



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Suyanne de Quadros Schmidt

**Saúde da Criança no estado de Santa Catarina: perspectiva de quem vivenciou a história**  
(1984-2020)

Florianópolis  
2022

Suyanne de Quadros Schmidt

**Saúde da Criança no estado de Santa Catarina: perspectiva de quem vivenciou a história**  
(1984-2020)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de mestre em Enfermagem. **Área de Concentração:** Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem. **Linha de pesquisa:** Modelos e Tecnologias para o Cuidado em Saúde e Enfermagem

**Orientadora:** Profa. Dra. Juliana Coelho Pina.

**Coorientadora:** Profa. Dra. Maria Lígia dos Reis Bellaguarda.

Florianópolis

2022

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

Schmidt, Suyanne de Quadros

Saúde da Criança no estado de Santa Catarina :  
perspectiva de quem vivenciou a história (1984-2020) /  
Suyanne de Quadros Schmidt ; orientador, Juliana Coelho  
Pina, coorientador, Maria Lígia dos Reis Bellaguarda, 2022.  
113 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. História. 3. Saúde Pública. 4.  
Mortalidade Infantil. 5. Saúde da Criança. I. Pina, Juliana  
Coelho. II. Bellaguarda, Maria Lígia dos Reis. III.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Suyanne de Quadros Schmidt

**Saúde da Criança no estado de Santa Catarina: perspectiva de quem vivenciou a história (1984-2020)**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Ana Izabel Jatóba de Souza, Dr.(a)  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Roberta Costa Dr.(a)  
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final do trabalho** de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Enfermagem

---

Prof.(a) Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dr.(a)  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof.(a) Juliana Coelho Pina, Dr.(a)  
Orientador(a)

Florianópolis, 2022

*Este trabalho é dedicado a todas as crianças do mundo, principalmente àquelas que lutam diariamente contra as estatísticas, pelo simples direito de viver.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a **Deus** por todas as oportunidades desta vida, pela saúde e sabedoria.

Agradeço imensamente aos meus pais, **Sidnei Schmidt** e **Audanei Eni de Quadros Schmidt** por me acompanharem nesta jornada, me apoiarem desde a graduação... principalmente a minha mãe, por ser minha maior incentivadora a concluir este mestrado, por confiar no meu potencial e não me deixar desistir. Obrigada por todo tempo e carinho dedicado à nossa família, te amo incondicionalmente!

Gratidão à minha irmã, **Lara de Quadros Schmidt**, por me auxiliar nas etapas desta pesquisa, nas transcrições e coletas, rimos de aflição, mas deu certo, graças a sua ajuda consegui concluir esta dissertação, obrigada! Te amo.

Agradeço também ao meu namorado, **André Luiz Alves Scheidt**, por me incentivar durante toda trajetória, acreditar no meu potencial (às vezes mais do que eu) e compreender minhas ausências. Obrigada por todas as palavras de carinho e encorajamento, te amo.

Gostaria de agradecer a Universidade Federal de Santa Catarina, que nos últimos oito anos tem sido minha segunda casa, dispondo de recursos e docentes que me possibilitaram ter uma graduação e pós-graduação de excelência. Gratidão ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem por todo suporte durante este mestrado.

Gratidão especial à minha orientadora, professora **Dra. Juliana Coelho Pina**, que me acompanha desde o TCC... foi uma grande incentivadora para que eu adentrasse à pós-graduação e tem sido uma parceira desde então. Obrigada por todo apoio, por acreditar em mim, acolher minhas aflições, dispor do seu tempo para realizar as inúmeras reuniões necessárias até a conclusão desta pesquisa, idealizada por você, e que eu tive o privilégio contribuir, gratidão!

Meu muito obrigada a professora **Dra. Maria Lígia dos Reis Bellaguarda**, por aceitar o convite de ser minha coorientadora, iluminar o pouco que eu sabia de pesquisa histórica, ter paciência de explicar os pequenos detalhes... obrigada de coração!

Gratidão a **Ac. Betina**, aluna da graduação em enfermagem e Pibic da professora Juliana, pelo auxílio na coleta de dados, troca de ideias e conhecimentos; sua participação contribuiu e me auxiliou muito no andamento deste trabalho. Gratidão ao **Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA)**, e seus membros, que vem sendo uma importante ferramenta para troca e obtenção de conhecimento científico dentro da Universidade.

Gostaria de agradecer a minha banca, composta pelas enfermeiras e professoras, **Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza, Dra. Roberta Costa, Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos e Dra Jane Cristina Anders** por aceitarem o convite e disporem do seu tempo para contribuir com esta dissertação, meu muito obrigada! Agradeço também a colaboração e participação das enfermeiras doutorandas **Amanda Nicácio Vieira** (banca de qualificação) e **Stefany Nayara Petry Dal Vesco** (banca de sustentação), muito obrigada!

Gratidão à minha coordenadora, enfermeira **Viviane Müller**, do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, pela parceria e compreensão. Obrigada por flexibilizar alguns plantões para que eu pudesse realizar as atividades do PEN e por fim concluir esta dissertação.

Por fim, gostaria de agradecer imensamente a todos **os profissionais** que aceitaram participar e dispuseram do seu tempo para compartilhar sua vivência e contribuir para esta pesquisa, sem vocês nada disso seria possível, gratidão!

“O passado pode doer, mas do jeito que eu vejo, você pode fugir dele  
ou aprender com ele”. (O REI LEÃO, 1994).



## RESUMO

**Introdução:** a saúde da criança segue sendo um desafio global. Os últimos 36 anos foram marcados pela redução da mortalidade infantil no Brasil; sendo o estado de Santa Catarina uma referência nacional neste aspecto. **Objetivo:** analisar as ações de saúde exitosas para a queda da mortalidade infantil, no estado catarinense, sob a perspectiva dos profissionais de saúde e gestores (1984-2020). **Método:** trata-se de uma pesquisa sócio-histórica com abordagem qualitativa, no período de 1984 a 2020, com resultados obtidos através da história oral temática, coletados no período de abril de 2020 a dezembro de 2021. Participaram deste estudo 23 profissionais das nove Macrorregiões de Saúde catarinenses, aposentados e ativos, que vivenciaram a implementação de estratégias, programas ou ações, voltados à saúde da criança e materno-infantil, de 1984 a 2020, em Santa Catarina. O recorte histórico foi determinado pela implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (1984) e segue até 2020, quando a pandemia causada pela Covid-19 atinge o Brasil. A análise dos dados foi realizada de acordo com a análise de conteúdo proposta por Minayo. **Resultados:** as fontes orais destacaram a atenção primária a saúde, imunização, qualificação da assistência gravídico-puerperal, programas de iniciativa municipal e ações de vigilância em saúde, como importantes estratégias que alavancaram a saúde da criança catarinense; enfatizaram também a relevância e déficit do trabalho em redes de atenção à saúde nesses meios. Além disso, os participantes elencaram a evolução nas esferas socioeconômicas e ambientais, como uns dos principais fatores contribuintes para o progresso na saúde materno-infantil no estado, tendo em vista a influência dos determinantes sociais na saúde da criança. Entretanto, apesar das expressivas melhorias observadas, ainda há obstáculos a serem ultrapassados, entre eles: a perpetuação das boas práticas; o aprimoramento do trabalho em redes de atenção à saúde; a ampliação do escopo do cuidado em saúde, considerando os determinantes sociais; as desigualdades regionais; e o déficit sanitário. **Conclusão:** o governo catarinense, juntamente com seus municípios, em 36 anos, buscou moldar e aperfeiçoar os aspectos econômicos, sociais, educacionais, estruturais e de saúde em seu território, como resultado obteve melhoria em seus indicadores de saúde, todavia, ainda existem desafios a serem superados.

**Palavras-chaves:** enfermagem; história; saúde pública; mortalidade infantil; saúde da criança; estratégias de saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** child health continues to be a global challenge. The last 36 years were marked by the reduction of infant mortality in Brazil; and the state of Santa Catarina is a national reference in this regard. **Objective:** to analyze successful health actions to reduce infant mortality in the state of Santa Catarina, from the perspective of health professionals and managers (1984-2020). **Method:** this is a socio-historical research with a qualitative approach, from 1984 to 2020, with results obtained through thematic oral history, collected from April 2020 to December 2021. Participated in this study 23 professionals from the nine Health Macro-regions of Santa Catarina, retired and active, who experienced the implementation of strategies, programs or actions, aimed at child and maternal and child health, from 1984 to 2020, in Santa Catarina. The historical cut was determined by the implementation of the Comprehensive Assistance Program for Children's Health (1984) and continues until 2020, when the pandemic caused by Covid-19 hits Brazil. Data analysis was performed according to the content analysis proposed by Minayo. **Results:** the oral sources highlighted primary health care, immunization, qualification of pregnancy-puerperal care, municipal initiative programs and health surveillance actions, as important strategies that leveraged the health of children in Santa Catarina; they also emphasized the relevance and deficit of work in health care networks in these environments. In addition, the participants listed the evolution in the socioeconomic and environmental spheres as one of the main contributing factors to the progress in maternal and child health in the state, in view of the influence of social determinants on children's health. However, despite the significant improvements observed, there are still obstacles to be overcome, including: the perpetuation of good practices; the improvement of work in health care networks; expanding the scope of health care, considering social determinants; regional inequalities; and the health deficit. **Conclusion:** the government of Santa Catarina, together with its municipalities, in 36 years, sought to shape and improve the economic, social, educational, structural and health aspects in its territory, as a result, it obtained improvement in its health indicators, however, there are still challenges to be overcome.

**Keywords:** nursing; history; public health; child mortality; children's health; health strategies.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição proporcional e número de óbitos segundo idade para menores de cinco anos. Brasil, 1990 e 2015.....	26
Figura 2 - Mapa das Macrorregionais de Saúde de Santa Catarina.....	28
Figura 3 - Indicador de mortalidade infantil em Santa Catarina, de 1990 a 2017.....	29

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização das Fontes Oraís da Pesquisa.....	43
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABEN/CEPEn</b>	Centro de Estudos e Enfermagem
<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>Apice ON</b>	Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>CNS/MS</b>	Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde
<b>CPMI</b>	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
<b>DAMI</b>	Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância
<b>DINSAMI</b>	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
<b>DNCr</b>	Departamento Nacional da Criança
<b>DNSP</b>	Departamento Nacional de Saúde Pública
<b>EBBS</b>	Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>GEPESCA</b>	Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente
<b>HIJG</b>	Hospital Infantil Joana de Gusmão
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IHAC</b>	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
<b>IHI</b>	Inspetoria de Higiene Infantil
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>LMGAL</b>	Livros de Mensagem do governador à Assembleia Legislativa
<b>MI</b>	Mortalidade Infantil
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NBCAL</b>	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Bicos Chupetas e Mamadeiras
<b>ODM</b>	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde

<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PAISC</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PAISMC</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNAISC</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RAIVS</b>	Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual
<b>RAMI</b>	Rede Cegonha pela Rede Materno e Infantil
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>RN</b>	Recém-nascido
<b>SC</b>	Santa Catarina
<b>SciELO</b>	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TABNET/SIAB</b>	Sistema de Informação em Atenção Básica
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFSC</b>	Universidade Federal de Santa Catarina
<b>UNICEF</b>	<i>United Nations Children's Fund</i>
<b>UTIN</b>	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1	JUSTIFICATIVA.....	17
1.2	PERGUNTA DE PESQUISA.....	20
1.3	OBJETIVO DO ESTUDO .....	20
1.3.1	Objetivo Geral.....	20
1.3.2	Objetivos Específicos.....	20
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
2.1	TRAJETÓRIA DA SAÚDE DA CRIANÇA: O CAMINHO PERCORRIDO NO BRASIL .....	21
2.2	O ESTADO DE SANTA CATARINA E A SAÚDE DA CRIANÇA NAS ÚLTIMAS DÉCADAS .....	27
<b>3</b>	<b>DESENHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>34</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	34
3.2	CONTEXTO DO ESTUDO .....	35
3.3	FONTES HISTÓRICAS.....	35
3.4	COLETA DE DADOS .....	36
3.5	ANÁLISE DE DADOS.....	37
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
4.1	MANUSCRITO 1: AÇÕES NA SAÚDE DA CRIANÇA E A INTEGRAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO EM SANTA CATARINA: PESQUISA HISTÓRICA DE 1984- 2020.....	39
4.2	MANUSCRITO 2: DETERMINANTES SOCIAIS E A SAÚDE DA CRIANÇA: CENÁRIO CATARINENSE (1984-2020).....	69
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>90</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>92</b>
	<b>APÊNDICE A – CARTA CONVITE .....</b>	<b>106</b>
	<b>APÊNDICE B - TCLE .....</b>	<b>107</b>
	<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP.....</b>	<b>110</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O progresso histórico na saúde infantil tem início a partir do momento em que a criança passa a ser vista como participante da sociedade e, neste sentido, começam a ocorrer os processos de implantação e desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas a esse público. As políticas públicas podem ser definidas como a totalidade de ações, metas e planos, de interesse público, que as esferas de governo desenvolvem para contribuir com a evolução da sociedade (ARAÚJO *et al.*, 2014; CALDAS, 2008).

Mundialmente, as últimas três décadas foram marcadas por grandes avanços na saúde da criança. Por meio de compromissos políticos firmados, discussões e estratégias de enfrentamento da mortalidade infantil (MI), diversas nações conseguiram reduzir as mortes de menores de cinco anos de idade em seus territórios ao longo dos anos (UNICEF, 2019). A ampliação da cobertura vacinal, a maior atenção à gestação e nascimento, o aumento na prevenção das doenças infecto-parasitárias, acesso à educação, água potável e saneamento básico foram algumas das ações que salvaram e vêm salvando milhões de vidas em todo mundo (KASSEBAUM *et al.*, 2017; UNICEF, 2015, 2021)

Embora as estratégias mundiais tenham surtido efeito positivo nos indicadores de saúde infantil, ainda hoje muitas crianças morrem por causas evitáveis, principalmente em regiões socioeconomicamente desfavorecidas (UNICEF, 2019). Tendo ciência das deficiências acerca da sobrevivência infantil, no ano de 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) firmou compromisso com a comunidade global de redução do coeficiente de mortalidade na infância em dois terços até 2015, como quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Apesar das promissoras evoluções, a meta não foi alcançada em âmbito mundial, diversos países permanecem longe da cobertura universal necessária para a melhoria da saúde materno-infantil (BOERMA *et al.*, 2018; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015)

As comunidades globais mais afetadas pela alta nos indicadores de MI, em sua maioria, tendem a possuir serviços de saúde de baixa qualidade, causando ineficiência nas estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, esses países costumam apresentar distribuição desigual na cobertura de saúde entre suas regiões, fato que também contribui para a diminuição do sucesso das intervenções de saúde. Com o decorrer dos anos, pode-se observar uma redução gradual das disparidades regionais nos países mais afetados pela mortalidade, porém o ritmo segue lento (BOERMA *et al.*, 2018)



O governo brasileiro investiu, no transcorrer da história, em políticas e estratégias de saúde que contribuíram para a melhoria da saúde materno-infantil. Em meados de 1930, os primeiros programas de proteção à maternidade, infância e adolescência foram desenvolvidos no território nacional, nesta época as iniciativas partiam do Departamento Nacional da Criança (DNCr), e o sucesso das ações instituídas pôde ser observado anos mais tarde, através do progresso nos indicadores de saúde. De lá para cá, inúmeras foram as ações e programas adotados, mantendo constante declive na taxa de MI do país (ARAÚJO *et al.*, 2014; SCHMIDT *et al.*, 2020).

Um importante marco histórico para a evolução da saúde da criança no Brasil foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), em 1984. Implementado pelo governo federal, este programa tinha por intuito a garantia de acesso à saúde, principalmente as crianças pertencentes a grupos de risco; buscando a qualificação da assistência através da ampliação do escopo de cuidado, garantindo a integralidade da assistência, além de fomentar a atenção as doenças prevalentes na infância e fortalecer estratégias de promoção da saúde (ARAÚJO *et al.*, 2014; BRASIL, 2018). Esta ação, juntamente com outras estratégias, corroborou para que o país apresentasse um declínio da ordem de 91,9% no indicador de MI entre os anos de 1940 e 2019 (IBGE, 2019a).

Em 2012, a saúde brasileira alcançou a meta estabelecida pela ONU quatro anos antes do previsto e, por esse motivo, comprometeu-se com 176 países, a contribuir com a redução dos óbitos infantis à nível mundial. Através do documento “Compromisso com a sobrevivência infantil: uma promessa renovada” o governo brasileiro se colocou à disposição para intercambiar informações e experiências bem-sucedidas com outras nações, a fim de salvar menores de cinco anos de mortes evitáveis, com enfoque no período neonatal (UNICEF, 2013; BRASIL, 2020b).

Embora o Brasil tenha se tornado uma das referências mundiais na redução da MI, ainda existem desafios a serem superados. O Brasil é o quinto maior país do mundo em território, é dividido em 26 estados e 1 Distrito Federal, que, entre eles, possuem uma vasta diversidade social, econômica, cultural, climática e territorial. Tratando-se de saúde, quando comparadas as localidades mais ricas e mais pobres da nação observam-se disparidades nos indicadores regionais. Em 2019, apenas 8 estados possuíam indicador de MI abaixo da média (11,9%) nacional, entre eles estavam todos os estados da região sul e sudeste e apenas 1 estado representando a região nordeste (IBGE, 2019b, 2021).

Portanto, apesar do reconhecimento internacional e da significativa redução nos índices de MI expostos pelo Brasil, as estatísticas seguem evidenciando as desigualdades presentes dentro do território nacional, principalmente entre as regiões Sul/Sudeste e Norte/Nordeste. Por exemplo, uma criança nascida no Maranhão (Nordeste) sujeita a lei de mortalidade observada em 2019, esperaria viver em média, 8,5 anos a menos que uma criança nascida em Santa Catarina (Sul) (IBGE, 2019a).

Sendo assim, um dos desafios brasileiros no que diz respeito a redução de MI, supera a simples redução no número total de óbitos, é preciso diminuir as discrepâncias entre a saúde ofertada nas diferentes unidades da federação, objetivando uma evolução uniforme na saúde da criança em todas as localidades do país.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Do ano de 1990 a 2015 mais de 14 milhões de vidas foram poupadas com a redução da mortalidade de crianças e adolescentes à nível global, no entanto, esse progresso vem sendo distribuído de maneira desigual entre as diversas regiões do mundo. Algumas nações socioeconomicamente desfavorecidas tiveram acréscimo em seus indicadores de mortalidade infantil quando comparados os anos de 2015 e 1990, ou seja, mesmo após 25 anos de progresso o controle de óbitos infantis permanece como um desafio para a saúde mundial (KASSEBAUM *et al.*, 2017).

O *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2019* publicado pela UNICEF sugere que caso persistam as tendências atuais, entre 2019 e 2030, aproximadamente 52 milhões de crianças menores cinco anos de idade perderão a vida. Vale ressaltar que, metade dessas mortes serão de recém-nascidos (RN) cujos óbitos poderiam ser evitados com atendimento pré-natal de qualidade, atendimento especializado no nascimento, atenção ao puerpério e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança até os cinco anos de idade (UNICEF, 2019).

Em setembro de 2015, após o término do prazo dos ODM, líderes mundiais reuniram-se novamente e desenvolveram 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) com metas para 2030. O ODS número 3, possui entre um de seus escopos, a redução de óbitos evitáveis de RN e crianças menores de cinco anos para 25 ou menos mortes por mil nascidos vivos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2020). No ano de 2018, 121 países já

havia alcançado a meta estabelecida, porém dos 74 países restantes 53 terão que acelerar seu progresso para atingir o objetivo até 2030 (UNICEF, 2019).

O alcance das metas dos ODS pode estar ameaçado pela recente crise de saúde que o mundo está vivenciando. Novos relatórios apresentados pela UNICEF e ONU revelam que a atual pandemia provocada pela COVID-19 pode afetar negativamente a evolução dos indicadores de saúde globais. O receio da população mundial em contrair o vírus gerou interrupções em diversos serviços de saúde, principalmente os que dizem respeito à prevenção de doenças, como exames de rotina, vacinação e cuidados pré e pós-natais. A baixa adesão aos serviços que contribuíram para salvar milhões de vidas ao longo dos últimos 30 anos pode regredir as conquistas já alcançadas (UNICEF, 2020).

A taxa de MI brasileira obteve queda concomitantemente ao aumento de implantações de políticas públicas voltadas ao público materno-infantil. Em 2012 o Brasil foi convidado a compartilhar com outros países as suas experiências bem-sucedidas que contribuíram para a redução do coeficiente de MI e alcance do ODM 4, a fim de estimular outros governos a acelerarem os esforços e reduzirem as mortes evitáveis em seus territórios. Todavia, o Brasil é um país com alta desigualdade social, o que compromete a gestão em saúde de forma equitativa (JUSTINO *et al.*, 2019; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). Sendo assim, seria inteligente identificar entre os estados brasileiros, quais desenvolveram estratégias de enfrentamento da mortalidade infantil eficazes, com o objetivo de replicá-las em todo território nacional.

Santa Catarina (SC) foi o estado brasileiro com a menor taxa de mortalidade infantil do Brasil por cinco anos consecutivos (2012 a 2017), sendo ultrapassado apenas em 2018 pelo estado do Espírito Santo, e em 2019 pelo estado do Paraná, mantendo-se atualmente como estado com o terceiro menor indicador relativo à mortalidade infantil do país. O governo catarinense investiu ao longo das últimas três décadas em estratégias bem sucedidas voltadas ao público materno-infantil e neonatal, como ações de vigilância em saúde e atenção primária à saúde (APS). As taxas de MI apresentadas pelo estado de SC permanecem, mais de três décadas, abaixo da média nacional (IBGE, 2018a; SCHMIDT *et al.*, 2020).

O monitoramento contínuo da saúde de crianças e adolescentes é crucial para sustentar o progresso dos últimos anos (REINER *et al.*, 2019). O conhecimento das condições associadas aos indicadores de saúde infantil, em estados como SC, ganha especial importância para auxiliar na melhoria da saúde das crianças de outras regiões no Brasil. Além disso, como dito, após

cinco anos consecutivos como melhor indicador referente a MI, SC perde seu posto e já se encontra na terceira colocação, por que isso ocorreu?

Sendo assim, o conhecimento das experiências bem-sucedidas, no estado de SC, poderia auxiliar o próprio estado, outras regiões e países a superarem os desafios voltados à qualidade de vida das crianças e à redução da mortalidade na infância. Além disso, a atual crise de saúde que o mundo vem vivenciando, torna a discussão acerca da temática de redução da mortalidade e perpetuação de boas práticas relevante para toda sociedade.

O presente estudo faz parte do macroprojeto idealizado pela professora Dra Juliana Coelho Pina em 2017, intitulado “Avanços na saúde infantil: resgate histórico no estado de Santa Catarina – Brasil”, sendo meu trabalho de conclusão de curso (TCC), em 2019, fruto da primeira etapa da pesquisa. O TCC deteve-se a fontes documentais e seus principais resultados estão publicados em revista científica (SCHMIDT *et al.*, 2020). Esta dissertação atende a necessidade da interface da história oral, pois a pesquisa documental evidenciou a carência de registros e preservação da memória através de documentos físicos.

Portanto, as recordações e vivências dos personagens que acompanharam a história irá corroborar com a pesquisa documental, fornecendo continuidade da pesquisa, ampliando a produção de conhecimento nesta temática e fortalecendo os resultados já obtidos, possibilitando um olhar mais crítico e sensível sobre os acontecimentos do passado. Para compreender o cenário de saúde que fez com que SC se tornasse destaque nacional, como um dentre os demais estados brasileiros com os melhores indicadores de MI, utilizar-se-á como opção metodológica a pesquisa histórica, com abordagem qualitativa, tendo a história oral temática como técnica de coleta de dados.

A história oral temática privilegia as entrevistas como técnica de coleta, e consiste no esclarecimento dos fatos por meio da fala de indivíduos que vivenciaram acontecimentos do passado. Diferente de outras técnicas de pesquisa histórica, neste método as entrevistas possuem caráter temático específico e objetivo, onde o pesquisador define o conteúdo central e o recorte histórico a ser compreendido, que no caso deste estudo compreende o contexto da saúde da criança em SC nos últimos 36 anos. Além disso, neste modelo de pesquisa, as especificidades da história pessoal de quem narra o fato interessam na medida em que fazem relação com a temática central pré-estabelecida (MACÊDO *et al.*, 2014; PADILHA *et al.*, 2017).

Por fim, este estudo busca dar voz aos personagens que vivenciaram esta história e identificar as ações, programas e demais fatores responsáveis pelo baixo número de óbitos infantis no estado de SC, que foram planejados e implantados entre os anos de 1984 e 2020. O

recorte histórico foi determinado com base na marcante implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (1984) e segue até 2020, quando a pandemia causada pela Covid-19 atinge o Brasil.

## 1.2 PERGUNTA DE PESQUISA

Quais as ações relativas à saúde da criança adotadas pelo estado de Santa Catarina que contribuíram para a queda da mortalidade infantil no estado no período de 1984 a 2020?

## 1.3 OBJETIVO DO ESTUDO

### 1.3.1 Objetivo Geral

Analisar as ações de saúde exitosas para a queda da mortalidade infantil, no estado catarinense, sob a perspectiva dos profissionais de saúde e gestores (1984-2020).

### 1.3.2 Objetivos Específicos

Identificar as ações implementadas na saúde da criança, em Santa Catarina, no período de 1984 a 2020.

Identificar os determinantes sociais contributivos à saúde da criança no estado catarinense (1984-2020).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

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

Foram também utilizados documentos do acervo da pesquisadora principal, após coleta de dados prévia para pesquisa anterior (SCHMIDT, 2019), que consistem em: livros de mensagem do governador à Assembleia Legislativa de SC (LMGAL) de 1985 a 2017, plano estadual de saúde, notícias, portarias, deliberações, notas técnicas, decretos e leis. Além disso, foram consultadas tábuas de MI do IBGE e sistema de informação de atenção básica (TABNET-SIAB).

A Revisão foi feita entre junho de 2020 e outubro de 2021. Considerando a temática histórica do estudo, o levantamento da produção científica incluiu artigos, portarias e também documentos oficiais disponíveis em fontes de dados, teses, livros, sites oficiais, manuais do Ministério da Saúde (MS) e tábuas de mortalidade do IBGE.

### 2.1 TRAJETÓRIA DA SAÚDE DA CRIANÇA: O CAMINHO PERCORRIDO NO BRASIL

A evolução da saúde da criança no Brasil ocorre, de forma mais significativa, a partir dos primeiros registros da criação de poderes e políticas voltadas a este público. Em meados de 1920, as autoridades públicas e privadas brasileiras começam a demonstrar preocupação acerca da temática e, em 1921, instaura-se a Inspetoria de Higiene Infantil (IHI) do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), destinada a promover a saúde e o bem-estar infantil em todo país. O IHI foi substituído anos mais tarde (1934) pela Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância e, em 1937, esta deu lugar à Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (DAMI) (BRASIL, 1934; LOPES; MAIO, 2018).

Portanto, a partir da década de 1930, a infância torna-se objeto de atenção especial e as mudanças institucionais deste âmbito são alargadas. Todavia, os primeiros registros de queda

da MI foram perceptíveis na década de 1940, aproximadamente vinte anos após o início das discussões da temática, quando as políticas de saúde voltadas ao público materno-infantil começaram a ser fortemente incorporadas no território nacional. Nesta época, a taxa de mortalidade de crianças menores cinco anos era por volta de 212 óbitos para cada mil nascidos vivos, destas crianças, aproximadamente 70% morriam antes de completar o primeiro ano de vida (IBGE, 2018a; JUSTINO *et al.*, 2019).

No processo de transição demográfica brasileira destaca-se que, desde o século XIX até meados da década de 1940, o Brasil caracterizou-se pela prevalência de altas taxas de natalidade e de mortalidade, principalmente a mortalidade nos primeiros anos de vida. A partir desse período, com a incorporação às políticas de saúde pública dos avanços da medicina, particularmente os antibióticos recém-descobertos no combate às enfermidades infectocontagiosas e importados no pós-guerra, o país experimentou uma primeira fase de sua transição demográfica, caracterizada pelo início da queda das taxas de mortalidade. Primeiramente, os grupos etários mais beneficiados com a diminuição da mortalidade, foram os das crianças menores de 5 anos de idade. Inicia-se assim, o processo de transição epidemiológica (IBGE, 2019b, p. 6).

Em 17 de fevereiro de 1940, a partir do decreto presidencial, institui-se o Departamento Nacional da Criança (DNCr) substituindo a DAMI, e este, foi responsável por coordenar a assistência materno-infantil, normatizando o atendimento de gestantes, neonatos e crianças até meados de 1969. Liderado e idealizado pelo médico pediatra Olympio Olinto de Oliveira (1866-1956), o DNCr foi um marco para a saúde infantil brasileira, e deu enfoque ao enfrentamento dos problemas voltados a MI, ao menor abandonado e a delinquência juvenil (BRASIL, 2011a; LOPES; MAIO, 2018).

Apesar do DNCr ter preocupação com a criança em situação de vulnerabilidade, os gestores/médicos à frente das estratégias de saúde, já nesta época, dialogavam sobre uma saúde universal, onde mesmo as elites deveriam ser educadas nas formas científicas de educação e alimentação infantis. Os espaços de saúde idealizados, contrariamente aos centros de tratamento de enfermidades e dispensários clínicos, teriam de priorizar ações preventivas de saúde através do pré-natal e puericultura, realizando acompanhamento da gestação, parto e RN, orientando mães e gestantes sobre os cuidados básicos de higiene e alimentação (LOPES; MAIO, 2018).

Após quase trinta anos de contribuição para a saúde da criança, o DNCr, sob responsabilidade do MS, foi destituído, para à criação da Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI) em 1970, chamada de Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) no final desta mesma década. A DINSAMI deu continuidade às estratégias de saúde já implementadas pelo DNCr, e foi pioneira na execução de ações preventivas de saúde voltadas à redução da morbimortalidade materno-infantil da época (BRASIL, 2011a; JUSTINO *et al.*,

2019). Em 1970, o coeficiente de MI brasileiro já beirava os 97,6%, número consideravelmente inferior aos 146,6% observados em 1940 (IBGE, 2019a).

Sabe-se que a população brasileira possui grande diversidade cultural e regional, e por isso é importante que os cuidados de saúde sejam pensados e desenvolvidos através de um modelo universal, igualitário e equitativo. Sendo assim, em 1983, o MS desenvolve o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), em contraponto a DINSAMI, que apesar de ter sido promissora nas estratégias de prevenção de doenças, ainda permanecia como um modelo engessado de cuidado, que não se moldava as necessidades de algumas minorias (BRASIL, 2011b).

Em 1984, o PAISMC foi subdividido em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) objetivando um cuidado ainda mais especializado. Com ênfase na redução da MI, o PAISC foi responsável por estabelecer estratégias prioritárias à saúde da criança na época, como: o incentivo ao aleitamento materno; o controle das patologias respiratórias agudas em crianças; aumento da cobertura vacinal; controle de doenças diarreicas e; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil especializado (BRASIL, 1984, 2011; JUSTINO *et al.*, 2019).

No ano de 1988 foi promulgada a Constituição Federal Brasileira, que garante a saúde como um direito de todos e um dever do estado, por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, apenas em 1990 o SUS foi ratificado, impulsionado e respaldado pelas leis orgânicas da saúde, 8080 e 8142/1990, que ainda hoje regulamentam os seus serviços, a participação da sociedade e as suas bases de funcionamento. O SUS deu um novo rumo à história da saúde brasileira, fornecendo garantia de acesso integral, universal e gratuito de saúde a toda população brasileira (BRASIL, 1990a, 1990b, 2020c; SANTOS, 2018).

Paralelamente a criação do SUS, ocorreu um marco histórico para as crianças e adolescentes brasileiros de maneira geral, foi sancionada a lei Nº 8.069 de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Esse regulamento confere proteção integral a todos os indivíduos brasileiros de 0 a 18 anos, os assegurando direito à saúde, alimentação, educação, cultura, dignidade, liberdade, entre outros princípios que favorecem o nascimento e crescimento saudável sem qualquer discriminação. O ECA facilitou o delineamento do modelo de saúde brasileiro no que diz respeito à saúde da criança, suas prerrogativas perduram até os dias atuais (BRASIL, 2019a).

Ainda na década de 1990, mais precisamente em 1991, estruturou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a fim de contribuir com a APS a partir da capacitação



de pessoas da própria comunidade para realizarem busca ativa, aumentando a adesão aos cuidados de saúde. Os agentes comunitários de saúde (ACS) ao incentivarem a procura ao pré-natal, puericultura, vacinação entre outros serviços que estimulam o cuidado a criança, contribuíram fortemente com a redução de MI na primeira semana de vida em todo país, além disso, o PACS é um dos principais colaboradores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010a).

Apesar dos avanços na APS o acesso aos serviços continuava precário e então, em dezembro de 1993, implementa-se o Programa Saúde da Família (PSF) como proposta de reestruturação organizacional do sistema de saúde brasileiro, buscando romper com o modelo tradicional de assistência existente. “A Saúde da Família tornou-se uma política de Estado e um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2010a, p. 7). O PSF foi inicialmente concebido como um programa de saúde e, posteriormente, ampliado para uma estratégia de governo, denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) (SORATTO *et al.*, 2015).

Na década de 1990, o coeficiente de MI era de 45,1% e seguia em queda (IBGE, 2019a). Em 1992 foi instituída a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com o intuito de promover autonomia no binômio mãe-bebê incentivando o parto humanizado e o aleitamento materno (BRASIL, 2017b; LAMOUNIER *et al.*, 2019). Seguindo este contexto, em junho de 2000, foi instituída a Portaria nº 569 que validava o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, este assegurava a integralidade da assistência durante o período pré-natal, parto, puerpério e neonatal, ao garantir que gestantes e RN tivessem o direito à assistência de saúde (BRASIL, 2000).

Ainda em 2000, foi lançada a Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, voltado para o cuidado humanizado e singular ao RN pré-termo e sua família, que trouxe impacto especialmente no atendimento nas unidades neonatais (BRANQUINHO; LANZA, 2018). Em 2004, o MS desenvolve a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, visando sintetizar as principais diretrizes nacionais voltadas à saúde da criança, de forma a organizar as ações para auxiliar no alcance da meta dos ODM (BRASIL, 2017b; JUSTINO *et al.*, 2019).

Seguindo as estratégias de saúde voltadas para a nutrição e alimentação infantil, no ano de 2008, o MS lança a Rede Amamenta Brasil (substituída em 2011 pela Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil), um conjunto de ações, promovidas prioritariamente na ESF, como meio para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Essas medidas fomentaram o fortalecimento da nutrição infantil, tendo como ciência os benefícios do aleitamento no

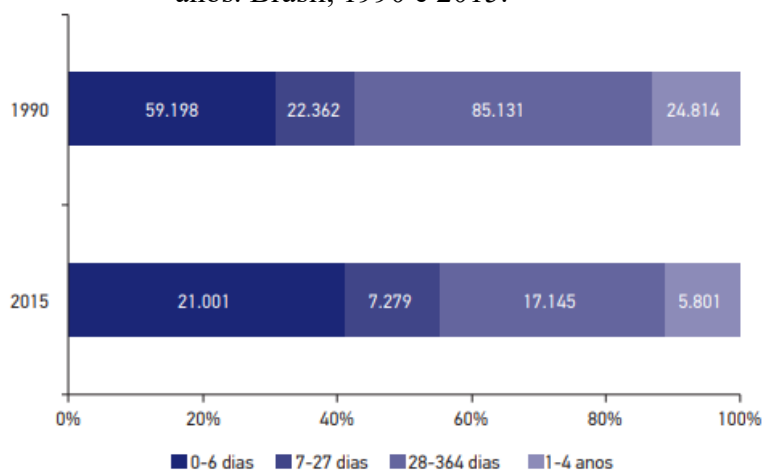
desenvolvimento das crianças; sendo que as práticas de aleitamento materno continuam contribuindo com os indicadores de saúde infantil até os dias atuais (BRASIL, 2016; SILVA *et al.*, 2018). Ainda em 2008, o MS lança o Projeto de Expansão e Fortalecimento do Método Canguru, por meio do compartilhamento de experiências de implementação nas diferentes localidades do país, reunindo profissionais para discutirem acerca das potencialidades e fragilidades do método e como fortalece-lo; essa estratégia visava a ampliação do Método Canguru e aperfeiçoamento da equipe de saúde (SANCHES *et al.*, 2015).

Seguindo o contexto gravídico-puerperal, com intuito de qualificar o cuidado ofertado à mãe e à criança desde o nascimento, o MS, por meio da Portaria MS/ GM 2.395, de 07 de outubro de 2009, institui a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS). Considerando que, a situação socioeconômica, cultural e educacional a qual a criança é exposta ao longo da vida infringem diretamente sobre a sua qualidade de vida, e conseqüentemente sobre a sua saúde, essa estratégia de governo estendeu o escopo de suas pesquisas para além da área da saúde, contemplando e se baseando em políticas e programas voltados à educação, assistência social e cultural, viabilizando às famílias um cuidado integral (BRASIL, 2009; PENELLO; ROSARIO, 2016). Paralelamente às ações de saúde implementadas, os indicadores de saúde seguiam em melhora, no ano de 2000 o coeficiente de MI era de 29% para cada mil nascidos vivos, em 2010 o país já registrava a margem de 17,2% (IBGE, 2019a).

Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha através de esforços do MS para amplificar o acesso, acolhimento e realizar melhorias na qualidade do atendimento pré e pós-natal ênfase no componente neonatal precoce, principalmente no que diz respeito a atenção ao parto (BRASIL, 2017a). A mortalidade neonatal precoce, em sua maioria, está intimamente relacionada à baixa qualidade da assistência fornecida às mães durante o período do pré-natal e do parto, bem como a atenção inadequada aos RN nas salas de parto e unidades neonatais (ARAÚJO *et al.*, 2019).

O governo brasileiro avançou nas estratégias voltadas à atenção pré-natal, entretanto há necessidade de qualificação do cuidado. Vale ressaltar que, à medida que a taxa de MI reduzia no Brasil, começaram a haver mudanças nos fatores desencadeantes das mortes: os óbitos provocados por complicações relacionadas à desnutrição, doenças diarreicas e respiratórias, começaram a dar espaço para prematuridade, asfixia durante o parto e infecções neonatais. Em 2015, a mortalidade neonatal precoce eclodiu como a principal faixa etária dos óbitos em menores de cinco anos no Brasil, dado equivalente a 41% dos casos (FRANÇA *et al.*, 2017; BRASIL, 2019b). Conforme pode-se observar no gráfico abaixo:

Figura 1 - Distribuição proporcional e número de óbitos segundo idade para menores de cinco anos. Brasil, 1990 e 2015.



Fonte: Elaborado por França *et al.*, (2017).

A mudança observada nas causas de óbito em crianças menores de cinco anos pode ser associada, em parte, ao desenvolvimento socioeconômico do país, atrelados ao benefício do programa de transferência de renda Bolsa-Família, que oportunizou melhorias nas condições de educação e saúde das crianças, além da expansão da Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que garantiu as famílias mais vulneráveis, maior acesso a imunizantes e consultas de pré-natal e puericultura (SANCHES *et al.*, 2015). Por outro lado, a concentração de óbitos em neonatos demonstra ainda a necessidade de um fortalecimento na atenção ao período gestacional, parto e puerpério, através da consolidação da rede de atenção perinatal e estratégias de saúde que promovem o cuidado integral à gestante e ao neonato (FRANÇA *et al.*, 2017).

Em 5 de agosto de 2015, através da Portaria GM/MS nº 1.130, o MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com intuito de promover um cuidado integral à saúde da criança desde o pré-natal até os nove anos de idade, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2017a). A qualificação do cuidado é uma importante ferramenta para o melhoramento dos indicadores de saúde, para isso, é necessário promover capacitações voltadas aos profissionais que realizam a assistência, visando um cuidado mais especializado. Em 2017, o MS, com apoio de instituições de saúde e ensino, desenvolveu o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On). Este projeto articula ações direcionadas à formação de profissionais, voltada à atenção e gestão em: 1) parto e nascimento; 2) planejamento

reprodutivo pós-parto e pós-aborto; 3) assistência às mulheres em situações de violência sexual e; 4) abortamento e aborto legal (BRASIL, 2017a).

Ainda neste período, o MS desenvolve a Estratégia QualiNeo, que consiste na “Qualificação da Assistência ao Recém-Nascido de Risco”, instituída prioritariamente nos estados com maiores taxas de mortalidade do país. Esta estratégia atua em parceria com o Apice On, ofertando apoio técnico de forma sistemática e integrada a fim de contribuir com a redução da mortalidade neonatal. As maternidades que apresentarem melhora nos indicadores de assistência, como: redução da mortalidade neonatal, da asfixia no nascimento, de infecções decorrentes de dispositivos médicos, fortalecimento de boas práticas no nascimento e aumento na taxa de aleitamento materno exclusivo receberão um selo de qualidade do MS, como forma de reconhecimento (BRASIL, 2017a, 2021).

As ações promovidas pelo Governo Federal, através do MS das últimas décadas agregadas ao aumento da renda, escolaridade e cobertura de saneamento básico favoreceu tanto a redução da mortalidade quanto o aumento da expectativa de vida dos brasileiros ao longo dos anos (BRANQUINHO; LANZA, 2018; IBGE, 2019a). Entretanto, para manter essa tendência de melhora, são necessárias ações voltadas ao reforço de políticas públicas já existentes, qualificação da atenção em saúde, além de investimentos na implementação de práticas baseadas em evidências em busca da qualificação das estratégias de saúde (BRASIL, 2019b).

## 2.2 O ESTADO DE SANTA CATARINA E A SAÚDE DA CRIANÇA NAS ÚLTIMAS DÉCADAS

A região sul do Brasil compõe-se de três estados: Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. O estado de Santa Catarina, posição geográfica e espaço populacional deste estudo é formado por 295 municípios distribuídos em 95,3 mil km<sup>2</sup> de extensão territorial, com população estimada (2021) de 7.338.473 milhões de habitantes. O estado é famoso por sua fascinante diversidade geográfica composta por praias paradisíacas, matas tropicais e serras com temperaturas negativas. Além da diversidade geográfica, o estado é conhecido por sua heterogeneidade cultural; os catarinenses descendem de mais de 50 etnias, com destaque para os alemães, portugueses e italianos (SANTA CATARINA, 2016; IBGE, 2021).

A força de trabalho e perfil empreendedor dos primeiros colonizadores da região de SC influenciaram consideravelmente no destaque econômico observado atualmente, pois seus esforços refletiram ao longo das décadas nos índices de crescimento, alfabetização, emprego e

renda da população. SC é o segundo estado mais competitivo do país, em decorrência de sua diversidade cultural, produtiva, desenvolvimento territorial/humano e considerável potencial de crescimento econômico. Em 2018 o Produto Interno Bruto (PIB) catarinense era o 6º maior do país, e o PIB per capita o 4º maior (SANTA CATARINA, 2016, 2021c).

Segundo o Boletim de Indicadores Econômico-Fiscais de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2021c), o estado lidera o *ranking* nacional em segurança pública, sustentabilidade social e eficiência da máquina pública. Outro destaque se dá na educação catarinense, que em 2020 possuía a segunda menor taxa de analfabetismo do país, de 2,3%, percentual quase três vezes menor que a média nacional (6,6%); estes indicadores são resultado do trabalho realizado no âmbito da educação estadual, que proporciona acesso ao ensino. A educação é a base para melhorar a qualidade de vida da população e fortalecer a economia do estado (SANTA CATARINA, 2020).

Em relação à saúde, os catarinenses também têm do que se orgulhar. O estado é organizado em nove Macrorregionais de Saúde, conforme figura abaixo:

Figura 2 - Mapa das Macrorregionais de Saúde de Santa Catarina



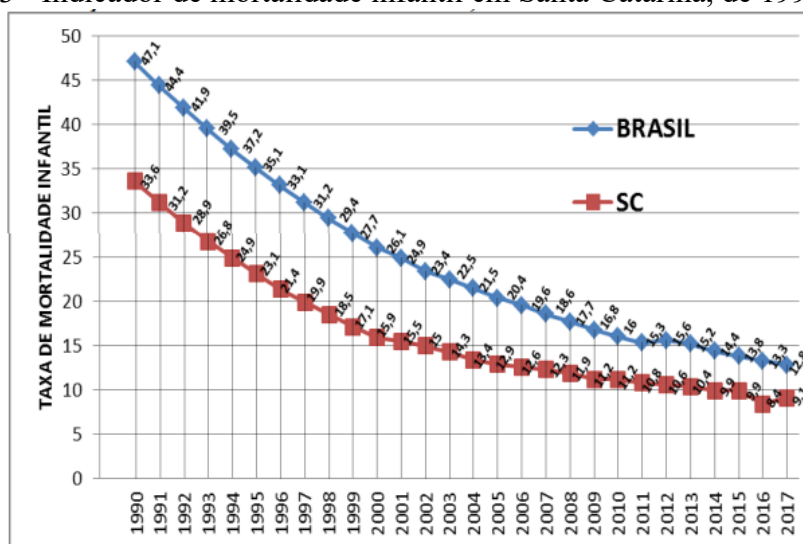
Fonte: Santa Catarina (2021d).

As macrorregiões de saúde são agrupamentos de municípios e possuem finalidade organizacional, para planejamento e implementação das ações de saúde do estado (SANTA CATARINA, 2021d). O estado de SC investiu, ao longo das últimas décadas, em diversas ações e programas voltados à saúde materno-infantil e neonatal. A partir de estratégias de vigilância em saúde, investimento em APS, alta cobertura vacinal, análise periódica e manutenção dos

programas e ações previamente implementados, o governo catarinense contribuiu para a redução significativa da MI em seu território (SCHMIDT *et al.*, 2020).

Segundo a Tábua Completa de Mortalidade para o Brasil (IBGE, 2019b) a maior expectativa de vida ao nascer do país pertence a Santa Catarina (79,9 anos). Além disso, o estado possui a 3ª menor taxa de MI do Brasil, com 8,4 mortos a cada mil nascidos vivos, número consideravelmente inferior à média nacional de 11,9 (IBGE, 2019b). Como pode-se observar no gráfico abaixo, a taxa de MI apresentada por SC permanece há décadas, abaixo da média nacional:

Figura 3 - Indicador de mortalidade infantil em Santa Catarina, de 1990 a 2017



Fonte: Schmidt *et al.*, (2020)

Em 1985, SC já apresentava um dos melhores indicadores do Brasil em cobertura vacinal, com percentual de 97,8% para sarampo e 96,6% para BCG. Nesta época, já era perceptível que os coeficientes de MI vinham melhorando anualmente, de 1980 para 1985 houve redução de 37,7 para 20,6 no indicador do estado. Na época, as principais causas de MI eram caracterizadas pela deficiência da atenção de saúde ao pré-natal, ao parto e ao RN, a deficiência nas ações de saúde pública e as precárias condições de saneamento básico (SANTA CATARINA, 1986, 1987).

Em meados de 1987-1988, concomitante ao desenvolvimento da Constituição Federal e instituição do SUS, ocorre a implantação da primeira Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em SC, localizada no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), na capital Florianópolis. O fato representou um marco no atendimento ao RN de alto risco e o HIJG se

estabeleceu como o centro de referência aos nascimentos de alto risco ocorridos no estado. A Rede de Atendimento à Gestante de Alto Risco visa diminuir a morbimortalidade materno-infantil; em 2002 o estado já contava com sete hospitais de referência nessa área de alta complexidade (SANTA CATARINA, 1989, 2002).

Inúmeras foram as ações nos anos seguintes voltadas à saúde da criança em SC. Ainda em 1988, iniciava-se a elaboração da proposta estadual de implementação do PAISMC em SC. Anos mais tarde, em 1992, visando contribuir com a redução da desnutrição infantil, o governo catarinense distribuía cotas de leite a milhares de famílias, através do programa de suplementação alimentar. Na mesma época, foi implantado o teste do pezinho em 36 municípios do estado; no ano seguinte (1993) o teste já estava disponível em 106 cidades catarinenses (SANTA CATARINA, 1989, 1993, 1994).

Ainda em 1992, o governo estadual participava do processo de elaboração do projeto Pacto pela Infância e Adolescência – Serviço Materno-Infantil. Neste período, o índice de cobertura vacinal catarinense já chegava próximo a 100%, de 1991 a 1992 houve significativa queda nos casos de sarampo, o número de ocorrências caiu de 24 por 100 mil habitantes para 1,7. No ano de 1994, iniciou o movimento de implantação da ESF em SC, na época denominada Programa de Saúde da Família, que desde então vem consolidando os serviços de Atenção Básica no estado (SANTA CATARINA, 1993, 2007).

A ESF foi um importante marco, que veio para aumentar a resolutividade dos serviços, qualificando as ações de saúde através da ampliação do acesso e fortalecimento das práticas de promoção da saúde. Ascurra, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages foram os primeiros municípios catarinenses a receberem a ESF - eles assinaram convênios de adesão em meados de 1994 e as primeiras equipes foram implantadas no decorrer do ano de 1995. Em 2007, a ESF já estava implantada em mais de 99% dos municípios catarinenses e, a partir de outubro de 2009, SC foi destaque nacional ao ser o primeiro estado brasileiro a contar com o serviço da ESF em todos os seus municípios (SANTA CATARINA, 2007, 2010).

SC alcançou todas as metas estabelecidas pelo MS em 1995 e, por esse motivo, recebeu um aumento no repasse de verba voltado ao SUS. Neste ano, em consequência das campanhas de vacinação bem-sucedidas, foi possível visualizar a redução nas doenças imunopreveníveis por todo o estado. Em meados de 2000, o governo do estado negociou com o Escritório da UNICEF no Brasil um programa para melhoria dos indicadores sociais dos municípios catarinenses, denominado “Selo UNICEF Município Aprovado”, que visava fornecer à

população sete seguranças: alimentar; econômica; de saúde; ambiental; pessoal; comunitária e política (SANTA CATARINA, 1996, 2001).

A fim de garantir acesso ao atendimento humanizado e de qualidade no pré-natal, parto e nascimento, o governo estadual implantou, em 2000, o programa SISPRENATAL nas Regionais de Saúde. Os contínuos esforços realizados a partir das estratégias de saúde seguiram refletidos nos indicadores estaduais dos anos seguintes - em 2002, o coeficiente de MI apresentado por SC era inferior aos dados brasileiros e de estados da região sul; neste período, a probabilidade de um catarinense morrer antes do primeiro ano de vida era 40% inferior à média nacional (SANTA CATARINA 2001, 2007).

Em 2003, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil beneficiou 23,22 mil crianças e adolescentes, em 164 municípios catarinenses. Em 2004, o governo do estado começa a demonstrar preocupação com a crescente taxa de cesarianas, através dos indicadores de saúde. Em 2005, o percentual de óbitos por causas mal definidas em menores de um ano e de nascidos com baixo peso chama atenção do governo, ao ficar acima do planejado; portanto, ainda que SC fosse destaque nacional nos indicadores de saúde, a contenção e redução da MI continuava como um desafio a ser superado (SANTA CATARINA, 2002, 2007).

Em 2010, SC era referência nacional em saúde pública e campanhas de imunização, o estado já vinha disputando o *ranking* que define os melhores indicadores de MI do Brasil e, nesta época, a estatística catarinense era equivalente à de países desenvolvidos (SANTA CATARINA, 2010). Em 2011, o Estado atuou fortemente na redução da desigualdade social entre suas regiões, através de investimento em políticas de ação social, com maior atenção às crianças, adolescentes, jovens, pessoas com deficiência e idosos vulneráveis. No ano seguinte, em 2012, SC aderiu à Rede Cegonha (um ano após sua criação nacional), que desde então vem contribuindo para a saúde materno-infantil catarinense e, em 2018, o MS premiou a Câmara Técnica da Rede Cegonha Serra Catarinense pelo trabalho que vem realizando para melhorar ainda mais o atendimento a gestantes, bebês e puérperas na região (SANTA CATARINA 2012, 2018a, 2018b).

É importante ressaltar que, além dos programas propostos pelo estado, as iniciativas de caráter municipal, como a citada acima, também contribuíram para a manutenção da qualidade da saúde da criança em SC. Na década de 1990, a capital catarinense desenvolveu um programa diversas vezes premiado por seu desempenho na saúde materno-infantil. Denominado Capital Criança, este programa é responsável por vincular a gestante à atenção básica, contribuindo para o acompanhamento da gestação, nascimento e desenvolvimento



infantil (FLORIANÓPOLIS, 2011). Após 2, 3 anos de implantação, o Capital Criança conseguiu reduzir a taxa de mortalidade infantil que era de 21,8% para cada mil nascidos vivos, para 7.8% para cada mil nascidos vivos, transformando Florianópolis, na capital brasileira com menor taxa de mortalidade infantil (COELHO *et al.*, 2004).

Desde sua criação até 2011, o Capital Criança já havia atendido cerca de 89 mil RN, destes, aproximadamente 62 mil foram encaminhados para a APS, número correspondente a 70% das crianças nascidas e residentes no município. O programa obteve o reconhecimento por sua qualidade, sendo contemplado com o “Prêmio DUBAI” (em 2000) e o “Prefeito Amigo da Criança da Fundação Abrinq” (em 2000 e novamente em 2004). Nesta mesma época, a capital catarinense ficou em 2º lugar na 3ª edição do Prêmio BÍBI Vogel, sendo a segunda cidade da Região Sul do país em melhores práticas do Aleitamento Materno (COELHO *et al.*, 2004; FLORIANÓPOLIS, 2011).

Em 2001, com intuito de reduzir a morbimortalidade infantil na cidade, a Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí lançou o “Programa Nascer Itajaiense”, propondo atenção integral à criança e à mãe, com enfoque no período puerperal. Através de atividades desenvolvidas no alojamento conjunto e na UTIN da maternidade do município, o Programa promovia orientação acerca das práticas de aleitamento materno e primeiros cuidados com o bebê, incentivo à realização dos testes de triagem neonatal e fortalecimento da referência para APS, por meio de captação precoce (ITAJAÍ, 2021).

Outro programa de caráter municipal de importante destaque foi o Programa Bebê Precioso, adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, em 2009, responsável por delinear o cuidado integral à criança de risco e alto risco egressa das UTIN do estado. A partir desse programa, foi possível reduzir o coeficiente de MI do município, que passou de 10,1 mortes de RN para cada mil nascimentos, em 2008, para 7,4, em 2012, sendo que a média nacional é de 15,7 mortes por mil nascimentos (AIRES *et al.*, 2017; BELANDI, 2019).

De 1998 a 2018, a expectativa de vida dos catarinenses subiu 8,2 anos, mantendo o estado em primeiro lugar no *ranking* nacional. Ademais, com base nas estatísticas de 2018, os catarinenses viviam aproximadamente 3,4 anos a mais que a média nacional e possuíam a segunda menor taxa de MI do país, de 8,6 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos, taxa ultrapassada em 2019 pelo estado do Paraná, deixando SC com o terceiro menor índice de MI do país (IBGE, 2018a, 2019b; SANTA CATARINA, 2007).

Diante do exposto, o presente estudo busca conhecer o contexto responsável por um dos melhores indicadores de MI do Brasil, visando à melhoria das condições de saúde das crianças no país e no mundo.

### 3 DESENHO METODOLÓGICO

Compreende-se por metodologia os meios e técnicas pelos quais o pesquisador busca alcançar os objetivos de sua pesquisa. Este processo metodológico, também denominado método, tende a ser racional, sistemático e coerente, respeitando os princípios da pesquisa científica (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é uma pesquisa sócio-histórica com abordagem qualitativa, com resultados obtidos por meio da história oral temática. A pesquisa histórica é um método que consiste na coleta, organização e análise de dados que tenham ligação com fatos passados, tendo como propósito a constatação dos sucessos e/ou fracassos de eventos prévios. Um dos objetivos da investigação histórica é a análise criteriosa do passado para que se compreenda algumas ocorrências do presente, com possibilidade de levantamento acerca de hipóteses futuras (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

A abordagem qualitativa é a mais indicada nas pesquisas históricas, é geralmente associada ao estudo da história, das relações, do posicionamento do ser com o habitat, envolvendo diferentes teorias e modelos de estudo, como, por exemplo, análise documental e história oral (CARLOS; BELLAGUARDA; PADILHA, 2022; TAQUETTE; BORGES, 2020). A história oral possui a capacidade de transmitir realidades que por vezes o texto construído não contempla, ela reverbera a trajetória e testemunho das fontes orais através de entrevistas, valorizando suas experiências pessoais em eventos e contextos sociais/culturais do passado (PADILHA *et al*, 2017).

A história oral é uma importante ferramenta para a reconstrução do passado, sendo a história oral temática um de seus métodos/técnicas para coletas de dados. Nesta modalidade as entrevistas realizadas possuem um tema central delimitado para o grupo de estudo, que versarão sobre sua experiência de vida acerca do tema escolhido e contemplando um recorte histórico selecionado pela pesquisadora. A partir da história oral temática, o entrevistador busca elucidar informações e acontecimentos específicos do passado, agregando os fatos referidos pelos entrevistados aos conteúdos presentes nas fontes documentais (PADILHA *et al*, 2017).

### 3.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no estado de Santa Catarina, localizado na região sul do Brasil, com extensão territorial de 6.727.148 Km<sup>2</sup>, abrangendo 295 municípios e, aproximadamente, 7.164.788 habitantes (IBGE, 2021). Considerada referência nacional em alguns aspectos da área da saúde, pois por anos liderou o *ranking* nacional com a menor MI, atualmente ocupando 3º lugar geral, além de ser líder nacional de doação de órgãos e, também, é o estado com maior esperança de vida ao nascer do Brasil (SANTA CATARINA, 2018a; IBGE, 2019a).

Conforme explanado na revisão de literatura, o estado contempla nove Macrorregionais de Saúde, denominadas: Macro Grande Oeste, Macro Meio Oeste, Macro Planalto Norte, Macro Nordeste, Macro Foz do Rio Itajaí, Macro Vale do Itajaí, Macrorregião Grande Florianópolis, Macro Serra Catarinense e Macro Sul (SANTA CATARINA, 2021c). Estas foram selecionadas para organizar e delimitar a coleta de dados deste estudo; sendo assim, foi selecionado ao menos um representante de cada macrorregião, a fim de abranger geograficamente todas as experiências em relação à área materno-infantil do estado e não somente áreas próximas à capital.

### 3.3 FONTES HISTÓRICAS

Ao que se refere às fontes do estudo na especificidade do método da História Oral classifica-se por Comunidade de Destino, Colônia e Rede. Sendo *Comunidade de Destino* a categoria, indivíduos, pessoas que irão compor o estudo enquanto participantes. Nesta proposta foram profissionais da saúde e educação, que vivenciaram ou atuaram na implementação de políticas de saúde e em ações que contribuíram para a redução dos índices de MI. A *Colônia*, na História Oral Temática é o quantitativo total de profissionais que foram envolvidos no estudo e, a *Rede* compõe-se do quantitativo de profissionais selecionados e que participaram efetivamente deste estudo, aqui pelo menos um representante de cada uma das nove Macrorregionais de Saúde do estado catarinense (HOLANDA; MEIHY, 2007).

A seleção dos participantes ocorreu a partir de uma amostragem não-probabilística conhecida como Bola de Neve. Esse tipo de amostragem utiliza cadeias de referência, partindo de informantes-chave a fim de localizar outras pessoas com o perfil previamente estabelecido, necessários à pesquisa e muitas vezes de difícil acesso, ou difícil encontro. Dessa forma, uma pessoa vai indicando outras pessoas com o perfil estabelecido pela pesquisa, até que atinja uma

amostragem para que os dados coletados sejam suficientes ao estudo (VINUTO, 2014). O levantamento inicial, partiu de nomes citados nos documentos que compuseram uma pesquisa documental anterior (SCHMIDT, 2019).

Para a seleção dos participantes, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: profissionais da saúde ou de área afim, aposentados ou ativos, que tenham participado/vivenciado a implementação de estratégias, programas ou ações que possam ter contribuído para a queda da MI em SC, de 1984 a 2020. Foram desconsiderados para o estudo: profissionais com menos de cinco anos de experiência; profissionais que não tenham tido contato com as áreas da saúde da criança e do adolescente, materno-infantil e/ou neonatal; profissionais aposentados há mais de 36 anos; profissionais que não atuaram no estado de Santa Catarina.

Foram entrevistadas 23 fontes orais, com ao menos uma representante de cada uma das nove Macrorregionais de Saúde presentes no estado catarinense, são elas: Macro Grande Oeste, Macro Meio Oeste, Macro Planalto Norte, Macro Nordeste, Macro Foz do Rio Itajaí, Macro Vale do Itajaí, Macrorregião Grande Florianópolis, Macro Serra Catarinense e Macro Sul. Os participantes foram identificados por códigos, preservando a identidade e garantindo o sigilo. Ressalta-se que, apesar da pesquisa ser histórica e haver a possibilidade de divulgação das fontes, optou-se por manter sigilo, uma vez que muitos dos participantes não estão aposentados e acabam tendo que avaliar o modelo de serviço do qual fazem parte, isso poderia desencadear um viés na pesquisa. Sendo assim, os nomes foram substituídos pela inicial da profissão (P)pedagogo (M)médico (E)enfermeiro, seguidas da ordem em que foram entrevistados e a cidade a qual representam.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio da história oral temática, obtida mediante entrevista semiestruturada (PADILHA *et al*, 2017; PADILHA; BORENSTEIN, 2005). A entrevista semiestruturada é caracterizada por conter um guia, uma espécie de roteiro pré-estabelecido, onde o entrevistador delimita uma sequência ordenada para a interlocução, com a finalidade de restringir o assunto dialogado durante a entrevista, buscando contemplar suas hipóteses/pressupostos de estudo (MINAYO; COSTA, 2018).

Para a coleta de dados, elaborou-se um roteiro de perguntas, que foi previamente disponibilizado aos participantes: “*Conte-me sua vivência enquanto profissional/gestor ligado*

à saúde da criança, no período de 1984-2020”. “De acordo com sua experiência, quais estratégias, políticas e programas foram responsáveis pelos bons indicadores de saúde infantil apresentados pelo estado de Santa Catarina? Por quê?” “Qual o papel do seu município nesse contexto?”. “Você destacaria iniciativas de outros municípios? Quais?” “O que você percebe que ainda precisa ser melhorado na atenção à saúde infantil em questão regional, estadual e/ou nacional?”

Os encontros foram virtuais, previamente agendados por meio de telefone e *e-mail*, contendo a carta-convite (Apêndice A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). As entrevistas foram realizadas em plataforma *online*, modelo *google meet* e gravadas mediante recursos da própria plataforma, totalizando 12 horas 32 minutos e 14 segundos de conteúdo, com média aproximada de 30 minutos por entrevista. A coleta de dados iniciou em abril de 2020, após o aceite do Comitê de Ética, e teve fim em dezembro de 2021.

As entrevistas foram áudio-gravadas, transcritas no programa *Microsoft Word*, tendo as palavras e trechos de difícil compreensão identificados entre colchetes e em negrito, e posteriormente encaminhadas aos entrevistados via *e-mail* para validação do conteúdo.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados qualitativamente por meio de análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2013), que engloba 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. Este conjunto de procedimentos permite a análise das entrevistas e documentos, buscando-se as convergências e divergências entre as fontes (MINAYO, 2013).

Após, transcritas e validadas as entrevistas, iniciou-se a pré-análise dos dados obtidos a partir da leitura flutuante de todo conteúdo. Com auxílio da ferramenta do programa *Microsoft word*, foram destacados os trechos mais relevantes para obtenção dos objetivos estipulados na pesquisa, destes destaques emergiram quatro categorias principais, sendo elas:

1. Estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças;
2. Qualificação das ações de saúde prestadas e a importância da articulação entre as redes de atenção;
3. Ações de vigilância em saúde e as mudanças estatísticas observadas ao longo das décadas;

#### 4. O cenário socioeconômico, a desigualdade regional e a saúde da criança.

A partir da categorização, foi trazido à tona o corpo histórico oral sendo este discutido, dentro do contexto do período em que o estudo foi realizado, buscando relacionar o passado com o presente e apontar perspectivas para o futuro, no que concerne à saúde da criança (PADILHA *et al.*, 2017; PADILHA; BORENSTEIN, 2005). Dados históricos, documentais, coletados em pesquisa prévia (SCHMIDT, 2019) foram utilizados nesta pesquisa apenas como critério de validação do conteúdo.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo faz parte do macroprojeto “Avanços na saúde infantil: resgate histórico no estado de Santa Catarina – Brasil” e segue as recomendações da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob o protocolo nº. 3.168.729, CAAE nº. 04551318.2.0000.0121. Todos os participantes foram informados sobre o objetivo e características do estudo, sendo garantido o anonimato e o sigilo das informações. Ainda, foram informados sobre sua liberdade de recusa em participar do estudo e desistência em qualquer momento, sem qualquer tipo de penalidade. Além disso, todas as entrevistas, após transcritas, foram devolvidas aos entrevistados, para que estes pudessem validar o conteúdo e alterar os trechos que considerassem necessários.

Em virtude do distanciamento social imposto pela pandemia de COVID-19, todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), por *e-mail* institucional da pesquisadora principal, e responderam com sua anuência.

## 4 RESULTADOS

Com a finalidade de melhor visualização e fundamentação dos dados e das categorias de análise, bem como atender às determinações da Instrução Normativa 02/PEN/2021 de 06 de dezembro de 2021 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2021), os resultados da dissertação serão apresentados abaixo no formato de manuscritos científicos, intitulados:

**MANUSCRITO 1: Ações na saúde da criança e a integração com a rede de atenção em Santa Catarina: pesquisa histórica de 1984-2020.**

**MANUSCRITO 2: Determinantes sociais e a saúde da criança: cenário catarinense (1984-2020).**

### 4.1 MANUSCRITO 1: AÇÕES NA SAÚDE DA CRIANÇA E A INTEGRAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO EM SANTA CATARINA: PESQUISA HISTÓRICA DE 1984-2020

#### RESUMO

**Objetivo:** analisar as ações de saúde exitosas para a melhoria da saúde da criança no estado catarinense, no período de 1984 a 2020, sob a perspectiva de profissionais da saúde. **Método:** Pesquisa histórico-social com abordagem qualitativa, por meio da história oral temática. Foram entrevistados 23 profissionais que vivenciaram o transcorrer da história da saúde da criança nos municípios catarinenses, contemplando representantes de cada uma das nove Macrorregionais de Saúde, no período de abril de 2020 a dezembro de 2021. A análise de dados foi realizada de acordo com a análise de conteúdo proposta por Minayo. **Resultados:** os resultados apontam que as estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças, a qualificação das ações de saúde e assistência à criança, juntamente com as ações de vigilância em saúde, foram as principais contribuintes para o progresso na saúde da criança em Santa Catarina. Além disso, os dados apontam o déficit na comunicação em redes de atenção à saúde e como o fato prejudica os processos voltados a assistência à criança. **Conclusão:** Santa Catarina implementou, ao longo das últimas três décadas, diversas ações de saúde que contribuíram para melhoria da saúde da criança em seu território. Apesar das conquistas alcançadas, a perpetuação das boas práticas e a introdução de novos problemas de saúde continuam sendo um desafio, assim como a referência e contrarreferência nos diferentes cenários de atenção.

**Palavras-chaves:** saúde da criança; saúde pública; ação integrada de saúde; história. enfermagem.



## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the successful health actions to improve the health of children in the state of Santa Catarina, from 1984 to 2020, from the perspective of health professionals. **Method:** Historical-social research with a qualitative approach, through thematic oral history. Twenty-three professionals who experienced the course of the history of children's health in the municipalities of Santa Catarina were interviewed, including representatives of each of the nine Macro-Regional Health, from April 2020 to December 2021. Data analysis was performed according to the content analysis proposed by Minayo. **Results:** the results indicate that health promotion and disease prevention strategies, the qualification of health actions and child care, along with health surveillance actions, were the main contributors to progress in children's health in Santa Catarina. Catherine. In addition, the data point to the deficit in communication in health care networks and how this fact impairs the processes aimed at child care. **Conclusion:** Santa Catarina has implemented, over the last three decades, several health actions that have contributed to improving the health of children in its territory. Despite the achievements, the perpetuation of good practices and the introduction of new health problems continue to be a challenge, as well as the reference and counter-reference in different care settings.

**Keywords:** child health. public health; intersectoral collaboration; history; nursing.

## INTRODUÇÃO

Estratégias e ações voltadas à melhoria da saúde da criança vêm sendo constantemente aprimoradas e difundidas em todo território nacional. Através de análises estatísticas, estudos observacionais e vigilância em saúde, pode-se constatar os benefícios das intervenções de saúde pública implementadas ao longo das décadas (BRANQUINHO; LANZA, 2018; MARINHO; FERREIRA, 2021). Um exemplo é o indicador de mortalidade infantil brasileiro, que saiu do patamar de 69,1 mortos por mil nascidos vivos em 1980, para 11,9 em 2019, uma queda expressiva no marcador que constata a melhoria da saúde no Brasil (IBGE, 2019).

No transcorrer da história e, a partir do aperfeiçoamento das ações de saúde infantil, observou-se a necessidade de um cuidado para além da doença, onde a família, as condições socioeconômicas e o meio em que a criança está inserida também são fatores considerados importantes para a assistência em saúde. Com isso, em 1984, o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, lança o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), a fim de promover qualificação da assistência prestada à criança, garantindo uma cobertura adequada às suas necessidades (BRASIL, 2018). Apesar do PAISC ter apresentado limitações à sua proposta de assistência integral, sua criação representa um marco histórico na saúde da criança, em nosso país, sistematizando-se ações que garantissem não somente a sobrevivência

da população infantil, mas a promoção de sua saúde e proteção do seu crescimento e desenvolvimento.

Vale ressaltar que a APS é considerada a principal coordenadora e executora das ações de atenção integral à saúde da criança e caracteriza a porta de entrada para diversos serviços assistenciais. A gestão municipal exerce papel fundamental na administração, organização e supervisão dos serviços oferecidos a nível primário, o que configura às prefeituras imensa responsabilidade e autonomia. Em 2015, a capital catarinense, Florianópolis, foi eleita pelo Ministério da Saúde como a capital brasileira com a melhor APS do país, após alcançar 100% de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e tendo suas equipes consideradas com qualidade superior à média nacional (BRASIL, 2015).

As ações de saúde permeiam os diferentes níveis de atenção à saúde, portanto, é importante considerar que para conquistar um cuidado desfragmentado o ideal é definir um fluxo de atendimento sistematizado, hierarquizado e organizado, no qual há comunicação entre as redes de saúde. Para isso, surgem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que contribuem para a promoção de um cuidado integral, contínuo e qualificado entre os níveis de atenção, através da comunicação e desenvolvimento de um cuidado em redes especializadas (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021; SOUZA; VIERA; LIMA JÚNIOR, 2019).

Há mais de 30 anos, Santa Catarina (SC) implementa e investe em diversos programas de saúde voltados ao público materno-infantil, ações que receberam destaque nacional e permitiram que o estado obtivesse o menor coeficiente de mortalidade infantil brasileiro entre os anos de 2012 e 2017. As estratégias de vigilância em saúde, gestão e ações da Atenção Primária à Saúde (APS) catarinenses foram consideradas, em estudos anteriores, como umas das principais contribuintes para o progresso da saúde da criança no estado (SCHMIDT *et al.*, 2020).

Programas como o Bebê Precioso, Capital Criança e Nascer Itajaiense são exemplos de estratégias municipais voltadas à saúde da criança, desenvolvidas em SC, que propõem ações integradas entre APS e assistência hospitalar, fomentando as RAS. Estes programas fazem parte da história da saúde da criança em SC, contribuíram para a qualificação da assistência e, conseqüentemente, para a melhoria dos indicadores de mortalidade infantil dos catarinenses, desde suas criações (ITAJAÍ, 2021; SCHMIDT, 2019).

O recorte histórico do estudo constituiu o período de 1984 a 2020, justificando seu início pelo marco histórico da criação do PAISC e o término em 2020, quando a pandemia pela

Covid-19 chega ao Brasil, impondo limitações no funcionamento das RAS e de todo o sistema de saúde. O que fez emergir o questionamento de pesquisa: quais as ações relativas à saúde da criança adotadas pelo estado de Santa Catarina que contribuíram para a queda da mortalidade infantil no estado (1984-2020)? Sob o objetivo de analisar as ações de saúde exitosas para a melhoria da saúde da criança no estado catarinense, no período de 1984 a 2020.

## MÉTODO

O estudo trata-se de uma pesquisa histórico-social com abordagem qualitativa. Este tipo de desenho metodológico busca discutir, analisar e discorrer sobre acontecimentos do passado, correlacionando-os com fatos presentes, a fim de compreender os variados aspectos da vivência humana e seus grupos sociais (PADILHA *et al.*, 2017).

A seleção dos participantes deu início a partir de nomes que emergiram de estudo histórico-documental anterior (SCHMIDT *et al.*, 2020); nomes de sujeitos históricos que, posteriormente, indicaram outras fontes orais, por meio da amostragem não-probabilística denominada *snowball* (VINUTO, 2014). Para a seleção dos participantes, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: profissionais da saúde ou de área afim, aposentados ou ativos, que participara/vivenciaram a implementação de estratégias, programas ou ações que possam ter contribuído para a queda da MI em SC, de 1984 a 2020. Foram aplicados os seguintes critérios de exclusão: profissionais com menos de cinco anos de experiência; profissionais que não tenham tido contato com as áreas da saúde da criança e do adolescente, materno-infantil e/ou neonatal; profissionais aposentados há mais de 36 anos; profissionais que não atuaram no estado de Santa Catarina.

Participaram deste estudo 23 profissionais que vivenciaram o transcorrer da história da saúde da criança em SC, no período de 1984-2020. Os dados desta pesquisa foram coletados mediante a história oral temática, uma técnica para obtenção de dados, onde o pesquisador-historiador define um tema e/ou recorte histórico específico de seu interesse para ser abordado durante as entrevistas (PADILHA *et al.*, 2017). A pesquisadora principal entrou em contato com as fontes orais por meio de *e-mail*, onde disponibilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); após assinatura digital, enviou-se aos participantes o roteiro de perguntas semiestruturadas que seriam utilizadas durante a entrevista, com o objetivo de nortear o entrevistado a discorrer sobre sua experiência de vida, permeando o tema e o recorte histórico optado pelo pesquisador.

Participaram da pesquisa, ao menos um representante de cada uma das nove Macrorregiões de Saúde de SC. As entrevistas ocorreram em plataforma *online*, entre abril de 2020 e dezembro de 2021, com duração variante de 30 minutos a 2 horas, foram áudio-gravadas, transcritas e posteriormente validadas pelos entrevistados; a partir deste ponto, deu-se início à categorização e análise dos dados, com base na técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo e Costa (2018). Sendo assim, como uma maneira de organizar a discussão, os relatos foram analisados, comparados e agrupados por similaridade temática, dando origem a três categorias temáticas, denominadas: estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos (pré-natal; puericultura; imunização; aleitamento); Qualificação das ações de saúde e assistência à criança (ESF; IHAC; humanização; troca de experiências; referência/contrarreferência); e Vigilância em saúde e os indicadores de mortalidade infantil (acompanhamento; vulnerabilidade; mortalidade; mudança de perfil; notificação/investigação).

O presente estudo faz parte do macroprojeto intitulado “Avanços na saúde infantil: resgate histórico no estado de Santa Catarina – Brasil” que em observância à Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob o protocolo nº. 3.168.729, CAAE nº. 04551318.2.0000.0121. Com o propósito de garantir o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos pela inicial da profissão, pedagogo (P), médico (M), enfermeiro (E), seguido da ordem em que foram entrevistados e suas respectivas cidades. O *corpus* da pesquisa ficará arquivado no Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA), como acervo histórico e de fonte de dados para futuras pesquisas.

## RESULTADOS

O estudo foi composto por 23 profissionais ligados à assistência e gestão da saúde, no estado de SC, sendo um pedagogo(a), três médicos(as) pediatras e dezenove enfermeiros(as), todos com experiência voltada para a saúde da criança. Destes, havia ao menos um representante de cada uma das nove Macrorregionais de Saúde do estado, brevemente categorizados no quadro a seguir:

Quadro 1 - Caracterização das Fontes Oraís da Pesquisa

INFORMANTE	GRADUAÇÃO	INÍCIO DA CARREIRA	PRINCIPAL ÁREA DE ATUAÇÃO	PERÍODO DA ENTREVISTA
P1.Joinville	PEDAGOGIA	1995	Secretaria Estadual de Saúde	abril/2020

M1.Florianópolis	MEDICINA	1976	Secretaria Estadual de Saúde	abril/2020
E1.Florianópolis	ENFERMAGEM	1992	Secretaria Municipal de Saúde	julho/2020
M1.Joinville	MEDICINA	1996	Secretaria Estadual de Saúde	julho/2020
E2.Florianópolis	ENFERMAGEM	1976	Obstetrícia/Neonatologia/ Ginecologia Hospitalar / Docência	outubro/2020
E1.Blumenau	ENFERMAGEM	1996	Atenção Primária / Docência	outubro/2020
E3.Florianópolis	ENFERMAGEM	1981	Secretaria Estadual de Saúde - DIVE	novembro/2020
E4.Florianópolis	ENFERMAGEM	1980	Hospital Infantil	novembro/2020
E1.Criciúma	ENFERMAGEM	1992	Atenção Primária	novembro/2020
E5.Florianópolis	ENFERMAGEM	1990	Secretaria Estadual de Saúde - DIVE	novembro/2020
E6.Florianópolis	ENFERMAGEM	1963	Pediatria Hospitalar	novembro/2020
E7.Florianópolis	ENFERMAGEM	1998	Pediatria Hospitalar	fevereiro/2021
E2.Blumenau	ENFERMAGEM	1962	Pediatria Hospitalar	fevereiro/2021
E1.Joinville	ENFERMAGEM	1980	Secretaria Estadual de Saúde	março/2021
E8.Florianópolis	ENFERMAGEM	1999	Obstetrícia	março/2021
E1.Mafra	ENFERMAGEM	2008	Pediatria Hospitalar	março/2021
E1.Itajaí	ENFERMAGEM	1984	Pediatria Hospitalar / Docência	março/2021
E9.Florianópolis	ENFERMAGEM	1983	Pediatria Hospitalar	março/2021
E2.Itajaí	ENFERMAGEM	2008	Pediatria e neonatologia hospitalar / Docência	abril/2021
M1.Tubarão	MEDICINA	1962	Pediatria Hospitalar/Atenção Primária	abril/2021
E1.Lages	ENFERMAGEM	2009	Obstetrícia Hospitalar	agosto/2021
E1.Chapecó	ENFERMAGEM	1998	Pediatria e Obstetrícia Hospitalar / Docência	novembro/2021
E1.Joaçaba	ENFERMAGEM	2014	Secretaria Municipal de Saúde - DIVE / Docência	dezembro/2021

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

### **Estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos**

A fim de melhorar o seu cenário de saúde, o governo de SC investiu na promoção da saúde e prevenção de doenças, para além das práticas curativas, e colheu frutos dessas ações. Os resultados desta categoria apontam algumas das estratégias adotadas pelo estado neste aspecto, e como se configuraram ao longo dos anos, entre elas: cobertura vacinal, assistência ao pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, fortalecimento da Atenção Básica, entre outras ações, conforme depoimentos que seguem:

[...] no Hospital Universitário, quando eu entrei, lá em 95, as internações na pediatria eram praticamente sazonais, nós recebíamos crianças com desidratação no verão e no inverno eram as crianças com problemas respiratórios, os desnutridos, com verminose e outros problemas mais comuns na infância durante todo o ano [...] Esse padrão foi caindo, aí é que entram as políticas de saúde como por exemplo a Atenção Integrada

às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e todas as ações preventivas que mobilizou em todos os níveis. (E9. Florianópolis)

[...] ações como: o acompanhamento da criança do crescimento e desenvolvimento, chamava de ACD; o controle das doenças diarreicas, trabalhando principalmente a hidratação oral em Unidade de Saúde; o diagnóstico precoce e tratamento adequado das infecções respiratórias, que levavam à pneumonia e a pneumonia era uma das causas de maior mortalidade na época; as imunizações [...] com essas ações básicas, a implantação também do Programa de Saúde da Família, em que as pessoas tinham o acesso facilitado a essas ações [...] foi responsável pela redução da mortalidade infantil no estado e no país. (M1. Florianópolis)

Ao longo dos últimos 40/50 anos eu penso que se deve muito: a vacinação; a recuperação da prática do aleitamento materno; a oferta de um maior número de serviços, especialmente na Atenção Primária à Saúde; o incremento do número do quantitativo de serviços e de profissionais [...] lá no final da década de 90, o que a gente chamava de Programas Saúde da Família, o PSF. Então antes disso [do PSF] tinha aqui em Chapecó dois, três, cinco postos de saúde, hoje são 27, e aí cada um ainda tem equipes, têm centros que têm cinco, seis equipes de saúde... então houve um incremento no quantitativo de profissionais, no quantitativo de serviços, o que proporcionou um melhor acesso a gestante, ao pré-natal, acesso às crianças. (E1. Chapecó)

[...] depois de 2015, eu também comecei a atuar na emergência pediátrica, porque eu fazia alguns plantões na emergência pediátrica, e também foi notório que as crianças chegavam na emergência pediátrica [...] com uma demanda bem menor [...] eu acho que tudo isso é fruto da Estratégia de Saúde da Família, dos próprios agentes de saúde, do próprio trabalho que o município começou ter que refletiu na saúde das crianças e dos adolescentes. (E7. Florianópolis)

Das falas supracitadas, depreende-se que as ações executadas em nível da APS tiveram impacto perceptível em outros pontos da RAS. Além disso, ações de promoção e prevenção passaram a ser objeto também da atenção especializada, não estando mais restritas à APS.

Os entrevistados destacam, dentre essas ações, as estratégias voltadas à nutrição infantil, principalmente através do incentivo ao aleitamento, que foram opções do estado para garantir a qualidade de saúde da criança, ao longo das décadas. Algumas dessas, exemplificadas abaixo:

Naquela época se dava leite em pó e óleo para crianças de baixo peso, então a gente tinha esse programa onde as mães tinham que vir [na Unidade Básica de Saúde]. (E1. Criciúma)

[...] o Criança 21, o Capital Criança, eles tinham também uma vertente nesse sentido né, existia todo um trabalho do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, inclusive com entrega de fórmulas infantis, estímulo do aleitamento materno (E1. Blumenau)

A IHAC, a NBCAL, o aleitamento materno, todas essas ações que envolvem a promoção, a proteção e o apoio, tem um impacto direto na saúde da criança. [...] em 1979 foi implantado o Banco de Leite Humano sendo ampliado e melhorado sua estrutura física em 1981, e a gente já entendia que ele também era uma Central de Informações sobre Aleitamento Materno. Essa foi uma ação bem importante para a área da saúde da criança no Estado e foi um marco. Ele foi o primeiro Banco de Leite

do Estado de Santa Catarina, e serviu de modelo para vários outros bancos de leite do Brasil. (E2. Florianópolis)

[...] em 2012, eu implantei o COMAMAS, que é o Comitê Municipal de Aleitamento Materno e Alimentação Saudável. Então em 2012 a gente ganhou um prêmio que se chamou, aqui em Florianópolis, Menção Honrosa Bibi Vogel, nós não ganhamos o primeiro lugar porque ainda não tínhamos algumas ações, e uma delas era o Comitê de Aleitamento Materno. Aí a gente conseguiu instituir o Comitê interdisciplinar e intersetorial, com várias instituições também, e ele está vigente até hoje. A gente conseguiu mobilizar muito a sociedade para aumentar as ações em prol do aleitamento materno. Teve o agosto Dourado, que começou com a gente aqui, teve várias ações que deram certo, utilidades que deram certo. E hoje ainda continua aí esse Comitê. [...] a gente construiu, coletivamente, a Política Nacional da Saúde da Criança do Ministério da Saúde, que se chama PNAISC, que foi lançada em Portaria em 2015. (E1. Florianópolis)

Com uma melhora grande no programa de pré-natal a gente conseguiu também com que a mãe fosse orientada para os cuidados adequados com esse recém-nascido, e junto com isso veio todo o programa de suporte à educação relacionado a importância do aleitamento materno. (E1. Itajaí)

Agora a gente está trabalhando mais a parte neonatal, então... atuando, por exemplo, a parte de aleitamento materno, a gente está trabalhando o Método Canguru, os bancos de leite humano, para nutrir adequadamente os prematuros, para evitar a morte neonatal. (M1. Florianópolis)

Outra ação preventiva que perpassa diferentes pontos da RAS é a imunização, a qual contribuiu, ao longo das décadas, para a redução dos óbitos e internações causadas por doenças imunopreveníveis, principalmente em crianças. Diversos entrevistados elogiaram a alta cobertura vacinal e a qualidade da imunização apresentada pelo estado de SC, fato que corrobora com a redução acentuada dos casos de rubéola, caxumba, varicela, sarampo, entre outras tantas doenças que eram comuns na infância:

A Imunização é um dos principais fatores e programas que contribuíram para erradicar algumas doenças, né, hoje emergentes, mas que diminuíram muito nas décadas de 70, 80 e 90, a mortalidade de crianças pelas doenças imunopreveníveis. (E1. Florianópolis)

Santa Catarina, na parte de coberturas vacinais, ela sempre foi um destaque em relação a vários outros estados, ela sempre se destacou por manter altas coberturas vacinais por décadas. (E3. Florianópolis)

[...] Criciúma tinha na época [década de 90], e deu muito certo, a segunda via da DN que vinha com a marquilha do pé, eles mandavam para os postos de saúde que tinham os recém-nascidos. E a gente tinha obrigação de ir até a mãe e perguntar se “já tinha ido no posto fazer a BCG” né?! Que na época era só a BCG, e já se aprazavam as “hepatites” a “DPT” que na época não tinha a VOP, naquele tempo. Então isso deu uma alavancada muito grande na cobertura vacinal e deu muito certo (E1. Criciúma)

Quando eu entrei na gestão em Blumenau, já existia isso, não mais como um Programa, mas como uma ação rotineira do município, de fazer a visita às crianças nascidas do seu município, na maternidade, alguns programas inclusive as crianças já tomava a vacina na maternidade, elas já saíam com a vacina BCG e a anti-Hepatite B

já na maternidade, e já com esse agendamento, com esse atendimento marcado para Unidade Básica de Saúde para iniciar esse processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. (E1. Blumenau)

[...] a gente implementou, dentro do Capital Criança, não lembro se foi em 2006, a parte das vacinações nas maternidades, porque, o que isso tem a ver com a mortalidade eu já vou falar, porque as crianças já não tinham mais uma cobertura adequada de BCG, tinham uma restrição de vacinadores... E a gente queria, e imaginava, que a criança saindo já vacinada da maternidade já garantia a proteção dela e proteção de rebanho, de comunidade. (E1. Florianópolis)

O sucesso da cobertura vacinal catarinense, foi desencadeado por uma série de planejamentos, porém já há uma preocupação acerca da perpetuação dessas ações:

Agora a gente não está tendo mais esses índices tão bons, já tem aí uns 5 anos que as coberturas vacinais vêm caindo e a gente não sabe qual será a consequência disso mais adiante [...] particularmente, na imunização, hoje trabalhamos com o movimento “antivacinas” que é presente no mundo todo, e tem que haver um esforço para desmanchar e conseguir vencer isso, reconquistando a confiança da população no programa. (E3. Florianópolis)

Então, na saúde da criança a gente está vendo crianças tendo varicela e varicela de internar, crianças que vão parar na UTI por septicemia por varicela, a gente está vendo crianças com sarampo que foram internadas na UTI até, ali no Hospital Infantil, por causa desse surto de sarampo. Então coisas que antes a gente achava que já estavam extintas, estavam praticamente eliminadas, a gente não viu voltar assim com muita urgência, então estamos bem preocupados com a questão da saúde da criança agora por causa dessas *fake News* [...] Santa Catarina, eu fui ver ontem, está com 70% de cobertura e, se a gente for pegar algumas cidades estão com 30% de cobertura nessa faixa etária de 1 a 4 anos, porque as mães não estão levando porque é só a gotinha, então elas não acham tão importante. (E1. Criciúma)

Então deu para observar uma queda na questão de prevenção da criança, a gente observa que os pais ainda procuram para realizar as vacinas, às vezes nesse momento a gente aproveita para fazer os dados antropométricos, enfim, observar o crescimento e desenvolvimento... mas em geral, os últimos dois anos a gente percebeu realmente essa mudança de foco. (E1. Joaçaba)

Os cuidados realizados nos períodos de pré-natal, parto e puerpério são cruciais para garantir a saúde da criança, portanto, SC investiu em estratégias para assegurar a qualidade do acompanhamento da gestação, parto e puerpério pelos serviços de saúde, ao longo da RAS. Nas falas a seguir, as fontes históricas citam a relevância do acompanhamento da criança desde o pré-natal até a puericultura, destacando a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nesse processo:

Eu acredito que os enfermeiros de Santa Catarina eles acompanham bastante o Pré-Natal, fazem esse acompanhamento aí, numa forma bem bacana, eu acho que Santa Catarina está bem na frente no quesito consulta de enfermagem [...] nós temos ainda muitos casos de sífilis congênita, infelizmente, ainda tem gestantes que não conseguimos alcançar, mas na minha região eu observo que a gente tenta fazer de tudo



para que não haja sífilis congênita. Tentamos fazer com que o pré-natal ocorra sempre com aquele acompanhamento médico/enfermeiro [...] o enfermeiro tem autonomia de já solicitar exames, de fazer os testes rápidos, então aqui geralmente a gente tenta fazer pelo menos três vezes, no primeiro, segundo e terceiro trimestre os testes rápidos para ISTs, e ainda quando a mulher vai ganhar o bebê na rede hospitalar é realizado os exames/testes novamente. (E1. Joaçaba)

[...] a gente instituiu... e uma das coisas que contribuiu para reduzir o número de mortes e infecção na primeira semana de vida, em função das onfalites, que é a infecção do coto umbilical, na época a gente não tinha, como tem hoje nas farmácias: o acesso ao álcool 70; então as mães usavam o *merthiolate*, o mercúrio, e muitas questões culturais que aumentavam o risco de infecção - e aí a gente padronizou o kit de cuidados do bebê. (E1. Florianópolis)

Alguns municípios também acabam fazendo algumas estratégias para captar gestantes com mais frequência, fazem pelo menos as seis consultas de pré-natal, fazem com que o parceiro também participe. Então eles têm algumas estratégias mesmo do município, alguns dão enxoval para mãe que fizer pelo menos as seis consultas de pré-natal, haviam os grupos de gestantes do passado, agora não tá tendo mais, tem uma Unidade que se eu não estou enganada, tem um grupo no *WhatsApp*, então às vezes o profissional manda vídeos lá, essa questão da tecnologia também veio para ajudar [...] agora, no contexto da pandemia, eu percebi que elas estão fazendo menos consultas de pré-natal e isso dificulta bastante [...] Eu brinco que é uma caixinha de surpresa o que vai nascer... a gente já teve óbitos fetais por uma má-formação que a mulher não conseguiu descobrir porque ela não fez ultrassom no pré-natal, ou fez só no início do pré-natal e depois não fez mais, tem tipo três consultas de pré-natal, e chega para nós e o bebê vai a óbito no trabalho de parto. (E1. Lages)

Nos anos 90, eu começo minha atuação em Joinville, já tinha os protocolos de enfermagem, era um avanço para a época [...] na época nós tínhamos dias específicos para atuar nos Programas, então tinha o dia do pré-natal, o dia da coleta do preventivo de câncer, o dia da puericultura e o dia de tudo, depois a gente vai repensando a nossa prática, eu to falando lá de 90... depois fomos verificando na prática e com informações que não era bem assim [...] hoje a gente trabalha com agenda colorida no município de Joinville, que é uma agenda que atende à demanda. (E1. Joinville)

Além de ações estaduais, foram citados alguns programas de caráter municipal que se destacaram ao longo da história, através de estratégias de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, os quais favoreceram ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, nos diferentes serviços que compõem a RAS:

Em 94, Joinville instituiu um Programa que se chama “Programa Pequeno Príncipe”, e aí a gente tinha que seguir os 12 passos do pequeno príncipe ou da princesa, o Programa se chama “pequeno príncipe”, mas tinha a princesa também. E aí, eram 12 passos onde a gente fazia consultas de puericultura com essas crianças e fazia o acompanhamento até um ano de idade, um mês com o profissional médico (o pediatra) e um mês com a enfermeira, consistia em acompanhar essa mãe e essas crianças, isso até os anos 90. Nos anos 2000 então se incrementa em Joinville um outro Programa, que se chama “Bebê Precioso”, e esse tem uma série de procedimentos que devem ser realizados, o Bebê Precioso [...] Então, essas crianças são acompanhadas por esses dois Programas até hoje, eles estão em vigor em Joinville, o que é muito legal, porque se dá continuidade e tem profissionais que ainda estão no programa, este ano alguns devem aposentar e a gente tem medo da perda da qualidade, do compromisso. (E1. Joinville)

[...] tem um programa bem bacana em Joinville - foi até através desse programa em Joinville, que surgiu aqui em Itajaí o Programa Nascer Itajaiense - que é o Bebê Precioso, que acompanha o bebê que sai da neo, então eles têm ali um período de um ano em que essa criança é acompanhada mais de perto para evitar, prevenir doenças, ou alguma alteração que essa criança possa apresentar. Então eu acho que são várias estratégias, várias políticas que Santa Catarina têm, que se destacam realmente em relação ao país como um todo. (E2. Itajaí)

E o que foi o grande ganho dessa iniciativa [Capital Criança], que foi uma iniciativa de reorganização do serviço na Rede Básica, com o serviço voltado para a criança, para a mulher... para a mulher ainda o ciclo gravídico-puerperal. Depois se expandiu para planejamento familiar, a gente implementou e fortaleceu bastante as ações de aleitamento materno no Município [...] O Capital Criança abriu o acesso para as Unidades Básicas de Saúde para essas famílias, as mães começaram a entender a importância do acompanhamento e seguimento dessas crianças, e tinha todo um olhar do profissional. (E1. Florianópolis)

### **Qualificação das ações de assistência à saúde da criança**

À medida que o estado desenvolvia e implementava novas ações de saúde voltadas à criança em nível estadual e municipal, era necessário manter e perpetuar boas ações previamente estabelecidas no território, a fim de evitar retrocesso no cenário de saúde já conquistado. Pensando nisso, o governo catarinense, juntamente com seus municípios, garantiu a manutenção de vários programas e estratégias federais.

A ESF e a IHAC foram importantes estratégias para a qualificação das ações desenvolvidas no âmbito da APS e da Atenção Hospitalar, respectivamente. Apesar dessas iniciativas serem de caráter federal, o estado de SC se destacou ao expandi-las e qualificá-las em seu território, aprimorando-as através de investimentos governamentais, perseverança e determinação das equipes de saúde:

[...] com a criação de Saúde da Família [...] a gente percebe então uma melhoria, em especial, na saúde da criança e nos indicadores de desenvolvimento de saúde do desenvolvimento infantil [...] Santa Catarina foi um dos primeiros estados que implantou Equipes de Saúde da Família, temos um marco em Blumenau e em Criciúma que foram os dois primeiros municípios iniciais realmente, então temos também essa questão vinculada a todo esse indicador - que é um indicador favorável para a saúde materno-infantil. (E1. Blumenau)

Nós fomos, em Joinville, um dos primeiros 20 municípios do Brasil a implantarmos a Estratégia de Saúde da Família, isso eu estou falando de 93/94, mas só no ano 2000 é que se implementa o Agente Comunitário de Saúde em Joinville. Mas o que a gente tinha de especial e que eu posso dizer para você?! Que a Estratégia vem e faz essa diferença, a equipe mínima que se implantou lá em 94 era médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem ou auxiliar de enfermagem e um Agente de Saúde Pública que era um agente administrativo, e esses profissionais faziam acompanhamento dessas crianças. [...] A partir do ano 2000, o Agente Comunitário de Saúde passa a fazer parte não só da Estratégia de Saúde da Família, mas de outras equipes com os Agentes Comunitários. Então a gente tinha, praticamente, 76% da área de Joinville

coberta com Agente Comunitário e isso faz uma grande diferença no cuidado da criança. (E1. Joinville)

[...] nos últimos dez, oito, principalmente nos últimos quatro, três anos, conseguimos fortalecer e deixar a nossa cobertura da Estratégia de Saúde da Família em mais de 75%. E isso é um fator fundamental [...] para que eu tenha uma Atenção Primária efetiva, eu preciso, sim, ter uma Estratégia de Saúde da Família tão efetiva quanto. E nisso acredito que nós estamos acompanhando a frequência que o Estado também nos norteia. (P1. Joinville)

Com a expansão do Saúde da Família, a gente ampliou mais ainda o acesso às Unidades de Saúde, ampliou o olhar à questão dos médicos de família, dos enfermeiros, os pediatras passaram a não ser só os médicos que faziam o atendimento exclusivo à criança, então a gente também foi ampliando isso. (E1. Florianópolis)

É maravilhoso o que esse pessoal dos municípios, da Estratégia da Família e da Vigilância Epidemiológica fazem, assim, nas campanhas de vacina, essas equipes promovem ações maravilhosas, elas conhecem as comunidades, elas vão nas casas, elas visitam, elas têm uma relação até afetiva com essas mães, com essas crianças né, quanto menor o município, mais elas abrangem isso. (E5. Florianópolis)

[...] Chegou no Brasil em 1992, e no caso, a maternidade onde eu atuava, também acompanhando todo o processo, estimulado pelo Ministério da Saúde, e também por fazer parte dessa rede de atenção ao binômio mãe-filho, a gente passou a se engajar para transformar a Maternidade Carmela Dutra e outras do estado em Hospital Amigo da Criança [...] a Maternidade Catarina Kuss, é a maternidade lá de Mafra [...] eles foram certificados como Hospital Amigo da Criança. Foi a primeira maternidade de Santa Catarina e a primeira da região sul [...] ela ficou, junto com a Maternidade Carmela Dutra, entre as 10 primeiras do Brasil [...] E, em relação à IHAC, então, que é outra iniciativa importante, que foi um marco, a gente conseguiu, então, ajudar muitos hospitais, muitas maternidades, no Estado, fora do Estado, e também essa foi e continua sendo uma política importante para a redução da morbimortalidade infantil. Tanto que no Estado caiu bastante, também. Não foi só em Florianópolis. Mas Florianópolis foi a primeira capital brasileira que a mortalidade baixou e alcançou apenas um dígito, as demais eram 12, 11, dois dígitos, A nossa era abaixo de 10 [...] para implantar os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno na Carmela foi algo bem difícil, porque tratava-se de uma mudança de paradigma, de perspectiva paradigmática, era o modelo da mamadeira contra, versus, contra a cultura de amamentação. (E2. Florianópolis)

Eu tive o privilégio de nascer numa maternidade que foi umas das pioneiras, que iniciou, a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, foi a Maternidade Catarina Kuss, que é a maternidade de Mafra, então eu acredito muito nas políticas públicas de saúde [...] principalmente, eu destaco dessa Iniciativa do Hospital Amigo da Criança e também do estimular o aleitamento materno. (E1. Mafra)

Entre as políticas de saúde instituídas, destaco ainda as que envolveram o Incentivo ao Aleitamento Materno e, o credenciamento do Hospital Universitário como Hospital Amigo da Criança. Esse período foi bastante complicado pois precisamos mudar drasticamente toda uma cultura relacionada às chupetas e mamadeiras, defendíamos o aleitamento materno como primeira escolha, mas não como era preconizado para que ocorresse o credenciamento. [...] O HU receber o título de Hospital Amigo da Criança trouxe vários benefícios [...] o que certamente representa uma ação política de saúde assertiva [...] o Projeto Canguru que foram de extrema importância em relação à humanização e acolhimento dessas famílias. (E9. Florianópolis)

Concomitante à implementação da IHAC pelo estado, houve um movimento nas maternidades catarinenses e hospitais infantis voltado às práticas de humanização da

assistência, vindo de encontro com as demais estratégias de qualificação da assistência materno-infantil já desenvolvidas:

[...] [na] Maternidade Carmela Dutra, que era uma das maiores maternidades públicas do estado, comecei a receber provocações, no sentido de rever algumas práticas que a gente desenvolvia lá dentro. Dentre essas era a transformação das Unidades de Internação das Puérperas para a Unidade de Alojamento Conjunto. Foi um processo bem difícil, porque o médico que idealizou o berçário, era considerado o melhor berçário do Estado, e agora ele se via ameaçado pelas novas práticas, ou boas práticas, que recomendava não mais a separação do binômio mãe-filho, mas sim a implantação do Alojamento Conjunto. Então ali já foi um desafio bem grande [...] o PHPN, vocês já ouviram falar? Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que também revolucionou o cuidado da mulher e da criança. E tinha que ser aderido pelos municípios no Estado. [...] quando assumi a Coordenação Estadual da Saúde da Mulher e da Criança da SES/SC, fomos em todas as regiões do Estado de SC e em 2 meses 100% dos municípios aderiram. [...] Em 2001 a 2002, introduzimos na instituição, por determinação, a participação de um acompanhante no trabalho de parto e parto. [e ali a gente já determinou, que] Até então não havia tido consenso, era uma briga, não queriam, aí baixe uma determinação, obrigando. E aí passaram a permitir. E os residentes, e os staffs que reagiram muito, não gostavam, passaram a gostar. E foi antes da lei, em 2005. (E2. Florianópolis)

Nesses 10 anos, desde que eu entrei, eu falo que a gente atendia o parto, na época: mesa de parto, posição litotômica, ocitocina, kristeller e episio. Nossas taxas de episiotomia lá em 2011, que foi o ano que eu entrei, eram tipo entre 50-60%, independente se era o primeiro filho, ou se era o quinto, raramente a gente não fazia uma episiotomia ou não levava para mesa de parto, só se não desse tempo mesmo. E aí as enfermeiras foram estudando, foram se atualizando, indo em congressos e vendo que realmente não havia a necessidade de fazer episiotomia em todo mundo, houve a mudança do local do parto, a gente não levava mais as mulheres para a mesa de parto, a gente mudava elas de decúbito e deixava em decúbito lateral esquerdo no próprio leito. E a gente conseguiu sensibilizar a equipe de enfermagem dessa forma [...] hoje o nosso índice de episiotomia é menor que 1%, então nesses 10 anos é uma mudança muito grande [...] eu vejo que melhorou essa questão da amamentação, porque a gente consegue deixar o bebê em contato pele-a-pele com a mãe [...] Eu vejo que melhorou muito os índices de Apgar porque o bebê nasce no tempo, a gente não vai ficar colocando ocitocina sintética sem necessidade, parto instrumental sem necessidade. No passado era assim: “se não nascer em uma hora depois que completou a dilatação a gente ou vai alocar um fórceps ou vai fazer kristeller ou vai fazer ocitocina, ou tudo junto, e se não der certo vai pra cesárea” sabe?! E aí o bebê passava por um stress muito maior. (E1. Lages)

Teve um progresso que foi em relação às crianças, porque quando eu entrei, pai e mãe eram proibidos de ficar no hospital, né. A gente tinha um problema muito sério com os médicos em relação a isso. Os médicos não queriam os pais como acompanhantes, né. Foi uma briga, assim, muito grande da enfermagem com o corpo clínico pra fazer com que eles aceitassem os pais dentro do hospital [...] as crianças, quando não tinham pai e mãe, ficavam amarradas na cama, né. Então...elas ficavam amarradinhas, no pé, mão e tudo. [...] quando os pais começaram a vir, a coisa ficou um pouco melhor, porque os pais davam atenção pras crianças, observavam mais os sinais, qualquer alteração da evolução da doença, o pai percebia mais, a gente conversava mais com os pais, tinha mais informações das crianças.. E assim crianças assim, também não se estressavam tanto. (E4. Florianópolis)

O compartilhamento de experiências bem sucedidas intersetoriais e o trabalho interdisciplinar também foram algumas das estratégias utilizadas em SC para qualificar o

atendimento em saúde em seu território e nas demais localidades do país. Conforme citam as fontes abaixo:

E aí a gente teve todo um trabalho interdisciplinar, onde a gente constituiu e elaborou, em [19]97 e [19]98, os Protocolos de Saúde da Criança e da Saúde da Mulher aqui no Município... então eram diretrizes básicas... porque nessa época não existia ainda a atenção... não existia ainda a Estratégia de Saúde da Família, nem PACS também, que é o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A Saúde Pública, em Florianópolis, por exemplo, e no Estado, e no Brasil, ainda estava começando as primeiras iniciativas de Saúde da Família, então as mães procuravam as Unidades de Saúde quando as crianças estavam doentes, quando era para fazer vacinas... não existia uma puericultura sistematizada, dentro do âmbito da Atenção Pública no Município de Florianópolis. (E1. Florianópolis)

Na época em que realizávamos o Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica (ECENPE), evento que era realizado a cada dois anos em alternância de organização entre o HIJG e a Pediatria do HU, a comunicação era mais fluída com os profissionais de enfermagem das outras cidades, existia uma troca de experiências muito enriquecedora. [...] Trazer isso para conhecimentos de todos eu acho que é importante, para que todos os profissionais saibam que existem bons programas aqui no estado, e que eles podem ser replicados em outras cidades... e realmente melhorar cada vez mais a saúde da criança. (E2. Itajaí)

[...] tem um negócio interessante que Santa Catarina tinha até 2018, que era o relato das experiências exitosas e de 2010 à 2018, nós tivemos muitas experiências exitosas em todos os municípios de Santa Catarina em relação à saúde da mulher, em relação à saúde da criança, em relação a vários programas e várias ações [...] a gente fazia encontros lá em Joinville, para troca de experiência com as equipes, então uma equipe trazia a novidade e como ela estava executando, a cada dois meses ou três meses a gente promovia um encontro desse, e as equipes contavam as novidades e isso era uma experiência maravilhosa. (E1. Joinville)

Em vários momentos, assim, no Ministério da Saúde, a gente foi levar nossa experiência do Município de Florianópolis em relação à saúde da criança, então a gente compartilhou essas experiências... vários lugares multiplicaram algumas ações que a gente fazia no seu município ou no Estado. Também me recordo que a gente, eu enquanto saúde da criança, uma vez eu fui apresentar o Capital Criança na Secretaria da Presidência da República por conta que... eles queriam um modelo de Programa que fazia interlocução entre as Unidades de Saúde, as maternidades e o território. (E1. Florianópolis)

[...] Nós tivemos uma conversa com Itajaí. Eles vieram aqui conhecer o Bebê Precioso também, para saber como é que eles fazem essa identificação... Eles também têm um acesso bem interessante de cuidado a essa criança quando ela nasce. Eles já fazem um acompanhamento não tão descritivo quanto o nosso, mas eles fazem esse acompanhamento também. Lages também, ultimamente vem se identificando porque conseguiu reduzir a mortalidade infantil, então a introdução de protocolos nos atendimentos, inclusive o protocolo de infecção urinária, ele [o protocolo] partiu aqui de Joinville, e a gente deu acesso a esse protocolo para São José, que eles também adotaram o mesmo nosso de Joinville, que é o de infecção urinária na gestação, que veio também melhorar essa... esse nosso contingente de prematuridade e de óbitos por prematuridade. (M1. Joinville)

A nossa Regional de Saúde [Lages] eles são bem ativos nessa questão materno-infantil, tanto que eles ganharam um prêmio, acho que foi em 2015 ou 2016, não sei dizer exatamente o ano agora, por conta de as taxas de mortalidade caírem muito, então foi uma estratégia regional, tem o protocolo regional de assistência à gestante

que intercala a consulta do enfermeiro com a consulta médica, e enfermeiro e médico participam da capacitação juntos, para prestar assistência de forma igual. (E1. Lages)

Levando em consideração que o bebê acompanhado no pré-natal é o mesmo neonato nascido na maternidade que, posteriormente, retorna à APS para puericultura, não faz sentido um cuidado fragmentado e desvinculado entre APS e Atenção Hospitalar. Alguns programas municipais catarinenses, já citados anteriormente, mereceram destaque, devido à forma particular que aplicaram, qualificaram e replicaram as ações voltadas à saúde da criança em seu território:

Nos anos 90, eu poderia destacar essa questão do Capital Criança em Florianópolis que tinha essa preocupação do atendimento na maternidade, e assim que o bebê nascia, a mãe estava na maternidade, ela já saía da maternidade com o agendamento das primeiras consultas, primeiros atendimentos na Atenção Básica [...] Em São José, o município da grande Florianópolis, também no mesmo período foi produzido um programa que era o Criança 21, nos moldes do Capital Criança, e os outros municípios a partir daí eles passaram a botar ações, incorporar dentro das suas rotinas, ações semelhantes. (E1. Blumenau)

[...] o Programa [Capital Criança] foi premiado com o Prêmio Dubai, que era das 100 melhores práticas do Mundo. Ele foi premiado. Foi premiado pelo prêmio ABRINQ, e Prêmio Prefeito Criança [...] teve uma comissão que veio da Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas. Eles vieram aqui em Florianópolis [2012-2016] para conhecer e implantar a estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas, eu até tenho o livro, posso emprestar, que ali fala da experiência de Florianópolis. Só que eu lá, na reunião, eu me posicionei. Eu disse “olha, mas isso tudo a gente já faz”. (E2. Florianópolis)

O Capital Criança foi modelo para vários municípios de Santa Catarina [...] A gente focava, assim, em várias áreas dentro da saúde da criança, esses eram os pilares. Capacitar pré-natal, pré-natal de risco, a gente focou nas referências. Nós [Florianópolis] fomos um dos primeiros municípios que pagava um ultrassom, garantia um ultrassom para aquela gestante, que nem a isso elas tinham acesso. A gente fez uma cartilha de exames mínimos que essas mulheres no pré-natal tinham que ter. [...] em Joinville, tem um Programa muito parecido com o nosso, acho que se chama Programa Pequeno Príncipe. Tem o Bebê Precioso que é a Política Pública deles voltada à criança prematura, que também tem um olhar de articulação com a Estratégia de Saúde da Família, em que a Equipe da Saúde da Família vai visitar a família, que seria mais ou menos o que se chama a terceira etapa do Método Canguru. (E1. Florianópolis)

[...] o Capital [Criança] foi se consolidando, foi criando o limo como a gente costuma dizer. Foi se fortalecendo. Agora, nessa atual gestão, já com 20 anos, 22 anos, foi em 97, em 2019 são 22 anos. Eles estão mudando várias questões, já não tem mais essa referência, contra referência como deveria ser, conforme a gente idealizou. (E4. Florianópolis)

A gente tem aqui o Programa Nascer Itajaiense que é uma estratégia bem bacana, onde sempre há uma comunicação entre todos os nascimentos e as unidades de saúde; então, ao nascer um bebezinho com alguma, por exemplo, prematuridade ou com alguma complicação, especialmente esses casos, a criança já sai dali [da maternidade] com a primeira consulta agendada, a unidade já fica aguardando essa criança. (E2. Itajaí)

Quando eu comecei aqui, especificamente em Santa Catarina, na área de Saúde da Criança, trabalhando nas Unidades [de saúde], observava muito essa fragmentação, no sentido de chegar as crianças já em situação de risco, sem um cuidado prévio e sem uma avaliação prévia; sem que a Unidade soubesse dessa criança [...] Então se criou o Programa Bebê Precioso [...] nós procuramos elaborar um protocolo onde identificasse essas crianças que, após a alta hospitalar, precisariam realmente de um cuidado bem específico, porque a condição de vulnerabilidade delas era muito grande. (M1. Joinville)

A ideia de cuidado integral e contínuo reforça a necessidade de um fluxo de atendimento entre os diferentes níveis de assistência, englobando também a perspectiva intersetorial. As falas a seguir evidenciam as carências ainda existentes em relação à vinculação entre as redes de atenção em SC:

Uma ação que a gente não tem aqui em Florianópolis, ainda, que é incipiente, que outros municípios têm, é a vinculação com a maternidade. A gente tem..., mas não é uma coisa certa assim... O que é a vinculação com a maternidade... A mulher, ela mora lá nos Ingleses, mas ela tem a certeza que ela vai ter a vaga dela acolhida ali no HU, ou na Carmela, mas isso ainda não acontece de fato, a mulher às vezes peregrina, e ela não pode peregrinar [...] A referência e contrarreferência é o nó da Atenção Básica e do fluxo da atenção à saúde [...] No hospital a criança nasceu, a Atenção Básica tem que saber que aquela criança nasceu, então o hospital se comunicar, ter essa base de comunicação. Em alguns lugares se consegue fazer isso. Tem esse fluxo. E no Estado nós estamos tentando, também, elaborar um fluxo de atendimento que seja aprovado e assimilado pelos municípios. (M1. Florianópolis)

O que precisa ser melhorado é as inter-relações entre os 3 níveis: divisão adequada entre eles, percursos administrativos, apreciadas e financiadas, para cada etapa e por setor. (E2. Blumenau)

A saúde ela perpassa o nosso âmbito da saúde, então a gente precisa desenvolver essas políticas mais transversais que explore esses outros setores, principalmente da educação [...] eu vejo que às vezes se tem essa sobrecarga dos outros setores ou agravamento da saúde dessa criança por descaso mesmo, por pouco acesso da população à Atenção Primária e eu acho que seria fundamental políticas assim, intersetoriais. Pode ser iniciativas do próprio município, eu sei que Florianópolis está buscando fortalecer a questão da saúde do escolar, possivelmente vá sair uma política deles em relação a isso, então acho que o município está um passo à frente de outros locais em relação a isso. (E1. Mafra)

Eu vejo que falta é o seguimento desse bebê, principalmente o bebê que foi para UTI, agora com o ambulatório a gente consegue ver algumas coisas... porque o bebê ficava na nossa UTI, tinha alta e depois ninguém nunca mais sabia o que tinha acontecido com aquele bebê, acabavam tendo internações em outros hospitais e às vezes a gente sabia da informação porque a pediatra que trabalha ali [no Hospital] trabalha no município, enfim. E agora, a gente conseguiu dar um seguimento e ver o resultado dessa assistência, então eu vejo que fortalecer a puericultura ainda é bem importante. (E1. Lages)

Nós temos uma rede estruturada de atenção à saúde na área da criança né, nós já temos isso incorporado na rotina da Atenção Básica, na rotina de alguns serviços da Atenção Secundária, ou das Redes, que hoje a gente tá trabalhando com Redes de Atenção à Saúde, isso está se estabelecendo, ele está se desenvolvendo. Então eu vejo que o que precisa melhorar realmente é esse olhar, essa questão da intersetorialidade. (E1. Blumenau)

É preciso qualificar mais os nossos pré-natais, de forma que a gente possa diminuir os índices de partos prematuros... então que os municípios tenham esse olhar, assim. Então são situações que são relativamente fáceis de ser implementadas e que faria um ajuste no atendimento na rede de cuidados da criança, porque temos que pensar no trabalho em rede. (E1. Florianópolis)

### **Vigilância em saúde e os indicadores de mortalidade infantil**

A busca ativa e o acompanhamento em rede de crianças em situação de vulnerabilidade, a partir de informações provenientes da vigilância em saúde, foi uma das estratégias adotadas pelo estado de SC e municípios para a melhoria da saúde da criança, como pode-se observar nas falas abaixo:

No início da década de 90, em Joinville, na comunidade onde eu atuava, um número bem importante de crianças em situação de vulnerabilidade, em situação de desnutrição, então eu atuava particularmente com a pastoral da saúde que trabalhava com multimistura, com o peso e acompanhamento dessas famílias em situação de vulnerabilidade. (E1. Joinville)

[...] tinham mães que não podiam vir por questões financeiras mesmo, o posto era longe, não tinha onde deixar a criança, não tinha creche... então a gente ia com balança e tudo lá na casa da criança [...] as Unidades eram coordenadas por enfermeiras, e a enfermeira é que tinha a gestão da Unidade. Então, se dava alguma coisa errada ou uma mãe reclamava, ou não era feita uma visita lá... era cobrado da enfermeira. As enfermeiras tinham uma reunião todas às sextas-feiras com o Secretário da Saúde [...] eu tinha que saber, eu tinha que saber quem é que cuidava, quem eram os meus pacientes especiais, então isso eu vi funcionar! (E1. Criciúma)

Um instrumento importante também nas ações de saúde da criança foi a Caderneta de Saúde da Criança! A primeira Caderneta de Saúde da Criança foi de Santa Catarina! Foi em 1985 se não me engano. (M1. Florianópolis)

Particularmente, em Joinville, a gente tem o Programa Pequeno Príncipe, que desde 1995 ele já vem fazendo essa parte de identificação das crianças em situação de vulnerabilidade. Nós temos crianças com carinha vermelha e com carinha verde. Então elas são identificadas já quando nascem na maternidade, quando pode ter uma situação de risco, e já se preconiza que as atividades de saúde tenham um acompanhamento em relação a esses bebês. (M1. Joinville)

Em Herval d'Oeste nós temos uma sala que ela é toda preparada para atendimento a crianças autistas [...] então é algo mais direcionado a saúde da criança especial, eu vejo que é uma ação bem bacana, todos os atendimentos são feitos nessa sala, estimulação. (E1. Joaçaba)

A gente passou a identificar e a mapear todas as crianças que nasciam em Florianópolis, que por vezes nem chegavam às Unidades de Saúde, e na época elas [crianças] já saíam com a consulta agendada, na época com o pediatra porque ainda não tinha o médico de família [...] Então a gente conseguiu ter esse olhar mais intensivo, intensificado, para esse segmento da população, de forma que a gente conseguiu diminuir a mortalidade infantil de 1996 que era 19,6 para o ano 2000, em 4 anos, ela já tinha chegado a um dígito de mortalidade [...] no Capital Criança a gente tinha a vigilância nutricional, a imunização que a gente batia firme assim, na busca ativa, na notificação dos pais que não vacinavam [...] todas as crianças a gente inseria lá no SISVAN, que era o Sistema de Vigilância Nutricional, a gente tinha a parte da



amamentação, a gente tinha o Planejamento Familiar, a questão do puerpério, da gravidez consciente. (E1. Florianópolis)

[...] para derrubar [a mortalidade], não foi fácil. Mas era assim um trabalho coletivo, intenso, onde tinha um monitoramento mensal. Se tinha uma criança que estava com um problema mais sério, o Capital Criança sabia, ia monitorar. Então a gente fazia a vigilância do recém-nascido sadio, desde seu nascimento, e até antes, no pré-natal, e não deixava ele adoecer. A ideia era essa. Estimulando a amamentação, ele sendo monitorado durante os primeiros meses de vida. (E2. Florianópolis)

Aqui em Joinville, também, um dos programas que começou a ser executado, é que as crianças que estão indo ao pronto socorro, de zero a dois anos, se identificam se elas estão sendo acompanhadas na Unidade de Saúde. Se elas não estão sendo, se notifica a Unidade de Saúde para que se realize essa busca ativa dessa criança. (M1. Joinville)

A partir do mapeamento dos principais agravos de saúde e demandas regionais, o governo catarinense investiu em algumas intervenções de saúde direcionadas à população infantil, em busca de melhores indicadores de saúde.

Em 1979, foi implantando o Banco de Leite na Maternidade Carmela Dutra sendo melhorada e ampliada sua estrutura física em 1981. No início de 90, o que acontece e vai ter impacto também no Brasil: teve a Declaração de Innocenti na Itália, os formuladores de políticas públicas do mundo inteiro, incluindo o Brasil, preocupados com os altos, elevados índices de mortalidade infantil, idealizaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, porque eles viram que muitas das mortes causadas nas crianças de 0 a 5 anos, eram potencialmente preveníveis através do aleitamento materno. Então eles pensaram: “como que nós vamos reverter esses índices através da promoção e proteção do aleitamento?”. [...] A IHAC chegou no Brasil em 1992, e em 1994 realizamos o primeiro Encontro Estadual da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em SC [...] Uma outra questão que eu tive a oportunidade de participar foi da construção do Programa o Capital Criança [...] Quando disseram assim: “olha, a mortalidade infantil, na cidade de Florianópolis, no município, está numa curva ascendente, chegando a 21 óbitos a cada 1000 nascido vivos”, isso era em 97, a Prefeita na época nos chamou e disse “eu quero um projeto para derrubar isso, para parar [...] aí elaboramos e ela [prefeita] lançou em maio de 1997, dentro de dois, três anos, houve um impacto na mortalidade e ela foi caindo [...] nós chegamos a sete óbitos para cada 1000, sendo este um número compatível com os países de primeiro mundo. (E2. Florianópolis)

Em 1994 [...] aleatoriamente, foram estudadas 1397 crianças e Tubarão obteve o índice de 1,8% de desnutrição - a Organização Mundial da Saúde recomenda até 2,2%, como dado comparativo [...] Como consequência do bom momento nutritivo, a taxa de mortalidade infantil também despencou: em 1995 [...] Tubarão alcançou o segundo lugar em nível nacional. (M1. Tubarão)

Aqui em Lages a taxa de mortalidade infantil e neonatal era muito alta, uma das mais altas do estado, mas com a implementação da estratégia Rede Cegonha teve uma queda bem significativa. A nossa taxa [de mortalidade infantil], se eu não estiver enganada, era de 18 ou 16% e passou para 9, então reduziu pela metade, isso foi graças a estratégia [Rede Cegonha]. Teve um fortalecimento do pré-natal, assistência ao pré-natal. A gente tinha um índice de mortalidade por sífilis muito alto, então houve essa queda. (E1. Lages)

[...] outra coisa interessante assim cuidando da criança, se descobriu que a criança estava tendo difteria, e aí: “como que a criança está tendo difteria se ela nem foi vacina

ainda, é recém-nascida, tem trinta dias?!” Aí a gente foi ver, eram os pais que eram positivos assintomáticos, por isso que se instituiu a DTP acelular na gestante a partir da 20ª idade gestacional, por esse estudo, sabe?! (E1. Criciúma)

Hoje, em Santa Catarina, assim como Florianópolis, a mortalidade infantil se concentra na mortalidade neonatal precoce, as pessoas vão dizer que tem a ver com prematuridade, mas prematuridade não é causa básica, o que levou à prematuridade é causa básica. Então o que leva à prematuridade? Às vezes, o manejo inadequado de uma infecção, os sítios de infecção; então a gente conseguiu, com o nosso Comitê em Florianópolis, instituir uma rotina de avaliação de retorno da infecção urinária na gestação, porque a mulher tinha a infecção urinária e ia embora, não voltava; na gestante [a infecção] é assintomática, então esse protocolo também foi inserido, no Estado foi inserido. (E1. Florianópolis)

A pesquisa é muito importante, quando a gente vê esses programas soltos assim, vamos dizer, ah! tem um em Itajaí, um em Joinville, em Floripa... quando você consegue avaliar a partir disso, a epidemiologia, e ver número de nascidos, número de óbitos, avaliar ali pelo nosso sistema de informação - TABNET - que é público, fácil de fazer essa pesquisa, com essa avaliação a gente consegue ver o que mudou de novos casos, de incidência... a partir dessas épocas, lá de 2012, do Bebê Precioso, de 2014 que aqui teve uma melhora grande em Itajaí, com a redução da mortalidade infantil. (E2. Itajaí)

Os entrevistados observaram mudanças no perfil epidemiológico e de morbimortalidade infantil catarinense, ao longo dos anos, relatando mudanças na quantidade e causas de hospitalizações, a partir de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Referem impacto nos indicadores, porém, apesar da evolução em diversos aspectos, os entrevistados também citaram algumas demandas epidemiológicas ainda emergentes ou reemergentes:

[...] eu sou de um tempo em que as crianças internavam por sarampo, porque faziam pneumonia sérias, porque faziam encefalites e acabavam internando por sarampo, hoje você não vê mais isso, não vê, porque a gente já não tem mais essa circulação do vírus. [...] A gente sabe que, aqui no Estado, os nossos piores índices são neonatologia (E1. Itajaí)

Na pediatria, no tempo que eu estava na enfermaria, a gente vê o quanto chega crianças com problemas mentais, e isso tem aumentado muito nos últimos anos. Foi um perfil de crianças atendidas na pediatria que a gente não tinha lá em 2006, quando eu comecei, não era tanto como a gente tem hoje (E7. Florianópolis)

Mudou muito o tipo de infecções, muitas doenças que matavam crianças, antigamente, hoje em dia já não se considera um risco de saúde pública. Como, por exemplo, a desnutrição, diarreia, muitas crianças morriam de diarreia, as próprias doenças infecciosas que são imunopreveníveis, sarampo matava muita criança, na época, e hoje em dia isso reduziu. Então se deve, no meu entender, de quem trabalha com saúde pública, às ações básicas de saúde, que começaram lá pela década de 70 [...] hoje em dia a sífilis aumentou muito [...] e justamente a sífilis está na área de neonatal, pré-natal. E aumentou muito, tanto a transmissão como o tratamento. Mas, agora, é focar nessas ações de pré-natal, atenção adequada ao parto e ao puerpério. (M1. Florianópolis)

Os comitês de mortalidade infantil e fetal em SC foram destaque em diversas falas dos entrevistados, os quais ressaltaram sua importância para a vigilância em saúde, favorecendo a análise das principais causas de óbitos, contribuindo para a qualidade dos registros, estatísticas vitais e notificações compulsórias:

Na época, a gente tinha um comitê de mortalidade infantil, que não era, assim, instituído oficialmente como comitê de mortalidade lá em [19]90, [19]92, mas se investigava todas as crianças que morriam, principalmente para saber se elas eram ou não moradoras de Florianópolis, não ainda no sentido de investigar a causa, de entender a mortalidade [...] Em 2005 eu voltei para a Secretaria, para a Saúde da Criança, especificamente, para implantar o Comitê de Mortalidade Infantil [...] Posso dizer que fomos referência, e ainda somos, como Comitê para o Estado: o Comitê Floripa pela Vida, que depois a gente mudou de nome [...] O que o Comitê contribuiu para diminuir a mortalidade infantil? Talvez, diretamente em números, eu não sei te dizer, mas a gente teve o grande desafio que foi manter a mortalidade infantil abaixo de dois dígitos. Porque esse era o maior desafio e a gente conseguiu manter a mortalidade abaixo de dois dígitos, por uns quatro, cinco anos, com investigação de 100% dos óbitos. Quer dizer que não tinha subnotificação, porque as pessoas podem olhar e dizer 'não tem óbito registrado, por isso tem um dígito', mas não era. A gente tinha notificação e investigação de 100% dos casos. (E1. Florianópolis)

Acredito que os comitês de prevenção do óbito materno-infantil são fatores que mudaram também, drasticamente, o cenário de saúde, a partir do momento que você avalia esses óbitos e tenta entender o que aconteceu. (E2. Itajaí)

[...] em relação às doenças de notificação compulsória, agravos e notificação compulsória, eu vejo que Santa Catarina é um estado que os profissionais se preocupam bastante com essa questão das subnotificações, né? Ainda existem subnotificações, porém eu acredito que o estado notifica bastante... eu trago isso em relação à sífilis congênita, por exemplo, é um impacto direto. (E1. Joaçaba)

Florianópolis, trazendo alguns outros também, como Blumenau... a tendência deles, assim como nós [Joinville], é melhorar cada vez mais os seus grupos de investigação da mortalidade infantil - faz com que a gente qualifique os nossos profissionais, o nosso serviço, a nossa equipe propriamente dita. Isso eu acho que é uma tendência que tende a caminhar para frente. (P1. Joinville)

[...] diante disso, dentro do Comitê de Mortalidade Infantil, a gente observou também uma grande prevalência das mães não saberem bem como manusear seus filhos, dessa falta de identificação de situações de risco. Então se criou o Programa Bebê Precioso. O Programa foi criado a partir do Comitê de Mortalidade Infantil. (M1. Joinville)

## DISCUSSÃO

A perspectiva histórica traz à discussão o itinerário do desenvolvimento da criança, reciprocamente à história, o início do vivenciado no desenvolvimento do processo humano. O que corrobora as evidências referentes às ações disponibilizadas para a condição saudável infantil, constatado por meio da oralidade dos participantes deste estudo, que vivenciaram e construíram perspectivas de qualidade para a saúde da criança. Tais ações englobam, em uma

perspectiva de trabalho em rede, as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de agravos, a qualificação da assistência por meio de programas federais e municipais e a vigilância em saúde, com monitoramento dos indicadores de morbimortalidade infantil.

No decorrer da história, houve uma mudança paradigmática na ideia do que seria o cuidado em saúde. Esta transição ocorre quando as ciências da saúde abandonam o caráter meramente curativo e agregam o conceito de atenção preventiva. O modelo de cuidado, que antes era voltado para tratar doenças, sintomatologias e agentes etiológicos, passou a ser centrado no cuidado ao paciente, em meio a estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças. A partir desse momento, as gerências de saúde permitiram-se desenvolver estratégias para conhecer, analisar e prevenir os principais agravos de saúde da época (PETTRES; ROS, 2018).

Ao analisar as ações de saúde catarinense voltadas ao público materno-infantil em estudo documental anterior, obteve-se resultados semelhantes a esta pesquisa, evidenciando: o fortalecimento da APS; o aumento na cobertura vacinal; as ações de vigilância em saúde; a autonomia municipal; o trabalho em redes de atenção; a qualificação e a manutenção das ações previamente desenvolvidas e o incentivo ao aleitamento materno como alguns dos principais fatores responsáveis pela melhoria da saúde da criança em SC e no Brasil (SCHMIDT *et al.*, 2020). Os fatores de proteção da criança, promoção da saúde e prevenção de agravos têm sido importantes aliados no combate à mortalidade infantil no estado, principalmente, através de ações voltadas ao acompanhamento materno-infantil no âmbito da APS. A ESF pode ser caracterizada como um modelo norteador das ações produzidas dentro da Atenção Básica; ela preconiza ações de caráter preventivo em detrimento da medicina intervencionista, rompendo o modelo hegemônico e enaltecendo atividades de promoção da saúde dentro da comunidade em que está inserida (SILVA; FERNANDES; ALVES, 2020).

Desde que foi implementada, antes como programa, em 1994, a ESF vem garantindo melhorias significativas no processo assistencial da APS, onde, por meio da busca ativa e demanda programática amplia o acesso ao serviço de saúde e fortalece o elo entre equipe de saúde e comunidade. A APS é peça fundamental dentre os demais estabelecimentos públicos, pois além de se configurar como porta de entrada para os serviços de saúde na esfera do SUS, funciona como ordenadora da rede de atenção à saúde, sendo responsável pela coordenação da atenção realizada nos diversos pontos da rede, bem como pela longitudinalidade e continuidade do cuidado (BRASIL, 2012; PINTO; GIOVANELLA, 2018). Apesar de se mostrar indispensável no âmbito do SUS, a APS juntamente com a ESF, vem sofrendo desgastes

gradativos nos últimos tempos, relacionados à falta de financiamento, alta demanda de usuários, equipe reduzida e burocratização organizacional (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Em 2017, houve uma reformulação na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), algumas das mudanças propostas causaram polêmica no meio acadêmico e assistencial de saúde, por ameaçarem o arranjo organizacional da APS, com repercussões desconhecidas em longo prazo; estudiosos sugeriram que a nova PNAB prejudicaria o cumprimento da universalidade, abrangência e integralidade que a antiga política garantia (FAUSTO *et al.*, 2018). Uma das mudanças propostas foi a respeito do quantitativo de agentes comunitárias de saúde (ACS) em relação à população adstrita, alteração que possibilitou redução no número de profissionais, prejudicando a cobertura populacional e por consequência a efetividade do serviço, inclusive, devido a não obrigatoriedade de cobertura total do território, em alguns estabelecimentos essas profissionais foram alocadas em atividades administrativas (PINTO, 2018).

Ainda se tratando de APS, em 2019, SC se encontrava entre os cinco estados do Brasil com mais de 80% de cobertura populacional por Unidades Básicas com ESF, ficando em 3º lugar no *ranking* brasileiro, com 87% de cobertura; vale ressaltar que, no mesmo ano, a média nacional era de 60% (GIOVANELLA *et al.*, 2021). O governo do estado tem investido, ao longo dos anos, no fortalecimento e expansão da ESF, favorecendo a manutenção da saúde infantil através das consultas de puericultura, visitas domiciliares, incentivo à imunização e, por consequência, reduzindo a morbimortalidade desse público (SOUSA *et al.*, 2021). Entretanto, pode-se observar, na fala de alguns entrevistados, a preocupação acerca da redução no número de atendimentos, da procura pelo serviço e da cobertura vacinal no contexto da APS, aspectos que eram fortalecidos com a ESF, através da busca ativa, por meio das ACS. Portanto, é considerável a evolução da saúde de SC com auxílio das estratégias da APS, todavia, os fatos supracitados levantam um possível desmonte das políticas públicas nacionais, com prejuízos aos estados e municípios.

O Programa Nacional de Imunização permanece como importante barreira contra doenças infectocontagiosas prevalentes na infância e agravantes na gestação; SC obteve alta cobertura vacinal durante as últimas décadas, por meio de estratégias bem sucedidas para captação do público-alvo. Com isso, o governo catarinense conseguiu reduzir a incidência de doenças imunopreveníveis em seu território e, por consequência, os óbitos infantis. Todavia, não só em SC, como no Brasil, há uma crescente redução nas taxas de cobertura vacinal, fato

que causa desconforto para o cenário de saúde nacional, pois configura um retrocesso à saúde da criança e da população brasileira, de maneira geral (MANGIAVACCHI *et al.*, 2021).

Além das estratégias desenvolvidas dentro da APS, cabe também destacar as intervenções de caráter hospitalar, que contribuíram para a melhoria da saúde da criança no decorrer da história, principalmente as com enfoque nas práticas de aleitamento materno e qualificação da assistência ao parto e nascimento (COSTA *et al.*, 2010). Dentre elas, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada em meados de 1991-1992, merece ênfase, pois foi uma das ações norteadoras desse processo evolutivo, fundamentando a assistência ao público materno-infantil, através de práticas de proteção ao recém-nascido, humanização da assistência e incentivo ao aleitamento materno (LAMOUNIER *et al.*, 2019).

Assim como a imunização, o aleitamento materno também atua como fator de proteção infantil. A IHAC proporcionou aumento significativo nas taxas de amamentação no Brasil, contribuindo significativamente para a queda nas mortes por infecção neonatal (SILVA *et al.*, 2018). As maternidades catarinenses se empenharam para que fossem credenciadas como Hospitais Amigos da Criança, qualificando a assistência ao parto e puerpério, incentivando o aleitamento materno, e servindo de exemplo para outras maternidades do Brasil. Ainda neste âmbito, através da Rede Cegonha, houve um movimento voltado à atenção humanizada e especializada ao parto e nascimento, que também contribuiu para a qualidade da assistência materno-infantil (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha, desde que foi instituída em 2011, qualificou as ações voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, que favoreceram a melhoria dos indicadores de saúde voltados ao público materno-infantil (VILELA *et al.*, 2021). Em abril de 2022, o Ministério da Saúde substituiu a Rede Cegonha pela Rede Materno e Infantil (RAMI), através da Portaria nº 715, de 04/04/2022, sem a anuência do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; o fato vem causando desconforto nacional pelos serviços e equipes de saúde, pois a RAMI centraliza a atuação do médico obstetra, enquanto desconsidera a importância do pediatra e exclui o papel do enfermeiro obstetra, no cuidado ao parto e nascimento (MEDEIROS JUNIOR; BEZERRA, 2022).

Portanto, não são apenas inovações que contribuem para a melhoria da saúde, é preciso manter e reavaliar ações previamente implementadas. O diagnóstico da efetividade de um determinado serviço é realizado através de uma avaliação criteriosa de caráter técnico, estrutural, operacional e político; a partir dele, é possível comprovar os pontos positivos e negativos das políticas públicas aplicadas nos diferentes níveis de atenção em saúde (JUSTINO

*et al.*, 2019). A partir do compartilhamento de experiências e capacitações para perpetuação de boas práticas, o governo catarinense conseguiu difundir estratégias promissoras em seu território e qualificar a assistência em saúde da criança (SCHMIDT *et al.*, 2020).

Como estratégia para reduzir a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, aperfeiçoando o funcionamento político-institucional no âmbito do SUS, o governo federal, por meio da portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010b). A assistência à saúde da criança e sua família, articulada em RAS, possibilita uma resposta mais eficaz, plena e resolutiva à sua necessidade, garantindo a continuidade do cuidado integral.

Programas municipais catarinenses, como: Bebê Precioso (SANTA CATARINA, 2017), Capital Criança (COELHO *et al.*, 2004; FLORIANÓPOLIS, [2018]) e Nascer Itajaiense (ITAJAÍ, 2021) possuem em comum, entre seus escopos, a vinculação entre a maternidade e APS, garantindo o acompanhamento ao recém-nascido, facilitando a vigilância em saúde, promovendo saúde a partir de um fluxo de encaminhamento que permeia os diferentes serviços da RAS. Entretanto, após mais de uma década de implementação, a vinculação e organização entre os serviços de saúde ainda seguem ineficientes em diversos aspectos, a população materno-infantil fica perdida no meio do processo assistencial e a referência e contrarreferência ainda precisam ser fortalecidas dentro das políticas públicas (JANTSCH *et al.*, 2021).

A articulação entre os profissionais, serviços de saúde e outros setores sociais são relevantes também à vigilância à saúde da criança, como uma ferramenta facilitadora para o planejamento das políticas públicas e qualificação da assistência à saúde. Através da vigilância em saúde, é possível avaliar o cenário de saúde atual e progresso e, a partir dele, desenvolver estratégias com foco nos agravos emergentes e reemergentes, voltadas principalmente às intervenções de promoção, prevenção e acompanhamento contínuo, relevantes ao desenvolvimento na primeira infância (YAKUWA; NEILL; MELLO, 2018).

A organização de muitas ações de vigilância em saúde ocorre por meio dos Comitês de prevenção de mortalidade infantil, materna e fetal; estes caracterizam uma organização de caráter intersetorial, multiprofissional, de cunho técnico-científico, que têm por objetivo a análise e identificação dos óbitos maternos, fetais e infantis de um determinado território, com intuito de desenvolver estratégias que evitem o padrão destes eventos. Essa forma sistematizada de vigilância em saúde vem ampliando a capacidade de respostas de saúde, reduzindo as vulnerabilidades e permitindo melhoria nos indicadores de saúde infantis (TEIXEIRA; MAGALHÃES; ALBUQUERQUE, 2020).

A taxa de mortalidade infantil é um dos principais indicadores de saúde da criança e reflete a qualidade e o acesso aos serviços de saúde ofertados à população materno-infantil. Ao longo das últimas três décadas, houve uma significativa melhoria neste indicador, em nível federal e estadual, fato que demonstra a evolução na saúde da criança como reflexo do desenvolvimento de políticas públicas, no decorrer dos anos (IBGE, 2019). Entretanto, os desafios acerca da mortalidade infantil seguem afincos - segundo relatório emitido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 2021, os danos causados pela pandemia contribuíram para o regresso de, praticamente, todos os indicadores relacionados à infância (UNICEF, 2021).

Apesar das conquistas alcançadas acerca da saúde da criança, nos últimos 36 anos, ainda há carências a serem ultrapassadas. A perpetuação das boas práticas e a introdução de novos problemas de saúde segue sendo um desafio nos diferentes níveis de atenção. O trabalho em RAS ainda não ocorre da maneira como deveria, embora seu benefício para a integralidade do cuidado da criança já tenha sido comprovado na prática e em estudos prévios. Sendo assim, discussões e aprimoramentos relativos às políticas públicas e estratégias voltadas à saúde da criança permanecem como assunto relevante e atual.

Vale ressaltar que, muitas das ações promissoras executadas no estado catarinense, foram de iniciativa federal; todavia, não exime o mérito do estado e seus municípios pelo sucesso e efetividade de suas implementações. As prefeituras contribuíram para a qualidade do serviço prestado, principalmente na gestão da APS, ampliando o acesso e a cobertura populacional pelas equipes de saúde, desenvolvendo programas premiados internacionalmente e auxiliando diretamente no processo evolutivo e transformativo da saúde da criança em SC.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Implementado em Santa Catarina ao longo das últimas três décadas, diversas ações de saúde contribuíram para a evolução da saúde da criança no estado, fato que pode ser observado no resgate histórico desenvolvido neste estudo. Destaca-se estratégias de vigilância em saúde, qualificação da assistência, promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como o fortalecimento APS e o trabalho em rede, como principais contribuintes para o progresso da saúde da criança no estado.

A presente pesquisa fornece, portanto, subsídios para uma melhor compreensão do processo histórico envolvido no progresso da saúde da criança em SC, os desafios enfrentados



e superados, aqueles que permanecem e os retrocessos em algumas conquistas prévias, as quais exigiram empenho, enfrentamento, articulações e inovações, muitas vezes desconhecidas pelos atuais agentes históricos e sociais. Nesta perspectiva, resgatar o passado torna-se imperativo para ressignificar o presente e planejar o futuro, não somente das crianças do território catarinense, mas do Brasil e do mundo. Nesse sentido, considera-se que os resultados deste estudo extrapolam os interesses regionais, sendo de grande valia para a comunidade nacional e internacional. Ademais, recomendamos pesquisas como esta em outros contextos, a fim de melhor caracterizar a construção histórica e social da saúde da criança.

A historicidade trazida neste estudo favorece a análise do processo de mudanças e efetividade de ações que apontam perspectivas positivas dos indicadores à saúde da criança catarinense. Cabe destacar as limitações do estudo, como o delineamento - que não permite estabelecer relações de causa e efeito - e os resultados pautados na perspectiva de fontes orais históricas. Contudo, considera-se que o tipo de delineamento escolhido foi o mais adequado para contextualizar, historicamente e socialmente, a trajetória das ações em saúde da criança no estado de SC. Salienta-se que os atuais resultados, obtidos pelas fontes orais históricas, foram corroborados pelos resultados obtidos por meio de fontes documentais, em estudo prévio.

## REFERÊNCIAS

- 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. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2753/1980>. Acesso em: 08 jun. 2020.
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. **Florianópolis atinge 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família**. 2015. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=1998](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1998). Acesso em: 08 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Brasília]: Ministério da Saúde, 30 dez. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. [Brasília]: Ministério da Saúde, 24 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

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.

COELHO, Rita de Cássia Heinzen de Almeida *et al.* **Capital Criança: resgatando a cidadania**. Florianópolis: Insular, 2004. 190 p.

COSTA, Roberta *et al.* Políticas Públicas de Saúde ao Recém-Nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **História da Enfermagem: Revista eletrônica**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 56-68, abr. 2010. Disponível em: [http://www.here.abennacional.org.br/here/n1v01lano1\\_artigo4.pdf](http://www.here.abennacional.org.br/here/n1v01lano1_artigo4.pdf). Acesso em: 01 abr. 2022.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, p. 12-14, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s101>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bSpRGvzf54nJ4pQjMy7PY3r/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

FLORIANOPÓLIS. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde da criança: capital criança**. [2018]. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+da+crianca&menu=5&submenuid=153>. Acesso em: 08 jun. 2020.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as pesquisas nacionais de saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, p. 2543-2556, jun. 2021.

IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

ITAJAÍ. Município de Itajaí. **Programa Nascer Itajaiense completa 20 anos de atuação**. 2021. Disponível em: <https://itajai.sc.gov.br/noticia/27253/programa-nascer-itajaiense-completa-20-anos-de-atuacao#.Y0NdaPIKiUk>. Acesso em: 27 set. 2021.

JANTSCH, Leonardo Bigolin *et al.* (Des)articulação da rede de atenção à saúde na prematuridade tardia e moderada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 74, n. 5, p. 1-9, jun. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0524>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/D9GcYSqjCjQSBQxjQycDQw/?lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2021.

JUSTINO, Dayane Caroliny Pereira *et al.* Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no Brasil: revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 71-88, 5 jun. 2019. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. <http://dx.doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n1id17946>. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17946>. Acesso em: 27 set. 2021.

LAMOUNIER, Joel Alves *et al.* Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, [s.l.], v. 37, n. 4, p. 486-493, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;4;00004>. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/7vLNHNbWNPQrBy5BfVBfghn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2021.

MANGIAVACCHI, Bianca Magnelli *et al.* IMUNIZAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: a vulnerabilidade brasileira em tempos de pandemia. **Múltiplos Acessos**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 216-229, jan. 2021. Disponível em: <http://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/148>. Acesso em: 28 set. 2022.

MARINHO, Cristiane da Silva Ramos; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Evolução das políticas públicas frente à redução da mortalidade infantil e na infância no Brasil. **Research, Society And Development**, [s.l.], v. 10, n. 11, p. 1-15, 12 set. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19584>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19584>. Acesso em: 01 abr. 2022.

MEDEIROS JUNIOR, Nésio Fernandes de; BEZERRA, Wilames Freire. **Nota Conjunta CONASS/CONASEMS: rede de atenção materna e infantil (RAMI)**. Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/>. Acesso em: 13 abr. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, António Pedro. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Lusófona de Educação**, [s.l.], v. 40, n. 40, p. 139-153, ago. 2018. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>. Acesso em: 1 abr. 2022.

OLIVEIRA, Cleise Cristine Ribeiro Borges; SILVA, Elaine Andrade Leal; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 31, n. 1, p. 1-23, abr. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310105>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3vhh4QL7xRM8tkRzZdcHZhK/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

PADILHA, Maria Itayra *et al.* O USO DAS FONTES NA CONDUÇÃO DA PESQUISA HISTÓRICA. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 1-10, 11 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002760017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/mZfqXZJKM7B7tMRpnKqWcjf/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

PETTRES, Andreia Assmann; ROS, Marco Aurélio da. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [s.l.], v. 47, n. 3, p. 183-196, out. 2018. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/375>. Acesso em: 1 maio 2022.

PINTO, Hêider Aurélio. Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica. **Saúde em Redes**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 191-217, 20 dez. 2018. Associação Brasileira da Rede Unida. <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n2p191-217>. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1796>. Acesso em: 1 maio 2022.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das interações por condições sensíveis à atenção básica (icsab). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?lang=pt>. Acesso em: 01 maio 2022.

SANTA CATARINA. **Nota Técnica N° 03/Geabs/Sug/Ses/2018**. Assunto: Bebê Precioso - Fluxo de seguimento da criança de risco e alto risco egressa de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal em Santa Catarina. Florianópolis, 23 ago. 2017. p. 1-17. Disponível em: <efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/notas-tecnicas-ab-aps/saude-da-crianca-1/14482-nota-tecnica-bebe-precioso/file>. Acesso em: 01 abr. 2022.

SANTA CATARINA. Projeto de Lei nº 056/10. Estado de Santa Catarina Gabinete Do Governador Mensagem nº 1522. **Diário da Assembleia**: Florianópolis, ano 100, n 6.147, p. 18, 16 abril 2010.

SCHMIDT, Suyanne de Quadros *et al.* Análise da saúde da criança no estado de Santa Catarina. Brasil: de 1982 a 2018. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 24, n. 4, p. 1-10, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0308>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/dYHkc9nVgpzbc6KzKcMb7tg/?lang=pt>. Acesso em: 01 maio 2022.

SCHMIDT, Suyanne de Quadros. **Avanços na saúde infantil**: resgate histórico no estado de santa catarina - brasil. 2019. 80 f. TCC (Graduação em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/197152/TCC%20OFICIAL%20SUYA%20NNE.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 01 maio 2022.

SILVA, George Sobrinho; FERNANDES, Daisy de Rezende Figueiredo; ALVES, Cláudia Regina Lindgren. Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: revisão sistemática de métodos e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 8, p. 3185-3200, ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020258.27512018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SD445xFnCbTKZV9BsXGGtcL/?lang=pt>. Acesso em: 01 mar. 2022.

SILVA, Osvaldinete Lopes de Oliveira *et al.* A Iniciativa Hospital Amigo da Criança: contribuição para o incremento da amamentação e a redução da mortalidade infantil no brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 18, n. 3, p. 481-489, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/vDkQ5MGb5qmDz46496vX4WC/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

SOUSA, Citrya Jakellinne Alves *et al.* A puericultura como estratégia para promoção da saúde da criança na atenção primária. **Brazilian Journal Of Development**, [s.l.], v. 7, n. 6, p. 60604-60625, 18 jun. 2021. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n6-440>. Disponível em:

<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/31546>. Acesso em: 07 maio 2022.

SOUZA, Renilson Rehem de; VIEIRA, Martha Gonçalves; LIMA JÚNIOR, Cláudio José Ferreira. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 6, p. 2075-2084, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.09512019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6RN6Y7QYmpt7pFHKpY65MBs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

TEIXEIRA, Mara Rúbia Campos; MAGALHÃES, Beatriz de Castro; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar. Comitês de Mortalidade Infantil e Fetal: importância, finalidade e funcionamento. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 243-259, dez. 2020.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 1, p. 361-378, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s125>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxhpPLWJjJMWrq9fL4K/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

UNICEF. **O progresso recuou em praticamente todos os principais indicadores relacionados à infância, afirma o UNICEF, um ano após a declaração de pandemia.** 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/o-progresso-recuou-em-praticamente-todos-os-principais-indicadores-da-infancia-um-ano-apos-declaracao-de-pandemia>. Acesso em: 27 mar. 2022.

VILELA, Maria Esther de Albuquerque *et al.* Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, n. 3, p. 789-800, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rCB3XqVPsbFpBgsKN3TX54y/?lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2022.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 44, n. 22, p. 203-220, ago. 2014. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-AMOSTRAGEM-EM-BOLA-DE-NEVE-NA-PESQUISA-UM-DEBATE-Vinuto/cd8e3ecb215bf9ea6468624149a343f8a1fa8456?p2df>. Acesso em: 08 jun. 2022.

YAKUWA, Marina Sayuri; NEILL, Sarah; MELLO, Débora Falleiros de. Nursing strategies for child health surveillance. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 26, p. 1-8, 16 jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2434.3007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tdXNWXJqw3SM7jZdfmvkqvr/?lang=pt#:~:text=as%20a%C3%A7%C3%B5es%20em%20vigil%C3%A2ncia%20%C3%A0,a%20promo%C3%A7%C3%A3o%20do%20desenvolvimento%20na>. Acesso em: 08 jun. 2022.

## 4.2 MANUSCRITO 2: DETERMINANTES SOCIAIS E A SAÚDE DA CRIANÇA: CENÁRIO CATARINENSE (1984-2020)

### RESUMO

**Objetivo:** analisar os determinantes sociais contributivos à saúde da criança no estado catarinense (1984-2020). **Método:** estudo na abordagem qualitativa, de cunho sócio-histórico. Procedeu-se a coleta de dados, de abril de 2020 a dezembro de 2021, a partir da história oral temática, em entrevista semiestruturada com 23 profissionais das macrorregiões de saúde catarinense. A análise dos dados foi realizada de acordo com a análise de conteúdo proposta por Minayo, onde emergiram três principais categorias: desenvolvimento socioeconômico; fatores de proteção social; e desigualdade regional. **Resultados:** em Santa Catarina, o favorável contexto econômico e a evolução sanitária, atrelados a educação, principalmente em saúde, foram os principais determinantes que contribuíram para a melhoria da saúde da criança e seu pleno desenvolvimento social, evidenciados pelo índice de desenvolvimento humano catarinense. Todavia, ainda há déficits no âmbito de saneamento básico e iniquidades sociais e de saúde entre os municípios catarinenses. **Conclusão:** o governo de Santa Catarina e seus municípios investiram, ao longo dos anos, em políticas públicas que favoreceram a melhoria do meio de desenvolvimento da criança, contribuindo para a melhoria da saúde e bem-estar dessa população em seu território, embora ainda persistam desafios a serem superados.

**Palavras-chaves:** saúde da criança; saúde pública; determinantes sociais da saúde; história. enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** to analyze the social determinants that contribute to children's health in the state of Santa Catarina (1984-2020). **Method:** study in a qualitative approach, of a socio-historical nature. Data collection was carried out, from April 2020 to December 2021, from the thematic oral history, in a semi-structured interview with 23 professionals from the Santa Catarina health macro-regions. Data analysis was performed according to the content analysis proposed by Minayo, where three main categories emerged: socioeconomic development; social protection factors; and regional inequality. **Results:** in Santa Catarina, the favorable economic context and health evolution, linked to education, especially in health, were the main determinants that contributed to the improvement of children's health and their full social development, evidenced by the Santa Catarina human development index. However, there are still deficits in terms of basic sanitation and social and health inequities among Santa Catarina municipalities. **Conclusion:** the government of Santa Catarina and its municipalities invested, over the years, in public policies that favored the improvement of the child's development environment, contributing to the improvement of the health and well-being of this population in its territory, although they still persist. challenges to be overcome.

**Keywords:** child health; public health; social determinants of health; history; nursing.

### INTRODUÇÃO

A criança é um ser em constante desenvolvimento, as vivências nos primeiros anos de vida e o ambiente em que está inserida influenciam diretamente no adulto que se tornará (BRASIL, 2020). Alguns estudos já demonstraram que fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e comportamentais do ambiente familiar afetam de maneira positiva ou negativa a saúde da criança e seu pleno desenvolvimento educacional e social (KRUEL; SOUZA, 2018). Fato também evidenciado pela associação inversa entre o coeficiente de mortalidade infantil e o índice de desenvolvimento humano de determinado território, onde as condições de saúde da criança são afetadas diretamente pelo aumento da vulnerabilidade e iniquidade social (ANJOS; MELLO; SANTANA, 2021).

Os aspectos da compreensão de todo o processo de produção social em saúde trazem perspectivas de ações e interfaces que promovem a efetividade na atenção à saúde. Outrossim, dentro do pensamento da ecologia social esses determinantes se referem à renda familiar, riqueza e bens, educação, emprego, grau de autonomia no trabalho, a adequação do uso do tempo, natureza da habitação, etnia e coesão social. Dentro do contexto histórico-social, especificamente no que tange à saúde da criança, observa-se uma limitação em ações centradas na unidade familiar e comunitária; sendo a atenção primária à saúde uma importante ferramenta neste sentido, por ser responsável pelas resolutividades, sequências de acolhimento e demais aspectos que permeiam manutenção da vida. Neste cenário, os determinantes são valiosos para a definição do cuidado terapêutico, ampliando o olhar da saúde para as condições ambientais, de moradia, escolaridade, segurança, e modo de vida do usuário, os quais fazem interface ao processo de viver humano em sua completude (SILVA; FERNANDES; ALVES, 2020).

Os indicadores de desenvolvimento humano configuram uma importante ferramenta para a mensuração das condições de progresso da sociedade, pois compreendem para além da esfera econômica, considerando os aspectos sociais, culturais e políticos que influenciam a qualidade da vida humana (NIEDERLE; MATTEI, 2012). O contexto estadual escolhido para análise nesta pesquisa destaca-se no cenário brasileiro, devido às favoráveis condições de vida e altos níveis de desenvolvimento socioeconômico (KRÜTZMANN; MASSUQUETTI; SILVEIRA, 2013). Santa Catarina (SC) é uma das 27 unidades federativas brasileiras, constituída por 295 municípios e uma população estimada de 7.338.473 habitantes (2021), distribuídos em uma área de 95.730,690 km<sup>2</sup> (IBGE, 2017).

Segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2022, SC ocupa a 3<sup>a</sup> posição dos estados com melhor Índice de Desenvolvimento Humano

(IDH) (2010). Em 2018, SC era o estado brasileiro com menor percentual de pobres do país, onde apenas 8% de pessoas viviam com rendimento mensal domiciliar de até  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo *per capita*, dado bem inferior ao apresentado pelo Maranhão no mesmo período, de 53%; desde 2004 os catarinenses lideram esta posição. Além disso, SC obteve o 3º maior rendimento salarial médio entre os estados brasileiros em 2017, ficando atrás apenas do Distrito Federal e São Paulo; apresentando-se em 2019 como o 6º maior PIB do país (IBGE, 2015, 2018, 2019). Os municípios catarinenses são os menos dependentes de repasses federais no Brasil, tanto a média do índice geral, quanto de autonomia, estão entre as melhores do país; sendo considerado um dos estados mais desenvolvidos economicamente do Brasil (SANTA CATARINA, 2022).

Ademais, o governo catarinense também se garante no quesito educação, onde as crianças de 0 a 3 anos apresentaram os maiores percentuais de frequência escolar em 2017, no ano seguinte foram os adolescentes que se sobressaíram, com o menor percentual de abandono escolar de todo país. Em 2019, o estado ocupava o 3º lugar no *ranking* de Índice de Desenvolvimento da Educação Básica; e apresentava o 3º menor índice de mortalidade infantil no mesmo período (IBGE, 2018, 2019, 2022). Portanto, SC é um estado caracterizado por possuir expressivos indicadores socioeconômicos frente a outras Unidades da Federação, que se manifestam na educação, saúde, segurança pública, renda, geração de riqueza, emprego, exclusão social e na pobreza (SANTA CATARINA, 2022).

Neste sentido torna-se relevante conhecer os determinantes sociais que contribuem para esta realidade considerando a sua relação com a saúde das crianças. Assim, neste estudo buscou-se analisar o cenário socioeconômico e cultural catarinense, sob a perspectiva de profissionais que vivenciaram os avanços da área da criança, entre os anos de 1984 e 2020, relacionando os determinantes sociais e suas implicações na saúde infantil. Para uma compreensão temporal desses determinantes sociais, o início do marco temporal foi 1984 e, o final, em 2020. Justificados, respectivamente, pela criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), um importante marco para a saúde da criança, e a chegada da pandemia Covid-19 no Brasil (2020), que modificou o contexto socioeconômico e do sistema de saúde brasileiro, comprometendo o desenvolvimento e qualidade de vida populacional. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar os determinantes sociais contributivos à saúde da criança no estado catarinense (1984-2020).

## **MÉTODOS**



Estudo sócio-histórico, qualitativo com a perspectiva metodológica de discussão e análise de acontecimentos passados. E desta maneira correlacionando aos fatos atuais, sendo uma história do tempo presente, isto para escrever a história a partir da compreensão dos variados aspectos da vida humana e de grupos sociais (PADILHA *et al.*, 2017). As fontes históricas do estudo foram selecionadas a partir de estudo anterior, de Schmidt e colaboradores (2020). Neste estudo, a comunidade de destino, de acordo com a classificação dos participantes na pesquisa histórica (PADILHA *et al.*, 2017), foram profissionais da saúde e da educação das macrorregiões de saúde de Santa Catarina que vivenciaram o processo histórico da saúde da criança no estado. A Colônia foi composta por profissionais que, em sequência, indicaram outras fontes orais, pela amostragem não probabilística *snowball* (VINUTO, 2014). A Rede, para formar a fonte oral histórica, foi constituída por 23 profissionais, seguindo os critérios de inclusão: profissionais da saúde ou de área afim, aposentados ou ativos, que participaram/vivenciaram a implementação de estratégias, programas ou ações que possam ter contribuído para a queda da MI em SC, de 1984 a 2020. E os critérios de exclusão: profissionais com menos de cinco anos de experiência; profissionais que não tiveram contato com as áreas da saúde da criança e do adolescente, materno-infantil e/ou neonatal; profissionais aposentados há mais de 36 anos; profissionais que não atuaram no estado de Santa Catarina.

O método seguiu a história oral temática em que o pesquisador define um tema e recorte histórico a ser abordado nas entrevistas. Para a coleta dos dados se utilizou roteiro com perguntas semiestruturadas para a orientação das fontes orais em discorrer sobre as experiências vivenciadas. As questões norteadoras versavam: *“Conte-me sua vivência enquanto profissional/gestor ligado à saúde da criança, no período de 1984-2020”*. *“De acordo com sua experiência, quais estratégias, políticas e programas foram responsáveis pelos bons indicadores de saúde infantil apresentados pelo estado de Santa Catarina? Por quê?”* *“Qual o papel do seu município nesse contexto?”*. *“Você destacaria iniciativas de outros municípios? Quais?”* *“O que você percebe que ainda precisa ser melhorado na atenção à saúde infantil em questão regional, estadual e/ou nacional?”*.

Participou do estudo, ao menos, um representante de cada uma das nove Macrorregiões de Saúde de SC. As entrevistas ocorreram em plataforma *online*, entre abril de 2020 e dezembro de 2021, com duração variante de 30 minutos a 2 horas, foram áudio-gravadas, transcritas e, posteriormente, validadas pelas fontes orais. As entrevistas geraram um grande volume de

informações. Foram selecionadas para compor o presente manuscrito as falas relativas aos determinantes sociais.

A análise desses dados, fundamentada na técnica de análise de conteúdo de Minayo e Costa (2018), se deu a partir da comparação e agrupamento por similaridade de tema, dando origem a três categorias temáticas, denominadas: Desenvolvimento Socioeconômico (desnutrição; saneamento básico, educação); Fatores de Proteção Social (direitos da criança; violência); e Desigualdade Regional (desigualdade; comparação; diferença entre regiões).

As questões éticas deste estudo obedeceram à Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), com parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob o protocolo nº. 3.168.729, CAAE nº. 04551318.2.0000.0121. Este estudo faz parte da pesquisa intitulada “Avanços na saúde infantil: resgate histórico no estado de Santa Catarina – Brasil”. Respeitando-se o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos pela inicial da profissão, pedagogo (P), médico (M), enfermeiro (E), seguido da ordem numérica de entrevistados e as respectivas cidades de origem. Todo o material que emergiu das histórias orais será mantido em arquivo no Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA), como acervo histórico e de fonte de dados para futuras pesquisas.

## **RESULTADOS**

O artigo foi desenvolvido a partir da fala de profissionais ligados à área assistencial e/ou gerencial que tiveram contato com a saúde da criança ao longo de sua carreira. Ao todo participaram 23 pessoas, que integraram diferentes categorias profissionais: pedagogia (um), medicina pediátrica (três) e enfermagem (dezenove), o tempo de vivência profissional variou de 8 até 60 anos. Sendo profissionais atuantes nos municípios de Florianópolis, Joinville, São José, Blumenau, Criciúma, Mafra, Itajaí, Tubarão, Lages, Chapecó e Joaçaba.

A partir do conteúdo das entrevistas e com base na análise dos dados obtidos, emergiram três categorias principais: Desenvolvimento Socioeconômico; Fatores de Proteção Social; e Desigualdade Regional; as quais serão apresentadas a seguir.

### **Desenvolvimento Socioeconômico**

O governo catarinense, por meio de ações de vigilância, buscou desenvolver estratégias com enfoque nos principais problemas sanitários e sociais que assolavam o público infantil nas décadas passadas. As falas abaixo citam ações voltadas à redução da desnutrição, principalmente desencadeadas por doenças diarreicas relacionadas ao déficit sanitário da época:

[...] A gente implantou o Hora de Comer, que era um Programa voltado para doar, era um Programa realmente para doar alimentos para as famílias cujas crianças eram desnutridas, que naquela época a desnutrição era um percentual de 10% das crianças menores de 5 anos. Hoje a gente tem uma inversão nutricional, a gente tem mais crianças obesas que desnutridas pro sul e sudeste do País, então a gente tem menos que 1% de crianças desnutridas. [...] O Hora de Comer entrou em ação em 99 e foi até quase agora, uns quatro anos atrás, que a gente entende que não tem mais sentido ficar doando cestas (E1.Florianópolis)

E nossa, é tanto exemplo bom, a gente via a mobilização de campanhas, as pessoas sempre muito criativas para chamar os pais né [...] eu sempre comento nas minhas aulas, é de como a vigilância sanitária auxiliou nesse processo de evitar algumas doenças diarreicas, algumas doenças como hepatite A, né?! Antigamente as crianças adoeciam bastante por hepatite A, agora a gente já percebe que não, que já é uma doença que a gente conseguiu controlar de uma forma melhor, e até as doenças diarreicas (E1.Joaçaba)

[...] quando chegávamos no local ficávamos surpreendidas, não tinham sanitários, as necessidades eram feitas no terreno, a pobreza era incrível. E quais eram as condições de saúde dessas crianças? Desnutrição em alto grau, que vocês enfermeiras mais novas nem conhecem, mas que a África ainda conhece: Kwashiorkor [...] Então tínhamos muitas crianças desnutridas, desidratadas, com verminoses [...] as crianças tinham crises de asma que era que a larva do *áscaris* passava pelo pulmão e as sufocava. Tinha momentos em que a gente tinha que retirar do nariz das crianças os “vermezinhas” que estavam vindo, porque saía [...] vomitavam, saía pela boca, eu diria que por quase todos os orifícios do corpo, e muitas delas tinham que ser operadas, e quando operavam percebiam que o fígado estava entupido de vermes, de *áscaris*, então se colocavam uma sonda/um cateter no fígado durante a cirurgia e deixava aquela sonda... pois sabe que entupiam a sonda com vermes que saíam ainda dos canais hepáticos? É claro que as crianças ficavam amarelinhas e a causa era a verminose. Então, jamais eu esqueço isso, e era simplesmente pela questão higiênica. (E6. Florianópolis)

Década de 80/90 foi criada uma lei de notificação dos casos de desnutrição, então era muita notificação, e isso foi reduzindo [...] A mortalidade era por desnutrição! Morriam crianças por diarreia e pneumonia porque estavam desnutridas. Por baixa imunidade mesmo. Então reduzindo a desnutrição, o legislador da época, ele vinha de uma região - o deputado que criou a lei - ele vinha de uma região de risco, era muita morte de criança por desnutrição, que era lá na região da serra. Então ele, preocupado com isso, ele resolveu criar essa lei para que se desse mais atenção a esses casos de desnutrição [...] Não só pelas ações de saúde, mas pela melhoria da qualidade de vida da população, a desnutrição reduziu bastante. (M1. Florianópolis)

Então eu acho que uma coisa que tem ajudado é a gente ter melhorado, aqui no estado, bastante a questão do saneamento básico, tem muita coisa para ser feita, não estou negando isso, mas eu acho que é um pouco melhor que em outros lugares. (E1.Itajaí)

Em 1994, 26 anos após a implantação da pediatria no hospital, o que aconteceu: o conselho nacional de segurança alimentar, numa amostragem de uns 300 municípios, anunciou que, naquele ano, subia ao pódio uma cidade catarinense com menor índice de desnutrição infantil. Aleatoriamente, foram estudadas 1397 crianças e Tubarão obteve o índice de 1,8% de desnutrição - a Organização Mundial da Saúde recomenda até 2,2%, como dado comparativo [...] Como consequência do bom momento nutritivo, a taxa de mortalidade infantil também despencou: em 1995 [...] Tubarão alcançou o segundo lugar em nível nacional. (M1.Tubarão)

A importância da educação para o desenvolvimento da sociedade também foi assunto tratado pelos entrevistados, que discorrem sobre a relação entre escolaridade e suas influências na saúde da criança; principalmente no que se refere a futuros progenitores e a facilitação do planejamento familiar:

Tem duas coisas assim que eu me preocupo né, eu acho que a gente só vai melhorar mesmo a saúde emocional dessas crianças e física quando as mães tiverem mais acesso a escolaridade [...] Então a gente não pode ver a saúde só como essa coisa “ah eu vou levar no médico” “eu vou levar para vacinar”, é uma coisa muito mais ampla, que perpassa, eu acho, pela educação das mulheres mesmo. Enquanto as meninas não tiverem educação, não tiverem acesso à educação, vai ser muito difícil a gente mudar essa geração. (E5. Florianópolis)

Outra coisa que eu acho é que o nível de escolaridade daqui é um pouco melhor, então a gente acaba abrangendo as futuras mães, com essa questão da escolaridade, um pouco melhor também. (E1. Itajaí)

Reitero, aqui, a necessidade de política pública para um pré-natal adequado, para planejamento adequado, trabalhar os jovens e adolescentes, já na escola, na parte da formação a questão da maternidade consciente, da paternidade, da paternagem, né... (M1. Florianópolis)

## **Fatores de Proteção Social**

Ao longo das décadas as crianças também foram adquirindo espaço na condição de cidadão brasileiro. Abaixo, as fontes orais discorrem sobre a importância dos direitos obtidos pela população infantil, no que se refere a facilidade no registro civil e também nos direitos constitucionais:

O registro de todo o recém-nascido era feito em cartório e alguns nem faziam. Então implantamos o cartório dentro da maternidade. [...] Então toda criança, desde 2001 já saía [registrada] [...] Foi a primeira [do estado]! Aí depois que veio o incentivo do Ministério e tal, outras... A gente ajudou né, eles perguntavam como que fazia e a gente ajudou né, aí expandiu... [...] E a gente implantou, que era 2000... (E2. Florianópolis)

Penso que a questão da melhoria da mortalidade infantil tem muito a ver com a criação das políticas, iniciou também lá atrás, já com constituição do Estatuto da Criança e do Adolescente, foram dando direitos e deveres do estado em estar provendo a saúde dessas crianças, que antes eram desprovidas desse suporte. (E1. Mafra)

Eu particularmente, na minha experiência de gestão, eu tive muita dificuldade com os Conselhos Tutelares [...] O ECA ele é claro, ele diz que a criança, ela é prioridade absoluta, no setor-saúde eu trabalho com a criança em prioridade absoluta sim, mas eu tenho o princípio da equidade [...] então eu preciso fazer com que eles entendam o princípio da justiça social e era um exercício bem difícil. (E1. Blumenau)

[...]o que eu sei da saúde da criança... A lei também ajuda bastante, porque agora com a história de acionar o conselho tutelar, sabe?! Isso foi muito bom. Eu vejo lá na minha época, quando eu comecei em 93, na saúde da criança, lá em Criciúma tinha uma promotora que ajudava bastante. Então os programas da saúde da criança e da mulher junto com a promotoria, isso alavancou bastante tudo. (E1. Criciúma)

Os entrevistados também destacaram a importância de ambiente saudável socialmente para o pleno desenvolvimento da criança, e como a violência pode desfavorecer este processo:

As questões de violência e de drogadição são muito presentes hoje no componentes óbitos, porque as mulheres engravidam, têm uma dependência [...] (E1. Florianópolis)

Então eu vejo duas coisas importantes para a saúde das crianças especificamente né: a gente voltar a ter boas coberturas vacinais, as mães terem acesso à educação, a população ter moradia - Como é que você cria um filho sem violência se você não tem acesso à uma moradia digna e um saneamento básico? É utópico isso, mas é isso que vai mudar um pouco essa coisa, para não ficar só “ah, a saúde da criança é ir no hospital ou na Unidade de Saúde”, não, isso perpassa por muitas outras questões. (E5. Florianópolis)

## **Desigualdade Regional**

A desigualdade socioeconômica observada entre os estados brasileiros e entre algumas regiões catarinenses foi um assunto enfatizado pelos participantes da pesquisa. Abaixo eles utilizaram, principalmente, o IDH como um meio de avaliar a qualidade de vida de determinada população, com destaque especial para Santa Catarina:

[...] é uma série de fatores assim que faz com que Santa Catarina tenha esses indicadores, mas quando a gente compara com o resto do Brasil realmente a gente está num nível muito bom, mas a vida real no Brasil é outro papo, que a gente sabe que tem todas essas desigualdades, crianças ainda que não tem o que comer. Eu já vacinei muita criança no interior do Brasil, eu já vacinei índios no interior do Brasil, já vacinei crianças que moram muito longe, no meio da floresta, então são vários “Brasis” dentro do Brasil. (E5. Florianópolis)

Além do mais a melhoria da qualidade de vida da população, então melhorar a qualidade de vida também reduziu a mortalidade. Foram vários fatores, juntos, que reduziram a mortalidade pós-neonatal [...] Tanto tem a ver com qualidade de vida, que naquelas regiões onde o índice de desenvolvimento é menor, a taxa de mortalidade é maior até hoje. A região da Serra, por exemplo, Meio Oeste... Eles têm uma mortalidade bem maior que, por exemplo, a região da Grande Florianópolis, do norte

e nordeste do Estado, que são regiões com maior IDH, qualidade de vida da população. Então isso influencia muito também. (M1. Florianópolis)

E tem uma coisa que o sul do País tem muito diferente, e Santa Catarina se destaca, que é o nosso IDH, que é alto. A gente tem condições de vida muito melhores, comparado com algumas regiões. (E1. Florianópolis)

Sem contar, que Santa Catarina é uma exceção no Brasil por tudo, melhor qualidade de vida, as pessoas fazem atividade física, elas têm uma consciência melhor... assim, se a gente fosse considerar um país, vamos supor, eu acho que é um país desenvolvido, entendeu?! Eu acho que Santa Catarina é uma exceção no Brasil. (E8. Florianópolis)

Então eu acho que são várias estratégias, várias políticas que Santa Catarina têm, que se destacam realmente em relação ao país como um todo. (E2. Itajaí)

Então a gente sabe que houve sim uma melhora, houve a nível de Brasil, também com diferenças regionais importantes a nível de Brasil [...] não existe um padrão no estado de Santa Catarina, se a gente for olhar para as regiões, como eu te disse, a gente tem algumas regiões que são melhores outras que são piores, a região da Serra Catarinense, por exemplo, é uma região que tem números que já não são os melhores em relação ao restante do estado, nós temos a região aqui do meio-oeste/oeste com números melhores, a região da grande Florianópolis... depois nós temos uma região também ali do alto vale que têm números que também não são tão bons em relação a prematuridade, mas podemos relacionar também as questões de IDH que retratam as questões de escolaridade, de renda e que isso impacta na saúde, na qualidade de vida e nos números. (E1. Chapecó)

Vivemos num país muito desigual, e aí começa a desumanidade, a desigualdade é cruel, as dificuldades financeiras aumentam cada vez mais o número dos excluídos, é preciso fazer algo com urgência, como manter uma expectativa de melhores condições de saúde diante deste panorama? Aquelas melhorias que existiram estão desaparecendo e a qualidade de vida está piorando, porque o processo está muito difícil, as políticas de apoio sendo cortadas. Então o que poderia fazer para melhorar seria a retomada de todas essas políticas e que cada profissional faça sua parte da melhor maneira. (E9. Florianópolis)

A desigualdade apresentada no acesso a saúde e na qualidade da assistência em saúde também esteve presente nas falas das fontes orais; com maior enfoque nas iniquidades apresentadas dentro do próprio território catarinense, quando comparados os diferentes municípios/regiões do estado:

Quando eu saí de Rio do Sul [1980], que eu vim para Florianópolis, a diferença foi drástica, e tanto! As condições do hospital de Rio do Sul para Florianópolis era como sair do submundo para vir para o primeiro mundo, naquela época já era bem diferente a assistência. E quando eu cheguei aqui era tudo top de linha, mas se for comparar as coisas eram bem rudimentares, os recursos eram bem mais escassos, a gente ainda tinha agulha de aço inoxidável, era tudo esterilizado, depois logo em seguida já começou as agulhas descartáveis. Cada ano as coisas iam melhorando, depois veio as seringas descartáveis, parou... é, aqui a gente nunca reutilizou o frasco de soro, em Rio do Sul era tudo reaproveitável, eles lavavam, esterilizavam, não sei se tinha qualidade naquela esterilização, eu sei que a gente usava aqueles frascos, eles tinham um local onde eles preparavam o soro, botavam dentro daqueles vidros e a gente usava. Então assim... daí quando eu vim para cá o soro já era a indústria farmacêutica que fazia, ele já estava em plástico e tudo mais. (E4. Florianópolis)

Em Mafra, o que eu via muito era questão de estruturação da própria Estratégia Saúde da Família, que eu acho que ainda era muito frágil na época, então a gente atendia muitas crianças em Unidades de Pronto Atendimento, por queixas que eram passíveis de serem resolvidas na própria Atenção Primária, então acabava sobrecarregando a gente ali, então eu acho que essa era principal diferença. Aqui em Florianópolis a Atenção Primária é bem estruturada, isso eu digo alguns anos atrás, agora eu vejo que já decaiu a sua qualidade, mas naquela época, que era ali em torno de 2009, eles tinham altos índices aqui também em Florianópolis de atendimentos - o PMAQ, que eu não me lembro agora muito os índices deles de qualidade, mas eram altos então isso fazia toda diferença. Lá em Mafra, a gente acabava sobrecarregado na Unidade de Pronto Atendimento, porque não se tinha essa cultura de que a criança tinha que ter esse acompanhamento de saúde em Atenção Primária, então só se buscava atendimento quando necessário nas urgências, então, também tinha crianças que chegavam em estados já muito graves. (E1. Mafra)

[...] capital, Florianópolis, Joinville também é muito comprometido [...] As grandes cidades do estado, a maioria delas, têm boas equipes né. Os municípios pequenos às vezes sofrem um pouco pela falta de profissional [...] são três municípios pertinho: Joaçaba, Herval d'Oeste e Luzerna [...] a gente vê muitas diferenças até passando de uma ponte para outra em relação à saúde, por exemplo, os enfermeiros de Herval d'Oeste a gente percebe que eles conseguem fazer mais a consulta de enfermagem do que os enfermeiros de Joaçaba. E aí eu acredito que é uma coisa assim, bem gestão sabe?! A gestão influencia para que seja realizado essa consulta de enfermagem e tudo mais, parece que se faz mais, se entende mais a importância disso. (E1. Joaçaba)

Eu acho que Florianópolis ele é um exemplo para toda Santa Catarina, e eu acho que para o Brasil também é um exemplo. Trabalhando na pediatria, na internação e no ambulatório, a gente recebe muitas crianças de outros municípios de Santa Catarina, e a gente vê o quanto Florianópolis implementou nas suas estratégias, o quanto Florianópolis está à frente na atenção da criança e do adolescente. Então eu acho que assim, Florianópolis é um exemplo para ser seguido por vários municípios do Estado de Santa Catarina. (E7. Florianópolis)

Existem diferenças regionais bastante grandes em Santa Catarina. A gente tem regiões mais ricas, em que a população tem mais acesso à saúde, acesso ao SUS, à saúde complementar, tem números melhores, IDH melhor, enquanto existem regiões ainda com números bastantes preocupantes, inclusive em relação à própria mortalidade [...] a gente ainda percebe que existem diferenças regionais, diferenças entre os municípios e diferenças entre os serviços, a gente encontra na mesma cidade um serviço que oferta uma prática de excelência enquanto que no outro não, no mesmo município. (E1. Chapecó)

A economia catarinense também foi citada, assim como seu destaque em relação às demais localidades do país. Os entrevistados ressaltaram o favorável contexto financeiro e econômico de SC:

Então, eu tenho essa visão aí que realmente a gente tem bons indicadores, porque a nossa cultura também ajuda um pouquinho as pessoas terem um pouquinho mais de cuidado com as crianças, enfim. Então, eu acredito que seja todo esse contexto cultural, socioeconômico também, né a gente tem que pensar que Santa Catarina é um estado que financeiramente, a gente tem a nossa própria cultura na agricultura, a gente consegue sobreviver dos nossos plantios, enfim. Nós temos aí, economicamente falando, a gente tem uma boa perspectiva se for comparar com outros estados aí do norte, por exemplo. (E1. Joaçaba)

Eu acho que Santa Catarina é um estado que tem muitos fatores que influenciam essas questões de saúde, questões econômicas... eu acho que a gente, economicamente, não é um estado pobre, tem muitas empresas, muitos empregos públicos, os empregos

informais são bastantes... eu acredito que interfere bastante, essa questão econômica, as pessoas terem mais condições. Se eu não me engano, os catarinenses estão na classe B, mais ou menos, que tem condições para poder procurar um serviço de saúde, também é importante essa questão social, a gente tem acesso a muitas coisas aqui em Santa Catarina, eu acho que é um estado muito desenvolvido, então isso favorece essas questões. (E8. Florianópolis)

[...] pelo fato de Joinville ser a maior cidade do estado de Santa Catarina, terceiro maior polo industrial do Sul do Brasil e ser uma cidade industrial, ela tem vantagens e desvantagens. As vantagens é que a gente tinha um índice de emprego bem significativo até 2016/2017, hoje a gente tem um índice de desemprego também, mas olhando os números no ano passado, Joinville ofertou mais empregos do que outros municípios de Santa Catarina, comparado proporcionalmente a população, então isso é importante. [...] emprego gera renda e a renda gera comida [...] isso reflete nos indicadores de saúde em Joinville. Por exemplo, na década de 2000 até 2012 teve o maior programa habitacional, então a gente teve a construção de muitas moradias, e isso deu um *up* importante também para diferenciar a situação da saúde da criança. (E1.Joinville)

## DISCUSSÃO

Santa Catarina é um estado brasileiro que, apesar do pequeno território em relação a maioria dos estados, se destaca em diversos aspectos, tais como: economia, educação e saúde (IBGE, 2017; SANTA CATARINA, 2022). Sabe-se que, a saúde da criança é influenciada por condições não remetidas exclusivamente ao processo saúde-doença - indicadores de baixa renda (extrema pobreza) das famílias, escolaridade feminina e saneamento básico possuem influência sobre os indicadores de mortalidade infantil, por exemplo. Este último, caracteriza-se como o principal marcador de saúde da criança, o que comprova a importância dos aspectos socioeconômicos para esta faixa etária (MARINHO *et al.*, 2020).

Os participantes da pesquisa demonstraram uma compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e atribuem parte do êxito conquistado pelo estado de SC, no âmbito da saúde da criança, às melhorias socioeconômicas e ambientais efetuadas.

Os relatos retratam um cenário histórico dramático, no qual crianças sofriam complicações sistêmicas sérias (como desnutrição grave, pneumonia e comprometimento hepático, com necessidade de procedimento cirúrgico), em decorrência da falta de saneamento básico. A literatura científica tem demonstrado a correlação entre diarreia, desnutrição e infecções subsequentes, a qual incrementa o risco de morte em crianças menores de cinco anos de idade, em países em desenvolvimento. O quadro de diarreia expolia o organismo, podendo causar desnutrição e deficiência de micronutrientes envolvidos na resposta imunológica, aumentando a suscetibilidade a novas infecções e compondo um círculo vicioso, o qual pode ter a morte da criança como desfecho (FAGERLI *et al.*, 2020). O acesso à água de qualidade, a



presença de sanitário no domicílio ligado à rede de esgoto tratado e boas práticas de higiene das mãos são capazes de reduzir a morbimortalidade infantil por diarreia (FAGERLI *et al.*, 2020).

As fontes orais consultadas rememoraram intervenções de enfrentamento dessa situação, utilizadas pelas equipes de saúde em parceria com as prefeituras dos municípios de SC, tais como campanhas educativas, programas de distribuição de cestas básicas e notificação compulsória de casos de desnutrição, as quais se somaram às ações de saneamento básico e infraestrutura para a melhoria das condições de vida da população.

Nesse sentido, o estado catarinense, assim como seus municípios, investiu em estratégias para reduzir a desnutrição infantil, diagnóstico comum entre as crianças da década de 1990, que apresenta forte associação com fatores socioeconômicos e ambientais. Como foi o caso da capital Florianópolis que, em 1998, implementou o programa “Hora de Comer”, distribuindo cestas básicas às famílias carentes com crianças desnutridas; fato que demonstrava a preocupação dos governantes em relação ao cenário de saúde emergente da época. Décadas mais tarde, Florianópolis foi considerada, pela análise de “Desafios dos Municípios 2021”, como a melhor saúde do Brasil, com uma taxa de mortalidade infantil de 5,4 mortes por mil nascidos vivos (2019), menor que a média dos 100 maiores municípios do país (FLORIANÓPOLIS, 2002, 2021).

A área de saneamento básico, como dito anteriormente, é outro aspecto relevante para os indicadores de saúde da criança. O estado catarinense vem aperfeiçoando a qualidade dos serviços sanitários ofertados a sua população ao longo dos anos; houve incremento nos serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário e controle dos resíduos sólidos, inclusive superando algumas médias nacionais. Por meio dessas mudanças, os gestores buscaram garantir melhorias nas condições de vida da sociedade catarinense. Entretanto, apesar do crescimento neste aspecto, ainda existem desigualdades no acesso aos serviços sanitários em diferentes localidades, dentro próprio estado: alguns municípios catarinenses ainda sofrem pela precariedade de saneamento (HEINZ; MORENO; HEIN, 2020; PEREIRA; PEREIRA, 2016).

De acordo com relatórios gerados no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, das amostras anuais coletadas entre 2015 e 2018 em SC, cerca de 16% apresentaram não conformidades para potabilidade, dentre elas, 6% indicaram contaminação por material patogênico. Até dezembro de 2018, 16% dos municípios catarinenses não monitoravam o teor de cloro residual livre nas amostras de água, dado importante para analisar a qualidade do tratamento realizado (SANTA CATARINA, 2019). Segundo análise emitida pelo Instituto Trata Brasil (OLIVEIRA; SCAZUFCA; SAYON,

2020), das 100 maiores cidades brasileiras, constam no *ranking* de saneamento apenas três municípios catarinenses, estes, ocupam posições abaixo da média geral: Florianópolis (60ª posição), Blumenau (66ª posição) e Joinville (78ª posição). Vale ressaltar que, em 2018, Joinville estava entre as 20 cidades com pior saneamento do Brasil, de acordo com o mesmo relatório, ou seja, um marcador desfavorável para o contexto catarinense.

Outro importante indicador para a saúde e o desenvolvimento da criança é a educação. Os entrevistados ressaltaram, em suas falas, a importância da educação dos pais, em especial da mãe, para a saúde da criança, englobando desde questões relativas ao planejamento familiar e construção de uma consciência juvenil de maternidade/paternidade responsável, até a capacidade de adesão às práticas de cuidado da criança e identificação da necessidade de buscar atendimento em saúde. A literatura científica demonstra que um dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde pelas crianças é justamente o nível de escolaridade materno, inclusive impactando na mortalidade infantil (BANGO; GHOSH, 2022).

Em 1984, os gestores catarinenses já discutiam maneiras de aprimorar o seu sistema pedagógico durante o Congresso Estadual de Educação, sediado na cidade de Lages. Nesta época, já se falava sobre as necessidades socioeconômicas que permeiam o processo educacional e garantem a permanência da criança na escola, como: alimentação, ajuda financeira, saúde, segurança, esporte e lazer (GOULARTI FILHO; RABELO, 2019). Desde então, SC vêm investindo em estratégias voltadas para o âmbito escolar, conquistando, em 2017, a terceira menor taxa de analfabetismo do país, juntamente com São Paulo, de 2,6%, atrás apenas do Distrito Federal e Rio de Janeiro, empatados com 2,5% (NETO, 2018). Em 2019, o estado possuía 202.452 pessoas com 15 anos ou mais que não sabiam ler e escrever, o que caracterizava uma redução de 2,2% no indicador em relação a 2000 (SANTA CATARINA, 2019). Mais recentemente, em 2021, SC foi reconhecida como a segunda melhor educação do país (SANTA CATARINA, 2021), o que demonstra uma constante evolução e aprimoramento do sistema educacional catarinense, que vem colhendo frutos com o passar dos anos.

Uma população instruída constrói uma sociedade com maior probabilidade de crescimento e desenvolvimento socioeconômico. A partir da educação, é possível tornar a civilização mais justa e igualitária, reduzindo as vulnerabilidades, fortalecendo a cidadania e reprimindo a violência (ROSENDA; NUNES JUNIOR; CZAPSKI, 2019).

Além da educação, o fomento de leis e políticas de proteção infantil também foram responsáveis pela redução da violência e consequente melhora dos indicadores de saúde da criança, de acordo com os participantes desta pesquisa. Os mesmos referiram a importância de

se promover e defender os direitos da criança, em especial o direito à proteção integral e às condições dignas de existência. Destacam a importância do trabalho intersetorial e da articulação com os órgãos de proteção à infância, como os Conselhos Tutelares, a qual é, ao mesmo tempo, desafiadora e profícua. A partir da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, observou-se melhora considerável nos indicadores sociais infantis (CERQUEIRA; BUENO, 2020). Além disso, outra importante ferramenta que confere proteção à criança é o registro civil, pois garante acesso à cidadania. Em meados de 2000, SC já demonstrava preocupação acerca do registro do nascimento ainda na maternidade, conforme cita um entrevistado. Vale ressaltar que, em pleno século XXI, os registros de nascimento seguem sendo um desafio em algumas localidades do país; em 2018, por exemplo, cerca de 84 mil crianças brasileiras foram registradas no ano seguinte ao nascimento (BELANDI, 2019)

Além dos direitos constitucionais e dos direitos especiais da criança, assegurados pelo ECA, a segurança pública também confere proteção à saúde da criança, pois através dela é possível controlar e reduzir a violência na sociedade. Em 2018, SC foi o segundo estado com a menor taxa de homicídios do país, apresentando 11,9 mortes por 100 mil habitantes, em contraste com o estado de Roraima, por exemplo, que mantinha o maior indicador, de 71,8 homicídios (CERQUEIRA; BUENO, 2020). Em 2019, SC foi considerada, dentre as 27 unidades federativas, a sexta mais rica do país, com Produto Interno Bruto (PIB) correspondendo a 4% da economia nacional. Em 2021, os catarinenses lideraram o *ranking* como a melhor Segurança Pública do país (SANTA CATARINA, 2019, 2021).

Alguns entrevistados demonstraram, por meio de suas falas, uma compreensão ampliada da problemática da violência, a qual muitas vezes emerge de contextos socialmente vulneráveis (embora não seja restrita a eles, estando presente em todos os estratos sociais), nos quais direitos básicos como acesso a moradia e saneamento básico estão prejudicados. Inclusive, segundo um dos entrevistados, a partir da análise dos óbitos materno-infantis e fetais da região é possível identificar a presença de fatores como violência e drogadição.

Uma iniciativa estadual para a prevenção da violência doméstica e familiar é a Rede Catarinense de Proteção à Mulher, um programa institucional da Polícia Militar de Santa Catarina, idealizado em 2017 a partir de práticas existentes, com destaque para a experiência da Cidade de Chapecó-SC. O programa visa o atendimento e proteção às mulheres e seus familiares em situação de violência doméstica (MARCINEIRO; LEANDRO, 2021). Outra iniciativa de destaque é do município de Florianópolis que, em 2000, constituiu uma proposta de rede interinstitucional para o enfrentamento da violência sexual - a Rede de Atenção Integral às

Pessoas em Situação de Violência Sexual (RAIVS) - com a criação de um protocolo, trabalho que foi fruto de uma comissão composta por profissionais da esfera municipal, estadual e federal, bem como técnicos de entidades não governamentais (FLORIANÓPOLIS, 2021b).

Quando avaliados os indicadores de renda, saúde e educação de um determinado território, conjuntamente, é possível mensurar as condições de desenvolvimento humano daquela sociedade, o chamado IDH. Neste aspecto, SC apresenta o terceiro melhor IDH entre os estados brasileiros (2020), atrás somente do Distrito Federal e São Paulo (ATLAS BRASIL, 2022). Entretanto, quando avaliadas as condições de vida de alguns municípios catarinenses observa-se discrepância neste indicador: em pelo menos 50 cidades de SC o IDH permanece abaixo da média estadual, sendo as regiões do Planalto Norte e Serra Catarinense as mais afetadas (SANTA CATARINA, 2019). Na saúde não é diferente, SC apresenta indicadores muito favoráveis dentro do contexto nacional, principalmente no que se refere a mortalidade infantil, porém existem disparidades no seu território (SCHMIDT *et al.*, 2020); mesmo quando algumas estatísticas apontam SC como o estado menos desigual do Brasil (IBGE, 2019).

As fontes orais desta pesquisa relatam disparidades regionais, tanto em termos de IDH, como em relação à existência de recursos em saúde e acesso da população aos mesmos. Em suas falas, encontramos um retrato histórico das diferenças entre municípios catarinenses, em termos de condições socioeconômicas da população, da disponibilidade de insumos, equipamentos, profissionais e, até mesmo, da organização da rede de saúde e da cobertura da APS, fatores esses que se refletem nos índices de mortalidade infantil.

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, algumas doenças infecciosas entre crianças são reflexo da vulnerabilidade social. As marcantes diferenças socioeconômicas e culturais entre as regiões do país e, até mesmo dentro de uma mesma região, repercutem na saúde da população, especialmente entre crianças. As iniquidades sociais levam a uma maior exposição aos fatores de risco e dificultam o acesso às ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce das doenças que acometem a população infantil (TROEGER *et al.*, 2018). Nesse sentido, a organização da Rede de Atenção à Saúde tendo a APS como ordenadora do cuidado adquire especial relevância na primeira infância (quando a vulnerabilidade aos fatores de risco exógenos é maior), implementando a integração dos serviços de acompanhamento das crianças e efetivos mecanismos de referência e contra referência (PINA *et al.*, 2020).

Estudos anteriores já haviam demonstrado a redução substancial no coeficiente de mortalidade infantil concomitante à evolução da economia e implementação de políticas públicas, evidenciando as fortes relações e o impacto que os fatores financeiros, educacionais

e sanitários conferem à saúde da criança (JUSTINO *et al.*, 2019; MARINHO *et al.*, 2020). Nestes aspectos, muitas conquistas já foram obtidas em todo território nacional, porém, ainda existem obstáculos a serem superados, entre eles, a persistente desigualdade social apresentada em diferentes localidades da nação, inclusive dentro dos próprios estados (JUSTINO *et al.*, 2019; SCHMIDT *et al.*, 2020).

O efeito da condição socioeconômica na mortalidade infantil por doenças infecciosas, nos países em desenvolvimento, é mediado por questões como a idade e a escolaridade maternas, bem como o acesso a recursos (PINA *et al.*, 2020). Ou seja, populações de baixa renda, por exemplo, possuem menores oportunidades concluir a educação formal (a evasão escolar por necessidade de trabalhar é uma realidade nessas populações); por sua vez, pais com menor nível de escolaridade são menos propensos a aderir às recomendações para a saúde da criança, conforme já referido. Além disso, populações de baixa renda tendem a ocupar espaços marginalizados do território, dificultando acesso a recursos de saúde (PINA *et al.*, 2020). Tal situação é exemplificada pelos participantes do presente estudo, ao referirem diferenças de acesso a recursos entre a população da capital do estado e do interior, como a região serrana.

As falas dos entrevistados desta pesquisa denotam, portanto, uma compreensão dessa interrelação entre os fatores socioeconômicos/ambientais e a saúde da criança e fornecem um registro histórico acerca da mudança deste cenário, a partir de intervenções em outros setores para além da saúde, direcionadas a melhorar as condições de vida da população, tais como programas de moradias, criação de mais empregos pelo setor industrial e agrícola, bem como subsídios governamentais para populações de baixa renda.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os aspectos que permeiam a criança em seu processo saúde-doença extrapolam as questões biológicas e individuais, sendo que o contexto educacional, econômico e ambiental em que o indivíduo está inserido, desde o período gestacional, interferem intrinsecamente na sua qualidade de vida e em seu pleno desenvolvimento. Portanto, os desafios superam o controle de agentes patógenos, é preciso superar as barreiras da pobreza, falta de instrução e déficit sanitário.

O período estudado revela, sob a ótica dos entrevistados, uma evolução nos determinantes socioeconômicos e ambientais envolvidos na saúde da criança catarinense, porém ainda com marcantes disparidades regionais e alguns desafios sanitários em

determinados municípios. Destaca-se, ainda, a importância histórica da proteção social da criança, com a defesa de seus direitos garantidos pela sua cidadania e sua condição de ser em desenvolvimento.

Aponta-se, como possível limitação, o desenho da pesquisa, que nos impede de estabelecer relações causais e retrata apenas a perspectiva de informantes-chave. Contudo, julga-se que o delineamento da pesquisa atendeu integralmente ao objetivo de estudo, o qual não buscava estabelecer relações causais, mas sim analisar o cenário socioeconômico e cultural catarinense, sob a perspectiva de profissionais que vivenciaram os aspectos que permearam os avanços na área da saúde da criança neste contexto. Ademais, recomendam-se pesquisas históricas semelhantes em outros contextos do país, a fim de comparar os achados e buscar uma melhor caracterização dos determinantes sociais na história da saúde da criança brasileira.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, Caroline Nascimento dos; MELLO, Carolina Santos; SANTANA, Jerusa da Mota. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil no Recôncavo da Bahia. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 259-268, 29 set. 2021. Universidade Federal da Bahia. <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v20i2.43700>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/43700>. Acesso em: 02 mar. 2022.

ATLAS BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em: 07 jun. 2022.

BANGO, Madhumita; GHOSH, Soumitra. Social and Regional Disparities in Utilization of Maternal and Child Healthcare Services in India: a study of the post-national health mission period. **Frontiers In Pediatrics**, [s.l.], v. 10, p. 1-2, 14 jun. 2022. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2022.895033>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35774101/>. Acesso em: 28 jun. 2022.

BELANDI, Caio. IBGE. **Mais de 2/3 dos registros tardios de nascimento estão no Norte e Nordeste**. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26197-mais-de-2-3-dos-registros-tardios-de-nascimento-estao-no-norte-e-nordeste>. Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Governo Federal. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca>. Acesso em: 01 abr. 2022.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). IPEA. **Atlas da violência 2020**. São Paulo: FBSP, 2020. 91 p.

FAGERLI, K. *et al.* Factors associated with typical enteropathogenic Escherichia coli infection among children. **Epidemiology And Infection**, [s.l.], v. 148, p. 1-10, nov. 2020.

Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0950268820002794>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/factors-associated-with-typical-enteropathogenic-escherichia-coli-infection-among-children-5-years-old-with-moderate-to-severe-diarrhoea-in-rural-western-kenya-2008/2BED40BE1C66615DFDFD01F6F29A2E8C>. Acesso em: 02 mar. 2022.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: Gestão 2002-2005**. Florianópolis, 2002. p. 01-167. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/23\\_10\\_2009\\_8.56.57.b8db2ea83fd0368b521961f7ff663a61.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/23_10_2009_8.56.57.b8db2ea83fd0368b521961f7ff663a61.pdf). Acesso em: 03 abr. 2022.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Florianópolis lidera ranking como a melhor Saúde do Brasil**. 2021. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias>. Acesso em: 01 jun. 2022.

GOULARTI FILHO, Alcides; RABELO, Giani. Educação em tempos de redemocratização: planejamento e educação em Santa Catarina 1985-1990. **Atos de Pesquisa em Educação**, [s.l.], v. 14, n. 21, p. 718, 28 nov. 2019. Fundação Universidade Regional de Blumenau. <http://dx.doi.org/10.7867/1809-0354.2019v14n2s1p718-744>. Disponível em: <https://bu.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/7098>. Acesso em: 02 abr. 2022.

HEINZ, Douglas; MORENO, Gleice Carvalho de Lima; HEIN, Nelson. O saneamento básico nos municípios de Santa Catarina: uma análise cluster. **Colóquio: Revista do Desenvolvimento Regional**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 1-15, dez. 2020. Disponível em: <https://seer.faccat.br/index.php/coloquio/article/view/1888>. Acesso em: 02 abr. 2022.

IBGE. **Santa Catarina: panorama**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>. Acesso em: 20 jun. 2022.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. 130 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. 151 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

JUSTINO, Dayane Caroliny Pereira *et al.* Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no Brasil: revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 71-88, 5 jun. 2019. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. <http://dx.doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n1id17946>. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17946>. Acesso em: 27 set. 2021.

KRUEL, Cristina Saling; SOUZA, Ana Paula Ramos de. O Desenvolvimento do Bebê e sua Complexa Relação com Determinantes Sociais da Saúde. **Psico-USF**, [s.l.], v. 23, n. 1, p. 83-

94, mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230108>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/JX5xdMVx9sgFJpwFpW57VMQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 jun. 2022.

KRÜTZMANN, Vanessa; MASSUQUETTI, Angélica; SILVEIRA, Eduarda Martins Correa da. O desenvolvimento socioeconômico de Santa Catarina e das SDRS Grande Florianópolis, Blumenau e Joinville (1991-2010). *NECAT*, [s.l.], v. 2, n. 4, p. 45-62, jul. 2013. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/revistanecat/article/view/4505/3431>. Acesso em: 06 jun. 2022.

MARCINEIRO, Nazareno; LEANDRO, Cíntia Mendes. O impacto social das ações da Rede Catarina de Proteção à Mulher para diminuição da violência doméstica. *Revista Brasileira de Estudos de Segurança Pública*, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 1-21, jul. 2021. Disponível em: <https://revista.ssp.gov.br/index.php/rebsp/article/view/518>. Acesso em: 06 jun. 2022.

MARINHO, Cristiane da Silva Ramos *et al.* Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 36, n. 10, p. 1-14, out. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00191219>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FXMtLrXQYTcWfVBbzwbtpbh/?lang=pt#:~:text=Desde%202010%2C%20o%20Brasil%20alcan%C3%A7ou,o%20pa%C3%ADs%20atingir%20os%20ODM..> Acesso em: 06 jun. 2022.

NETO, João. IBGE. **Analfabetismo cai em 2017, mas segue acima da meta para 2015**. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21255-analfabetismo-cai-em-2017-mas-segue-acima-da-meta-para-2015>. Acesso em: 07 jun. 2022.

NIEDERLE, Sidnei; MATTEI, Lauro. Breve panorama da situação socioeconômica de Santa Catarina. *NECAT*, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 44-45, jan. 2020. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/revistanecat/article/view/4540>. Acesso em: 06 jun. 2022.

OLIVEIRA, Gesner; SCAZUFCA, Pedro; SAYON, Pedro Levy. Instituto Trata Brasil. **Ranking do Saneamento 2022**. São Paulo: Go Associados, 2022. 130 p. Disponível em: [https://tratabrasil.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Relatorio\\_do\\_RS\\_2022.pdf](https://tratabrasil.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Relatorio_do_RS_2022.pdf). Acesso em: 06 jun. 2022.

PADILHA, Maria Itayra *et al.* O uso das fontes na condução da pesquisa histórica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 1-10, 11 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002760017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/mZfqXZJKM7B7tMRpnKqWcjf/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

PEREIRA, Tatiana Santana Timóteo; PEREIRA, Guilherme da Silva. Saneamento básico em Santa Catarina sob a ótica do PLANSAB. In: Exposição de experiências municipais em saneamento, 20. 2016, Jaraguá do Sul. *Anais [...]*. Jaraguá do Sul: ASSEMAE, 2016. p. 701-715. Disponível em:



[https://trabalhosasemae.com.br/2016/xxeems/anais/ANAIS\\_20\\_EEMS\\_ASSEMAE.pdf](https://trabalhosasemae.com.br/2016/xxeems/anais/ANAIS_20_EEMS_ASSEMAE.pdf). Acesso em: 06 jun. 2022.

PINA, Juliana Coelho *et al.* Using geo-spatial analysis for assessing the risk of hospital admissions due to community-acquired pneumonia in under-5 children and its association with socially vulnerable areas (Brazil). **Bmc Pediatrics**, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 1-14, 3 nov. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-020-02398-x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33138791/>. Acesso em: 06 jun. 2022.

ROSENDA, Larissa Carlos; NUNES JUNIOR, Tarcizio Cleso Neres; CZAPSKI, Alessandra Ruita Santos. Violência, direitos humanos e educação como forma de atenuar a violência. **Humanidades & Inovação**, [s.l.], v. 6, n. 7, p. 38-46, 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Desenvolvimento Social. **Cidades catarinenses são as mais autônomas do Brasil**: destaca o ministro do TCU em encontro de Gestores Municipais. 2022. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/noticias/temas/desenvolvimento-social/cidades-catarinenses-sao-as-mais-autonomas-do-brasil-destaca-ministro-do-tcu-na-primeira-edicao-do-ciclo-de-palestras-de-gestores-municipais> . Acesso em: 20 mai. 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Educação. **Educação de Santa Catarina é a segunda melhor do país, segundo índices da OCDE**. 2021a. Disponível em: <https://www.sed.sc.gov.br/secretaria/imprensa/noticias/31235-educacao-de-santa-catarina-e-a-segunda-melhor-do-pais-segundo-indices-da-ocde>. Acesso em: 6 jun. 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Plano estadual de saúde 2020 - 2023**. Florianópolis: Governo do Estado de Santa Catarina, 2019. 336 p.

SANTA CATARINA. Universidade Federal de Santa Catarina. Prefeitura de Florianópolis. **Rede de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual – RAIVS**. UFSC: Florianópolis, 2021b. 82 p.

SCHMIDT, Suyanne de Quadros *et al.* Análise da saúde da criança no estado de Santa Catarina. Brasil: de 1982 a 2018. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 24, n. 4, p. 1-10, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0308>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/dYHkc9nVgpzbc6KzKcMb7tg/?lang=pt>. Acesso em: 01 maio 2022.

SILVA, George Sobrinho; FERNANDES, Daisy de Rezende Figueiredo; ALVES, Cláudia Regina Lindgren. Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: revisão sistemática de métodos e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 8, p. 3185-3200, ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020258.27512018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SD445xFnCbTKZV9BsXGGtcL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 jun. 2022.

TROEGER, Christopher *et al.* Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. **The Lancet Infectious**

**Diseases**, [s.l.], v. 18, n. 11, p. 1191-1210, nov. 2018. Elsevier BV.  
[http://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099\(18\)30310-4](http://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099(18)30310-4). Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30243584/>. Acesso em: 02 abr. 2022.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 44, n. 22, p. 203-220, ago. 2014. Disponível em:  
<https://www.semanticscholar.org/paper/A-AMOSTRAGEM-EM-BOLA-DE-NEVE-NA-PESQUISA-UM-DEBATE-Vinuto/cd8e3ecb215bf9ea6468624149a343f8a1fa8456?p2df>.  
Acesso em: 08 jun. 2022.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As etapas realizadas durante o desenvolvimento do presente estudo levaram ao alcance dos objetivos estipulados para esta dissertação. A partir da narrativa de profissionais, que vivenciaram a história da saúde da criança em SC, foi possível conhecer a trajetória histórica e explorar o contexto responsável pelos promissores indicadores e determinantes de saúde apresentados pelos catarinenses; bem como levantar as adversidades que o estado ainda mantém.

Com análise dos fatos descritos, atrelados a conteúdos já presentes na literatura científica, foi possível o aprofundamento e ampliar a compreensão acerca do processo evolutivo que permeou a saúde da criança em SC. O discurso dos entrevistados enriqueceu a visualização e percepção de acontecimentos e fatos do passado, que por vezes não estão descritos em fontes documentais. Estudo anterior, havia levantado a problemática sobre o déficit de documentos que preservem a história, seja por carência de registro ou por má conservação dos materiais, o que torna o relato das fontes orais valioso para validação de informações contidas em documentos e até mesmo para o preenchimento de possíveis lacunas existentes, através de uma opinião mais crítica em relação aos acontecimentos da história.

Este estudo demonstrou que a saúde da criança em SC vem evoluindo, nos últimos 36 anos, concomitante à implementação de ações de saúde pública, com destaque para o âmbito da APS, imunização, qualificação na assistência gravídico-puerperal e vigilância em saúde. Embora diversas ações bem sucedidas tenham tomado por base políticas nacionais, a eficácia de sua implementação tem relação direta com as estratégias do estado e seus municípios, inclusive algumas das iniciativas municipais serviram de modelo para outras localidades, até mesmo para o país. Ademais, o progresso nas esferas socioeconômicas e ambientais, apresentado pelo estado de SC, também auxiliou no desenvolvimento da sociedade catarinense e conseqüentemente no avanço na saúde materno-infantil; culminando na redução dos indicadores de mortalidade.

Apesar do enfoque ter sido nas estratégias e ações implementadas, observa-se que a partir da categorização dos participantes, a importância das lideranças/governantes que estão à frente do gerenciamento e desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Os enfermeiros, como maioria dentre os entrevistados, se mostraram importantes peças no contexto do SUS, fortalecendo e aperfeiçoando as ações de saúde, liderando as equipes e estabelecimentos,

ocupando espaço político, realizando melhorias na saúde da população de maneira geral a partir dos seus conhecimentos gerenciais e do processo saúde-doença.

Considera-se uma limitação do estudo a falta de uma amostra mais diversificada de profissionais das diferentes regiões do estado, pois, apesar de haver ao menos um representante de cada uma das nove macrorregiões de saúde, a maioria dos participantes se concentrou nos municípios de Florianópolis e Joinville (as duas maiores cidades do estado). O fato foi decorrente da dificuldade em encontrar profissionais que tivessem disponibilidade e/ou aceitassem participar da pesquisa. A pandemia dificultou a busca ativa, que se limitou a contatos virtuais, muitas vezes não respondidos pelos destinatários, inclusive após diversas tentativas de contato. Felizmente, a amostra atingiu o objetivo estipulado.

Embora as entrevistas tenham sido semiestruturadas, o assunto tratado abriu vertente para diversas temáticas dentro da área da saúde, compondo, portanto, resultados densos e extensos, o que dificultou sintetizar algumas falas sem prejuízo de conteúdo, como pode-se observar nos resultados dos manuscritos. Porém, a história contada é a história viva, tornando os resultados enriquecedores, apesar de amplos.

A saúde da criança segue como desafio mundial, sendo assim, quanto mais aprofundamento na temática, mais domínio do assunto e melhor será o desenvolvimento de estratégias para o melhoramento do cenário de saúde. Ademais, a problemática causada pela Covid-19 emergiu como um imenso desafio de saúde, que fragilizou os programas e ações previamente instituídos neste país, tornando a discussão sobre o futuro da saúde infantil uma importante ferramenta de combate ao retrocesso.

Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, para que a mortalidade infantil siga tendência decrescente, sugere-se que o fortalecimento das ações no âmbito da atenção básica e a qualificação na assistência a gestação e nascimento sejam estratégias políticas prioritárias nas gestões futuras, bem como o aprimoramento da implementação de cuidado em redes de atenção à saúde. Além disso, é preciso aperfeiçoar o sistema sanitário catarinense e reduzir as iniquidades sociais dentro e fora do estado de SC.

Espera-se que esta pesquisa abra margem e auxilie estudos futuros. Sugere-se pesquisas acerca de outros estados brasileiros e em período pós-pandemia, para fim comparativo.

## REFERÊNCIAS

- AIRES, Luana Cláudia dos Passos *et al.* Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da atenção primária. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 1-7, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170028>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/g3L54ypryzYyJNvPZzzVrkJ/?lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2022.
- ANJOS, Caroline Nascimento dos; MELLO, Carolina Santos; SANTANA, Jerusa da Mota. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil no Recôncavo da Bahia. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 259-268, 29 set. 2021. Universidade Federal da Bahia. <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v20i2.43700>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/43700>. Acesso em: 02 mar. 2022.
- ARAÚJO, Isabelle Christine Fonsêca Gomes de *et al.* Qualidade do parto e impacto nos indicadores da saúde da criança. **Revista Ciência Plural**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 18-33, 5 jun. 2019. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. <http://dx.doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n1id17943>. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17943>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- 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>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYzx/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- ATLAS BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em: 07 jun. 2022.
- BANGO, Madhumita; GHOSH, Soumitra. Social and Regional Disparities in Utilization of Maternal and Child Healthcare Services in India: a study of the post-national health mission period. **Frontiers In Pediatrics**, [s.l.], v. 10, p. 1-2, 14 jun. 2022. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2022.895033>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35774101/>. Acesso em: 28 jun. 2022.
- BELANDI, Caio. IBGE. **Mais de 2/3 dos registros tardios de nascimento estão no Norte e Nordeste**. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26197-mais-de-2-3-dos-registros-tardios-de-nascimento-estao-no-norte-e-nordeste>. Acesso em: 06 jun. 2022.
- BOERMA, Ties *et al.* Countdown to 2030: tracking progress towards universal coverage for reproductive, maternal, newborn, and child health. **The Lancet**, [s.l.], v. 391, n. 10129, p. 1538-1548, abr. 2018. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30104-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30104-1). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30104-1/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30104-1/fulltext#articleInformation). Acesso em: 06 jun. 2022.
- 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. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2753/1980>. Acesso em: 08 jun. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Governo Federal, 2019a. 229 p. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

BRASIL. Decreto nº 24.278, de 22 de maio de 1934. Extingue a Inspetoria de Higiene Infantil da Saúde Pública; cria a Diretoria de Proteção à Maternidade e à infância e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: [Brasília], ano 160, n 98, p. 9987-9987, 25 maio 2022.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. **Florianópolis atinge 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família**. 2015. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=1998](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1998). Acesso em: 08 jun. 2020.

BRASIL. Governo Federal. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**. 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca>. Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. Governo Federal. **O Brasil e os ODM**. 2020b. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>. Acesso em: 27 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 1990, n. 182, p. 1-5, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 1990, n. 249, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança**: Ações básicas. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1984.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2019**: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 520 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 144 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia QualiNeo**: qualificação da assistência ao recém-nascido de risco. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-indigena/cursos/823-assuntos/saude-para-voce/44189-estrategia-qualineo>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Brasília]: Ministério da Saúde, 30 dez. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. [Brasília]: Ministério da Saúde, 24 jun. 2011a.

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 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/ GM 2.395, de 07 de outubro de 2009**. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico- Consultivo para a sua implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000**. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Apice on**. Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>. Acesso em: 20 ago 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido**: método Canguru: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS completa 30 anos da criação**. 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/setembro/sus-completa-30-anos-da-criacao>. Acesso em: 03 out. 2020.

CALDAS, Ricardo Wahrendorff (coord.). **Políticas Públicas**: conceitos e práticas. Belo Horizonte: Sebrae/Mg, 2008. 48 p. Disponível em: <http://www.mp.ce.gov.br/n especiais/promulher/manuais/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%C3%9ABLICAS.pdf>. Acesso em: 28 maio 2018.

CARLOS, Djailson José Delgado; BELLAGUARDA, Maria Lígia dos Reis; PADILHA, Maria Itayra. O documento como fonte primária nos estudos da enfermagem e da saúde: uma reflexão. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 26, p. 1-7, nov. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0312>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/7PV7fDsXhXLkZJfPHbZt9mG/?lang=pt>. Acesso em: 08 fev. 2022.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). IPEA. **Atlas da violência 2020**. São Paulo: FBSP, 2020. 91 p.

COELHO, Rita de Cássia Heinzen de Almeida *et al.* **Capital Criança: resgatando a cidadania**. Florianópolis: Insular, 2004. 190 p.

COSTA, Roberta *et al.* Políticas Públicas de Saúde ao Recém-Nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **História da Enfermagem: Revista eletrônica**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 56-68, abr. 2010. Disponível em: [http://www.here.abennacional.org.br/here/n1v01ano1\\_artigo4.pdf](http://www.here.abennacional.org.br/here/n1v01ano1_artigo4.pdf). Acesso em: 01 abr. 2022.

FAGERLI, K. *et al.* Factors associated with typical enteropathogenic Escherichia coli infection among children. **Epidemiology And Infection**, [s.l.], v. 148, p. 1-10, nov. 2020. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0950268820002794>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/factors-associated-with-typical-enteropathogenic-escherichia-coli-infection-among-children-5-years-old-with-moderate-to-severe-diarrhoea-in-rural-western-kenya-20082012/2BED40BE1C66615DFDFD01F6F29A2E8C>. Acesso em: 02 mar. 2022.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, p. 12-14, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s101>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bSpRGvzf54nJ4pQjMy7PY3r/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde da criança: capital criança**. [2018]. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+da+crianca&menu=5&submenuid=153>. Acesso em: 08 jun. 2020.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: Gestão 2002-2005**. Florianópolis, 2002. p. 01-167. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/23\\_10\\_2009\\_8.56.57.b8db2ea83fd0368b521961f7ff663a61.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/23_10_2009_8.56.57.b8db2ea83fd0368b521961f7ff663a61.pdf). Acesso em: 03 abr. 2022.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Florianópolis lidera ranking como a melhor Saúde do Brasil**. 2021. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias>. Acesso em: 01 jun. 2022.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Minuta capital criança**. Florianópolis, 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**, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 46-60, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PyFpwMM3fm3yRcqZJ66GRky/?lang=pt>. Acesso em: 06 jun. 2022.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as pesquisas nacionais de saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, p. 2543-2556, jun. 2021.

GOULARTI FILHO, Alcides; RABELO, Giani. Educação em tempos de redemocratização: planejamento e educação em Santa Catarina 1985-1990. **Atos de Pesquisa em Educação**, [s.l.], v. 14, n. 21, p. 718, 28 nov. 2019. Fundação Universidade Regional de Blumenau. <http://dx.doi.org/10.7867/1809-0354.2019v14n2s1p718-744>. Disponível em: <https://bu.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/7098>. Acesso em: 02 abr. 2022.

HEINZ, Douglas; MORENO, Gleice Carvalho de Lima; HEIN, Nelson. O saneamento básico nos municípios de Santa Catarina: uma análise cluster. **Colóquio: Revista do Desenvolvimento Regional**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-15, dez. 2020. Disponível em: <https://seer.faccat.br/index.php/coloquio/article/view/1888>. Acesso em: 02 abr. 2022.

HOLANDA, Fabíola; MEIHY, José Carlos Sebe B. **História oral**: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto, 2007. 176 p.

IBGE. **Cidades e Estados**. IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html>. Acesso em: 05 out. 2021.

IBGE. **Santa Catarina**: panorama. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>. Acesso em: 20 jun. 2022.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2019a. 130 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018. -Rio de Janeiro: IBGE, 2018. 151 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. -Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil**: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2019b.

IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil**: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

ITAJAÍ. Município de Itajaí. **Programa Nascer Itajaiense completa 20 anos de atuação.** 2021. Disponível em: <https://itajai.sc.gov.br/noticia/27253/programa-nascer-itajaiense-completa-20-anos-de-atuacao#.Y0NdaP1KiUk>. Acesso em: 27 set. 2021.

JANTSCH, Leonardo Bigolin *et al.* (Des)articulação da rede de atenção à saúde na prematuridade tardia e moderada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 74, n. 5, p. 1-9, jun. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0524>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/D9GcYSqjdCjQSBQxjQycDQw/?lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2021.

JUSTINO, Dayane Caroliny Pereira *et al.* Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no Brasil: revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 71-88, 5 jun. 2019. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. <http://dx.doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n1id17946>. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17946>. Acesso em: 27 set. 2021.

KASSEBAUM, Nicholas *et al.* Child and Adolescent Health From 1990 to 2015. **Jama Pediatrics**, [s.l.], v. 171, n. 6, p. 573-597, 1 jun. 2017. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.0250>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28384795/>. Acesso em: 30 set. 2020.

KRUEL, Cristina Saling; SOUZA, Ana Paula Ramos de. O Desenvolvimento do Bebê e sua Complexa Relação com Determinantes Sociais da Saúde. **Psico-USF**, [s.l.], v. 23, n. 1, p. 83-94, mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230108>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/JX5xdMVx9sgFJpwFpW57VMQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2021.

KRÜTZMANN, Vanessa; MASSUQUETTI, Angélica; SILVEIRA, Eduarda Martins Correa da. O DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO DE SANTA CATARINA E DAS SDRs GRANDE FLORIANÓPOLIS, BLUMENAU E JOINVILLE (1991-2010). **NECAT**, [s.l.], v. 2, n. 4, p. 45-62, jul. 2013. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/revistanecat/article/view/4505/3431>. Acesso em: 06 jun. 2022.

LAMOUNIER, Joel Alves *et al.* Iniciativa hospital amigo da criança: 25 anos de experiência no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, [s.l.], v. 37, n. 4, p. 486-493, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462;2019;37;4;00004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/7vLNHNbWNPQrBy5BfVBfghn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2021.

LOPES, Thiago da Costa; MAIO, Marcos Chor. Puericultura, eugenia e interpretações do Brasil na construção do Departamento Nacional da Criança (1940). **Tempo**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 349-368, ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/tem-1980-542x2018v240209>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tem/a/nrm6NdRJQTbCLphRFFWzGbs/?lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2021.

MACÊDO, Maria Lúcia Azevedo Ferreira *et al.* História oral temática na pesquisa em enfermagem: estudo bibliométrico. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 384-391, 30 jun. 2014. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i2.37360>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37360>. Acesso em: 28 ago. 2021.

MANGIAVACCHI, Bianca Magnelli *et al.* Imunização no primeiro ano de vida: a vulnerabilidade brasileira em tempos de pandemia. **Múltiplos Acessos**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 216-229, jan. 2021. Disponível em: <http://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/148>. Acesso em: 28 set. 2022.

MARCINEIRO, Nazareno; LEANDRO, Cíntia Mendes. O impacto social das ações da Rede Catarinense de Proteção à Mulher para diminuição da violência doméstica. **Revista Brasileira de Estudos de Segurança Pública**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 1-21, jul. 2021. Disponível em: <https://revista.ssp.gov.br/index.php/rebsp/article/view/518>. Acesso em: 06 jun. 2022.

MARINHO, Cristiane da Silva Ramos *et al.* Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 36, n. 10, p. 1-14, out. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00191219>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FXMTLrXQYTcWfVBbzwbtpbh/?lang=pt#:~:text=Desde%202010%2C%20o%20Brasil%20alcan%C3%A7ou,o%20pa%C3%ADs%20atingir%20os%20ODM..> Acesso em: 06 jun. 2022.

MARINHO, Cristiane da Silva Ramos; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Evolução das políticas públicas frente à redução da mortalidade infantil e na infância no Brasil. **Research, Society And Development**, [s.l.], v. 10, n. 11, p. 1-15, 12 set. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19584>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19584>. Acesso em: 01 abr. 2022.

MEDEIROS JUNIOR, Nésio Fernandes de; BEZERRA, Wilames Freire. **Nota Conjunta CONASS/CONASEMS: rede de atenção materna e infantil (RAMI)**. Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/>. Acesso em: 13 abr. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. 416 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, António Pedro. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Lusófona de Educação**, [s.l.], v. 40, n. 40, p. 139-153, ago. 2018. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>. Acesso em: 1 abr. 2022.

NETO, João. IBGE. **Analfabetismo cai em 2017, mas segue acima da meta para 2015**. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21255-analfabetismo-cai-em-2017-mas-segue-acima-da-meta-para-2015>. Acesso em: 07 jun. 2022.

NIEDERLE, Sidnei; MATTEI, Lauro. Breve panorama da situação socioeconômica de Santa Catarina. **NECAT**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 44-45, jan. 2012. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/revistanecat/article/view/4540>. Acesso em: 06 jun. 2022.

O REI Leão. Direção de Rob Minkoff; Roger Allers. [Los Angeles]: Walt Disney Studios Motion Pictures, 1994. Son., color. Legendado.

OLIVEIRA, Cleise Cristine Ribeiro Borges; SILVA, Elaine Andrade Leal; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 31, n. 1, p. 1-23, abr. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310105>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3vhh4QL7xRM8tkRzZdcHZhK/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

OLIVEIRA, Gesner; SCAZUFCA, Pedro; SAYON, Pedro Levy. Instituto Trata Brasil. **Ranking do Saneamento 2022**. São Paulo: Go Associados, 2022. 130 p. Disponível em: [https://tratabrasil.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Relatorio\\_do\\_RS\\_2022.pdf](https://tratabrasil.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Relatorio_do_RS_2022.pdf). Acesso em: 06 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Agenda 2030: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. New York: United Nations, 2020. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/>. Acesso em: 01 out. 2020.

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](https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT). Acesso em: 29 set. 2020.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Süsskind. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 14, n. 4, p. 575-584, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072005000400015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/xP3qnvKypfxsX3NXZGyf3vk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

PADILHA, Maria Itayra *et al.* O uso das fontes na condução da pesquisa histórica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 1-10, 11 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002760017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/mZfqXZJKM7B7tMRpnKqWcjf/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

PENELLO, Lilliane Mendes; ROSARIO, Selma Eschenazi. 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. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/lil-785505?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

PEREIRA, Tatiana Santana Timóteo; PEREIRA, Guilherme da Silva. Saneamento básico em Santa Catarina sob a ótica do PLANSAB. In: EXPOSIÇÃO DE experiências MUNICIPAIS EM SANEAMENTO, 20., 2016, Jaraguá do Sul. **Anais [...]**. Jaraguá do Sul: ASSEMAE,

2016. p. 701-715. Disponível em:

[https://trabalhosassemmae.com.br/2016/xxeems/anais/ANAIS\\_20\\_EEMS\\_ASSEMAE.pdf](https://trabalhosassemmae.com.br/2016/xxeems/anais/ANAIS_20_EEMS_ASSEMAE.pdf).

Acesso em: 06 jun. 2022.

PETTRES, Andreia Assmann; ROS, Marco Aurélio da. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [s.l.], v. 47, n. 3, p. 183-196, out. 2018. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/375>. Acesso em: 1 maio 2022.

PINA, Juliana Coelho *et al.* Using geo-spatial analysis for assessing the risk of hospital admissions due to community-acquired pneumonia in under-5 children and its association with socially vulnerable areas (Brazil). **Bmc Pediatrics**, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 1-14, 3 nov. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-020-02398-x>. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-020-02398-x#citeas>. Acesso em: 02 fev. 2022.

PINTO, Hêider Aurélio. Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica. **Saúde em Redes**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 191-217, 20 dez. 2018. Associação Brasileira da Rede Unida. <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n2p191-217>. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1796>. Acesso em: 1 maio 2022.

PINTO, Hêider Aurélio. Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica. **Saúde em Redes**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 191-217, 20 dez. 2018. Associação Brasileira da Rede Unida. <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n2p191-217>. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1796>. Acesso em: 1 maio 2022.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (icsab). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?lang=pt>. Acesso em: 01 maio 2022.

REINER, Robert C. *et al.* Diseases, Injuries, and Risk Factors in Child and Adolescent Health, 1990 to 2017. **Jama Pediatrics**, [s.l.], v. 173, n. 6, p. 1-37, 3 jun. 2019. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.0337>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31034019/>. Acesso em: 07 jun. 2022.

ROSENDA, Larissa Carlos; NUNES JUNIOR, Tarcizio Cleso Neres; CZAPSKI, Alessandra Ruita Santos. Violência, direitos humanos e educação como forma de atenuar a violência. **Humanidades & Inovação**, [s.l.], v. 6, n. 7, p. 38-46, 2019.

SANCHES, Maria Teresa Cera *et al.* (org.). **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. 261 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/metodo-canguru-no-brasil-15-anos-de-politica-publica/>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SANTA CATARINA (Estado). Nota Técnica nº 03, de 2018. Assunto: Bebê Precioso - Fluxo de seguimento da criança de risco e alto risco egressa de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal em Santa Catarina.. **Nota Técnica Nº 03/Geabs/Sug/Ses/2018**. Florianópolis, 23 ago. 2017. p. 1-17. Disponível em: [efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/notas-tecnicas-ab-aps/saude-da-crianca-1/14482-nota-tecnica-bebe-precioso/file](https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/notas-tecnicas-ab-aps/saude-da-crianca-1/14482-nota-tecnica-bebe-precioso/file). Acesso em: 01 abr. 2022.

SANTA CATARINA. Governador (1983-1987: Amin). Mensagem enviada à Assembléia Legislativa. Florianópolis: Governo do Estado, 1986.

SANTA CATARINA. Governador (1987-1990: Campos). Mensagem enviada à Assembléia Legislativa. Florianópolis: Governo do Estado, 1987.

SANTA CATARINA. Governador (1990-1991: Maldaner). Mensagem enviada à Assembléia Legislativa. Florianópolis: Governo do Estado, 1989.

SANTA CATARINA. Governador (1991-1994: Kleinübing). Mensagem enviada à Assembléia Legislativa. Florianópolis: Governo do Estado, 1993.

SANTA CATARINA. Governador (1991-1994: Kleinübing). Mensagem enviada à Assembléia Legislativa. Florianópolis: Governo do Estado, 1994.

SANTA CATARINA. Governador (1995-1999: Vieira). Mensagem enviada à Assembléia Legislativa. Florianópolis: Governo do Estado, 1996.

SANTA CATARINA. Governador (1999-2003: Amin). Mensagem enviada à Assembléia Legislativa. Florianópolis: Governo do Estado, 2001.

SANTA CATARINA. Governador (1999-2003: Amin). Mensagem enviada à Assembléia Legislativa. Florianópolis: Governo do Estado, 2002.

SANTA CATARINA. Governador (2007-2010: Silveira). Mensagem enviada à Assembléia Legislativa. Florianópolis: Governo do Estado, 2010.

SANTA CATARINA. Governador (2011-2015; 2015-2018: Colombo). Mensagem enviada à Assembléia Legislativa. Florianópolis: Governo do Estado, 2012.

SANTA CATARINA. Governo do Estado. **Santa Catarina tem a segunda menor taxa de analfabetismo do país**. 2020. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/noticias/temas/educacao-noticias/taxa-de-analfabetismo-em-sc-cai-para-2-3-a-segunda-menor-do-pais-conforme-pnad-continua-educacao>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Desenvolvimento Social. **Cidades catarinense são as mais autônomas do Brasil**: destaca o ministro do TCU em encontro de Gestores Municipais.. 2022. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/noticias/temas/desenvolvimento-social/cidades-catarinenses-sao-as-mais-autonomas-do-brasil-destaca-ministro-do-tcu-na-primeira-edicao-do-ciclo-de-palestras-de-gestores-municipais>. Acesso em: 20 mai. 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Educação. **Educação de Santa Catarina é a segunda melhor do país, segundo índices da OCDE**. 30 set 2021a. Disponível em: <https://www.sed.sc.gov.br/secretaria/imprensa/noticias/31235-educacao-de-santa-catarina-e-a-segunda-melhor-do-pais-segundo-indices-da-ocde>. Acesso em: 6 jun. 2022.

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

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Plano estadual de saúde 2020 - 2023**. Florianópolis: Governo do Estado de Santa Catarina, 2019. 336 p.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Desenvolvimento Social**. 2018a. Disponível em: <http://www.sc.gov.br/governo/acoesdegoverno/desenvolvimento-social>. Acesso em: 08 jun. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Ministério da Saúde destaca trabalho da rede cegonha na serra catarinense**. Florianópolis, 14 fev. 2018b. 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 set. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Regionais de Saúde**. 2021b. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/a-secretaria/regionais-de-saude>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico Sustentável. **Indicadores Econômico-Fiscais: setembro 2021**. Santa Catarina, 2021c. Governador Carlos Moisés.

SANTA CATARINA. Universidade Federal de Santa Catarina. Prefeitura de Florianópolis. **Rede de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual – raivs**. 4. ed. UFSC: Florianópolis, 2021d. 82 p.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sNh7sDYDdyQwvKVgLqYZvpB/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SCHMIDT, Suyanne de Quadros *et al.* Análise da saúde da criança no estado de Santa Catarina. Brasil: de 1982 a 2018. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 24, n. 4, p. 1-10, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0308>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/dYHkc9nVgpzbc6KzKcMb7tg/?lang=pt>. Acesso em: 01 maio 2022.

SCHMIDT, Suyanne de Quadros. **Avanços na saúde infantil: resgate histórico no estado de santa catarina - brasil**. 2019. 80 f. TCC (Graduação de Enfermagem), Centro de Ciências da

Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/197152/TCC%20OFICIAL%20SUAYA%20NNE.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 01 maio 2022.

SILVA, Débora Stéffanie Sant'anna da *et al.* Promoção do aleitamento materno: políticas públicas e atuação do enfermeiro. **Cadernos Unifoa**, [s.l.], v. 12, n. 35, p. 135-140, 18 jan. 2018. Fundação Oswaldo Aranha - FOA. <http://dx.doi.org/10.47385/cadunifoa.v12.n35.483>. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/483>. Acesso em: 01 maio 2022.

SILVA, George Sobrinho; FERNANDES, Daisy de Rezende Figueiredo; ALVES, Cláudia Regina Lindgren. Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: revisão sistemática de métodos e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 8, p. 3185-3200, ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020258.27512018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SD445xFnCbTKZV9BsXGGtcL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 jun. 2022.

SILVA, Osvaldinete Lopes de Oliveira *et al.* A Iniciativa Hospital Amigo da Criança: contribuição para o incremento da amamentação e a redução da mortalidade infantil no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 18, n. 3, p. 481-489, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/vDkQ5MGb5qmDz46496vX4WC/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

SORATTO, Jacks *et al.* Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 584-592, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cbRvR568RNnwjVkWKRdtDfy/?lang=pt>. Acesso em: 07 maio 2022.

SOUSA, Citrya Jakellinne Alves *et al.* A puericultura como estratégia para promoção da saúde da criança na atenção primária. **Brazilian Journal Of Development**, [s.l.], v. 7, n. 6, p. 60604-60625, 18 jun. 2021. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n6-440>. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/31546>. Acesso em: 07 maio 2022.

SOUZA, Renilson Rehem de; VIEIRA, Martha Gonçalves; LIMA JÚNIOR, Cláudio José Ferreira. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 6, p. 2075-2084, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.09512019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6RN6Y7QYmpt7pFHKpY65MBs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

TAQUETTE, Stella; BORGES, Luciana. **Pesquisa qualitativa para todos**. Petrópolis: Vozes, 2020. 192 p.



TEIXEIRA, Mara Rúbia Campos; MAGALHÃES, Beatriz de Castro; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar. Comitês de Mortalidade Infantil e Fetal: importância, finalidade e funcionamento. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 243-259, dez. 2020.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 361-378, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s125>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxhpPLWJjJMWrq9fL4K/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

TROEGER, Christopher *et al.* Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. **The Lancet Infectious Diseases**, [s.l.], v. 18, n. 11, p. 1191-1210, nov. 2018. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099\(18\)30310-4](http://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099(18)30310-4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30243584/>. Acesso em: 02 abr. 2022.

UNICEF. **Committing to Child Survival: A Promise Renewed**. Progress Report 2013. New York: UNICEF, 2013.

UNICEF. **Covid-19 pode reverter décadas de progresso em direção à eliminação de mortes infantis evitáveis, alertam agências da ONU**. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/covid-19-pode-reverter-decadas-de-progresso-em-direcao-a-eliminacao-de-mortes-infantis-evitaveis>. Acesso em: 27 set. 2020.

UNICEF. **Levels and Trends in Child Mortality: Report 2015**. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: UNICEF, 2015.

UNICEF. **Levels and Trends in Child Mortality: Report 2019**. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: UNICEF, 2019.

UNICEF. **O progresso recuou em praticamente todos os principais indicadores relacionados à infância, afirma o UNICEF, um ano após a declaração de pandemia**. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/o-progresso-recuou-em-praticamente-todos-os-principais-indicadores-da-infancia-um-ano-apos-declaracao-de-pandemia>. Acesso em: 27 mar. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Colegiado Pleno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. **Instrução Normativa 02/PEN/2021**. Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem. Florianópolis: Colegiado Pleno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021. Disponível em: [https://pen40anos.paginas.ufsc.br/files/2016/06/Instruc%CC%A7a%CC%83o-Normativa-02\\_PEN\\_2021.pdf](https://pen40anos.paginas.ufsc.br/files/2016/06/Instruc%CC%A7a%CC%83o-Normativa-02_PEN_2021.pdf). Acesso em: 10 dez. 2021.

VILELA, Maria Esther de Albuquerque *et al.* Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**,

[s.l.], v. 26, n. 3, p. 789-800, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO).  
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/rCB3XqVPsbFpBgsKN3TX54y/?lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2022.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 44, n. 22, p. 203-220, ago. 2014. Disponível em:  
<https://www.semanticscholar.org/paper/A-AMOSTRAGEM-EM-BOLA-DE-NEVE-NA-PESQUISA-UM-DEBATE-Vinuto/cd8e3ecb215bf9ea6468624149a343f8a1fa8456?p2df>. Acesso em: 08 jun. 2022.

YAKUWA, Marina Sayuri; NEILL, Sarah; MELLO, Débora Falleiros de. Nursing strategies for child health surveillance. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 26, p. 1-8, 16 jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2434.3007>. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/tdXNWXJqw3SM7jZdfmvkqvr/?lang=pt#:~:text=as%20a%C3%A7%C3%B5es%20em%20vigil%C3%A2ncia%20%C3%A0,a%20promo%C3%A7%C3%A3o%20do%20desenvolvimento%20na>. Acesso em: 08 jun. 2022.

## APÊNDICE A – CARTA CONVITE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

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

### CARTA-CONVITE

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo identificar as ações exitosas que contribuíram para os avanços na saúde infantil, no estado de Santa Catarina, Brasil. A partir do conhecimento do contexto responsável por um dos melhores indicadores de mortalidade na infância do Brasil, essa pesquisa pode beneficiar a saúde das crianças no país e no restante do mundo.

Trata-se de uma pesquisa histórica e estamos convidando-o(a) pela sua experiência na gestão/assistência à saúde da criança no estado. A sua participação ocorrerá mediante uma entrevista, na qual pediremos que o(a) Sr(a) nos conte sobre sua vivência profissional, no âmbito da saúde materno-infantil, bem como compartilhe sua opinião quanto aos avanços ocorridos e atuais desafios na área. A entrevista durará cerca de 30 minutos e será realizada de modo virtual, via plataforma on-line.

Caso o(a) Sr(a) tenha interesse em participar, colocamo-nos à disposição para responder quaisquer dúvidas referentes à pesquisa e apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como agendar um horário, conforme sua preferência e disponibilidade, para realização da entrevista.

Agradecemos pela atenção dispensada e aguardamos retorno, esperando contar com sua valiosa contribuição.

Atenciosamente,

Juliana Coelho Pina  
Professora do Departamento de Enfermagem /UFSC e Coordenadora do Projeto

Florianópolis, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE B - TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Título da Pesquisa:** Avanços na saúde infantil: resgate histórico no estado de Santa Catarina - Brasil

**Pesquisadoras responsáveis:** Juliana Coelho Pina: Enfermeira, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Suyanne de Quadros Schmidt, Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo identificar as ações exitosas que contribuíram para os avanços na saúde infantil, no estado de Santa Catarina. A partir do conhecimento do contexto responsável por um dos melhores indicadores de mortalidade na infância do Brasil, essa pesquisa pode beneficiar a saúde das crianças no país e no restante do mundo. Se estiver de acordo, o(a) Sr(a) participará da pesquisa respondendo a um questionário contendo uma seção de caracterização dos participantes (nome, idade, profissão, etc.) e participará de uma entrevista virtual via Skype ou presencial, a qual será gravada, se o(a) Sr(a) autorizar. Para tal, conto com cerca de 40 minutos de seu tempo. O encontro presencial ou virtual para a realização da entrevista será agendado mediante contato telefônico prévio, de acordo com sua disponibilidade. Para realização da entrevista virtual, o(a) Sr(a) precisará acessar um computador conectado à internet, com recurso de áudio e vídeo (microfone, alto-falante e câmera de vídeo) e com o software Skype instalado. Portanto, durante as entrevistas virtuais serão gravadas sua voz e imagem. Caso o(a) Sr(a) não tenha acesso aos meios para realizar a entrevista virtual, será agendado um encontro presencial, na data e local de sua preferência, sendo que o pesquisador se deslocará para o local escolhido. A entrevista presencial será áudio-gravada, com utilização de dispositivo para gravação de voz, o qual será levado pelo pesquisador. Todas as informações serão mantidas em sigilo e será garantido o anonimato dos participantes, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. A gravação de sua entrevista será transcrita (digitada no computador) para que o(a) Sr(a) possa ler o conteúdo e me dizer se o que escrevemos confere com o que foi dito. As informações serão usadas somente para esta pesquisa e serão divulgadas apenas em revistas científicas, documentos científicos e congressos. A qualquer momento, o(a) Sr(a) poderá deixar de participar da pesquisa e isso não vai interferir no desempenho do seu cargo. Não haverá despesas para o(a) Sr(a), em qualquer momento do estudo. Também não haverá remuneração financeira ou benefícios diretos pela sua participação. Por outro lado, o(a) Sr(a) terá direito a ressarcimento por despesas não previstas, mas que ocorrerem e que estiverem comprovadamente vinculadas à sua participação na pesquisa. Entendo que sua participação nessa pesquisa tem o risco de gerar alguma forma de desconforto e/ou incômodo, pois o(a) Sr(a) nos contará sobre eventos de seu passado profissional e isso pode lhe causar sentimentos como nostalgia, impotência

e dúvidas sobre as escolhas atuais. Além disso, se a entrevista for virtual, o(a) Sr(a) precisará acessar e utilizar um computador com os recursos especificados e pode ser que o(a) Sr(a) ache difícil esse acesso e utilização. Se o(a) Sr(a) sentir-se incomodado ou desconfortável no momento da entrevista, peço que me avise e a interromperemos imediatamente, retomando-a posteriormente somente se for de sua vontade. Além disso, mesmo depois de terminada a entrevista, o(a) Sr(a) pode decidir que não quer que seu conteúdo seja publicado, mesmo de forma confidencial – acataremos sua decisão. O(a) Sr(a) terá direito a indenização, por parte do pesquisador, em casos de eventuais danos materiais ou imateriais, devidamente comprovados como decorrentes de sua participação na pesquisa e que serão tratados de acordo com a legislação vigente no país. Igualmente, nos comprometemos a seguir as diretrizes da Resolução 466/2012. Nos casos de entrevistas via Skype, disponibilizaremos o TCLE via e-mail; caso o(a) Sr(a) concorde em participar da pesquisa, consideraremos o TCLE assinado a partir do seu aceite via e-mail. Se concordar em participar da pesquisa, o(a) Sr(a) receberá duas vias deste documento, rubricadas e assinadas pelo(a) Sr(a) e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. Caso o(a) Sr(a) tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com a Professora Juliana Coelho Pina, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 37212762 e pelo e-mail: pina.juliana@ufsc.br ou com a Mestranda Suyanne de Quadros Schmidt pelo telefone (48) 99990-0777 e e-mail: suyanneschmidt@gmail.com. Você também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, pelo telefone (48) 3721-6094, e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente, no Prédio da Reitoria II, localizado na rua Desembargador Vitor Lima, no 222, sala 401, no bairro Trindade, em Florianópolis/SC, CEP 88.040-400.

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação necessária.

Atenciosamente,

Juliana Coelho Pina e

Suyanne de Q. Schmidt

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa “Avanços na saúde infantil: resgate histórico no estado de Santa Catarina - Brasil”. Fui informado(a) sobre os objetivos da pesquisa e sobre minha forma de participação. Sei que a qualquer momento posso solicitar novas informações e deixar de participar da pesquisa, se assim o desejar. Recebi a garantia de que não serei identificado quando os resultados da pesquisa forem divulgados e que essa divulgação acontecerá apenas em meios científicos. Autorizo a captação e uso de minha voz e imagem, apenas para uso nesta pesquisa. Recebi uma cópia deste documento e pude tirar as minhas dúvidas em relação a ele.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

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

**Pesquisador:** Juliana Coelho Pina

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 04551318.2.0000.0121

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.168.729

**Apresentação do Projeto:**

A presente pesquisa intitulada, "AVANÇOS NA SAÚDE INFANTIL: RESGATE HISTÓRICO NO ESTADO DE SANTA CATARINA – BRASIL", trata-se de uma pesquisa histórica, com abordagem qualitativa, que busca identificar as ações, programas e demais fatores responsáveis pelo baixo número de óbitos infantis, no estado de Santa Catarina e sua capital. Os dados serão coletados por meio de pesquisa documental e de história oral temática, obtida por meio de entrevistas com informantes-chave que vivenciaram o processo de implementação das ações em saúde infantil, nos últimos 36 anos.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Realizar um resgate histórico das ações de proteção à saúde da criança no estado de Santa Catarina e em sua capital, de 1982 a 2018.

**Objetivo Secundário:**

Conhecer as políticas e programas de saúde voltados para as crianças no estado de Santa Catarina e no município de Florianópolis, nos últimos 36 anos, a partir de documentos oficiais.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-400

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-6094

**E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.168.729

Identificar os dados epidemiológicos, no período estipulado na pesquisa, acerca da mortalidade infantil no estado de Santa Catarina e em sua capital, a partir de documentos oficiais.

Identificar as ações exitosas que contribuíram para a saúde das crianças menores de cinco anos de idade, em Santa Catarina e na capital do estado, na perspectiva de informantes-chave que tenham participado/vivenciado a implementação de ações governamentais e de políticas públicas que contribuíram para a diminuição dos índices de mortalidade na infância no estado, no período de 1982 a 2018.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A participação na pesquisa tem o risco de gerar alguma forma de transtorno e incômodo, pois o entrevistado nos contará sobre eventos de seu passado profissional e isso pode causar-lhe sentimentos como nostalgia, impotência e dúvidas sobre as escolhas atuais. Além disso, se a entrevista for virtual, o entrevistado precisará acessar e utilizar um computador com os recursos especificados e pode ser que o mesmo ache difícil esse acesso e utilização. Ademais, a despeito dos cuidados com o anonimato, pode ocorrer quebra de sigilo, ainda que não intencional.

Benefícios:

Os resultados desta pesquisa podem contribuir para melhorar a assistência à saúde das crianças, no país e no mundo.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e contribuirá de forma geral na elaboração de políticas públicas beneficiando a sociedade num todo e em especial na saúde infantil.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos de acordo com as solicitações do CEP/SH.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br



Continuação do Parecer: 3.168.729

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram realizadas as modificações no TCLE, não apresentando a pesquisa inadequações ou impedimentos a realização da mesma.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1234808.pdf	31/01/2019 12:05:47		Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3121111.pdf	31/01/2019 12:05:13	Juliana Coelho Pina	Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	31/01/2019 12:03:50	Juliana Coelho Pina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉpesquisahistoricacorrigido2.pdf	31/01/2019 11:55:58	Juliana Coelho Pina	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PesquisahistoricasubmetidaCEP3.pdf	31/01/2019 11:55:36	Juliana Coelho Pina	Aceito
Folha de Rosto	FRpesquisahistorica.pdf	10/10/2018 16:26:12	Juliana Coelho Pina	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br