolis, 06 de novembro de 2018. Prefeito Gean Marques Loureiro. Secretário Municipal da Casa Civil Constâncio Alberto Salles Maciel.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Capital Criança.** 2018. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=capital+crianca&menu=5&submenid=153>. Acesso em: 02 jun. 2018.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **MINUTA CAPITAL CRIANÇA.** Florianópolis, 01 de novembro de 2011.

FRANÇA, Elisabeth Barboza et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p.46-60, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>.

FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. **Anais**, p. 1-29, 2016.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Estado de Santa Catarina.** Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2017a.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Notícias IBGE. **Expectativa de vida do brasileiro sobe para 75,8 anos.** Rio de Janeiro: IBGE, 2017b. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos.html>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Tábua completa de mortalidade para o Brasil-2017:** Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Tábua completa de mortalidade para o Brasil.** Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil-2017**: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

INSTITUTO TRATA BRASIL. **RANKING DO SANEAMENTO**: 2018. São Paulo: Go Associados, 2018. 118 p.

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.192-207, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00133213>.

LOPES, Brenner; AMARAL, Jefferson Ney. Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. **Políticas Públicas Conceitos e Práticas**. Belo Horizonte: SEBRAE MG, 2008. 7 v. Disponível em: <[http://www.mp.ce.gov.br/nespeciais/promulher/manuais/MANUAL DE POLITICAS PÚBLICAS.pdf](http://www.mp.ce.gov.br/nespeciais/promulher/manuais/MANUAL_DE_POLITICAS_PUBLICAS.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2018.

MAIA, Jair Alves; MENEZES, Fernanda de Alcântara; SANTOS, Pâmela Alves de Moura. PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DE ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL. **DêCiência em Foco**, [s.l.], v. 1, p.53-63, jan. 2017.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p.38-51, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s103>.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MIRANDA, Gilvanir Souza. **Mortalidade infantil**: caracterização das principais causas de mortalidade infantil. 2014. 27 f. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Rio Branco, 2014.

NETTO, Guilherme Franco et al. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 10, p.3137-3148, out. 2017.

OLIVEIRA, Deíse Moura de et al. Saberes e práticas de enfermeiros sobre a participação social na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 3, p.421-427, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690302i>.

ONU (Organização das Nações Unidas). **Convenção sobre os Direitos da Criança**. 1989. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php>. Acesso em: 17 mar. 2014.

ONU (Organização das Nações Unidas). **Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. 2015. New York: United Nations, 2015. 76 p. Disponível em: <https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT>. Acesso em: 12 abr. 2018.

PACHECO, C. **Evolução da mortalidade infantil, segundo óbitos evitáveis**: Macrorregiões de Saúde do Estado de Santa Catarina, 1997-2008. 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2010.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. O USO DAS FONTES NA CONDUÇÃO DA PESQUISA HISTÓRICA. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p.1-10, 11 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002760017>.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Süsskind. O MÉTODO DE PESQUISA HISTÓRICA NA ENFERMAGEM. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 14, p.575-584, out. 2005. Trimestral.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Süsskind. O MÉTODO DE PESQUISA HISTÓRICA NA ENFERMAGEM. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 14, p.575-584, out. 2005. Trimestral.

PENELLO, Liliane Mendes; ROSARIO, Selma Eschenazi do. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): sobre as razões e os afetos deste percurso estratégico em defesa de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 53, p.41-58, jan. 2016.

PEREIRA, Silvana Maria; SANTOS, Marcos Leite dos; SANTOS, Pablo Queiroz dos.

Direito Das Mulheres: Ter acompanhante durante o Parto: A Experiência da Lei Brasileira. In: FAZENDO Gênero 9: DIÁSPORAS, DIVERSIDADES,

DESLOCAMENTOS, 09., 2010, Florianópolis. **Anais...** . Florianópolis: Ufsc, 2010. p. 01 - 09. Disponível em:

<http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278265292_ARQUIVO_FG9Leido_a_Acompanhantenopartotextocompleto.pdf>. Acesso em: 26 maio 2019.

PEREZ, José Roberto Rus; PASSONE, Eric Ferdinando. POLÍTICAS SOCIAIS DE ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E AOS ADOLESCENTES NO BRASIL. **Cadernos de Pesquisa**, Campinas, v. 40, n. 140, p.649-673, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v40n140/a1740140.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTA CATARINA. Assessoria de Comunicação. Secretaria Estadual de Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. 2009a. Disponível em:

<<http://efos.saude.sc.gov.br/portal2011/index.php/noticias/17-estrategia-saude-da-familia>>.

Acesso em: 29 mar. 2019.

SANTA CATARINA. DELIBERAÇÃO 015/CIB/05. **Aprova o credenciamento do “Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes” (CAPSi) do município de Florianópolis**. Reunião Extraordinária no dia 08 de abril de 2005. SANTA CATARINA. DELIBERAÇÃO 038/CIB/05. **Aprova a implantação do Centro de Atenção Psicossocial da Criança e do Adolescente (CAPSi) no município de Chapecó, e o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) no município de Quilombo**. Reunião Ordinária no dia 24 de junho de 2005b.

SANTA CATARINA. DELIBERAÇÃO 137/CIB/18. **A instituição do Comitê Gestor Estadual de atenção à saúde das crianças suspeitas ou confirmadas para Síndrome Congênita associadas à infecção pelo vírus Zika e outras síndromes (STORCH), nos termos da Portaria GM/MS nº 3.502, de 19 de dezembro de 2017**. Florianópolis, 21 de junho de 2018c.

SANTA CATARINA. DELIBERAÇÃO 163/CIB/2016. **Aprova as Diretrizes de estimulação precoce para crianças de 0 a 03 anos, com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, decorrente de microcefalia e outros agravos, para o Estado de Santa Catarina**. Reunião ordinária do dia 21 de julho de 2016b.

SANTA CATARINA. DELIBERAÇÃO 206/CIB/07. **Aprova o credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS i II, para atendimento de crianças e adolescentes, do Município de Lages**. Reunião Ordinária no dia 29 de novembro de 2007d.

SANTA CATARINA. DELIBERAÇÃO 314/CIB/2013. **O Plano de Ação da Rede Cegonha das Regiões de Saúde Extremo Oeste, Xanxerê, Oeste, Alto Uruguai Catarinense, Meio**

Oeste, Vale do Rio do Peixe, Foz do Rio Itajaí, Alto Vale do Itajaí, Médio Vale do Itajaí, Laguna, Carbonífera, Extremo Sul Catarinense e Serra Catarinense. Florianópolis, 02 de agosto de 2013d.

SANTA CATARINA. Lei nº 13.271, de 10 de janeiro 2005. **Institui o Dia Estadual de Combate ao Trabalho Infantil no Estado de Santa Catarina.** Florianópolis, SC, 10 jan. 2005a.

SANTA CATARINA. Lei nº 13.974, de 26 de janeiro de 2007. **Autoriza o Poder Executivo a instalar bancos de leite humano.** Florianópolis, SC, 26 jan. 2007c.

SANTA CATARINA. Lei nº 15.265, de 18 de agosto de 2010. **Autoriza o Poder Executivo a instituir o Programa de Prevenção e Tratamento da Obesidade Infantil nas instituições de ensino públicas e privadas do Estado de Santa Catarina.** Florianópolis, SC, 18 ago. 2010b.

SANTA CATARINA. Lei nº 16.161, de 7 de novembro de 2013. **Institui o Dia Estadual de Combate ao Câncer Infantil, no Estado de Santa Catarina.** Florianópolis, 2013e.

SANTA CATARINA. Lei nº 16.869, de 15 de janeiro de 2016. **Dispõe sobre a presença de Doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências.** Florianópolis, SC, 15 jan. 2016c.

SANTA CATARINA. Lei nº 17.060, de 21 de dezembro de 2016. **Dispõe sobre a prestação de assistência especial a parturientes cujos filhos recém-nascidos apresentem deficiência ou patologia crônica.** Florianópolis, SC, 21 dez. 2016e.

SANTA CATARINA. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. **Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.** Florianópolis, SC, 17 jan. 2017b.

SANTA CATARINA. Lei Ordinária nº 10.867, de 07 de agosto de 1998. **Dispõe Sobre A Notificação Compulsória de Casos de Subnutrição às Autoridades da área da Saúde Pública.** Florianópolis, SC, 07 ago. 1998a.

SANTA CATARINA. Lei Ordinária nº 14.375, de 11 de fevereiro de 2008. **Autoriza o governo do estado a implementar projeto que determine que as maternidades e os**

estabelecimentos hospitalares públicos e privados do estado de Santa Catarina fiquem obrigados a realizar, gratuitamente, o exame de emissões otoacústicas evocadas (teste da orelhinha) para o diagnóstico precoce de surdez nos bebês nascidos nestes estabelecimentos. Florianópolis, SC, 11 fev. 2008b.

SANTA CATARINA. Lizete Contim. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. **II Encontro Estadual de Gestores da Saúde e do Sistema Prisional:** Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2014b. 16 slides, color. Disponível em: <<https://slideplayer.com.br/slide/10719738/>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

SANTA CATARINA. **Mensagem à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 1986. Governador Esperidião Amin.

SANTA CATARINA. **Mensagem à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 1987. Governador Pedro Ivo Campos.

SANTA CATARINA. **Mensagem à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 1989. Governador Casildo Maldaner.

SANTA CATARINA. **Mensagem à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2000. Governador Esperidião Amin Elou Filho.

SANTA CATARINA. **Mensagem à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2001. Governador Esperidião Amin Elou Filho.

SANTA CATARINA. **Mensagem à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 2002. Governador Esperidião Amin Elou Filho.

SANTA CATARINA. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 1992. Governador Vilson Pedro Kleinübing.

SANTA CATARINA. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 1993. Governador Vilson Pedro Kleinübing.

SANTA CATARINA. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa.** Florianópolis: Governo do Estado, 1994. Governador Vilson Pedro Kleinübing.

SANTA CATARINA. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa**. Florianópolis: Governo do Estado, 1996. Governador Paulo Afonso Evangelista Vieira.

SANTA CATARINA. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa**. Florianópolis: Governo do Estado, 1998b. Governador Paulo Afonso Evangelista Vieira.

SANTA CATARINA. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa**. Florianópolis: Governo do Estado, 2004. Governador Luiz Henrique da Silveira.

SANTA CATARINA. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa**. Florianópolis: Governo do Estado, 2007b. Governador Luiz Henrique da Silveira, vice Leonel Arcângelo Pavan.

SANTA CATARINA. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa**. Florianópolis: Governo do Estado, 2008a. Governador Luiz Henrique da Silveira, vice Leonel Arcângelo Pavan.

SANTA CATARINA. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa**. Florianópolis: Governo do Estado, 2009b. Governador Luiz Henrique da Silveira, vice Leonel Arcângelo Pavan.

SANTA CATARINA. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa**. Florianópolis: Governo do Estado, 2010a. Governador Luiz Henrique da Silveira, vice Leonel Arcângelo Pavan.

SANTA CATARINA. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa**. Florianópolis: Governo do Estado, 2012. Governador João Raimundo Colombo.

SANTA CATARINA. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa**. Florianópolis: Governo do Estado, 2013c. Governador João Raimundo Colombo, vice Eduardo Pinho Moreira.

SANTA CATARINA. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa**. Florianópolis: Governo do Estado, 2015. Governador João Raimundo Colombo, vice Eduardo Pinho Moreira.

SANTA CATARINA. **Mensagem do Governador à Assembléia Legislativa**. Florianópolis: Governo do Estado, 2016a. Governador João Raimundo Colombo, vice Eduardo Pinho Moreira.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Fazenda. Diretoria de Planejamento Orçamentário. **Plano Plurianual 2016-2019: contexto Socioeconômico e as Estratégias de Desenvolvimento**. Santa Catarina, 2016d.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado Da Saúde. . **TAXA DE SOBREVIDA EM CRIANÇAS COM CÂNCER É DE 73% EM SANTA CATARINA**. 2014a. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/todas-as-noticias/1625-noticias-2014/4098-taxa-de-sobrevida-em-criancas-com-cancer-e-de-73-em-santa-catarina>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Desenvolvimento Social**. 2018. Disponível em: <<http://www.sc.gov.br/governo/acoesdegoverno/desenvolvimento-social>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. **Plano Estadual de Saúde 2007-2010**. Florianópolis: IOESC, 2007a.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **MINISTÉRIO DA SAÚDE DESTACA TRABALHO DA REDE CEGONHA NA SERRA CATARINENSE**. Florianópolis, 14 fev. 2018d. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/todas-as-noticias/1629-noticias-2018/6052-ministerio-da-saude-destaca-trabalho-da-rede-cegonha-na-serra-catarinense>. Acesso em: 22 mar. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL EM SANTA CATARINA ESTÁ ABAIXO DA MÉDIA DO BRASIL**. Florianópolis, 27 nov. 2017a. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/?option=com_content&view=article&id=5886:mortalidade-materna-e-infantil-em-santa-catarina-esta-abaixo-da-media-do-brasil&catid=1417:ascom-assessoria-de-comunicacao-2017. Acesso em: 20 mar. 2019.

SANTA CATARINA. Secretária de Estado da Saúde. PORTARIA nº 785 de 13/11/2013. **Institui o Comitê Estadual de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal (CEPOMIF) em Santa Catarina**. Publicada no Diário Oficial de Santa Catarina Nº 19.709 de 25/11/2013. Florianópolis, 2013a.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **PROGRAMA CRIANÇA FELIZ CHEGA A SANTA CATARINA**. Florianópolis, 28 mar. 2018f. Disponível em: <http://www.sc.gov.br/index.php/noticias/temas/saude/programa-crianca-feliz-chega-a-santa-catarina>. Acesso em: 24 mar. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Proposta de formulação da Rede Cegonha para a Região Metropolitana de Florianópolis**. Santa Catarina, 2012.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Santa Catarina é referência nacional para o Teste do Pezinho**. Florianópolis, 19 dez. 2013b. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/index.php/noticias/temas/saude/santa-catarina-e-referencia-nacional-para-o-teste-do-pezinho>. Acesso em: 24 mar. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **SANTA CATARINA TEM NÚMERO DE LEITOS DE UTI NEONATAL ACIMA DA MÉDIA NACIONAL**. Florianópolis, 03 mai. 2018e. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/todas-as-noticias/1629-noticias-2018/9978-santa-catarina-tem-numero-de-leitos-de-uti-neonatal-acima-da-media-nacional>. Acesso em: 22 mar. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **SAÚDE DIVULGA BOLETIM SOBRE SÍFILIS EM SANTA CATARINA**. Florianópolis, 13 dez. 2018b. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/todas-as-noticias/1629-noticias-2018/10458-saude-divulga-boletim-sobre-sifilis-em-santa-catarina>. Acesso em: 22 mar. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão do SUS. NOTA TÉCNICA nº 03/GEABS/SUG/SES/201. **Bebê Precioso - Fluxo de seguimento da criança de risco e alto risco egressa de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal em Santa Catarina**. Florianópolis, 2018a.

SANTA CATARINA. **Sucesso no sistema de transplantes de órgãos transforma Santa Catarina em referência internacional**. 2017. Disponível em: <http://www.sc.gov.br/index.php/noticias/temas/saude/sucesso-no-sistema-catarinense-de-transplantes-de-orgaos-e-referencia-internacional>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. **Coletânea de Informações Socioeconômicas de Santa Catarina: Planejamento Plurianual do Sebrae/SC**. SEBRAE, 2014.

SORATTO, Jacks et al. Family health strategy: a technological innovation in health. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.584-592, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>.

UNICEF (United Nations Children's Fund). BRASIL. **Brasil e o direito de crianças e adolescentes a crescer com saúde**. 2018. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/saude>. Acesso em: 17 maio 2019

UNICEF (United Nations Children's Fund). **Committing to Child Survival: A Promise Renewed**. Progress Report 2013. New York: UNICEF, 2013.

UNICEF (United Nations Children's Fund). **Committing to Child Survival: A Promise Renewed**. Progress Report 2012. New York: UNICEF, 2012b.

UNICEF (United Nations Children's Fund). **Levels e Trends in Child Mortality: Report 2015**. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: UNICEF, 2015.

UNICEF (United Nations Children's Fund). **Levels e Trends in Child Mortality: Report 2017**. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: UNICEF, 2017.

UNICEF (United Nations Children's Fund). **Situação mundial da infância 2012**. Crianças em um mundo urbano. Nova York: UNICEF, 2012a.

UNICEF (United Nations Children's Fund). **The state of the world's children 2014 in numbers**. Every child counts. Revealing disparities, advancing children's rights. New York: UNICEF, 2014.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Gestão pública em saúde: a importância do planejamento na gestão do SUS**/Célia Regina Rodrigues Gil; Isaías Cantóia Luiz; Maria Cristina Rodrigues Gil. - São Luís, 2016. 39f.: il. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade III).

VENANCIO, Sonia Isoyama et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 32, n. 3, p.1-10, 22 mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00010315>.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. C.; et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011a.

VICTORA, C. G.; BARRETO, M. L.; LEAL, M. C.; et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 2042-2053, 2011b.

WENZEL, Karine (Santa Catarina). Diário Catarinense. **SC tem maior queda da mortalidade infantil em 26 anos**. 2018. Disponível em:

<http://dc.clicrbs.com.br/sc/nos/noticia/2018/08/sc-tem-maior-queda-da-mortalidade-infantil-em-26-anos-10540976.html>. Acesso em: 18 maio 2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 – 3721.4998

DISCIPLINA: INT 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

A graduanda demonstrou comprometimento e responsabilidade com o trabalho de conclusão de curso, participando ativamente de todas as etapas da pesquisa, desde o planejamento da mesma.

Destacou-se pelo engajamento com as atividades e excelência na condução do trabalho, mesmo diante de dificuldades na coleta de dados. Na análise dos dados e discussão, revelou capacidade crítica-reflexiva e criativa, fazendo associações entre os achados e reflexões pautadas na literatura.

A mesma conclui a graduação apresentando um trabalho importante para a saúde da criança, apontando progressos e desafios para a manutenção dos bons índices epidemiológicos relativos à saúde da criança no estado de SC, bem como ações que podem ser replicadas em outras regiões do Brasil e do mundo.

Florianópolis 01 de julho 2019.

Assinatura manuscrita em azul da orientadora, apresentando uma grafia cursiva e estilizada.

Juliana Coelho Pina
Orientadora