



ciência plural

AVALIAÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INFANTIL NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA

*Historical evaluation of children's public health policies in Brazil:
integrative review*

Dayane Caroliny Pereira Justino || Universidade Federal do Rio Grande do Norte || Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN || E-mail: daycaroliny@hotmail.com

Monique da Silva Lopes || Universidade Federal do Rio Grande do Norte || Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN || E-mail: moniqueslopes@msn.com

Camila Dayze Pereira Santos || Universidade Federal do Rio Grande do Norte || Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN || E-mail: camila_nutufrn@hotmail.com

Fábia Barbosa de Andrade || Universidade Federal do Rio Grande do Norte || Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunto IV da UFRN || E-mail: fabiabarbosabr@gmail.com

Autor responsável pela correspondência

Dayane Caroliny Pereira Justino || E-mail: daycaroliny@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Durante a trajetória histórica que envolve a política de saúde infantil no Brasil, houve pontos positivos e negativos no processo de cuidar, implementado por meio das políticas públicas. Nesse sentido, em vários anos e décadas, foram propostas diretrizes novas que vão ao encontro de uma assistência qualificada à saúde da criança. **Objetivo:** Analisar a trajetória histórica das políticas de saúde infantil no Brasil verificando as tendências do coeficiente de mortalidade infantil. **Método:** Revisão integrativa consolidada a partir de pesquisa realizada em documentos de domínio público, disponíveis em formato digital na rede de internet. Foram coletados dados sobre a saúde infantil do período de 1930 a 2016. **Resultados:** Entre 1930 e 2015 observa-se uma redução na taxa de mortalidade infantil e melhoria na economia do país, além da implantação de várias políticas com ações voltadas diretamente com o objetivo desta redução. Porém, em 2016, um ano após a implantação da última política infantil, observou-se um aumento com 10,2% na taxa de mortalidade infantil referente ao ano anterior. **Conclusões:** Dessa forma, este estudo mostra que nos últimos 80 anos a taxa de mortalidade infantil vem reduzindo concomitantemente com o aumento de implantações de políticas. Todavia, foi possível ver que ainda se faz necessário melhorias e uma atenção mais direcionada a esta parte da população.

Palavras-Chave: Política de Saúde; Saúde da Criança; Mortalidade; Mortalidade Infantil.

ABSTRACT

Introduction: During the historical trajectory that involves the policy of children's health in Brazil, there were positive and negative points in the care process, implemented through public policies. In this sense, in several years and decades, new guidelines have been proposed that meet assistance qualified child health care. **Aim:** To analyze the historical trajectory of child health policies in Brazil by verifying trends in the infant mortality coefficient. **Methods:** Consolidated integrative review based on research carried out in public domain documents, available in digital format on the internet network. Data were collected on child health from the period 1930 to 2016. **Results:** Between 1930 and 2015, there is a reduction in the infant mortality rate and improvement in the country's economy, as well as the implementation of several policies with actions aimed directly at the objective of this reduction. However, in 2016, one year after the implementation of the last child policy, there was a 10.2% increase in the infant mortality rate in relation to the previous year. **Conclusions:** Thus, this study shows that in the last 80 years the infant mortality rate has been reducing concomitantly with the increase in policy implementation. However, it was possible to see that there is still a need for improvements and more targeted attention to this part of the population.

Keywords: Health Policy; Child Health; Mortality; Infant Mortality.

Introdução

Durante a trajetória histórica que envolve a política de saúde infantil no Brasil, houve pontos positivos e negativos no processo de cuidar, implementado por meio das políticas públicas. Nesse sentido, em vários anos e décadas foram propostas diretrizes novas que vão ao encontro de uma assistência qualificada à saúde da criança.

No Brasil, foram elaboradas propostas e publicadas uma média de 28 estratégias para melhorar os indicadores de saúde infantil, com o objetivo de aproximar qualidade da assistência e direito dos usuários infantis e suas respectivas famílias.¹

Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu através do Pacto pela Saúde de 2006, dentre as várias metas assistenciais em busca de melhoria da situação de saúde da população brasileira, a redução da mortalidade neonatal em 5% ao ano e 50% dos óbitos infantis por doenças diarreicas e 20% por pneumonia, além da criação de comitês para vigilância dos óbitos 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes.²

Uma das formas utilizadas para diagnosticar a positividade e negatividade do processo de cuidar das crianças é através da avaliação dos serviços de saúde. E, falar de avaliação junto aos serviços de saúde que integram a Rede de Atenção à Saúde no Brasil requer uma discussão técnica, estrutural, operacional e política, pois há usuários e profissionais envolvidos nessa dinâmica assistencial e ambos buscam juntos a integralidade do cuidado.

A política de atenção integral a saúde da criança tem como objetivo garantir uma assistência integral visando redução da morbimortalidade e garantindo um ambiente facilitador para prestação de cuidados. Além disso, a política de saúde supracitada possui eixos estruturantes que visam cumprir esse objeto e um eixo voltado para vigilância do óbito fetal e infantil em que são

orientadas ações de prevenção que subsidia a avaliação e ação sobre o contexto social e econômico da família.³

O gestor usa como base para ter um panorama geral a respeito da assistência infantil os coeficientes de morbidade e mortalidade e as políticas normativas para a assistência. Assim, faz-se necessário comparar tais resultados, à luz de leis, portarias, notas técnicas e diretrizes que venham implementar um conjunto de ações de saúde que foquem prevenção de doenças e promoção da saúde.

Todavia, quando essa prevenção e promoção não foi bem implementada, surgem processos patológicos que superam conceitos técnicos e passam a compor o quantitativo de internações e mortes de muitas crianças que vivem no país.

Com base nos aspectos acima abordados, o presente artigo objetiva analisar a trajetória histórica das políticas de saúde infantil no Brasil verificando as tendências do coeficiente de mortalidade infantil.

Método

Durante a trajetória histórica que envolve a política de saúde infantil no Brasil, houve pontos positivos e negativos no processo de cuidar, implementado por meio das políticas públicas. Nesse sentido, em vários anos e décadas foram propostas diretrizes novas que vão ao encontro de uma assistência qualificada à saúde da criança.

No Brasil, foram elaboradas propostas e publicadas uma média de 28 estratégias para melhorar os indicadores de saúde infantil, com o objetivo de aproximar qualidade da assistência e direito dos usuários infantis e suas respectivas famílias.¹

Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu através do Pacto pela Saúde de 2006, dentre as várias metas assistenciais em busca de melhoria da situação de saúde da população brasileira, a redução da mortalidade neonatal em 5% ao ano e 50% dos óbitos infantis por doenças diarreicas e 20% por pneumonia, além da criação de comitês para vigilância dos óbitos 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes.²

Uma das formas utilizadas para diagnosticar a positividade e negatividade do processo de cuidar das crianças é através da avaliação dos serviços de saúde. E, falar de avaliação junto aos serviços de saúde que integram a Rede de Atenção à Saúde no Brasil requer uma discussão técnica, estrutural, operacional e política, pois há usuários e profissionais envolvidos nessa dinâmica assistencial e ambos buscam juntos a integralidade do cuidado.

A política de atenção integral a saúde da criança tem como objetivo garantir uma assistência integral visando redução da morbimortalidade e garantindo um ambiente facilitador para prestação de cuidados. Além disso, a política de saúde supracitada possui eixos estruturantes que visam cumprir esse objeto e um eixo voltado para vigilância do óbito fetal e infantil em que são orientadas ações de prevenção que subsidia a avaliação e ação sobre o contexto social e econômico da família.³

O gestor usa como base para ter um panorama geral a respeito da assistência infantil os coeficientes de morbidade e mortalidade e as políticas normativas para a assistência. Assim, faz-se necessário comparar tais resultados, à luz de leis, portarias, notas técnicas e diretrizes que venham implementar um conjunto de ações de saúde que foquem prevenção de doenças e promoção da saúde.

Todavia, quando essa prevenção e promoção não foi bem implementada, surgem processos patológicos que superam conceitos técnicos e passam a

compor o quantitativo de internações e mortes de muitas crianças que vivem no país.

Com base nos aspectos acima abordados, o presente artigo objetiva analisar a trajetória histórica das políticas de saúde infantil no Brasil verificando as tendências do coeficiente de mortalidade infantil.

1. Consulta de manuais do Ministério da Saúde, Diário Oficial da União, o Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis), Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVS-MS). Os critérios de inclusão foram referir-se à saúde infantil e retratá-la historicamente. Nesse processo foram levantados:



Figura 1. Acervo do levantamento bibliográfico, Brasil, 2018.

2. Em seguida, foram coletados dados disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e artigos científicos. No IBGE e DATASUS foi levantado o coeficiente de mortalidade infantil, além de média de renda familiar e média de anos estudados, no período de

1930 a 2016. Os critérios de inclusão para os artigos nesta etapa foram: serem textos completos e de livre acesso, referirem-se as condições de saúde infantil e retratarem a economia, renda e escolaridade da população brasileira no período de 1930 a 2016. Assim, foram excluídos os artigos que dispunham de apenas resumo disponível e os que não se referiam a saúde da criança.

Após o levantamento dos dados supracitados, estes foram descritos e avaliados quanto ao seu objetivo e impacto de sua execução nos indicadores de saúde infantil.

Resultados e discussão

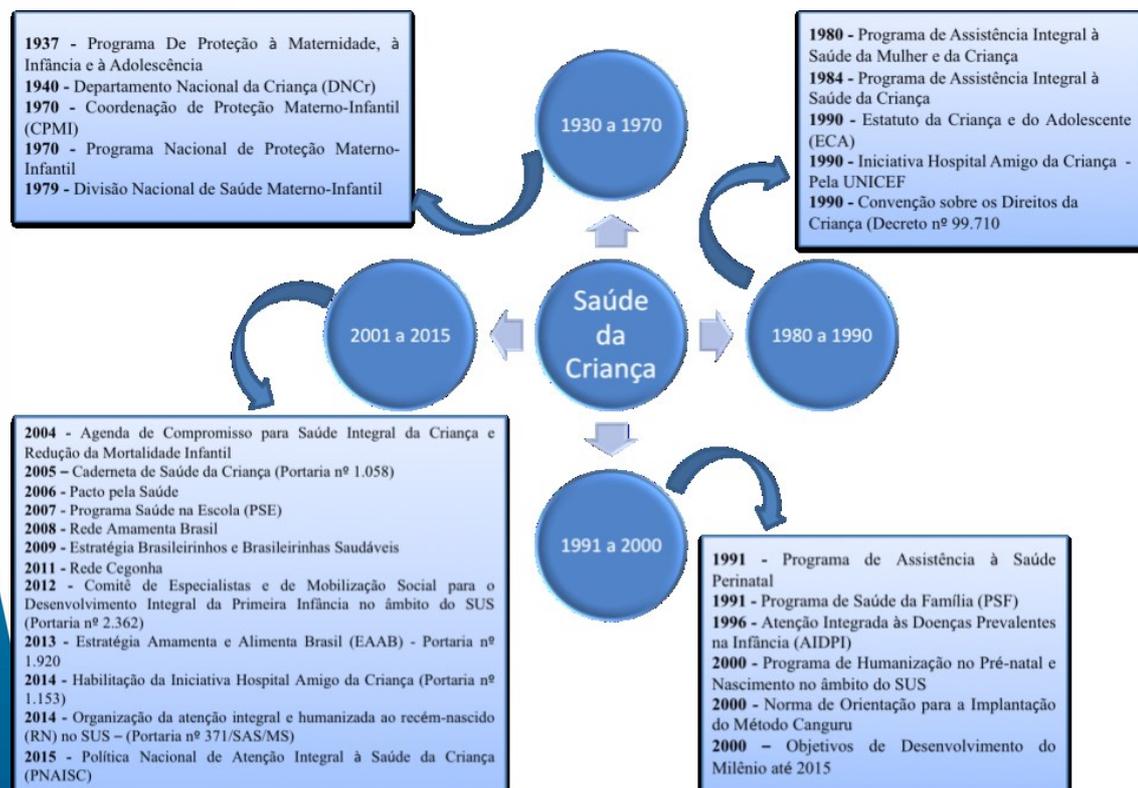


Figura 2. Lista das Políticas, decretos, leis e ações realizadas para redução dos danos à saúde infantil, Brasil, 2018.

1) Discorrendo sobre a década de 1930 a 1970

No ano de 1930 o Brasil tinha uma taxa de mortalidade infantil de 162,4 por mil nascidos vivos. Sendo a maior taxa localizada na região Norte (193,30 por mil nascidos vivos). Dez anos depois, em 1940, essa taxa reduziu para 150,0 por mil nascidos vivos e a região com maior taxa de mortalidade infantil era a Nordeste com 187,0 por mil nascidos vivos. Em 1950 essa taxa era de 135,0 e a maior taxa concentrava-se na região Nordeste (175,0). Em 1960, a taxa de mortalidade infantil no Brasil era de 124,0 e em 1970 esse valor caiu para 115,0 por mil nascidos vivos. Nesse período, a região em que mais ocorriam óbitos infantis era região Nordeste com 164,0 e 146,0 por mil nascidos vivos respectivamente.⁴

Em 1930 o Brasil passava por uma crise econômica, devido à queda da exportação provocada pela crise mundial que gerou desequilíbrio na economia brasileira, causando diminuição nas exportações e alta na inflação. O desemprego no campo aumentou gerando migração das famílias para áreas urbanas. Em consequência, a economia brasileira passou de agrícola para industrial, sendo seu ponto alto por volta da década de 50. Já no início dos anos 60 ocorreu uma queda no investimento industrial, porém, do final dos anos 60 aos anos 70 teve-se o período chamado de milagre econômico onde ocorreu um aumento na economia.^{5,6}

Devido ao alto índice de mortalidade infantil ao longo da história de saúde pública no Brasil, foram criadas políticas a fim de reduzir esses índices. E, mesmo em crise, o país conseguiu reduzir este indicador.

No Estado Novo (1937/1945), por exemplo, foi criado o primeiro programa de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, cujas atividades eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES). Em 1940, as atividades foram destinadas

ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado pelo então presidente Getúlio Vargas, por meio do Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro.¹

Além disso, o Departamento Nacional da Criança tinha como objetivo criar programas como: Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização. O DNCr coordenou a assistência materno-infantil no Brasil até o ano de 1969, com o objetivo de normatizar o atendimento materno-infantil e combater a mortalidade infantil. Com a extinção do DNCr, em 1969, foi criada, em 1970, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), conforme o Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970.⁷

Segundo Araújo,⁷ em 1970 foi criado o Programa Nacional de Proteção Materno-Infantil, com o objetivo de reduzir os indicadores de morbidade e mortalidade entre crianças e mães, iniciando ações de prevenção mesmo com um método centralizador, sem diferenciar a especificidade da região onde se encontravam as mulheres e crianças.

No final desta década, a CPMI passou a chamar-se de Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil e estava vinculada à Secretaria de Assistência Médica, que realizava ações de proteção materno-infantil, responsabilizando-se pela assistência materna, da criança e do adolescente, ainda na tentativa de reduzir os índices de morbidade e mortalidade.⁸

2) Discorrendo sobre a década de 1930 a 1970

Em 1980, a taxa de mortalidade infantil era de 82,8 por mil nascidos vivos e, em 1990, essa taxa reduziu, passando a ser 48,3. Em ambos os anos a maior taxa de mortalidade infantil concentrava-se na região nordeste.⁴

Nesse período, no Brasil, aumenta-se a participação das mulheres na população economicamente ativa passando de 21% em 1970 a 36% em 1980. Além disso, a inflação elevada tem forte impacto na desigualdade, pois atinge principalmente assalariados, pensionistas e outros, cujos rendimentos são

reajustados com atraso. Em consequência disso, elevou-se o percentual de famílias com rendimento inferior a um salário mínimo, se elevando de 20,8, em 1979, para 26,5, em 1990.⁹

O que consequentemente levou as mulheres a optarem por redução do número de filhos e, por consequência, reduzir os óbitos infantis. Além disso, algumas estratégias naquela época contribuíram para melhoria de qualidade de vida e saúde das famílias.

Em 1980, o MS identificou a necessidade de acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças. Para tanto, criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, por meio do qual os serviços deveriam estar preparados para atender às necessidades materno-infantis.¹

Em 1984 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, tendo em vista que o índice de mortalidade infantil era 87/1.000 nascidos vivos. Este programa tinha os seguintes objetivos: utilizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência à criança; promover o aleitamento materno e orientar a alimentação no 1º ano de vida; aumentar os níveis de cobertura vacinal; identificar processos patológicos, favorecendo diagnósticos e tratamento em tempo hábil; promover a educação para saúde, destacando a importância da participação da família nas atividades de assistência à criança.¹⁰

Em 1990, foi criada a Lei 8.069, referente ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que garante a proteção integral à criança e ao adolescente, esclarecendo que essa garantia não é apenas por parte da família, mas também da comunidade, sociedade em geral e do poder público. Além disso, afirma que se faz necessário assegurar com prioridade a execução de direitos referentes à vida, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e o convívio familiar e comunitário.¹¹

3) Discorrendo sobre a década de 1991 a 2000

No ano de 1991, a taxa de mortalidade infantil era de 45,2 por mil nascidos vivos, em 1996, esse valor passou a ser 37,5, em 1998 era de 33,1 e em 2000 de 29,02. Em ambos os anos a região com a maior taxa de mortalidade era a região Nordeste.¹²

Nesse período a economia brasileira era marcada pela redução do desemprego, porém, os olhares estavam direcionados para o congelamento das inflações e o Plano Real que acabara de substituir o cruzado com objetivo de estabilizar e reformar a economia brasileira.¹³

Mesmo com todos os esforços o MS observa a necessidade de um olhar direcionado para os menores de um ano de idade, em especial, os recém-nascidos. Instituiu, assim, o Programa de Assistência à Saúde Perinatal, cujo objetivo principal era melhorar a atenção perinatal, tendo os cuidados materno-infantis como ações, em especial, ao recém-nascido. Essa proposta organizou o atendimento de forma regional, buscando melhorar a qualidade da assistência ao parto e ao recém-nascido, incrementando com o alojamento-conjunto e o incentivo ao aleitamento materno.¹⁴ Ainda em 1991 houve a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), este último objetiva realizar novas práticas de saúde e integralizar ações clínicas e ações de saúde coletiva a nível municipal, buscando a descentralização do serviço de saúde.⁸

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)¹⁵, em 1990, criaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança com o objetivo de diminuir o desmame precoce e incentivaram os profissionais dos hospitais a mudarem as condutas e rotinas, pautadas no modelo biomédico, responsáveis pelos elevados índices do desmame precoce. Passaram a ser implantadas condutas de incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança informando a mãe sobre

benefícios em que, quando aderido, traz ao binômio, além de orientar sobre a forma correta de amamentar, rotina antes não realizada nos hospitais maternidades. Porém, tal iniciativa só foi implantada no Brasil em 1995, pagando 10% a mais pela realização de assistência ao parto aos Hospitais Amigos da Criança vinculados ao SUS.⁸

Em 1996 foi adotada e implantada no Brasil a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), desenvolvida pela OMS e Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e UNICEF, bem como adaptada de acordo com as características epidemiológicas da realidade brasileira; utilizando as normas preconizadas pela AIDPI e Ministério da Saúde, referentes à promoção, prevenção e tratamento dos problemas infantis mais frequentes, dentre os quais podem ser citados: o aleitamento materno, promoção de alimentação saudável, crescimento e desenvolvimento, imunização e o controle de agravos à saúde, como: desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e malária.¹⁶

No ano de 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS, instituído pela Portaria nº 569, a qual apresenta o objetivo do programa: desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso às ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal.¹⁷

Também em 2000 o MS criou a Portaria nº 693, responsável por aprovar a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Esse método é um tipo de assistência neonatal que ocorre através do contato pele a pele, precocemente, entre a mãe o recém-nascido de baixo peso, permitindo, assim, a criação de vínculo mãe-filho/pai-filho.¹⁸

A Organização das Nações Unidas reuniu-se com representantes de 189 países, quando foram discutidos e propostos objetivos para o desenvolvimento das nações, intitulando-se “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015”. As metas incluídas dizem respeito às áreas ditas como prioritárias no que se refere às condições de saúde e educação, além de eliminar a extrema pobreza. No Brasil, a quinta meta foi reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade.¹⁹

4) **Discorrendo sobre a década de 1991 a 2000**

Em 2001 tinha-se uma taxa de mortalidade infantil de 27,48. Já em 2005 essa taxa reduziu a 22,18, em 2010 esse valor passou a ser 21,86 e em 2015 a taxa de mortalidade infantil chegou a 12,42.²⁰

Até 2013 a economia brasileira teve um período de expansão, reduzindo as desigualdades com melhoria na distribuição da renda familiar e na pobreza, porém, a partir de 2014 vem sofrendo uma recessão prolongada com um crescimento negativo do Produto Interno Bruto (PIB), atingindo os menos favorecidos, aumentando o desemprego, além de afetar diretamente a oferta de serviços de atenção à saúde pelo SUS.²¹

Além disso, durante esse período, foram criadas algumas estratégias a fim de contribuir para a redução da taxa de mortalidade infantil e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida destes, tornando-os crianças e, posteriormente, adultos saudáveis.

Em 2004, o Ministério da Saúde criou a Agenda de Compromisso para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, na qual foram descritas ações ditas como prioritárias na rede de atenção à saúde da criança, as quais não podem deixar de ser realizadas, pois visam alcançar resultados mais positivos para a população nos três níveis de atenção à saúde, assumindo um compromisso com a redução da mortalidade infantil.²²

A Portaria nº 399 de 2006, contempla o Pacto pela Saúde firmado entre os gestores do SUS, dividido em três dimensões: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida tem o compromisso com as prioridades das situações de riscos ou danos à saúde da população. Dentre as seis prioridades trazidas por este pacto, tem-se a redução da mortalidade infantil e materna, cujos objetivos eram: reduzir a mortalidade neonatal em 5%; reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e em 20% por pneumonia; apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes; criar comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006.²

Em agosto de 2008, durante a semana mundial de amamentação, foi lançada pelo MS a Rede Amamenta Brasil, regulamentada pela Portaria nº 2.799, a qual foi revogada pela Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. No tocante à Rede Amamenta Brasil, sabe-se que surgiu devido à necessidade de compreensão dos profissionais e da sociedade acerca dos benefícios do aleitamento materno, bem como da necessidade de uma estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na Atenção Básica.²³

Assim, o objetivo era contribuir com o aumento da adesão ao aleitamento materno no país, contando com a competência dos profissionais para se tornarem multiplicadores e influenciadores no ensino e aprendizagem do aleitamento materno adequando, de acordo com a realidade de suas áreas de atuação, além de monitorar os índices de aleitamento materno das populações assistidas.²³

No ano de 2009, através da portaria nº 2.395, criou-se a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis, com o objetivo de oferecer cuidados humanizados e fortalecer a atenção já dirigida a mulheres e crianças, nos atendimentos de crescimento e desenvolvimento integral da criança de zero a cinco anos de idade.²⁴

Em 2011, no âmbito do SUS, através da Portaria nº 1.459, foi instituída a Rede Cegonha para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atendimento humanizado durante a gravidez, parto e puerpério e, à criança, um nascimento seguro, assim como um crescimento e desenvolvimento saudáveis.²⁵

O MS instituiu, em 2015, a partir da Portaria nº 1.130, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança em vários âmbitos, assegurando a atenção até os nove anos de idade, por meio de ações como, por exemplo: aleitamento materno, cuidados integrais e integrados na gestação e uma atenção especial à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbidade e mortalidade e um ambiente facilitador à vida, com condições dignas de existência.¹

No ano de 2016, observa-se que a taxa de mortalidade infantil foi de 12,71, o que caracteriza um aumento abrupto no quantitativo de óbitos em menores de um ano de idade no valor de 10,2% referente ao ano de 2015.¹² Caracterizando uma fragilidade ao que se refere ao desenvolvimento das ações descritas no PNAISC.

Conclusões

Dessa forma, esse estudo mostra que, nos últimos 80 anos, a taxa de mortalidade infantil vem reduzindo concomitantemente ao aumento de implantações de políticas. Todavia, observa-se, ainda, que à medida que a economia brasileira melhora a taxa de mortalidade reduz.

O Brasil é um país com alta desigualdade social, o que dificulta a gestão em saúde de forma que essa venha ser equitativa para a população. E mesmo com todos os desafios que a gestão enfrentou para implantação de cada política

foi possível ver o resultado satisfatório com a redução do indicador de saúde infantil aqui estudado.

Porém, ocorreu um aumento significativo na mortalidade infantil no ano de 2016, logo após a implantação da última política de saúde infantil. Isto caracteriza uma falha nos cuidados a saúde materno infantil, tendo em vista que a saúde infantil começa durante a gestação.

Portanto, esse estudo possibilitou o conhecimento acerca da história de saúde infantil no Brasil, a qual é repleta de intervenções em busca de melhorar a qualidade da saúde infantil e garantir o desenvolvimento de ações que contemplem tanto os princípios do Sistema Único de Saúde e dos atributos da Atenção Primária à Saúde quanto das Políticas infantis. Além disso, observa-se a necessidade de melhorias ainda mais substanciais para que retrocessos como o identificado em 2016 não ocorram.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender o Pacto pela Saúde 2006, v. 1. Portaria GM/MS 399/2006. Brasília; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2015.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo demográfico 1940-1991. Rio de Janeiro: 1950-1997; Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1992-1993. Tabela extraída de Evolução e Perspectiva da Mortalidade Infantil no Brasil. IBGE, Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n.2, 1999. [acesso em 10 set 2018]
<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/educacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html>
5. Fonseca PCD. A Revolução de 1930 e a Economia Brasileira. Revista EconomiA; 2012. 13(3):843-66.

6. Caputo AC, Melo HP. A industrialização brasileira nos anos de 1950: uma análise da instrução 113 da SUMOC. *Estud. Econ.* 2009, Sept;39(3):513-38.
7. Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde e dá outras providências.
8. Araújo JP, Silva RMM, Colle N, Neves ET, Toso BRGO, Vier CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2014. 67(6):1000-7.
9. Ometto AMH, Furtuoso MCO, Silva, MV. Economia brasileira na década de oitenta e seus reflexos nas condições de vida da população. *Rev. Saúde Publica.* 1995. 29(5):403-14.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da criança: Ações básicas. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1984.
11. Brasil. Lei 8.069 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.
12. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [Internet]. [acesso 5 set 2018] <http://www.datasus.gov.br/idb>
13. IPEA. Economia brasileira no período 1987-2013: relatos e interpretações da análise de conjuntura no Ipea / organizador: Fernando José da S. P. Ribeiro; Estêvão Kopschitz Xavier Bastos ... [et al.]. – Brasília: IPEA, 2015.
14. Dias-da-Costa JS, Cesar JA, Haag CB, Watte G, Vicenzi K, Schaefer R. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2013.June; 13(2):101-09.
15. Brasil. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. 1990.
16. Brasil. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. 2. ed. rev. Brasília, 2002.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 693, de 5 de junho de 2000. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Brasília, 2000.
19. Laurenti R. Objetivos de desenvolvimento do milênio. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2005; 51(1):3-4.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de

Janeiro: 2016. 146 p. [acesso em 15 set 2018]

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>

21. Paula LF, Pires M. Crise e perspectivas para a economia brasileira. *Estud. av.* 2017;31(89):125-44.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, 2004.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010). Brasília, 2011.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 7 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.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011.

Submetido: 10/10/2018

Aprovado: 30/04/2019