

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JUSSARA PEREIRA DE OLIVEIRA

**DA CONCEPÇÃO A APROVAÇÃO: A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA
NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.
Área de Concentração: Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem.
Linha de Pesquisa: Gestão da atenção à Saúde e Organização dos Serviços em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Raquel Maia Gomes Pires

Brasília
2015.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1020743.

O48c Oliveira, Jussara Pereira de.
Da concepção a aprovação : a trajetória da política nacional de atenção integral à saúde da criança / Jussara Pereira de Oliveira. -- 2015.
xix, 71 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.
Inclui bibliografia.
Orientação: Maria Raquel Gomes Maia Pires.

1. Política de saúde. 2. Saúde pública. 3. Política social. 4. Crianças - Saúde e higiene. 5. Brasil.
I. Pires, Maria Raquel Gomes Maia. II. Título.

CDU 616-083-053.2

JUSSARA PEREIRA DE OLIVEIRA

DA CONCEPÇÃO A APROVAÇÃO: A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA NACIONAL DE
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Maria Raquel Maia Gomes Pires – Presidente da Banca
Universidade de Brasília

Professora Doutora Leila Bernarda Donato Göttems – Membro Externo ao Programa
Escola Superior de Ciências da Saúde - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Professora Doutora Maria do Socorro Nantua Evangelista – Membro Efetivo
Universidade de Brasília

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Márcio Augusto Scherma, pelo seu apoio e compreensão.

Aos meus pais, Josué e Maria Lúcia (Selma), pelo carinho e incentivo desde os primeiros momentos de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu saúde e força.

Agradeço a Profa. Dra. Maria Raquel Maia Gomes Pires, pela orientação acadêmica ainda antes do meu ingresso no mestrado em 2010, e, sobretudo, por ter compreendido meus percalços durante esta jornada, sempre mantendo seu apoio.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UnB, pela oportunidade de crescimento acadêmico-científico que me foi concedida.

Ao meu amado marido Márcio Scherma, por me fazer acreditar que era possível e valeria a pena. Incansável em me apoiar, mesmo nos momentos em que era ele quem precisava de apoio.

Aos meus queridos pais, por sempre ter apoiado as minhas escolhas, ainda que elas significassem que viveríamos distantes. Aos meus familiares que sempre torceram por mim.

Às professoras que me orientaram durante meus primeiros passos na docência como professora substituta, Profas. Dras. Cristina Alves Costa de Jesus, Ivone Kamada, Andrea Mathes Faustino e Diane Maria Scherer Kuhn Lago.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UnB com as quais tive o prazer de conviver durante as disciplinas e estágio Dras.: Maria da Glória Lima, Aline Oliveira Silveira, Gisele Martins, Jane Lynn Dytz, Solange Baraldi, Diane Lúcia Moura Pinto, Dirce Guilhem de Matos, Luciana Neves Bampi, Leila Bernarda Donato Göttems e aos professores Drs. Ricardo Wahrendorf Caldas e Paulo Marques do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da UnB.

Às colegas de Pós-Graduação UnB, por dividirem comigo as angústias e por proporcionarem momentos de aprendizado e descontração.

Às minhas grandes amigas de longa data Ana Flávia Aureliano, Cristiane Pereira, Fabiane Aureliano, Francine Petit, Francisca Alves, Gisele Laia, Gislene Ribeiro, Juliana Pozzi, Lívia Macedo, Otávia Rocha, Raquel Curcio, Sabrina Alves, Tatiane Carniato: cada uma a sua maneira, todas colaboraram para manter minha saúde mental nos últimos anos.

Ao meu chefe, Paulo Bonilha de Almeida, Coordenador Geral de Saúde da Crianças e Aleitamento Materno/DAPES/SAS/MS por acreditar que é possível mudar a situação da criança brasileira, por ser defensor do SUS e pela pessoa sensível e especial que é.

A todos os meus amigos e colegas da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno: Aline Aguiar, Amanda Moura, Ana Paula Cruz, Carolina Drügg, Conceição Santos, Cristiane Madeira, Cristiano Silva, Enia Maluf, Fernanda Monteiro, Gilvani Pereira, Helena Galvão, Ione Melo, Ivana Drummond, Karina Godoy, Liliane Rodrigues, Luiza Geaquinto, Maria de Lourdes, Maria Luiza, Mariane Borges, Neide Cruz, Rafaela Rodrigues, Renara Araujo, Rubens Bias, Tatiana Coimbra e Wesllyngton Oliveira, com os quais tive o prazer de conviver e que influenciaram positivamente minha trajetória profissional.

Aos colegas do meu ex-trabalho no Núcleo de Saúde da Criança da Secretaria Estadual de Saúde do DF, Cláudio Lima, Mirian Santos, Fernanda Canuto, Ricardo Saraiva e Juliana Vasconcelos. Aos colegas da Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde: Auxiliadora (Dôra) Benevides, Silvia Lordello e Fátima Pinheiro.

A todas as pessoas comprometidas com a saúde da criança no nosso país e fora dele com quem tive a oportunidade de aprender e de me tornar admiradora: Liliane Penello, Liliana Lugarinho, Rubens Schindler, Sônia Lansky, Amira Figueiras, Jaime Valença, João Amaral, Keiko Teruya, Lilian Espírito Santo, Lúcia Rodrigues, Lysiane Paiva, Madalena Monteiro, Rejane Cavalcante, Graça Jaldin, Margareth Hamdan, Paulo Germano Frias, Ricardo Caraffa, Zeni Lamy, Rita Figueiredo, Rosário Barretto, Roseli Calil, Sergio Marba e Oscar Suriel, além de tantos outros com quem não tive o prazer de conviver e que são defensores de uma infância plena.

À Sandra, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela atenção sempre dedicada.

*“Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade
do que a forma como trata as suas crianças”*

Nelson Mandela

RESUMO

OLIVEIRA, J. P. **Da concepção à aprovação: a trajetória da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.** 2015. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

A presente dissertação tem por objetivo explorar o tema das políticas públicas brasileiras, com ênfase nas questões relativas à saúde infantil, que por décadas foi tratada apenas com o intuito de reduzir a mortalidade infantil, sem se preocupar com o desenvolvimento pleno da criança. Especificamente, far-se-á uma análise da concepção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), através do modelo de análise de fluxos múltiplos, de John Kingdon, buscando analisar as motivações para sua criação e elencar seus principais atores políticos. A PNAISC foi escolhida por se tratar da primeira política nacional específica para a saúde integral infantil no Brasil. O trabalho constitui-se, metodologicamente, como um estudo de caso único, sob a forma de abordagem qualitativa. Foram utilizados revisão bibliográfica e análise documental em sua elaboração. A hipótese a ser trabalhada é de que, apesar do tema da saúde infantil ser reconhecido pela sociedade como relevante já há bastante tempo, uma política nacional só foi possível devido a uma conjunção fortuita de fatores políticos que se deu recentemente. Além disso ressalta a importância dos possíveis entraves para a implementação da política.

Descritores: Políticas Públicas de Saúde. Políticas Sociais. Saúde da Criança.

ABSTRACT

OLIVEIRA, J. P. **Da concepção à aprovação: a trajetória da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.** 2015. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

This thesis aims to explore the theme of Brazilian public policies, emphasizing questions relating to child health, which for decades was treated only with the aim of reducing child mortality, without worrying about children's full development. Specifically, it makes an analysis of the Comprehensive Child Health Care National Policy's (CCHCNP) conception, through John Kingdon's multiple streams model, aiming to analyze the reasons for its creation and to list its main political actors. The CCHCNP was chosen because it's the first specific national policy concerning specifically children's overall health in Brazil. The work consists, methodologically, as a single case study, with a qualitative approach. Literature review and document analysis were used in its preparation. The hypothesis utilized in this work is that, although the child health subject was recognized as a problem by Brazilian society for a long time, a national policy was possible only due to a fortuitous combination of political circumstances recently occurred. It also emphasizes the importance of the possible obstacles for the implementation of the policy.

Descriptors: Health Public Policies. Social Policies. Child Health.

RESUMEN

OLIVEIRA, J. P. **Da concepção à aprovação: a trajetória da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.** 2015. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

Esta tesis tiene como objetivo estudiar el tema de las políticas públicas brasileñas, con énfasis en los temas relacionados con la salud infantil, que durante décadas fue tratado sólo con el objetivo de reducir la mortalidad infantil, sin preocuparse por el pleno desarrollo de los niños. Em concreto, se echa una análisis de la concepción de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Niñez (PNAISN), através del modelo de múltiples flujos, de John Kingdon, buscando analizar las razones de su creación y enumerar sus principales actores políticos. La PNAISN fue elegida porque es la primera política nacional específica para la salud general de los niños en Brasil. La obra consiste, metodológicamente, como un estudio de caso único, en forma de abordaje cualitativo. Fueran utilizadas la revisión bibliográfica y el análisis documental em su preparación. La hipótesis trabajada es que, a pesar de la cuestión de la salud de la niñez sea reconocida por la sociedad como relevante desde hace algún tiempo, una política nacional sólo fue posible gracias a uma combinación fortuita de factores políticos que recentemente se hizo. También hace hincapié en la importancia de los posibles obstáculos a la aplicación de la política.

Descriptorios: Políticas Públicas de Salud. Políticas Sociales. Salud de los Niños.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Síntese dos principais modelos de análise de políticas públicas segundo as características, os avanços e as limitações. Brasília, Fev., 2015.....	8
Quadro 2. Principais antecedentes históricos da PNAISC segundo modelos de atenção à saúde e características. Brasília, Fev., 2015.....	20
Quadro 3. Análise da PNAISC segundo o modelo de Kingdon. Brasília, Fev., 2015.....	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Os concorrentes do 19º Concurso de Robustez do IPAI, s.d. (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz).....	23
Figura 2. Esquema elaborado pela CGSCAM para apresentar os eixos temáticos com que trabalha e as ações tomando como base a Atenção Básica à Saúde e as RAS.....	40
Figura 3. Fluxo dos espaços e tempos de formulação da PNAISC.....	47
Figura 4. Fluxo das etapas de pactuação da PNAISC.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
ATSCAM	Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGSCAM	Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
CIT	Comissão de Intergestores Tripartite
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS ₁	Conferência Nacional de Saúde
CNS ₂	Conselho Nacional de Saúde
CONJUR	Consultoria Jurídica
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCB	Departamento da Criança no Brasil
DNCR	Departamento Nacional da Criança

DO	Declaração de Óbito
DPI	Desenvolvimento da Primeira Infância
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EBBS	Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMCSV	Fundação Maria Cecília Souto Vidigal
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPAI	Instituto de Proteção e Assistência à Infância
IRA	Infecção Respiratória Aguda
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC	Ministério da Educação
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde

ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Criança
PEP	Programa Especial de Pediatria
PIM	Programa Infância Melhor
PMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNSB	Programa Nacional de Saúde Bucal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha

SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade da Federação
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
Problema de Pesquisa	3
Objetivos da pesquisa	4
Objetivo geral.....	4
Objetivos específicos.....	4
2. METODOLOGIA	5
2.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	7
3. REFERENCIAL TEÓRICO	8
3.1. CAPÍTULO 1 – POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITOS E MODELOS	8
3.1.1. O CONTEXTO DA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	8
3.1.2. OS CINCO ESTÁGIOS DO CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	12
3.1.3. O MODELO DE KINGDON	13
3.1.3.1. O fluxo de problemas	14
3.1.3.2. O fluxo de alternativas	15
3.1.3.3. O fluxo político	17
3.1.3.4. Os atores envolvidos	18
3.1.3.5. A janela de oportunidades e os empreendedores políticos	19
3.2. CAPÍTULO 2 - HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL .	21
3.2.1. O BRASIL E A SAÚDE DA CRIANÇA	21
3.2.2. AS POLÍTICAS PARA SAÚDE DA CRIANÇA NA HISTÓRIA DO BRASIL	22
3.2.2.1. ESTRATÉGIA BRASILEIRINHAS E BRASILEIRINHOS SAUDÁVEIS - EBBS	38
3.2.2.2. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS	40
3.2.2.3. A REDE CEGONHA - RC	43
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
4.1. CAPÍTULO 3: O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA (PNAISC)	46
4.1.1. KINGDON, A JANELA DE OPORTUNIDADES E A PNAISC	50
4.1.1.1. Os atores envolvidos	51
4.1.1.2. Fluxo de problemas	53
4.1.1.3. Fluxo de alternativas	54
4.1.1.4. Fluxo político	55
4.1.1.5. A janela de oportunidades e os empreendedores políticos	57

5. CONCLUSÕES	59
6. REFERÊNCIAS	62

1. INTRODUÇÃO

As políticas públicas são um conjunto de decisões (ou não decisões) do poder público e servem para nortear quando, onde, como e para quem os recursos públicos serão destinados. Embora essas políticas sejam de interesse de toda sociedade, nem sempre são fruto exclusivo da pressão social; dependem também da atuação de grupos de interesses (públicos ou privados) por detrás da política proposta.

No Brasil, segundo Mendes (2012), mesmo com a subinformação, subnotificação, sub-registros das declarações de óbito (DO), além de erros durante o seu preenchimento como tipo e causa básica do óbito, as taxas de mortalidade infantil¹ são elevadas. Ainda com uma queda considerável nas últimas décadas - 47,1% em 1990 para 14,6% em 2012 a cada mil nascidos vivos (NV) - e apesar de inúmeras iniciativas para redução da mortalidade infantil, nosso país apresenta números elevados, ainda mais quando comparado com os apresentados por países de desenvolvimento relativo semelhante, como o Uruguai, por exemplo. (BRASIL, 2014; FIGUEIREDO, 2012; TEIXEIRA, 2012)

A taxa de mortalidade infantil, em 2012 foi: de 13%, segundo dados do PNUD (2014); para o Saúde Brasil (2014) foi de 14,6%; e, para o IBGE, de 15,7%. Frente a esses dados é possível verificar uma variação entre as taxas de mortalidade divulgadas. O Ministério da Saúde divulga dados definitivos sobre a mortalidade apenas de dois em dois anos, pois realiza comparação entre o ano anterior e o posterior (este preliminar), por isso a defasagem no tempo.

Para o Brasil a redução da mortalidade infantil ainda é um desafio, pelas suas características multifatoriais, como a fragmentação da assistência à saúde da criança; o subfinanciamento do sistema de saúde; as práticas hegemônicas - predominante - de cuidado que tende a intervir e medicalizar; as desigualdades sociais, a baixa escolaridade e a gestão dos serviços e processo de trabalho. Todos esses elementos contribuem para que, no país, a redução da mortalidade infantil tenha ocorrido aquém do almejado. (CAVALCANTI, 2010; SALVATO, 2010)

¹ Para mais informações sobre métodos de estimativas da taxa de mortalidade infantil acesse: para PNUD: www.childmortality.org; para IBGE: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil> e MS: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>

A academia indica a necessidade de políticas específicas que levem em conta a integralidade na atenção à saúde da criança. Segundo Frota (*et al*, 2010) a preocupação com a criança foi ampliada, percebendo que não basta reduzir a mortalidade infantil é preciso efetivar ações em prol do seu desenvolvimento com qualidade de vida. E conclui

“Importante referir que o seguimento à saúde da criança se concretizará mediante efetiva prática social, conclamando-se a co-participação dos sujeitos e ampliando-se as dimensões do cuidado para que os profissionais percebam a criança como possuidora de direitos e de usufruir de um cuidado integral.”

Para Edrmann e Souza (2009) está posto o desafio de oferecer uma atenção integral à saúde da criança. Além de superar o modelo biomédico e qualificar os trabalhadores para uma escuta qualificada e acolhedora, é necessário criar espaços de interação entre profissionais, famílias e comunidade. E acrescenta

“(...) a perspectiva da integralidade concretiza-se por um processo horizontal e dialógico, acompanhado de uma compreensão e abordagem à criança como ser em crescimento e desenvolvimento. Incorporando atitudes mediadoras para cuidar da criança dirigem-se ao campo da micropolítica do trabalho em saúde, suas articulações, fluxos e aspectos da organização do trabalho, da gestão e do planejamento do cuidado.”

A saúde infantil é um tema *sui generis* no estudo das políticas públicas para a saúde, uma vez que, diferentemente de outros grupos sociais, as crianças não possuem capacidade de representação própria. Desse modo, não formam movimentos sociais que pressionam por políticas; tampouco reagem quando da sugestão de políticas pelo poder público, uma vez que não possuem ainda capacidade de distinguir seus interesses. Nesse sentido, constituem um grupo que depende da atuação de outros para a busca de seus direitos.

Apesar das crianças não se representarem diretamente, o tema tem recebido atenção dos governantes ao longo do tempo. Nos anos 40, temos a criação do Departamento Nacional da Criança; o período militar apostou no modelo médico assistencial-privatista. Na década de 80, a pressão popular clama pela aprovação de políticas públicas e leis voltadas para a saúde da mulher e da criança. Essa luta perpassa por toda a década de 90, com o lançamento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), até chegar nos anos 2000, quando uma série de iniciativas passam a ser criadas.

Houve a construção, em parceria com outros atores, de um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado com a aprovação de vários setores governamentais

e da sociedade civil, além de outras propostas para minimizar as iniquidades relacionadas à saúde de mulheres e crianças.

É possível notar que as discussões ao longo do tempo sobre a saúde infantil foram ampliadas, assim como o número de iniciativas nesta área. Entretanto, faltava uma política nacional específica para a saúde infantil, que foi aprovada em 2014, sob a denominação de Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Criança (PNAISC).

A PNAISC reúne o conjunto de ações programáticas e estratégicas para garantir o pleno desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida, considerando as diferentes culturas e realidades, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, e defesa dos direitos da criança desde a gestação até os 9 anos de idade (< 10 anos). (BRASIL, 2014b)

Cabe aqui citar as limitações da pesquisa. O projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois foi modificado alterando-se o tema, meses antes do término do prazo (sem prorrogação) para a conclusão da dissertação. O tempo para avaliação do projeto pelo CEP inviabilizaria a finalização da pesquisa no prazo estipulado. Assim não foram realizadas entrevistas, o que poderia acrescentar dados importantes ao texto.

Problema de Pesquisa

A questão que serve de fio condutor para esta dissertação é o estudo e análise da Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Criança (PNAISC), do Ministério da Saúde/SUS, passando pela análise de sua concepção, sua aprovação e buscando enumerar os principais aspectos que podem facilitar ou dificultar sua implementação nos territórios.

O trabalho ora proposto debruçar-se-á sobre estas questões. Sem a ambição de elencar conclusões definitivas, pretende-se mostrar alguns aspectos que podem contribuir para o entendimento da evolução das políticas públicas no que tange a saúde da criança no Brasil. O objetivo central do trabalho é analisar as ideias, atores e processos políticos envolvidos na elaboração da PNAISC utilizando o modelo de fluxos múltiplos de John Kingdon (1995). Tem como base os referenciais teóricos nacionais e internacionais sobre as políticas públicas de atenção à saúde, assim como os atos normativos e produções técnicas do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Criança e seus antecedentes.

Para tanto, a dissertação está estruturada em três capítulos, além desta introdução, do referencial teórico, metodologia, resultados e discussões e conclusão. No primeiro capítulo, buscamos apresentar um breve debate sobre a evolução histórica do conceito de políticas públicas e as principais interpretações acerca do seu estudo e análise. Ao final, destacamos o modelo de múltiplos fluxos de John Kingdon, que servirá como marco teórico para a análise da PNAISC.

No segundo capítulo, buscamos realizar uma narrativa histórico-analítica sobre as principais iniciativas (públicas e privadas) para a saúde da criança no Brasil da primeira República até o final do século XX. Através desta narrativa, pretendemos iluminar a evolução dada ao tratamento do tema por parte dos agentes públicos no Brasil. Com isso, buscamos compreender os motivos pelos quais não houve, até então, uma política nacional específica para a saúde infantil. Além disso, a análise dessa trajetória permite olhar com mais clareza o cenário a partir do qual esta política nacional viria a se estruturar.

Segue-se, no terceiro capítulo, uma análise do processo de concepção e tramitação da proposta da PNAISC até sua aprovação, com a descrição de suas diretrizes, estratégias, focos e funcionamento. Ao final, buscamos aplicar o modelo de Kingdon de modo a buscar compreender quais as forças, atores e circunstâncias que levaram ao seu surgimento.

Objetivos da pesquisa

Objetivo geral

- Analisar, utilizando a abordagem de John Kingdon, o surgimento da PNAISC enquanto política pública.

Objetivos específicos

- Traçar um panorama histórico-analítico das iniciativas e políticas para a saúde infantil no Brasil;
- Identificar as forças, atores e contextos que influenciaram a formulação da PNAISC;
- Identificar os avanços, críticas e desafios à PNAISC.

2. METODOLOGIA

A escolha da metodologia utilizada na dissertação partiu do pressuposto de que:

“A divisão dos tipos de estudos científicos em exploratórios, descritivos e experimentais é muito comum na área da saúde. No campo descritivo incluem-se a maioria das investigações que se interessam em compreender e aproximar-se da realidade prática. Inclui-se o delineamento estudo de caso como um tipo de pesquisa descritiva, uma vez que tem por finalidade esmiuçar uma determinada unidade de significação do contexto em foco.” (PIRES & GOTTEMS, 2011, p.201)

A metodologia utilizada para elaboração desta dissertação é a de **estudo de caso único**, que visa estabelecer “uma estratégia de pesquisa empírica empregada para a investigação de um fenômeno contemporâneo, em seu contexto real, possibilitando a explicação de ligações causais de situações singulares”. (GOMES, 2008, p.4). Sobre o estudo de caso, Yin (2004, p. 27) observou que

“(...) é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, mas quando não se podem manipular comportamentos relevantes. O estudo de caso conta com muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas acrescenta duas fontes de evidências que usualmente não são incluídas no repertório de um historiador: a observação direta e série sistemática de entrevistas. (...) o poder diferenciador do estudo é a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações – além do que pode estar disponível no estudo histórico convencional.”

A obra utiliza o processo de rastreamento ou **process-tracing**, uma maneira de analisar o processo de formulação de políticas públicas do tipo narrativa analítica. Ressalta-se que, nas análises do tipo *process-tracing*, as observações são exclusivamente geradas no interior dos casos. Rezende (2011, p. 320) observou que

“Conceitualmente, o método de process-tracing está associado a estratégias de pesquisa voltadas para identificar a ação de processos causais intervinientes que operam entre as variáveis independentes (representado por um vetor de variáveis X) e a variável dependente (Y). A essência deste método está na suposição de haver causalidade múltipla e equifinalidade nos fenômenos sociais. A pesquisa seria diretamente voltada para identificação, mapeamento, e análise dos diversos caminhos e processos causais situados entre X e Y.”

Utiliza a **abordagem qualitativa**, que busca relacionar as teorias propostas e a realidade efetiva no caso do surgimento da Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Criança, ao focar na interpretação dos fenômenos sócio-políticos, históricos e estratégicos que basearam a concepção da referida Política. Sobre a abordagem qualitativa, Minayo e Sanches (1993, p. 244) observaram que

“É no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa. A compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as animam é radicalmente diferente do agrupamento dos fenômenos sob

conceitos e/ou categorias genéricas dadas pelas observações e experimentações e pela descoberta de leis que ordenariam o social. A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”

O estudo de caso único possibilitou a análise dos processos que culminaram no lançamento da PNAISC a partir de uma **narrativa analítica** que, em momento posterior, foi submetida ao modelo proposto por John Kingdon (1995), buscando enumerar nas categorias e conceitos elencados pelo autor os fluxos de problemas, de alternativas e político. Buscamos também evidenciar o papel de empreendedores políticos para aproveitamento da “janela de oportunidades” que, em nosso entender, veio a ocorrer. O modelo de Kingdon foi escolhido pela sua relevância e pela amplitude que confere à análise. Nas palavras de Göttems (2010, p. 56), esse modelo

“(...) tanto pela amplitude das categorias que o compõem, quanto pela incorporação da ambiguidade nas decisões sobre políticas públicas e valorização da consistência das ideias e propostas, vem se constituindo em uma forma didática de análise da composição da agenda pública, da formação e, até da avaliação das políticas públicas. Esse modelo pode ser adequado ao estudo das políticas públicas de saúde no Brasil, especialmente, dos de natureza política que tratam da racionalidade envolvida na definição de prioridades e de escolha de propostas que atendam às necessidades de saúde da população.”

A pesquisa envolvida na elaboração da presente dissertação fundamenta-se em dois pilares: a) revisão bibliográfica (livros, monografias, teses, dissertações e periódicos acadêmicos); b) análise documental (apresentações, portarias, manuais técnicos e cartas), todos citados na referência.

A análise documental é uma técnica bastante relevante e difundida de análise de documentos de diversas fontes, aplicada na pesquisa qualitativa. Essa análise amplia a compreensão daqueles elementos que precisam de contextualização histórica e sociocultural. A análise documental identifica, então, informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesses levantados pelo pesquisador. Utiliza-se, portanto, de materiais que ainda não receberam tratamento analítico (fontes primárias). Os documentos são entendidos como registros escritos que carregam informações em prol da compreensão dos fatos e relações; ou seja, possibilitam o conhecimento do período histórico e social das ações e a reconstrução dos fatos e de seus antecedentes, uma vez que são manifestações registradas de aspectos da vida social de um ou mais grupos. (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009)

A análise documental é próxima da pesquisa bibliográfica; todavia diferem quanto à natureza das fontes utilizadas em cada uma; ou seja, a pesquisa bibliográfica remete para as

contribuições de diferentes autores sobre o tema, utilizando-se, assim, de fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a fontes primárias, como foi dito.

2.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

O objeto da pesquisa é analisar o processo de formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em âmbito federal.

Devido à característica multidisciplinar do tema, o material de estudo bibliográfico abarcou livros e periódicos não apenas da enfermagem como também de outras áreas do conhecimento que tratem o tema sob outra perspectiva, tais como: medicina, assistência social, história, sociologia, ciência política, antropologia, economia, dentre outras. Referida pesquisa foi realizada em bibliotecas de universidades brasileiras tais como: Universidade de Brasília, Universidade de São Paulo, Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul e Universidade Federal da Grande Dourados. Quanto aos periódicos, foram pesquisados nestas mesmas bibliotecas, além daqueles que podem ser consultados por meio eletrônico em bases como LILACS, SCIELO, dentre outras.

Foram selecionados pelos critérios de inclusão artigos e livros que versassem acerca das políticas públicas de saúde da criança no Brasil no período especificado (a partir de 1890). Além disso, foram incluídas obras que contextualizassem teoricamente “políticas públicas”, suas distintas escolas de análise e, especialmente, as que se debruçaram sobre o método de múltiplos fluxos de Kingdon.

Na análise documental teve como fontes principais o Ministério da Saúde (MS) e órgãos vinculados, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS); a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa); a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV). Foram incorporados portarias, manuais e documentos que versassem sobre políticas de saúde infantil num horizonte temporal mais recente (a partir de 1980).

Todos os documentos consultados na pesquisa encontram-se referenciados ao final, e são de acesso público. Nos casos em que o documento esteja disponível para consulta pela internet, foi indicado o *link* de acesso.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. CAPÍTULO 1 – POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITOS E MODELOS

3.1.1. O CONTEXTO DA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O estudo do papel do Estado não é novo. Na verdade, desde a antiguidade clássica há pensadores se debruçando sobre questões como a vida social, como organizá-la e qual o papel do poder público. Entretanto, com o surgimento do Estado moderno, esses estudos ganharam especificidade. Se inicialmente o Estado tinha o papel de manter a segurança interna e preservar a propriedade privada, com o desenvolvimento dos regimes políticos, esse cenário alterou-se, conforme apontou Tude (2010, p. 11).

"(...) com o adensamento e expansão cada vez mais crescente da democracia, as responsabilidades e funções do Estado também se diversificaram e expandiram. O século XX é marcado pelo surgimento de uma nova e importante função do Estado, a promoção do bem-estar social. Essa nova demanda social, o bem estar, requer do Estado uma atuação diferenciada e mais diretamente ligada aos problemas cotidianos da sociedade. É nesse contexto que surgem as políticas públicas, com o objetivo de dar respostas a demandas específicas da sociedade"

O conceito de políticas públicas, todavia, é controverso e tem sido bastante alterado com o tempo, especialmente com o desenvolvimento de um campo de estudos próprio na Ciência Política. Tude (op. cit) apresenta a evolução do conceito e destaca o de Teixeira (*apud* Tude, 2010, p.12-3), que reproduzimos a seguir:

"(...) são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamento) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Nem sempre, porém, há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas. Devem ser consideradas também as 'não-ações', as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos"

De acordo com Howlett e Ramesh (2013), a conceituação do termo “políticas públicas” (“*public policy*”) é ao mesmo tempo simples e complexa, e sofre variações a partir da ótica dos diferentes estudiosos. Dye é sucinto: “*qualquer coisa que um governo escolhe fazer ou não fazer*”. Jenkins acrescenta: “*políticas públicas são decisões tomadas pelos governos que definem uma meta e estabelecem os meios para alcançá-las*”. Já Anderson entende a política

pública como um “*curso de ação proposital seguido por um ator ou um conjunto de atores lidando com um problema ou questão de interesse*”.

Assim, é objeto de interesse tanto da sociedade civil quanto dos formuladores de políticas públicas o seu estudo, de modo a poder elaborá-las com mais eficácia e poder avaliá-las para garantir uma boa implementação.

Os primeiros estudos referentes às políticas públicas remetem às primeiras décadas do século XX. Um marco nesse estudo é o trabalho do cientista político norte-americano Harold Lasswell, que pode ser enquadrado como pertencente à corrente behaviorista. Ou seja, para ele, os elementos importantes a serem analisados se baseavam no comportamento dos indivíduos. A esse respeito, Marques (2013, p. 6) aponta que Lasswell preocupava-se com

"(...) a busca de compreensão dos efeitos dos contextos sociais e políticos que cercam as políticas, assim como a centralidade da racionalidade dos processos de decisão. A racionalidade envolvida nas políticas era considerada como sinóptica - que permite acessar o todo de forma resumida, mas abrangente. A decisão, organizada a partir de tal racionalidade, era considerada como o mais importante momento da produção de políticas públicas".

Ainda nessa tradição, tivemos o modelo proposto por David Easton. Segundo o autor (1965), o processo de elaboração de políticas seria um sistema baseado em *inputs* (entradas) que se originam no ambiente social. Essas entradas são processadas pelo sistema político e se transformam em *outputs* (saídas), as políticas públicas. Estas políticas causam *feedback* (retroalimentação) no ambiente, gerando novos *inputs*. Seu modelo deixa de lado a produção da política em si que era apresentada como uma caixa preta de funcionamento não explicado.

Outra escola de análise das políticas públicas está ligada ao estudo desses "produtos" oriundos do sistema político. Essa visão predominou nos Estados Unidos, tendo se estruturado uma área específica voltada para a avaliação da ação governamental em si. Esse viés cientificista liga-se à predominância de estudos quantitativos. Basicamente, a política pública seria o resultado de processos de cálculo racional e busca pelas melhores alternativas - ou seja, questões meramente técnicas ditariam as políticas a serem implementadas. Esse é o chamado modelo "racional-compreensivo", de característica normativa (uma vez que a análise diria qual a melhor política que deveria ser implantada).

As limitações destes modelos não tardaram a aparecer. Muitas vezes, as políticas indicadas pelo modelo racional-compreensivo mostravam-se fracassos na prática. Além disso, em ambientes cada vez mais amplos e complexos, o simples entendimento do Estado como

"caixa preta" era insuficiente para explicar por quais motivos os "inputs" nem sempre correspondiam aos "outputs" desejados.

Assim, já na década de 1970, novos trabalhos são produzidos buscando ampliar a compreensão do fenômeno. Marco importante nesse âmbito é o trabalho de Cohen, March e Olsen, "A *Garbage Can Model of Organizational Choice*", de 1972. Conforme observou Barcelos (2013, p.148)

"os autores analisam o fenômeno da tomada de decisão em organizações contemporâneas (públicas ou privadas), enfatizando o ambiente complexo, tumultuado e quase caótico em que problemas emergem, recebem a atenção dos tomadores de decisão e em relação aos quais são definidas e escolhidas as soluções. Cohen, March e Olsen desenvolvem a metáfora de uma "lata de lixo" onde jazem problemas e soluções que, de acordo com determinadas condições, são sacados pelos decision makers. É destacado, assim, o ambiente confuso que predomina nas organizações do mundo contemporâneo, ambiente esse que é resultado da complexidade da própria sociedade como um todo. Essa abordagem foi influenciada por teorias e modelos que apontavam para o aspecto de incerteza e imprevisibilidade presente na realidade, fazendo com que a noção de racionalidade precise ser relativizada".

A influência desse trabalho, somada ao pensamento de autores que despontavam nas Ciências Sociais, levou a novas tentativas de estudo das políticas públicas. Nessa nova fase, as políticas públicas passam a ser vistas como resultado de processos bastante complexos. Para além de atos administrativos e gerenciais, há processos sociais que influenciam bastante sua formulação. Assim, as novas premissas centrais para o estudo das políticas públicas passam pelo entendimento de que

"Políticas públicas são gestadas e desenvolvidas a partir de complexas interações entre atores posicionados tanto na esfera estatal quanto na social. Esses atores articulam-se, enfrentam-se, constroem alianças e coalizões, desenvolvem estratégias e empregam os mais variados recursos na tentativa de influenciar os processos que dão origem às políticas públicas. Não agem movidos apenas por interesses, mas também por crenças, valores e visões de mundo que conformam percepções em relação ao que "deve ser" uma política pública" (BARCELOS, 2013, 149-150)

A partir de então, houve empenho dos estudiosos em compreender a política pública como um processo (ou ciclo), passível de ser dividido em estágios ou etapas. Segundo Howlett e Ramesh (2013), o cientista político Harold Laswell foi o pioneiro desta prática, ao definir, em 1956, sete estágios do processo político². Outras versões foram elaboradas a partir deste

² Compreensão; Recomendação; Prescrição; Colocação em Prática; Execução; Avaliação; e Terminação.

primeiro esforço (Brewer, Jones, Anderson), até ser delimitado um modelo de cinco estágios³, que relaciona as fases da resolução de problemas aos estágios do ciclo político.

Quadro 1. Síntese dos principais modelos de análise de políticas públicas segundo as características, os avanços e as limitações. Brasília, Fev., 2015.

Modelo de Análise (Autores)	Características Principais	Avanços e Limitações
Modelo behaviorista (Harold Lasswell; David Easton)	A análise preocupa-se com o funcionamento do sistema político, buscando regularidades para, então, definir leis. Para Easton, o processo de elaboração de políticas baseado em <i>inputs</i> (entradas) originadas no ambiente social. Essas entradas são processadas pelo sistema político e se transformam em <i>outputs</i> (saídas), as políticas públicas. Estas políticas causam <i>feedback</i> (retroalimentação) no ambiente, gerando novos <i>inputs</i> .	O modelo não se preocupa em saber como as decisões são tomadas. Em ambientes cada vez mais amplos e complexos, o simples entendimento do Estado como "caixa preta" era insuficiente para explicar por quais motivos os " <i>inputs</i> " nem sempre correspondiam aos " <i>outputs</i> " desejados.
Modelo racional-compreensivo (H. Simon)	A análise partia do pressuposto de que as políticas públicas eram escolhidas de maneira racional; ou seja, análises técnico-científicas diriam qual a melhor política que deveria ser implantada.	Por um lado, o modelo buscou saber como as políticas públicas eram escolhidas, indo além do mero funcionamento do sistema. Por outro lado, pressupôs que apenas a racionalidade era levada em conta, o que limitava o modelo.
Modelo da "lata de lixo" (Cohen, March e Olsen)	Análise considera a complexidade do ambiente de tomada de decisão, com múltiplos atores, interesses e possíveis soluções para os problemas públicos.	Abordagem multicausal, incluindo outros elementos além da racionalidade na explicação da escolha das políticas públicas. As análises eram difíceis dada a complexidade que viam no ambiente.
Modelo cíclico (Harold Laswell, Brewer, Jones e Anderson)	Relaciona as fases da resolução de problemas a estágios do ciclo político (Definição da Agenda; Formulação da Política; Tomada de Decisão; Implementação da Política; e Avaliação da Política).	Amplia ainda mais o escopo da análise, incluindo atores sociais. Além disso, dá especificidades a cada etapa do ciclo. Contudo, ainda entende esse ciclo como um processo linear.

Fonte: Elaborado pela autora.

³ Definição da Agenda; Formulação da Política; Tomada de Decisão; Implementação da Política; e Avaliação da Política.

3.1.2. OS CINCO ESTÁGIOS DO CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A definição da agenda é o primeiro passo, e talvez por isso o mais crítico, do ciclo de políticas públicas e mostra como o governo encara o surgimento, ou não, dos problemas. É nessa fase que o destino da política é traçado, a decisão de como agir sobre determinado assunto ao longo de todo o ciclo. E como eles serão reconhecidos (caso sejam) determinará como os *policy-makers* o tratarão.

Segundo Kingdon:

"A agenda, como a imagino, é a lista das questões ou problemas que recebem alguma atenção séria, em algum dado momento, por parte dos funcionários do governo e das pessoas de fora do governo que estão próximas a esses funcionários...Do conjunto de todas as questões ou problemas concebíveis, aos quais os funcionários poderiam estar voltando sua atenção, na realidade prestam séria atenção apenas a alguns, e não a outros. Assim, o processo da montagem da agenda limita esse conjunto de questões concebíveis ao conjunto que de fato se torna foco de atenção" (Kingdon, 1995, p. 3-4).

Em suma, a agenda é definida a partir do que é reconhecido como problema e que necessita de mais atenção por parte do governo. Porém, isso não quer dizer que ele será solucionado ou mesmo fará parte da pauta de alguma atividade adicional do governo. Ele apenas foi destacado do montante de outros problemas e adquiriu status de questão pública.

Após o reconhecimento e diagnóstico, vem o momento mais complexo da política: o desenvolvimento de soluções. A formulação das políticas diz respeito ao processo de criação; da escolha entre as opções sobre o que fazer a respeito de um problema público. Nesta etapa é desenvolvido o passo a passo de como a política será conduzida, e também sua viabilidade. As propostas podem surgir no próprio processo de montagem da agenda, na medida em que problema e solução chegam juntos na pauta da agenda do governo (Kingdon, 1995).

Howlett e Ramesh (2003) indicam três modelos de tomada de decisões elaborados pelos teóricos do ciclo de política pública: o modelo racional, o modelo incremental e o modelo "lata de lixo". O primeiro preconiza a escolha de meios eficientes que permita ao gestor atingir os objetivos da política. O segundo é caracterizado pela negociação e compromisso dos tomadores de decisão, pelo "politicamente viável" em detrimento do desejável. O terceiro assume que as soluções já existem e foram discutidas previamente, estando ao alcance do gestor e jamais representando a alternativa ideal para todos. A decisão pode envolver mais ou menos

atores políticos, e movimentar um número maior ou menor de debates, o que pode acabar caracterizando essa decisão como mais ou menos democrática.

Os autores também elaboram um roteiro de práticas necessárias para a efetiva implementação de uma política pública. Inicialmente, devem ser estabelecidas as metas que correspondem ao objetivo da política, com a especificação de prioridades. Num segundo momento, a política deve vir acompanhada de uma teoria causal viável a respeito dos motivos que levarão a medida prescrita a resolver o problema. Em seguida, é importante disponibilizar aos policy-makers os recursos (financeiros e humanos) necessários para a implementação da política a partir de programas e projetos específicos. Por fim, a política deve estabelecer procedimentos claros a serem seguidos pelas agências executoras, que devem dispor de experiência e comprometimento. (Howlett & Ramesh, 2003)

Para os racionalistas, “a avaliação de política consiste em considerar se uma política pública está a atingir o seu objetivo declarado e, se não, o que poderia ser feito para eliminar os obstáculos no caminho” (HOWLETT; RAMESH, 2013, p. 207). Ou ainda, segundo Larry Gerston (1997, p.120) “avaliação determina a eficácia de uma política em termos de suas intenções e resultados percebidos”. Após a avaliação chega o momento de repensar a política, podendo voltar a etapas anteriores do ciclo ou manter o status quo (deixar da maneira que está).

3.1.3. O MODELO DE KINGDON

O modelo de John Kingdon parte do trabalho de Cohen, March e Olsen. Em 1984, Kingdon lança seu “*Agendas, alternatives and public policies*”. Nesse trabalho, desenvolve um modelo baseado em três fluxos que orientam a formação da agenda em processos de decisão sobre políticas públicas: o do reconhecimento dos problemas (*problems*), o da formulação de soluções (*policies*) e o do contexto político (*politics*). Estes são os múltiplos fluxos (*multiple streams*) independentes entre si, através dos quais as políticas deveriam ser analisadas, por meio da observação de suas trajetórias de médio prazo. Conforme ressaltou Marques (2013, sem página)

"Na trajetória dos problemas estão incluídas as dinâmicas das próprias questões sociais, assim como dos enquadramentos dessas como problemas socialmente reconhecidos. Entre as soluções se incluem desde saberes e inovações de ordem

técnica até tecnologias de organização do Estado orientadas para a produção e a implementação de políticas. A dinâmica da política envolveria a ação dos atores, os conflitos, alianças e negociações típicos da 'politics'."

É a conjunção destes três fluxos que originará uma política pública, na visão do autor. Vale dizer que Kingdon inova em relação às abordagens que buscaram analisar as políticas públicas como um ciclo linear. Isso não quer dizer que o autor não concorde com a ocorrência de fases na elaboração das políticas públicas, mas em sua visão essas fases não ocorrem necessariamente com etapas sucedendo-se cronologicamente. Kingdon tem uma visão de que o processo é bastante ambíguo, envolvendo muita incerteza, imprecisões, ignorância e alto grau de estresse em muitos casos. Nesse ambiente de certo modo caótico, passa a ser essencial para a análise considerar categorias como o tempo, o senso de oportunidade e liderança dos atores na formação da agenda pública.

Conforme destacamos, o modelo de Kingdon baseia-se em três grandes fluxos: o fluxo de problemas; o fluxo de alternativas e o fluxo político. Analisaremos com mais detalhes cada um deles a seguir.

3.1.3.1. O fluxo de problemas

Primeiramente, o modelo busca analisar os motivos e circunstâncias que elevam determinadas questões a serem reconhecidas como problemas políticos, bem como as razões pelas quais estes problemas passam a compor a agenda política (fluxo dos problemas). Nesse sentido, o autor elenca três fluxos que possuem importância destacada: i) a existência de indicadores; ii) ocorrência de crises e/ou eventos marcantes; e iii) feedback.

Quanto ao primeiro, Kingdon aponta que a existência de indicadores confiáveis acerca de um determinado problema pode muitas vezes sensibilizar atores importantes em relação ao tema em questão, tanto para evidenciar um problema ainda não considerado quanto para mostrar a magnitude de uma dada questão, ou ainda evidenciar a deterioração de uma situação social durante o tempo. Esses indicadores podem ser oriundos tanto da esfera governamental quanto de organizações não governamentais ou ainda do meio acadêmico. Assim, a construção de indicadores confiáveis e sua mensuração constante tem importância vital para aqueles que têm interesses em uma dada política pública. Em suas palavras (1995, p. 90) “(...) *problems come to attention of governmental decision makers not through some sort of political pressure or*

perceptual slight of hand but because some more or less systematic indicator simply shows that there is a problem out there.”

No que diz respeito ao segundo fluxo, o autor salienta o papel que eventos como crises agudas, desastres e/ou experiências pessoais podem ter na formulação de problemas. A ocorrência de crises e outros eventos simbólicos podem repercutir de forma a mobilizar a sociedade e o meio político para um determinado tema⁴. Além disso, experiências pessoais dos políticos podem influenciar decisivamente sobre a agenda, conforme observou o autor (1995, p. 94-95)

“Problems are often not self-evident by the indicators. They need a little push to get the attention of people in and around government. That push is sometimes provided by a focusing event like a crisis or disaster that comes along to call attention to the problem, a powerful symbol that catches on, or the personal experience of a policy maker.

Finalmente, o feedback recebido pelo governo acerca de suas ações. Através de canais estabelecidos formalmente pelos tomadores de decisão, ou ainda pela própria experiência dos atores a partir das políticas implementadas e sua avaliação, é possível readequar rumos e/ou iniciar ou finalizar uma política em execução. Nas palavras de Kingdon (1995, p. 100-101)

“In the normal course of events, governmental officials receive feedback about the operation of existing programs. (...) This feedback often brings problems to their attention: programs that are not working as planned, implementation that does not square with their interpretation of the legislative mandate, new problems that have arise as a result of a program’s enactment, or unanticipated consequences that must be remedied.

Além disso, a disponibilidade orçamentária também é um fator a se levar em conta, atuando especialmente como elemento restritivo a determinadas políticas públicas, que podem ser demasiado custosas.

3.1.3.2. O fluxo de alternativas

O segundo fluxo do modelo de Kingdon é o fluxo de alternativas (ou da escolha do modelo de política pública). Trata-se, aqui, de buscar compreender como uma dada alternativa é escolhida dentre outras possíveis para a construção de políticas acerca de um dado tema. O

⁴ Vale ressaltar que na análise de Kingdon, a ocorrência de crises foi percebida como relativamente menos importante na área da saúde. Sua explicação está na ideia de que a saúde é uma área de maior visibilidade pública, afetando todas as pessoas; e, portanto, é muito mais discutida. Assim, crises teriam mais impacto em temas que possuem menor visibilidade política. Em suas palavras (1995, p. 95) “(...) the more visible the policy domain, the less important are crises and disaster”

autor compreende este momento como uma competição livre de ideias e modelos que convivem simultaneamente e disputam as preferências dos *policy makers*. Dentre os atores que elaboram propostas estão atores governamentais, burocratas de carreira, congressistas, acadêmicos e pesquisadores, e ainda ativistas de organizações não-governamentais. Nos mais diversos ambientes, ocorre um debate entre estes atores e as ideias/pontos de vista que sustentam, algumas vezes alcançando maior grau de consenso, outras menor.

O autor compara o ambiente no qual muitas ideias coexistem à chamada “sopa primordial”: a mistura de elementos químicos que acabou dando origem à vida na Terra. As ideias flutuam nas comunidades de especialistas tais quais as moléculas na sopa primordial. Em uma lógica de competição, um processo semelhante à seleção natural ocorre também com as ideias.

“Many ideas are possible, much as many molecules would be possible. Ideas become prominent and then fade. There is a long process of ‘softening up’: ideas are floated, bills introduced, speeches made; proposals are drafted, then amended in response to reaction and floated again. Ideas confront one another and combine with one another in various ways. The ‘soup’ changes not only through the appearance of wholly new elements, but even more by the recombination of previously existing elements” (KINGDON, 1995, p. 116-117)

Nesse cenário, conforme apontou Göttems (2010, p. 36)

“Nessa competição, as ideias que se mostram viáveis do ponto de vista técnico e de custo, geralmente sobrevivem, assim como aquelas que representam valores compartilhados e contam com a aceitação e receptividade de formuladores e do público em geral. Quando consideradas viáveis, as ideias são rapidamente difundidas, ampliando a consciências dos atores”

A busca, no modelo de Kingdon, é pelo entendimento das circunstâncias que fizeram com que uma certa ideia fosse capaz de ser mais relevante frente às demais, pautando a agenda de políticas públicas. A origem dessas ideias não é um objetivo primordial para Kingdon, uma vez que o autor compreende que as ideias e modelos são, na maior parte dos casos, frutos desses debates e, assim, são incrementais, sendo difícil precisar sua origem.

Aos defensores dessas ideias na esfera política, Kingdon chamou de empreendedor de políticas públicas. Essa figura, que investe seu capital técnico/político/acadêmico na promoção de uma certa ideia, será fundamental para o modelo, conforme veremos brevemente.

3.1.3.3. O fluxo político

Por fim, o terceiro fluxo do modelo de Kingdon é o fluxo político propriamente dito. Nesse caso, novamente o autor elenca três elementos a serem levados em conta: i) o clima nacional; ii) as forças políticas organizadas; e iii) as mudanças no governo.

Quanto ao primeiro, trata-se de um momento no qual há o compartilhamento, na sociedade, quanto aos problemas e questões mais urgentes e/ou graves e também das percepções sobre essas questões, levando a um estado social (clima) propício para que este tema chegue à agenda política. A mídia, os movimentos sociais e a opinião pública tem papel relevante. Esse clima nacional é um solo fértil, no qual o tema pode florescer: “(...) the seed can come from anywhere, but the key to understanding its germination and growth is whether there is fertile ground or na initial receptivity to the ideas” (KINGDON, 1995, p. 147)

O segundo elemento trata das forças políticas organizadas. Nesse caso, o autor refere-se às pressões exercidas por grupos políticos (partidos, associações, sindicatos, ONGs, etc.) favoráveis ou contrários a uma dada ideia. Quanto maior o consenso entre os grupos, melhor o ambiente para a formulação de uma política. Se, ao contrário, prevalecerem as diferenças, os atores políticos costumam levar em conta os poderes de cada grupo na escolha de uma alternativa, conforme observado pelo autor na passagem:

“If important people look around and find that all of the interest groups and other organized interests points them in the same direction, the entire environment provides them with a powerful impetus to move in that direction. But if there is some conflict among the organized forces, then political leaders implicitly arrive at na image of their environment that strikes some balance between those for and those against a given proposal, or for and against the emergence of na item to agenda proeminence”.
(KINGDON, 1995, p. 150)

O terceiro elemento a ser analisado é a mudança governamental. Kingdon afirma que certos momentos, como as trocas de governos (seja no legislativo ou no executivo), são especialmente favoráveis à implementação de novas políticas ou ainda à alçada de novos temas à agenda, pois os novos atores que ascenderam aos cargos podem ter percepções bastante distintas dos problemas sociais a serem enfrentados. Nas palavras do autor “Either incumbentes in positions of authority change their priorities and push new agenda items; or the personnel in those positions changes, bringing new priorities to agenda by virtue of the turnover” (KINGDON, 1995, p. 153)

3.1.3.4. Os atores envolvidos

Isso posto, é importante mencionar (ainda que isso já esteja subentendido nas explicações anteriores) que os atores envolvidos na elaboração de políticas públicas são tanto governamentais quanto não governamentais. No primeiro grupo, temos, por exemplo, o Presidente, ministros, congressistas, indicados políticos e os burocratas de carreira. No segundo, temos grupos de interesses diversos (partidos políticos, ONGs, associações, sindicatos, etc.) além de acadêmicos, da mídia e da opinião pública.

Todos estes atores possuem papéis e mandatos bastante distintos. A primeira diferença é que os atores não governamentais apenas podem influenciar a formulação das políticas públicas de maneira indireta, já que cabe aos atores governamentais o poder de decisão. Além disso, há diferenças dentro dos grupos. Dentre os atores governamentais, há a preponderância do Presidente (pela sua visibilidade e poderes legais tanto na formulação da agenda quanto na decisão em si – casos em que possui poder de veto, por exemplo). Os ministros e indicados devem alguma “lealdade” ao Presidente, de modo que sua autonomia é menor, embora tenham poder de decisão e possam influenciar no tratamento das questões. Os congressistas (poder Legislativo) também são fundamentais seja para alçar um tema à agenda como também para elaborar projetos de lei e aprova-los ou não. Já os burocratas possuem expertise técnica e experiência prática em determinados temas, o que pode levar a participarem ativamente do processo de elaboração de políticas (os burocratas, por sua própria função, são ainda diretamente envolvidos na implementação e avaliação das políticas).

Também há diferenças no conjunto de atores não governamentais. Os acadêmicos possuem conhecimento técnico-científico e, por isso, muitas vezes podem ter papel de destaque na formulação de políticas. Os grupos de interesse são capazes de mobilizar o governo para temas que lhes são caros – quanto maior seu poder (recursos, espaço na mídia, poder de influência ao conferir apoio eleitoral, etc.) maiores as chances de serem ouvidos. Os partidos políticos também influenciam, especialmente durante processos eleitorais, quando são debatidas ideias distintas e levantados temas que podem ser definitivamente incorporados pelos vencedores.

3.1.3.5. A janela de oportunidades e os empreendedores políticos

Em momentos especiais de convergência (chamados por Kingdon de "janela de oportunidades"), esses três fluxos (de problemas, de alternativas e político) alinham-se de tal forma que há a possibilidade de criação de uma nova política. Esta “janela” permanece aberta por um curto período de tempo, uma vez que é fruto de uma série de circunstâncias momentâneas, e pode (ou não) ser aproveitada. Kingdon (1995, p. 166) resumiu da seguinte maneira essa circunstância: *“These policy Windows, the opportunities for action or given initiatives, presente themselves and stay open for only short periods. If the participants cannot or do not take advantage of these opportunities, they must bidê their time until the next opportunity comes along.”*.

Os atores que possuem papel fundamental durante a abertura de janelas de oportunidades são os empreendedores políticos, anteriormente citados. Estes podem estar ou não no ambiente governamental. Nas palavras do autor (1995, p. 179-180)

“The entrepreneurs are found in many locations. No single formal position or even informal place in the political system has a monopoly on them. For one case study, the key entrepreneur might be a cabinet secretary; for another, a senator or member of the House; for others, a lobbyist, academic, Washington lawyer, or career bureaucrat.”

A principal qualidade desses atores é sua capacidade de se fazerem ouvir e de negociarem politicamente em diversas esferas, investindo seu capital político de modo persistente. Os empreendedores políticos precisam ser capazes de reconhecer o momento da abertura de uma janela de oportunidades e agir de modo a apresentar uma proposta de política já definida. Quando todas essas circunstâncias convergem, então surge uma nova política pública. Novamente segundo Kingdon (1995, p. 181):

“The qualities of a successful policy entrepreneur are useful in the process of softening up the system (...). But entrepreneurs do more than push, push, and push for their proposals or for their conception of problems. They also lie in wait – for a window to open. In the process of leaping at their opportunity, they play a central role in coupling the streams at the window.”

Por fim, ressaltamos que há momentos mais propícios para a ocorrência de janelas de oportunidades, conforme apontado por Kingdon. Um destes momentos, conforme já dissemos, são as mudanças governamentais, quando novas equipes são formadas e podem contribuir com novas visões dos problemas e questões que merecem prioridade na agenda política. Os novos políticos podem ser mais suscetíveis a certas influências que a outras, abrindo assim espaço

para novos temas e/ou novas abordagens. Um outro momento destacado pelo autor é a elaboração de orçamento, que em geral ocorre anualmente e que também abre espaço para revisões e alterações nas políticas que serão implementadas nos anos seguintes.

Desta forma, o modelo proposto por Kingdon analisa concomitantemente os problemas existentes (e por quais motivos passam a ser considerados problemas que merecem a atenção do poder público); as soluções e propostas (importante notar que a relação aqui não é "problema → solução"; antes, soluções podem existir por muito tempo até que seu problema seja considerado pelo poder público); e o fluxo político (envolvendo atores internos ao Estado, mas também externos - como a mídia, opinião pública, etc.). Quando estes três fluxos convergem, e essa convergência é percebida por empreendedores políticos, então é aberta uma janela de oportunidade (o que nem sempre significa que a política pública, de fato, se materializará).

3. 2. CAPÍTULO 2 - HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

3.2.1. O BRASIL E A SAÚDE DA CRIANÇA

A saúde da criança é um tema que tem ganhado maior atenção dos *policy makers* em âmbito mundial nas últimas décadas. Ainda no ano 2000, a taxa de Mortalidade Infantil (MI) foi um dos indicadores elencados no plano de ação da Organização das Nações Unidas (ONU) conhecido como “Objetivos do Milênio”. Trata-se de um projeto de âmbito global que visa alcançar alguns indicadores que materializariam condições mínimas de dignidade e qualidade de vida ao redor do mundo.

Segundo o relatório mais recente sobre o desenvolvimento humano (PNUD, 2014), o Brasil apresenta, frente a países como Costa Rica e Uruguai, piores resultados relacionados a mortalidade infantil. A comparação é válida por se tratarem de países latino americanos que se encontram no grupo de países considerados de "desenvolvimento humano elevado"⁵. Podemos destacar ainda do relatório que países como o Uruguai, Cuba e Chile possuem as menores taxas de mortalidade, apenas um dígito, muito embora o Brasil seja mais rico (em termos de Produto Interno Bruto – PIB) que eles. Ou seja, há mais recursos financeiros disponíveis no Brasil; contudo, nosso desempenho quanto à mortalidade infantil é menor, o que indica que os outros países citados podem ter optado por escolhas melhores em relação às políticas aplicadas.

Esses dados levam ao questionamento: o que o Brasil fez (ou deixou de fazer) para que nossa situação em 2012 fosse significativamente pior do que a de outros países latino americanos com nível de desenvolvimento semelhante ou menor? Se o Brasil é o país mais rico

⁵Os demais países latino-americanos pertencentes ao grupo com IDH elevado que foram analisados na comparação com o Brasil (79º) são: Uruguai (50º), Venezuela (67º), Costa Rica (68º) e México (71º), sendo que o valor apresentado é referente à sua classificação no *ranking* de desenvolvimento humano. No grupo dos países com IDH muito elevado estão: Chile (41º), Cuba (44º) e Argentina (49º). Com relação a taxa mortalidade infantil por cada mil nascidos vivos (em menores de um ano) e na infância (maiores de um ano até quatro anos, 11 meses e 29 dias) respectivamente, para os países com IDH elevado: Brasil (13 e 14), Uruguai (6 e 7), Costa Rica (9 e 10). MI nos países com IDH muito elevado: Chile (8 e 9), Cuba (4 e 6), Argentina (13 e 14). (PNUD, 2014).

da região, por que esse poder econômico não se traduziu em melhores índices de mortalidade e qualidade de vida infantis?

A explicação pode estar nas escolhas feitas durante as décadas anteriores acerca das políticas que tratam esse problema. Assim, para indicar possíveis respostas a essa pergunta, é preciso realizar uma análise histórica das políticas públicas brasileiras voltadas para a saúde da criança e seus resultados. Essa análise auxiliará também a compreender o cenário que possibilitou o surgimento de uma política nacional específica para a saúde da criança apenas em meados da década de 2010.

3.2.2. AS POLÍTICAS PARA SAÚDE DA CRIANÇA NA HISTÓRIA DO BRASIL

Como ponto de partida fundamental para entender esse processo, foi delimitado o período histórico para a análise, desde a Primeira República ou República Velha (1889 – 1930) até a Nova República (1985 – atual). A história será apresentada de forma cronológica; contudo, em alguns momentos, para conferir mais clareza ao texto, será necessário recuar além do ano de 1889 estipulado para a análise.

A forma escolhida para apresentar os momentos históricos, além do cronológico faz-se necessário comparar os diferentes tipos de modelos de atenção à saúde. Para PAIM (2008), os modelos se dividem em dois, médico hegemônico e sanitarista, que são os predominantes no Brasil e diz respeito de como a assistência é organizada. Para Merhy:

“O tema de qualquer modelo de atenção à saúde, faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos”. (MERHY, 2000 apud SILVA JUNIOR, 2007, p.27)

Quadro 2. Principais antecedentes históricos da PNAISC segundo modelos de atenção à saúde e características. Brasília, Fev., 2015

Modelos de atenção à saúde	Características	Principais marcos históricos para a saúde da criança	Singularidades
SANITARISTA-CAMPANHISTA	Controle de epidemias através de campanhas; centrada no saber biomédico; programas especiais (saúde da mulher, saúde da criança, etc); vigilâncias sanitária e epidemiológica.	Primeiras vacinas; Departamento Nacional da Criança; PMI; PAISMC; PAISC.	Administração vertical (como coordenadores nacionais, estaduais e municipais); programas superpostos gerando a burocratização da atividades.
MÉDICO -ASSISTENCIAL PRIVATISTA HOSPITALOCÊNTRICO	Caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. Tipos de assistência: filantrópica; medicina liberal; previdência social (Inamps).	Dispensário Moncorvo Filho; Programa Especial de Pediatria.	Individualismo; saúde/doença como mercadoria; biologismo; historicidade da prática médica; medicalização dos problemas; privilégio da medicina curativa; estímulo ao consumismo médico; participação passiva e subordinada dos consumidores. (MENÉDEZ, 1992 apud PAIM, 2008) Pouca efetividade frente as mudanças do perfil epidemiológico. (TEIXEIRA, 2013)
VIGILÂNCIA DA SAÚDE	Apoiada no conceito positivo do processo saúde-enfermidade, ela desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas. (MONKEN, 2009)	ECA; EBBS; Rede Cegonha; Brasil Carinhoso; PNAISC.	Promoção da Saúde; Determinação Social do processo saúde-doença; Integralidade da atenção (TEIXEIRA, 2013).

Fonte: Adaptado a partir de: PAIM, 2008; MONKEN, 2009 e TEIXEIRA, 2013.

No Brasil, a atenção à saúde da criança passou por diversas transformações ao longo da história, através da instituição de políticas sociais, descobertas científicas e da participação de pessoas envolvidas com a temática. “As diretrizes e as ações implementadas pelo Estado são as políticas sociais e, entre elas, cabe destacar as políticas de saúde, através de programas e oferta de serviços para atender grupos da população”. (FIGUEIREDO, 2007, p.2)

A vacinação foi uma das políticas para redução da mortalidade infantil, sendo uma de suas grandes conquistas mundiais a erradicação da varíola.

A primeira vacina introduzida no Brasil foi em 1804, pelo Marquês de Barbacena, contra a varíola. A obrigatoriedade de vacinação limitou-se a princípio para crianças e teve início em 1832, através do Código de Posturas, que estabelecia multa para os que infringissem a legislação, porém não foi cumprida. Em 1846, com o decreto n.464 de 17 de abril, tentou-se mais uma vez tornar obrigatória a vacinação de crianças de até três meses de idade e grupos determinados, mas estava longe de ser aceita, pois era desacreditada e muito temida pela população. As crianças também foram utilizadas como cobaias na experimentação da vacina oriunda de vitelos, tendo a primeira vacinação ocorrido na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em 1887 - foi aplicada em 12 crianças, sendo 6 delas meninas abrigadas no Hospital da Santa Casa. Quando foi comprovado o sucesso da vacinação, os adultos foram incluídos e depois virou rotina da Santa Casa. (FERNANDES, 1999; LOPES, 2007)

No período que compreende a **Primeira República (1889 – 1930)**, podemos elencar algumas ações em prol das crianças que se sucederam.

Foi durante as últimas décadas do século XIX, que médicos que estudavam na Europa trouxeram conhecimentos sobre pediatria para o Brasil. Com um enfoque filantrópico, voltado para crianças abandonadas e pobres, tinha um caráter assistencial e de proteção (higienista e conservador). Um dos primeiros foi o médico higienista Carlos Arthur Moncorvo Figueiredo, que ministrou cursos sobre doenças na infância na Policlínica Geral do Rio de Janeiro de 1882 até o ano de 1901 quando falece, aos 55 anos. Recebeu o título de “pai da Pediatria no Brasil”. (BARROS, 2005; CARAFFA, 2001)

Moncorvo Filho continua o trabalho do pai e funda, em 1899, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI) no Rio de Janeiro; porém, sem recursos, a efetivação do instituto se deu apenas em 1901, com a instalação de sua primeira seção: o Dispensário Moncorvo. Era dedicado ao tratamento de crianças doentes e indigentes, tratava também de questões relacionadas a moral da criança. Esse tipo de estrutura serviu como modelo para o restante do país. O modelo de Moncorvo era baseado na filantropia e na prática higiênica. Além disso, criou o Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância. (SILVA JUNIOR, 2010)

Em 1902 os profissionais do IPAI fundaram a “Sociedade Científica Protetora da Infância” representando a primeira sociedade de Pediatria fundada no Brasil. No mesmo ano começaram a circular os “Archivos de Protecção à Infância”, uma revista que realizava a divulgação dos trabalhos do IPAI. Nela eram divulgados conselhos que pretendiam influenciar as famílias no cuidado para com os filhos. Utilizando a teoria da eugenia⁶, pretendia-se o “melhoramento de nossa gente”. (SILVA JUNIOR, 2010)

Foi ainda criado o Concurso de Robustez, que acontecia no dia das crianças (12 de outubro), tendo o primeiro ocorrido em 1902. Nele participavam bebês de até 1 ano de idade, que tivessem sido amamentados exclusivamente com leite materno até os 6 primeiros meses, algo que não podia ser comprovado. A família teria que provar junto à polícia que era carente, a fim de receber o atestado de pobreza que seria apresentado no concurso. O intuito do concurso era premiar com dinheiro as mães que apresentassem o filho mais sadio - para os padrões do concurso isso significava a criança mais branca e gorda. A comissão julgadora era composta por médicos que tinham um padrão hegemônico de beleza e saúde, padrão este que vai ao encontro da teoria eugênica, com sua preocupação de “aprimoramento racial”. Os ganhadores tinham sua foto publicada na revista do Instituto, para servirem de modelo para a população. No Brasil o foco era a Puericultura⁷, a educação sexual, o incentivo para o “cruzamento entre os melhores” e a orientação pré-natal. (SILVA JUNIOR, 2010)

“A estrutura institucional de Moncorvo Filho reforçava as hierarquias sociais e de gêneros e, ao mesmo tempo, oferecia ao governo um modelo organizacional e institucional para a assistência à infância. (...) Os participantes [do primeiro Congresso Brasileiro da Protecção à Infância]

⁶ O termo eugenia vem do grego, e quer dizer “bem nascido”, tendo sido utilizado pela primeira vez por Francis Galton no final do século XIX. (DIWAN, 2007). Ela pode ser definida como a ciência que trata daquelas agências sociais que influenciam, mental ou fisicamente, as qualidades raciais das futuras gerações. Desenvolvido pelo inglês Francis Galton, o discurso eugênico estava assentado na tese de que o papel da hereditariedade era fundamental para a formação de “tipos humanos diferenciados” e, conseqüentemente, para a degeneração. Sob a orientação dos cientistas, caberia ao Estado estimular a união entre casais com saúde perfeita (eugenia positiva) e determinar os grupos dos “anormais” ou degenerados, restringindo-lhes o casamento ou mesmo esterilizando-os (eugenia negativa). (ALVES, 2007)

⁷ Puericultura: “Tradicionalmente, a puericultura é definida como o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até a idade de 4 ou 5 anos, e, por extensão, da gestação à puberdade. Essa definição está baseada na pressuposição de que a atenção à criança pensada dessa forma, isto é, em todos os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, pode prevenir doenças, auxiliar na expressão genética plena, livre de interferências do meio, e resultar em um adulto mais saudável, com melhor qualidade de vida e, certamente, mais feliz. (...) Utilizando referenciais teóricos das ciências sociais, muitos autores entendem a puericultura como uma prática social sujeita aos mais diversos agentes políticos e econômicos, com motivos, objetivos e conseqüências que extrapolam a simples elaboração de normas científicas que assegurem o desenvolvimento da criança. Existiriam, assim, encobertos sob a proposta de prevenir a mortalidade infantil através da educação, outros projetos, como o do estabelecimento de um padrão de comportamento não só para as crianças, mas para as famílias como um todo, de cunho moralizante e baseado naquele considerado ideal pelas classes dominantes.” (BONILHA, 2005, p. 7-8)

apelaram para os governantes, instando-os a estabelecer o dia 12 de outubro como Dia da Criança; prescreveram a regulamentação da produção e do consumo de alimentos infantis enlatados e a criação, em homenagem ao Centenário da Independência brasileira, de um instituto internacional para a proteção das crianças no Rio de Janeiro que deveria centralizar o recolhimento e a classificação de dados referentes à infância. Sugeriu-se, ainda, a regulamentação dos institutos de assistência à infância, a abolição das rodas dos expostos, o estabelecimento, nos locais de trabalho, de espaços reservados para que as mães, sem prejuízo dos salários, pudessem amamentar os filhos e a supervisão constante do poder público em relação a todos os aspectos relativos à assistência à infância. O Congresso também propugnou a criação de leis que reconhecessem os direitos das crianças à vida e à saúde, alertando para a necessidade da notificação obrigatória do nascimento e da instituição de atestados médicos que comprovassem a aptidão dos nubentes para o casamento. Recomendou a presença de enfermeiras nos programas de educação sanitária e a organização de serviços odontológicos e de proteção especial para as crianças cegas.” (WADSWORTH, 1999 apud BARROS, 2005, p.108-9)

Figura 1: Os concorrentes do 19º Concurso de Robustez do IPAI, s.d. (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)



Fonte: FREIRE, 2011, p. 212

O combate à febre amarela urbana teve início em 1903, com Oswaldo Cruz. Em seguida também foram lançadas medidas de combate à malária e a varíola, com a vacinação obrigatória em 1904, quando estourou a chamada revolta da vacina. Apenas em 1973 o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Imunização foi instituído; em 1977 foram definidas quais vacinas seriam obrigatórias para os menores de 1 ano e é aprovado o modelo de caderneta de

vacinações. Atualmente o esquema vacinal sofre alterações periódicas, devido ao avanço tecnológico. (Revista da Vacina – Ministério da Saúde – Centro Cultural da Saúde)

“As medidas sanitárias dessa época [início do século XX] ocorriam sob a forma de campanhas e tinham caráter jurídico, impondo-se notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária, que não passavam de soluções imediatistas. Tinham como objetivo diminuir a mortalidade geral para manter o processo de acumulação cafeeira, a política de imigração, bem como manter a insatisfação popular sob controle. Com a aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial, a saúde cresceu como questão social e a cobertura da assistência foi ampliada com a Reforma Carlos Chagas”. (COELHO, 2000, p. 38)

Em 1910, um filantropo cria, no Rio de Janeiro a Policlínica das Crianças, cujo primeiro diretor foi Fernandes Figueira, que no mesmo ano fundou a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) juntamente com Olinto de Oliveira. Em São Paulo, em 1911, o serviço que era destinado a exames de ama-de-leite, criado em 1905, vira “Secção de Proteção à Primeira Infância e Inspeção de amas-de-leite”. (CARAFFA, 2001)

“Em relação à filantropia, que até então predomina na forma de assistência à infância, é importante destacar que essa se configura como a via pela qual o Estado liberal atende às demandas sociais, de modo a fazê-lo sem intervir diretamente, buscando superar as carências geradas pelo modo de produção capitalista. Essa assistência filantrópica à saúde da criança vai marcar profundamente as estruturas assistenciais e os modelos de atendimento médico, chegando até as práticas pediátricas desenvolvidas muitos anos após, em serviços públicos”. (CARAFFA, 2001, p.49)

A ideia de que o Estado atendesse às demandas sociais originou-se apenas na quarta década do século XX, e marcou a transição do plano individual para o coletivo, com o estabelecimento de políticas sociais. (ESCORSIM, 2008)

Em 1917 acontece a greve geral, liderada pelos anarquistas, em sua maioria imigrantes italianos e espanhóis que estavam insatisfeitos com as condições precárias de vida. Àquela época, as cidades cresciam sem saneamento básico e o planejamento necessário para evitar mazelas; assim, a pobreza e as doenças aumentavam. Além disso, havia trabalho infantil - perigoso e insalubre. A burguesia, temerosa em perder dinheiro, cobra das autoridades medidas que auxiliem os trabalhadores. O Estado, por sua vez, tenta reorganizar os Serviços de Saúde Pública e estabelece leis, como a que regulamentava o trabalho infantil e de mulheres grávidas, além da instalação de salas de amamentação nas fábricas, creches e a proibição da “roda dos enjeitados”⁸. Porém o que foi visto é que muitas dessas leis não foram implementadas e até

⁸ Roda dos enjeitados ou expostos: A Roda foi criada em 1758 na França, para acolher crianças órfãs ou abandonadas. Era formada por um dispositivo cilíndrico contendo um recipiente voltado para a rua, o qual, quando girado em torno do seu eixo, era direcionado para o interior do estabelecimento. Permitia, portanto, que ali fossem

hoje, quase 100 anos depois, apenas para citar um exemplo, na maioria das empresas não existe uma sala para a mulher que amamenta possa retirar o leite e armazená-lo para seu filho. (CARAFFA, 2001; COELHO, 2000).

Em 1919 foi criado o Departamento da Criança no Brasil (DCB), seu objetivo era organizar o atendimento à criança no país. Registra e estabelece um serviço de informações sobre instituições privadas ou públicas que realizavam atendimento (direto ou indireto) à infância. O levantamento iniciado em 1919 só terminou em 1921. Os dados deveriam ficar prontos antes do Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, em 1922, no qual seriam apresentados. O resultado foi parcial e somaram-se 15 creches e 15 jardins de infância. No ano de 1924 o DCB consegue levantar mais informações com os governadores, os Ministérios do Interior e da Agricultura e identifica 47 creches e 42 jardins de infância no país. (STEPHANOU, 2012)

No ano de 1927 foi promulgado o “Código de Menores”, uma estratégia médico-jurista-assistencial resultado das discussões ocorridas no primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância (1920). Nele foram incorporadas tanto a visão higienista da época como também a moralista e repressora. A gama de ações incorporadas no código era desde o acompanhamento de saúde das nutrizes e crianças, com visitas para a inspeção da higiene, da retirada do pátrio poder⁹ das famílias que negligenciavam seus filhos até a internação de crianças abandonadas e jovens infratores. Também regulamenta o trabalho infanto-juvenil, proibindo o emprego para menores de 12 anos e estipulando carga horária máxima de 6 horas por dia, para os menores de 18 anos. (PEREZ, 2010)

depositadas crianças enjeitadas sem que fosse revelada a identidade do depositante. As Rodas rapidamente se multiplicaram em todo o mundo ocidental; geralmente, eram instaladas na entrada de hospitais. No Brasil, a primeira Roda, conhecida como Casa dos Expostos, foi fundada no Rio de Janeiro em 1783, por Romão de Mattos Duarte. Situada nas dependências da Santa Casa de Misericórdia, passou para um prédio próprio apenas em 1811. Até o final do século XIX foram criadas 15 instalações desse tipo, em cidades brasileiras, e algumas delas funcionaram até meados do século XX. (FREIRE, 2011, p.201)

⁹ Pátrio poder: O pátrio poder, tal como concebido, é oriundo do Direito Romano. Sua denominação vem de pátria potestas, instituto que significava um direito absoluto do pai sobre seus filhos, porque fundado no poder do Pater Familiaes (o pai). A terminologia pátrio poder, a rigor, hoje, diante do avanço constitucional na matéria, até mereceria uma "arejada", uma "renovada", aliás, proposta por grande parte da doutrina nacional. Ocorre que há muito não temos mais um "pátrio poder" como entendiam os romanos e o nosso Direito Civil anterior à Constituição Federal. Temos um feixe de atribuições (direitos e deveres) a cargo dos pais (pai e mãe), a serem exercidos de forma simultânea. Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher (conjuntamente), em comum acordo, um verdadeiro "poder parental", um "poder de proteção" ou mesmo um "pátrio dever". (http://www2.mp.pr.gov.br/cpca/telas/ca_igualdade_25_2_1_2.php)

Em 1929, Moncorvo Filho realiza um discurso em que lamenta não haver uma política nacional para a criança:

“Quando por toda parte se operava então uma verdadeira revolução social visando a preservação da infância sob os mais brilhantes e generosos pontos de vista, concitando-se as populações a cuidarem da semente humana, agindo no sentido de reduzir ao mínimo a morbidade e a letalidade infantis, graças a uma multiplicidade de recursos postos em prática com veementes vantagens, máxime pela criação de não pequeno número de obras filantrópicas as mais variadas: Dispensários modelares, Creches, Gotas de Leite, Ligas e Mutualidades, Hospitais especializados e tantos outros – diga-se a verdade -, o nosso país numa displicência e desinteresse desoladores, mostrava-se completamente indiferente a todo esse movimento progressista e humanitário.” (STEPHANOU, 2012, p.184)

Percebe-se que mesmo enfatizando a defesa da criança, sua fala também carrega um tom de que as instituições que atendem são dádivas e não um direito para essa população. O Estado que pouco ou nada fez para as realizações em prol da infância brasileira, deveria não gerir propriamente essas ações, mas repassar recursos para as entidades. (STEPHANOU, 2012)

Durante a **Era Vargas (1930 – 1945)** houve ainda a criação, em 1940, do Departamento Nacional da Criança (DNCr), que focava nos cuidados com as mães, crianças e adolescentes. Na época o DNCr era subordinado ao Ministério da Educação e Saúde e a associação ocorria da seguinte maneira:

“(...) à saúde, é delegada a tarefa de sanear o ambiente social, através da higienização dos pobres e do enfrentamento dos problemas que afetam sua vida útil: a má-alimentação e a falta de higiene e cuidados corporais; à educação, cabe a formação moral e a inculcação dos ideais do Novo Estado nas crianças e também é sua tarefa auxiliar na formação de bons hábitos higiênicos. Ambas têm a tarefa de garantir uma mão-de-obra disciplinada, saudável e útil ao progresso da Nação”. (VIEIRA, 2003 p.1)

Naquela época, acreditava-se que através da disciplina, presente tanto nas ações da educação quanto da saúde, a domesticação de crianças as tornaria pessoas ordeiras, com hábitos saudáveis e boas trabalhadoras, assim teriam condições de acompanhar o crescimento do país, enquanto mão de obra saudável.

Para criar hábitos saudáveis na população o governo adotara, como visto, os princípios da eugenia, sendo seu público-alvo mães e crianças. São criados Postos de Puericultura, locais administrados pelo município onde as gestantes recebiam informações e atendimento médico, além de acompanhamento de crianças desde a fase intraútero até a fase escolar. Vale ressaltar aqui que o trabalho era organizado de maneira descentralizada, ou seja, ao DNCr cabia elaborar e coordenar as políticas e aos estados, municípios e instituições privadas ficava a

responsabilidade de efetuar as ações. A SBP nessa época possui grande influência e participa das definições de políticas de saúde.

Porém, com o passar do tempo percebe-se que as taxas de mortalidade infantil não diminuem significativamente e a educação sanitária pouco evolui. Aspectos mais concretos se sobressaem dificultando avanços, como o aumento da pobreza, da exploração do trabalho, do crescimento desordenado dos centros urbanos, da inexistência de saneamento básico e com as políticas que foram propostas pelo DNCr apenas no papel. (VIEIRA, 2003)

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS)¹⁰ foram instituídas pela Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937 no governo de Getúlio Vargas. Entre a 1ª e a 7ª CNS, apenas na primeira em 1941 com o tema “Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência” e na quinta em 1975, com o Programa de Saúde Materno-Infantil a saúde da criança foi assunto. Delimitou-se os temas até a sétima CNS, pois foi na oitava em 1986, já na Nova República, em que marca mudanças mais claras, a ampliação dos atores envolvidos e relatório das diretrizes para reorganizar o sistema. Foi presidida por Sérgio Arouca, um dos líderes do Movimento Sanitarista¹¹. (BRASIL, 2009)

Durante a **Ditadura Militar (1964 – 1985)**, mais especificamente em meados da década de 60, houve uma ruptura entre os pediatras vinculados à SBP e o governo responsável pela formulação de políticas públicas. O DNCr foi reduzido a Divisão Materno-Infantil, em 1967. Com isso os pediatras perderam sua influência no processo de formulação e estruturação dos serviços infantis. A ruptura durou até 1982/83. (CARAFFA, 2001)

A extinção do DNCr ocorreu em 1969 e em 1970 foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI). Era vinculada à Secretaria de Assistência Médica e entre suas funções estava o planejamento, orientação, coordenação, controle, auxílio e a fiscalização das atividades de proteção às gestantes, crianças e adolescentes, conforme decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970.

¹⁰ As Conferências Nacionais de Saúde eram espaços estritamente intergovernamentais, de que participavam autoridades do então Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos estados e do território do Acre. Estavam previstas para serem realizadas a cada dois anos, mas, apenas em janeiro de 1941, foram convocadas. Desde então, foram realizadas 14 conferências nacionais de saúde, sendo a última em 2011. (BRASIL, 2009)

¹¹ Movimento Sanitarista: também conhecido como movimento pela democratização da saúde. O movimento dava suporte à proposta e ao projeto de Reforma Sanitária da saúde e envolvia um “conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais” (PAIM, 2009)

Em 1966 o Brasil ratificou a Convenção 103 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) de 1953 - ou seja, 13 anos depois. Nela foi definida a licença maternidade de no mínimo 12 semanas (3 meses). Entretanto, ainda hoje, apesar de todas as evidências científicas que comprovam os benefícios do aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses de vida da criança, a legislação em vigor (Lei nº 10.421/2002, art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) estabelece apenas 120 dias, obrigatoriamente para o empregador conceder a licença. Somente para os que aderirem ao “Programa Empresa Cidadã” (Lei nº 11.770/2008), mediante concessão de incentivo fiscal para a empresa, o período de licença é estendido para 180 dias. Apenas as funcionárias públicas a licença é de 180 dias obrigatoriamente. (BRASIL, 2011a; UNICEF, 2011)

A licença de seis meses é, assim, algo que depende da vontade de cada empregador e não um direito garantido para mulheres e crianças de usufruírem de todos os benefícios que já foram comprovados, serem melhor para ambas.

Segundo Souza (1978), em 1974, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), lança o Programa Especial de Pediatria (PEP) que está entre as iniciativas do Sistema Nacional de Assistência Social, do Ministério da Previdência e Assistência Social. Este foi um dos Ministérios que divide a responsabilidade pelo Sistema Nacional de Saúde, juntamente com o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Cultura, o Ministério do Trabalho e o Ministério do Interior. A documentação relativa a esse sistema foi debatida na 5ª CNS de 1975. O PEP foi um plano de ação integrada de assistência médica e serviço social, destinado às crianças de 0 a 4 anos e visava:

“proporcionar condições favoráveis de desenvolvimento físico e psicossocial da criança, prevendo o trabalho de equipe multiprofissional de setores especializados – pediatria, nutrição, psicologia, serviço social, enfermagem e odontopediatria – com a finalidade de promover: a) tratamento pediátrico integrado; b) tratamento social; c) ação educativa junto aos pais, no sentido de estimular a proteção à criança; d) suplementação de recursos para possibilitar à criança condições favoráveis de desenvolvimento e crescimento sadios”. (SOUZA, 1978, p.31)

Ainda de acordo com Souza (1978), apesar do PEP apresentar resultados bastante satisfatórios gerava um dispêndio de recursos muito grande atingindo apenas uma parte pequena da população, mesmo em serviços instalados em grandes centros urbanos.

Com a Lei 6.229 de 17/07/1975, houve a proposta de criação do Sistema Nacional de Saúde. Para que o sistema vingasse o Ministério da Saúde (MS) implantou vários programas verticais, entre eles o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PMI), lançado em 1975,

com o intuito de diminuir as taxas das mortalidades materna e infantil, que vistos isoladamente são indicadores limitados. Vale lembrar que o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) teve início também em 1975, porém a consulta disponibilizada no atual site oficial do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) inicia sua série histórica em 1979. A representatividade da população alvo desse programa é de 70,9% estimada pelo IBGE em julho de 1975, sendo que nesse grupo populacional encontram-se: mulheres em idade fértil, gestantes, parturientes, puérpera, crianças e adolescentes.

O PMI era subdividido em seis frentes: Assistência Materna; Expansão da Assistência Materno-Infantil; Assistência à Criança e ao Adolescente; Suplementação Alimentar; Educação para a saúde; e Capacitação de Recursos Humanos. Sobre o Programa:

(...) “criado após seis anos da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Para efeito de determinação da população alvo, o grupo materno-infantil, a OMS orientou o critério da relação risco/classe social, considerando a importância biológica, sócio-econômica e numérica do grupo, sendo prioritário o mais pobre, mais carente, mais marginalizado, identificando claramente uma classe social. O PMI acelerou as especializações, a tecnificação, a concentração médica nos grandes centros urbanos, a prática hospitalar, a impessoalidade, a multiplicidade de empregos e uma prática médica curativa em detrimento da preventiva (MARQUES, 1978)”. (COELHO, 2000, p.41)

O PMI tinha um componente educativo que pretendia persuadir a população carente a modificar seu estilo de vida; era dirigido para as gestantes, crianças e adolescentes e tentava fazer com que essa mesma população reconhecesse que seus problemas de saúde eram de responsabilidade própria. (COELHO, 2000)

A prática do aleitamento materno no Brasil passou por um período de decréscimo, principalmente em centros urbanos, desde 1940. Vários foram os fatores que influenciaram a substituição do leite humano pelo industrializado ou *in natura* de outros mamíferos. Até as rotinas hospitalares separando o recém-nascido de sua mãe por um longo período causou impacto negativo nos índices de amamentação. (VINAGRE, 2001)

O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), criado em 1981, foi reconhecido internacionalmente, por contemplar ações de treinamento de profissionais, campanhas de grande abrangência nacional, confecção de materiais educativos, apoio a grupos ligados a causa em comunidades, além de formular e instituir legislação para a proteção à amamentação. (SOUZA, 2010)

O Ministério da Saúde, em 1983 lança o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), cujo objetivo principal era melhorar as condições de saúde de mulheres e crianças, a cobertura e a resolutividade dos serviços públicos de saúde.

No ano de 1984 o PAISMC é desmembrado em dois programas específicos: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).

As principais ações do PAISM foram: assistência pré-natal; promoção ao parto normal; prevenção da mortalidade materna; assistência ao parto e puerpério; planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis; controle do câncer ginecológico e mamário.

Quanto ao PAISC, compreendia: prevenção e manejo do recém-nascido de baixo-peso; assistência ao recém-nascido; crescimento e desenvolvimento; controle das diarreias e desidratação; controle das infecções respiratórias agudas (IRA); prevenção de acidentes e intoxicações. Direcionado a crianças menores de cinco anos tinha, como marca, a mudança da visão apenas das doenças para um enfoque que contemplasse a criança em seu processo de crescimento e desenvolvimento, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil. (CASTRO, 1995)

Com esses dois programas específicos podemos perceber que as políticas públicas passaram a tratar a mulher como um ser separado da criança e vice-versa. O entendimento de ambos (mulher e criança) como indissociáveis para as políticas públicas de saúde havia sido dado nas duas primeiras décadas do século XX, com os termos “binômio mãe-bebê” e “saúde materno-infantil”, por exemplo. (ZANILLI, 2001)

Podemos observar a ampliação do cuidado para com a mulher, quando acrescentam a prevenção e tratamento para as doenças sexualmente transmissíveis e controle do câncer ginecológico e mamário. Nos programas elaborados em décadas anteriores, as mulheres eram tratadas de forma restrita, apenas vistas como reprodutoras em sua versão biológica e no papel de mãe e educadora da prole. Essa mudança de tratamento foi uma conquista do movimento feminista, graças a sua participação, como representação de um movimento social. (BRASIL, 2011b)

Entretanto, diferentemente das mulheres, que passaram a lutar em causa própria – e mesmo assim possuem taxas elevadas de mortalidade em mulheres em idade fértil, conforme

dados do Saúde Brasil 2014 - as crianças não se representam por motivos óbvios. Assim, têm de ser representadas por adultos, o que por si só sinaliza maiores dificuldades na luta desse grupo da população por seus direitos e por políticas que os garantam. Figueiredo (2007, p. 5) ressalta a esse respeito que as crianças também tem direitos, e que o cuidado com as crianças traz benefícios a toda sociedade.

“A garantia de acesso, de boa qualidade de atenção, de atenção integral à saúde, de cuidados preventivos e esquemas de tratamento, postulada nos programas de saúde, tem efeito positivo de ação de saúde pública sobre direitos humanos. A criança tem direitos que se referem, principalmente, à autonomia pública, ou seja, aos direitos sociais, tais como direito ao adequado crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, nutrição, vacinação, higiene, saneamento ambiental, medidas de proteção, prevenção de acidentes, acesso à educação, cuidados à saúde, enfim direito à vida. Aliado a esses aspectos, também é considerado importante a garantia de que os pais conheçam os princípios básicos de saúde, recebendo apoio para aplicação dos conhecimentos no cuidado à criança, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989”.

Novamente, segundo Figueiredo (2007, p. 2) “Os programas de saúde materno-infantil das décadas de 70 e 80 tinham caráter vertical, pelo fato de suas metas e normas serem decididas em nível central e por critérios técnicos, em consonância com o modelo tecnocrata de administração brasileira da época”. O autor ainda continua, observando que:

“Os programas de saúde dos anos 70 e 80 apresentaram ambigüidade, amplitude e interpretação dos conceitos da atenção primária à saúde e da educação em saúde de forma equivocada, gerando dificuldades operacionais e um modelo de atenção à saúde que nem sempre correspondia às condições de vida da população”. (FIGUEIREDO, 2007, p.3)

Nos anos 80, a sociedade civil munida de conhecimento sobre a saúde, através da luta social, na busca pela retomada da democracia no Brasil, contra a ditadura e o autoritarismo, por meio de denúncias das más práticas nos serviços, articularam propostas com o intuito de promover uma reforma na saúde do país e dentre os muitos movimentos sociais surgiu o movimento da Reforma Sanitária com ideologias políticas, sociais e culturais. Já a Reforma Sanitária enquanto processo é melhor explicitada por PAIM:

“A Reforma Sanitária enquanto processo, ou seja, conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressam práticas sociais –econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas pode ser visualizada após a 8 CNS com as iniciativas de implantação do SUDS, de instalação do CNRS, de promulgação da Constituição de 1988 e, especialmente, a partir da produção de fatos políticos-institucionais na conjuntura pós 88. Esse processo envolve um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a totalidade social, não se esgotando nas práticas teórica, política e ideológica. O conceito de totalidade abre espaço para a discussão da prática social numa tentativa de dar conta dessa realidade. As práticas de saúde, tem, por conseguinte, uma natureza técnica mas, ao mesmo tempo, são práticas sociais com dimensões econômicas, ideológicas, políticas, culturais e simbólicas”. (PAIM, 2007, p. 150-1)

Na vigência da **Nova República (1985 – atual)**, o Sistema Único de Saúde (SUS), uma “conquista histórica do povo brasileiro”, foi concebido através do projeto da Reforma Sanitária e foi reconhecido pela Constituição Cidadã (1988). Porém, a história da construção do SUS é anterior a 1988, teve a participação de vários movimentos sociais. Sua proposição de criação se deu no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979. As propostas oriundas desse simpósio e de outros debates foram apresentadas na 8ª CNS e concretizada na Constituição Federal (CF) e na Lei Orgânica de Saúde (LOS) em 1990. (PAIM, 2009)

Na 35ª edição da CF do Brasil, atualizada em 2012, no Capítulo VII que trata “Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso” vemos:

“Art. 227 – É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos à vida, à saúde, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (EC no 65/2010)”. (Cap. VII, p. 128)

Os debates ocorridos durante a Assembleia Nacional Constituinte, que desembocaram na Constituição de 1988 foram permeadas pela busca de garantir os direitos humanos, dentre os quais o acesso aos serviços de saúde. Essa visão expressou-se nos princípios e valores que nortearam a criação do SUS, conforme destacado por Figueiredo (2007, p. 5)

“A Constituição de 1988 e a criação do SUS fizeram ressurgir as discussões de que a saúde é um direito humano fundamental. Nesse processo, também foram destacados os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), que foi retomada e ampliada na década de 90. As ideias da APS vêm ressaltar que os cuidados primários à saúde são os primeiros passos para concretização do direito à saúde e estão ligadas diretamente aos direitos humanos, implicando na equidade, solidariedade, intersetorialidade, participação comunitária, controle social, universalidade de acesso aos serviços de saúde e reorientação do modelo assistencial. A saúde é reafirmada como direito humano que é inviolável, inalienável, irrenunciável, indivisível e universal.”

Os Bancos de Leite Humanos (BLH), receberam uma portaria apenas em 1988 (Portaria MS nº 322), que regula sua instalação e funcionamento, apesar de existirem e funcionarem desde 1943, ano de implantação do primeiro BLH brasileiro, instalado no Instituto Nacional de Puericultura, atual Instituto Fernandes Figueira (IFF), localizado na cidade do Rio de Janeiro. Contudo, existe registros de que a manipulação de leite humano ordenhado tenha ocorrido primeiramente no Abrigo Maternal, na cidade de Salvador, na Bahia. (MAIA, 2006)

Outro grande marco para a infância e adolescência foi a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, realizada em 1989. “No ano de 1990 o documento foi assinado pelo

Brasil e por mais 192 países, ratificando a garantia à proteção social da infância.” Considera-se que este documento alicerçou a Doutrina de Proteção Integral que baseia o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), referência para outros países da América Latina e Caribe. (BARROS, 2005)

O ECA, promulgado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. E mostra que essa responsabilidade não é apenas da família, mas do Estado e da sociedade como um todo. Evidencia também que é necessário efetivar políticas públicas voltadas para a criança e adolescente: “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. (ECA, 2012, Título II, Capítulo I, art. 7º)

Mais que um fundamento voltado para o sistema de proteção social, o ECA “é um projeto de sociedade que se pauta na cidadania para todos, dirigida a crianças e adolescentes protagonistas, como sujeitos sociais de direitos”. Essa proteção social deve abranger desde a família até o Estado, tecendo uma rede social que trabalha para a efetivação da legislação. (BARROS, 2005)

Colocar o ECA em prática ainda é o grande desafio, mesmo após 24 anos de sua promulgação. É preciso maior envolvimento e participação da população brasileira nas questões relacionadas ao direito de crianças e adolescentes.

Em 1991 foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que veio para responder ao chamado da Declaração de Innocenti (1990)¹². A iniciativa promove e apoia a alimentação adequada dos lactentes e crianças na primeira infância - 0 a 5 anos (< 6 anos) - com o intuito de proporcionar um melhor início de vida. Em 1994 foram instituídas suas diretrizes, através da Portaria SAS/MS nº 155. Para um hospital ser certificado como amigo da criança deve ser avaliado nos passos especificados, caso os “Critérios Globais” estabelecidos

¹² “A ‘Declaração de Innocenti’ foi produzida e adotada por representantes de organizações governamentais, ONGs, defensores da amamentação de países de todo o mundo, no encontro ‘Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative’ organizado pela OMS/UNICEF com apoio da A.I.D United States Agency for International Development e da SIDA - Swedish International Development Authority, em Florença, na Itália, entre os dias 30 de Julho e 1 de Agosto de 1990. A Declaração reflete o conteúdo dos documentos produzidos para o Encontro e pontos de vista apresentados nos grupos e sessões de plenária e teve por objetivo o estabelecimento de metas para a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno”. (http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_innocenti.pdf)

forem seguidos pela unidade de saúde, esta receberá uma placa designando-o um Hospital Amigo da Criança. (BRASIL, 2008)

O Método Mãe Canguru foi lançado em dezembro de 1999, e publicado através da Portaria GM/MS nº 693 de 5/7/2000 e passou a ser definido como Método Canguru em 2007, por se tratar de uma ação que não exclui os outros cuidadores do recém-nascido, como pai, avós, irmãos, etc. Criado em Bogotá, na Colômbia, em 1978, foi desenvolvido *a priori* como uma alternativa para minimizar o problema de superlotação e infecção. No Brasil o método iniciou no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, no ano de 1992, tendo a metodologia sido adotada, no ano seguinte, pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), em Recife, Pernambuco. Instituída a portaria acima citada, o método passa a fazer parte da política pública de saúde do Brasil com inclusão na tabela de procedimentos do SUS. (LAMY, 2005)

Tanto a promoção do aleitamento materno quanto o método canguru, buscam melhorar o atendimento prestado às crianças. Ainda nessa linha, outra estratégia importante é a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), introduzida no Brasil em 1996, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Atualmente a estratégia é dividida em componentes etários: AIDPI Neonatal, de 0 a 2 meses - mesmo sendo o período neonatal considerado de 0 a 27 dias - também abrange mulheres que pretendem engravidar, gestantes e o parto; AIDPI Criança, de 2 meses a 5 anos; e AIDPI Comunitário, direcionado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Referida estratégia utiliza a classificação de risco e a qualificação do manejo dos casos. (BRASIL, 2004)

Mesmo com as mudanças no perfil epidemiológico das causas de mortalidade infantil ao longo do tempo no Brasil - antes sendo a maioria relacionada a doenças infecciosas e parasitárias, e hoje sendo a prematuridade e infecções perinatais - a AIDPI é direcionada principalmente para as doenças prevalentes, como as diarreicas e respiratórias, que ainda constituem graves problemas para as crianças, em especial àquelas em situação de vulnerabilidade. Quando observamos a mortalidade de grupos populacionais como crianças indígenas, “o que mais chama a atenção é a elevada proporção de óbitos no período pós-neonatal entre indígenas (54%), como já observado em edições anteriores do *Saúde Brasil*.” Nesses grupos, portanto, as principais causas de mortalidade infantil ainda são as doenças infecciosas e parasitárias, evidenciando as disparidades que persistem no país. (BRASIL, 2014a)

Estudos mostram que a educação da mãe apresenta-se como uma importante variável socioeconômica, pois gera impactos muito positivos nas reduções das mortalidades infantis e na infância¹³. (CNDSS, 2008). Dados recentes “sugerem diferenças no perfil da mortalidade infantil segundo seus componentes. Quanto menor a escolaridade materna, maior a importância do componente pós-neonatal, com proporção de óbitos de crianças com 28 dias ou mais de vida superior a 30%”. (BRASIL, 2014a)

Após várias conferências internacionais ocorridas durante a década de 90, em que foram debatidos temas como população, gênero, meio ambiente, direitos humanos, desenvolvimento social, entre outros, a ONU realizou, em 2000, a Cúpula do Milênio, que resultou na Declaração do Milênio que estabeleceu os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Entre esses oito objetivos estão: reduzir a mortalidade infantil - objetivo número quatro - e melhorar a saúde das gestantes - objetivo número cinco.

Frente a essas metas foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do SUS, no ano 2000.

Em 2004, é lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). No mesmo ano é publicada a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, documento que tem por finalidade auxiliar gestores na organização dos serviços e no desenvolvimento de políticas de atenção à criança. Em 2005, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da mulher e da criança. E em 2008 é reforçado o compromisso de redução da mortalidade materna e infância através do Pacto pela Vida.

3.2.2.1. ESTRATÉGIA BRASILEIRINHAS E BRASILEIRINHOS SAUDÁVEIS - EBBS

A construção de uma política nacional para saúde infantil tem como um precursor a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), instituída em 07 de outubro 2009, através da Portaria GM nº 2.395, é um projeto do Ministério da Saúde, que atende as recomendações da OMS e da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).

¹³ Mortalidade Infantil quando em >1 ano de idade; Mortalidade na Infância < 5 anos.

Tem a missão de promover a primeira infância saudável, por se tratar de um período decisivo para o pleno desenvolvimento em todos os seus aspectos: físico, mental e emocional.

(...) “a EBBS trabalhou sustentada em dois grandes pilares: a transversalidade com a articulação de iniciativas entre as diferentes esferas de governo e a sociedade civil, e intervenções sobre os determinantes sociais da saúde, destacando o papel dos fatores psicológicos na produção de saúde”. (PENELLO, 2011, p. 110)

Porém, sua construção foi iniciada em 2007 junto ao MS. Para atender ao arranjo institucional do MS a estratégia foi colocada no eixo de Promoção de Saúde, um dos sete do Programa de Aceleração do Crescimento em Saúde (PAC Saúde). O financiamento é oriundo da área técnica de Saúde da Criança, hoje CGSCAM. Contudo para atingir sua concepção, foram incluídas outras áreas do MS como: Saúde da Mulher, Saúde Mental, Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS), Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e a Política Nacional de Humanização (PNH). Evidenciando sua abordagem intersetorial e transversal para com a integralidade da primeira infância. (BRASIL, 2010a)

Além disso, teve como marcos legais experiências exitosas nacionais – como o “Primeira Infância Melhor (PIM) do Rio Grande do Sul e “Mãe Coruja Pernambucana” de Pernambuco - e internacionais – como os programas “*Educa a tu hijo*”, de Cuba e “*Chile crece contigo*”, do Chile – já que no Brasil não havia nenhum programa como os citados em âmbito federal. Frente a essa situação, tornou-se necessário fomentar as discussões para a formulação de “políticas públicas redutoras de iniquidades e promotoras de desenvolvimento sustentável no Brasil”. (PENELLO, 2011)

A EBBS toma como base referencial a ideia do ambiente facilitador à vida; ou seja, uma visão que acredita que não basta a ausência de doenças, mas que é preciso proporcionar um local onde as crianças possam se desenvolver plenamente para assim possuírem ferramentas que possibilitem a construção de sua cidadania. Surgiu através de debates envolvendo sociedade civil, academia e governo que levavam em conta conceitos referenciais sobre o desenvolvimento emocional primitivo. Nesse sentido,

“(...) políticas públicas neste campo devem considerar que o desenvolvimento saudável dos brasileiros e o desenvolvimento sustentável do país começam no começo da vida: o apego seguro (sustentado), conceito desenvolvido por Bowlby (1988), é aqui evocado para lembrar que o sucesso da tarefa de instalar e manter a conexão do bebê com o mundo dependerá da qualidade do vínculo estabelecido entre o recém-nato brasileiro(a) e seu cuidador adulto em suas circunstâncias de inserção social, histórica e cultural. Portanto, os fatores determinantes de saúde, vulnerabilidade e

riscos, impactam não apenas o cuidador, mas também aquele que está (ou não) sendo cuidado”. (PENELLO, 2013a, p. 32-3)

Vale ressaltar que a EBBS visa a integração e aprofundamento das Reformas Psiquiátrica e Sanitária conjugando-as a fim de alcançar um patamar de desenvolvimento nacional que proporcione à população serviços equânimes e comprometidos com seu bem estar e crescimento. Sua coordenação técnica está a cargo do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). (BRASIL, 2010a)

“Quanto à importância histórica das doenças infecciosas e parasitárias e das doenças respiratórias, estudos relatam que, apesar da queda acentuada da mortalidade, estas ainda continuam tendo papel importante na determinação do óbito infantil, em especial no período pós neonatal e em populações menos favorecidas economicamente”. (SANTOS, 2010, p. 139)

Essa iniciativa veio também com o intuito de contribuir com apoio conceitual e operacional para a formulação e implantação da PNAISC, de forma processual através de 10 Encontros Nacionais de Coordenações de Saúde da Criança de Estados e Capitais, alguns com a participação do CONASS e CONASEMS; 16 Oficinas de Formação e Apoio para os Consultores de Saúde da Criança, estes com papel importante de realizar a aproximação do MS com os estados e municípios e possibilitou também a esses dois últimos um diálogo facilitado diretamente com a coordenação nacional. Uma plataforma virtual de ensino à distância UNIVERSUS/DATASUS, onde vários profissionais participam, como os coordenadores estaduais e das capitais, consultores de saúde da criança nos estados, técnicos da CGSCAM, consultores nacionais e um grupo técnico de especialista para a formulação do texto da política. (PENELLO, 2013b)

3.2.2.2. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS

A primeira vez que surgiu a temática de organização do sistema de saúde no conceito de redes de atenção, foi a aproximadamente cem anos atrás. Mais especificamente, no documento intitulado Relatório Dawson, publicado em 1920, no Reino Unido. Nele podemos observar a proposta de organização do sistema de forma regionalizada, com atendimento à população de forma eficaz e acessível a todos, oferecimento de cuidados tanto curativos e preventivos, desde o atendimento domiciliar até o hospitalar. (DAWSON, 1964)

Houve uma retomada das discussões acerca de Redes de Atenção à Saúde (RAS), após a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata em 1978. Na primeira metade dos anos 90, nos Estados Unidos, país com um sistema de saúde

baseado no setor privado e muito segmentado, originaram-se experiências exitosas de sistemas integrados de saúde o que resultou no avanço do modelo para outros países como Canadá, Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, Alemanha, França, Inglaterra e Irlanda, que possuem sistemas públicos com acesso universal. Na América Latina os principais países que adotaram esse modelo são Chile e Brasil. (MENDES, 2011)

No Brasil, desde a Constituição Federal (CF) a palavra “redes” existe.

“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.” (BRASIL, 1988, grifo da autora)

Quando falamos de Brasil, devemos lembrar que nele existem outros “Brasis”. As diversidades regionais, com diferenças sócio econômicas, assim como necessidades de saúde são marcantes. Essa diversidade é intensificada por vários motivos como mencionado na Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS:

(...) “elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.” (BRASIL, 2010, p.2)

Porém antes mesmo da portaria ser lançada, experiências brasileiras, nesse modelo de atenção já podem ser analisadas, por meio da legislação e da prática realizada em alguns estados pioneiros como Minas Gerais, Espírito Santo e Paraná.

Em Minas Gerais com o “Programa Viva Vida” e a “Rede Hiperdia Minas”, o primeiro com a proposta de redução da mortalidade materno-infantil e o segundo direcionado para pacientes com doenças crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares e doença renal crônica, a fim de aumentar a longevidade dessa população com qualidade de vida. No Espírito Santo, com o “Projeto Integrar” que tem por objetivo integrar o centro de especialidades às unidades de saúde da família, além de desenvolver a linha de cuidado materno-infantil. No Paraná o “Programa Mãe Curitibana” é a rede de atenção voltada para a saúde materno-infantil, implantada desde 1999. (MENDES, 2011)

Ao contrário da estratégia anterior à RAS, fundamentada nas ações curativas, centralizada na figura do médico e dimensionada a partir da oferta, mostrou-se insuficiente frente aos desafios atuais, as diretrizes tem por finalidade dar um norte para a estruturação do sistema público de saúde, para superar a fragmentação, tanto da atenção quanto da gestão e garantir ao usuário serviços efetivos e eficazes. (BRASIL, 2010)

É importante ter em mente que:

“Os obstáculos estruturais e conjunturais que dificultam a efetivação plena dos princípios da reforma sanitária brasileira, tais como o baixo financiamento público, as contradições entre as políticas de formação e educação em saúde e as necessidades do sistema público e os problemas não resolvidos de gestão e regulação públicas na saúde, constituem desafios importantes que devem ser considerados na avaliação da integração da saúde no SUS”. (SILVA, 2011)

As redes são mais do que a soma de cada parte que as compõem. Visam construir um sistema baseado na confiança e reciprocidade, no qual as relações tornam-se aprofundadas e estáveis. As redes têm como ponto forte a ampliação da capacidade de aprendizagem; o funcionamento como plataforma de gestão de conhecimentos; a legitimação de vínculos múltiplos entre atores e organizações e benefícios advindos de ganhos de escala. Há que se atentar para possíveis complicadores também, dentre os quais destacam-se a dificuldade na prestação de contas (devido ao grande número de atores); a construção de consensos, que pode ser mais lenta devido ao mesmo motivo bem como as dificuldades de coordenação (MENDES, 2011).

É necessário entender a complexidade do SUS, e do processo democrático envolvido na formulação desse novo modelo de gestão. Apenas para citar quais são as redes temáticas priorizadas e o quão complexas são: Rede Cegonha, direcionada para a atenção à gestante e à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde Toda Hora; Rede de Atenção Psicossocial, principalmente para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer, com maior enfoque a prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limites. (DI GIOVANNI, 2013)

A Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) organiza seus eixos estratégicos de tal forma que estes possam orientar e qualificar as ações e serviços em prol da criança. Perpassam pelas RAS, tendo como base a Atenção Básica de Saúde e seus programas já existentes, como Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Programa

Nacional de Imunização (PNI), Programa Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e Programa Saúde na Escola (PSE).

Figura 2: Esquema elaborado pela CGSCAM para apresentar os eixos temáticos com que trabalha e as ações tomando como base a Atenção Básica à Saúde e as RAS.



Fonte: CGSCAM/DAPES/SAS/MS, 2014

3.2.2.3. A REDE CEGONHA - RC

A Rede Cegonha (RC) é uma estratégia lançada pelo Governo Federal no dia 28 de março de 2011 que visa estabelecer ações nas quais o atendimento à mulher e à criança sejam mais eficientes antes, durante e após o parto, até o segundo ano de vida da criança no SUS, reduzindo a mortalidade de ambas.

O Programa intitulado Rede Cegonha,

“(...) instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (...)” (BRASIL, 2011c, p.2)

Conforme o acordo com o Plano de Ação e a partir da Portaria Consolidada da Rede Cegonha nº 2.351 de 5 de outubro de 2011, sua implementação tem por princípio básico a organização da assistência. Assim, os gestores de saúde deverão criar um Plano de Ação

Regional - ao todo são 435 regiões de saúde que fazem parte do plano de ação nacional - que poderá servir para todo o estado ou apenas uma dada região prioritária. A região deverá então realizar um diagnóstico frente aos dados epidemiológicos e de como sua rede de atenção materno infantil existente funciona - ou não.

O gestor estadual deverá, conjuntamente com os municípios da região estabelecida, elaborar uma nova proposta que garanta:

"o acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e o acesso às ações do planejamento reprodutivo".
(SUBCHEFIA DE ASSUNTOS FEDERATIVOS e SECRETARIA NACIONAL DE RELAÇÕES POLÍTICO-SOCIAIS, 2013, p.59)

Trata-se, portanto, de outra estratégia recente que dispõe sobre a saúde da criança, constituindo assim mais um indicativo de que o tema vinha ganhando importância e projeção nacional.

Em mais de um século analisado, existiram diversas iniciativas voltadas para a saúde da criança, conforme foi analisado. Entretanto, nenhuma delas se configurou como uma política nacional, única e exclusiva para as crianças, considerando todas as singularidades envolvidas nos cuidados junto a esse grupo da população. Na verdade, apenas muito recentemente iniciaram a formulação de políticas públicas voltadas exclusivamente para a criança como um ser distinto da mãe, e vice-versa – esse entendimento, inclusive, foi fruto da atuação de movimentos sociais ligados às questões feministas, que recentemente se articularam de forma mais coesa e passaram a reivindicar direitos.

As crianças, por sua vez, não possuem essa capacidade de, por si só, se mobilizarem e se articularem politicamente. São um grupo que, para reivindicação de direitos, depende de indivíduos adultos porventura comprometidos com essa causa. Assim, as reivindicações são feitas conforme o entendimento que estes adultos possuem sobre o que é melhor e/ou mais conveniente para as crianças.

Conforme visto, esse entendimento alterou-se ao longo do período analisado: inicialmente, as políticas eram impositivas e de caráter higienista, que visavam gerar mão de obra forte e saudável para a nascente indústria brasileira. Posteriormente, o caráter autoritário diminuiu até se extinguir por completo; e nos anos 80 iniciou-se uma visão ampliada, que se preocupava com o crescimento e desenvolvimento; porém, o entendimento da criança como um

ser completo, compreendendo toda a situação bio-psico-social que a envolve ainda é algo muito recente.

Importante salientar, que, apesar de todos esses avanços, ainda não havia uma política nacional específica para a saúde da criança. Esta só viria mais tarde, fruto de uma conjunção fortuita de fatores, conforme será analisado adiante.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. CAPÍTULO 3: O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA (PNAISC)

Vimos no capítulo 2 que a necessidade de uma política nacional para a saúde da criança é um desejo antigo. Apesar disso, apenas no ano de 2014 a portaria ¹⁴que irá instituí-la foi aprovada. Ainda é necessário ser analisada pela Consultoria Jurídica (CONJUR)¹⁵, antes da sua publicação no Diário Oficial da União (DOU). Para delimitar um tempo para a análise da PNAISC adotaremos os anos entre 2007 e 2014.

Não encontramos documentos que possam mostrar que houve algum movimento em prol de uma política nacional em anos anteriores a 2007. Houve, em 2004, uma iniciativa que podemos inferir que se aproximou de uma política nacional para a saúde da criança, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Nela está explícito que é mister organizar a assistência à população infantil em seus vários níveis, para que a atenção seja integral, humanizada e qualificada. Porém a agenda ficou limitada a ser apenas um documento técnico.

Sobre a agenda ainda temos:

(...) “o lançamento da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (Brasil, 2004c) contribuiu tanto para a promoção da saúde materna quanto infantil. Pois destaca, dentro das linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil, as ações de saúde da mulher com uma atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido e o incentivo ao aleitamento materno desde a gestação até o pós-nascimento. Além disso, as principais estratégias de ação da vigilância à saúde, pela equipe de atenção básica, e da vigilância da mortalidade materna e infantil ampliam a responsabilização da gestão dos serviços de saúde no controle de doenças e agravos que podem surgir interferindo na sobrevivência da mãe e da criança. Isso aponta para uma grande evolução no âmbito das políticas públicas no Brasil, mostrando que a melhoria da qualidade de vida, e não medidas

¹⁴ Portaria é o ato normativo interno pelo qual os ministros e seus secretários, estes somente no âmbito de sua competência material, estabelecem regras, baixam instruções para aplicação das leis ou tratam da organização e funcionamento de serviços de acordo com a sua natureza administrativa. (BRASIL, 2010c, p.15)

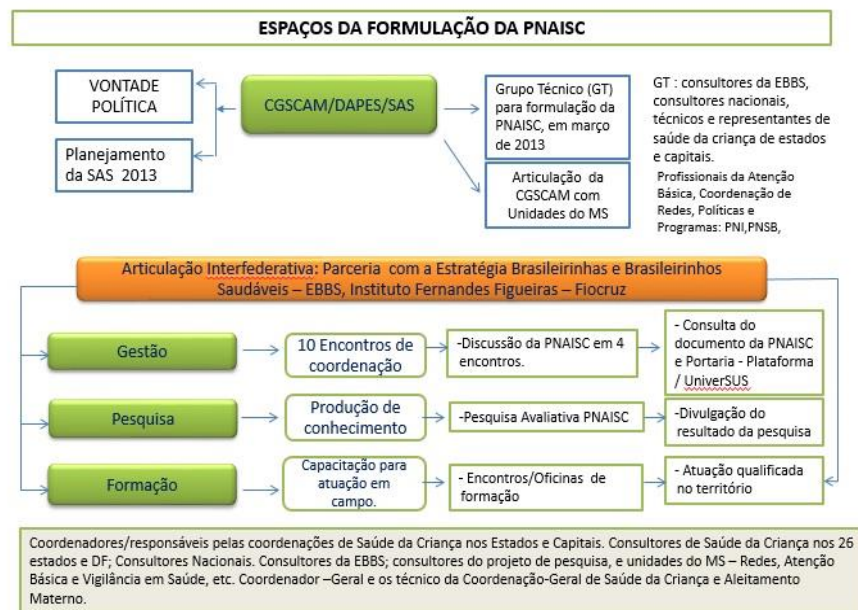
¹⁵ A CONJUR/MS é órgão setorial da Advocacia-Geral da União, administrativamente subordinado ao ministro de Estado da Saúde, cuja função é assessorá-lo nos assuntos de natureza jurídica. Entre as competências da Conjur cabe a assistência ao ministro de Estado da Saúde no controle da legalidade dos atos por ele praticados, tais como a expedição de Portarias e Instruções Normativas e a análise da legislação de interesse da saúde. (BRASIL, 2010c, p.57)

isoladas e verticalizadas, tem norteado a promoção de saúde integral materno-infantil”. (SANTOS NETO, 2008, p.113, grifo da autora)

Das iniciativas que podemos dizer precursoras de uma política nacional, destaca-se a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), movimento iniciado em 2007, conforme analisado anteriormente.

A PNAISC foi formulada a partir de uma série de Encontros Nacionais de Coordenadores de Saúde da Criança das 27 Unidades da Federação (UF) e capitais, desde agosto de 2011. Além de discussões e trocas de experiências entre todos os estados da federação e DF, através da Plataforma UNIVERSUS, um espaço restrito apenas para os participantes da formulação da PNAISC. Em 2013, a proposta da PNAISC foi incorporada no planejamento da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). (CGSCAM/DPAES/SAS/MS, 2014)

Figura 3: Fluxo dos espaços e tempos de formulação da PNAISC



Fonte: CGSCAM/DPAES/SAS/MS, 2014

Em março de 2013, constituiu-se o grupo de trabalho para a formulação da política, com a participação de especialistas da área, pesquisadores de universidades, técnicos do MS, representantes dos gestores de saúde da criança dos estados e capitais, que elaboraram a versão preliminar do documento da PNAISC e da minuta de Portaria para contribuições das áreas afins internas do MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Capitais (através das coordenações de Saúde da Criança) e sociedade civil. (ALMEIDA, 2014)

A validação da versão final do documento ocorreu nas instâncias do MS (colegiado gestor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas DAPES/SAS e pelo secretário

da SAS) e no IX Encontro Nacional de Coordenações de Saúde da Criança, em Salvador, em 20 de março de 2014. (ALMEIDA, 2014).

Em 5 de novembro de 2014, a PNAISC foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁶, por unanimidade. A pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)¹⁷, que é um espaço de articulação e expressão das demandas dos gestores federais, estaduais e municipais, ocorreu em 11 de dezembro de 2014, e atualmente a minuta encontra-se na Consultoria Jurídica CONJUR/MS que encaminhará o texto para ser publicado no Diário Oficial da União.

Figura 4: Fluxo das etapas de pactuação da PNAISC



Fonte: CGSCAM/DAPES/SAS/MS, 2014

¹⁶ CNS: O Conselho Nacional de Saúde (CNS) instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde – SUS - de caráter permanente e deliberativo, tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. O CNS é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho. É competência do Conselho, dentre outras, aprovar o orçamento da saúde assim como, acompanhar a sua execução orçamentária. Também cabe ao pleno do CNS a responsabilidade de aprovar a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde. (<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>)

¹⁷ CIT: Formada por três instâncias: É constituída (em nível federal) paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Nela, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Sua composição é formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo MS, cinco pelo Conass e cinco pelo Conasems. A representação de estados e municípios é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do país. (http://www.fiotec.fiocruz.br/institucional/index.php?option=com_content&view=article&id=2334:encontro-em-setembro-marca-entrada-da-ebbs-na-capacitacao-de-coordenadores-da-saude-dacrianca&catid=226&Itemid=116&lang=pt)

A PNAISC é, portanto, o documento que reúne o conjunto de ações programáticas e estratégicas para garantir o pleno desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida, considerando as diferentes culturas e realidades, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, e defesa dos direitos da criança desde a gestação até os 9 anos de idade (< 10 anos). (BRASIL, 2014b)

A política é resultado do trabalho conjunto do MS e EBBS, com o coletivo de coordenações de saúde da criança e consultores da CGSCAM nos estados, que se reuniram nos últimos três anos (2012, 2013 e 2014), ao longo de nove encontros nacionais, para discutir, formular e pactuar o conjunto de ações necessárias para que a criança brasileira tenha garantido o seu direito a uma atenção integral e de qualidade, que permita seu crescimento sadio e desenvolvimento pleno. (ALMEIDA, 2014)

A PNAISC tem como princípios: i) Direito à vida e à saúde; ii) Prioridade absoluta da criança; iii) Acesso universal; iv) Integralidade do cuidado; v) Equidade em saúde; vi) Ambiente facilitador à vida; vii) Humanização da atenção; e viii) Gestão participativa e Controle Social. (BRASIL,2014b)

É composta, ainda, por nove diretrizes: a gestão interfederativa das ações de saúde da criança; a organização das ações e serviços em redes de atenção; a promoção da saúde; o fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; a qualificação da força de trabalho do SUS; o planejamento e desenvolvimento de ações; o incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; permanente monitoramento e avaliação; e intersetorialidade. (BRASIL, 2014b)

Tem como eixos centrais: i) a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; ii) o aleitamento materno e alimentação complementar saudável; iii) a promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; iv) a atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; v) atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção cultura paz; vi) a atenção à saúde de crianças com deficiência, ou em situações específicas de vulnerabilidades; e vii) a vigilância e Prevenção do óbito Infantil e Fetal. (BRASIL, 2014b)

Para viabilizar os objetivos elencados pela PNAISC, uma série de estratégias já existentes trabalham de maneira integrada, tais como: Método Canguru; Mulher Trabalhadora que Amamenta, IHAC, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), Rede de Banco de Leite Humano, Mobilização Social; Visita domiciliar e EAD (Educação a Distância) – DPI (Desenvolvimento da Primeira Infância); Brasil Carinhoso; Programa Saúde na Escola (PSE); Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; Saúde Indígena, Saúde Prisional, Situação de rua; Notificação e investigação de óbitos. (ALMEIDA, 2014)

4.1.1. KINGDON, A JANELA DE OPORTUNIDADES E A PNAISC

Como visto no primeiro capítulo, o modelo de Kingdon para análise de políticas públicas preconiza a convergência de três fluxos (de problemas, de alternativas e político), que formam uma janela de oportunidades, a ser aproveitada pelos empreendedores políticos – aqueles atores que investem capital visando a efetivação de uma nova política pública. O surgimento da PNAISC também pode ser observado a partir dessa lógica, conforme buscamos fazer a seguir, detalhando cada um dos fluxos enumerados pelo autor.

Porém, antes cabe aqui elencar uma política social que contribui para o acompanhamento de crianças na saúde, assistência social e educação, crianças estas que se encontram na pobreza ou abaixo dela. Trata-se do programa Bolsa Família, estabelecido pela medida provisória no 132, de 20 de Outubro de 2003, transformado na Lei no 10.836, de 09 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto no 5.209, de 17 de setembro de 2004. Através das condicionalidades que impõe, como matrícula e frequência escolar de 85% e na saúde o acompanhamento de gestantes, nutrizes e crianças menores de 7 anos quanto aos aspectos nutricionais e de vacinação atualizada. Com isso objetiva interromper o ciclo geracional da pobreza. (BORGES, 2012)

Essa é uma política que é acompanhada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS) e encaixa no fluxo político, estabelecendo uma mudança no tratamento do tema no país, com o primeiro governo Lula.

4.1.1.1. Os atores envolvidos

Antes de iniciar a análise propriamente dita, julgamos importante apresentar os atores envolvidos no processo de elaboração, negociação e aprovação da PNAISC, subdividindo-os em dois grupos: atores governamentais e atores não governamentais.

I. Atores governamentais

a. Burocratas:

CGSCAM: A Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) elabora estratégias de atenção integral à saúde da criança desde a gestação da mulher até os 9 anos de idade (vide quadro da p.43). Também tem como finalidade reduzir a mortalidade infantil e garantir o pleno crescimento e desenvolvimento da criança, apoiando a implementação das redes de atenção à saúde em seu componente específico, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade. Desde 2011 a CGSCAM concentra seus esforços na construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Conta com servidores e técnicos contratados em seus quadros, além de bolsistas de projetos vinculados a órgãos nacionais e internacionais¹⁸.

b. Coordenadores estaduais, municipais e das capitais:

Cada unidade da federação possui um coordenador de saúde da criança. Além disso, municípios e cada capital de UF também possui seu próprio coordenador de saúde. A exceção é o DF, que possui um único coordenador.

c. Consultores Nacionais:

A EBBS conta com uma rede de consultores nacionais, que são especialistas em saúde da criança, que apoiam o processo de

¹⁸ Informações retiradas de: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/513-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/l1-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/12864-conheca-a-cgscam>

formação de consultores estaduais – também contratados como facilitadores do diálogo federativo no tocante à saúde da criança.

II. Atores não-governamentais

a. Acadêmicos e pesquisadores.

b. Fundações/ONGS:

A Bernard van Leer Foundation é uma instituição holandesa fundada em 1949, cuja missão é melhorar as oportunidades para crianças até os 8 anos de idade que estão crescendo em circunstâncias econômicas e socialmente difíceis. Atua em diversos países, incluindo o Brasil.

A Fundação Maria Cecília Souto Vidigal existe desde 1965. Situa-se em São Paulo, e desenvolve projetos sociais voltados ao desenvolvimento infantil em municípios e regiões metropolitanas.

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) teve início em 1900, como Instituto Soroterápico Federal. Atualmente, sua missão consiste em

*“Produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que contribuam para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais e para a dinâmica nacional de inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais.”*¹⁹

Especificamente, a FIOCRUZ participou da PNAISC através do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Fundado em 1924, o IFF é uma unidade de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico da FIOCRUZ.

¹⁹ Disponível em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/perfil-institucional>. Acesso em: 15/01/2015

c. Organizações Internacionais:

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (em inglês United Nations Children's Fund - UNICEF) é um órgão da Organização das Nações Unidas (ONU) que tem visa promover a defesa dos direitos das crianças, auxiliar em suas necessidades e contribuir para o seu desenvolvimento, criada em 1946.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) foi criada em 1902, sendo a mais antiga agência internacional de saúde do mundo. Seu objetivo é prover cooperação técnica e mobilizar parcerias para aprimorar a saúde e a qualidade de vida nos países americanos.

4.1.1.2. Fluxo de problemas

Um dos elementos elencados por Kingdon como componente do fluxo de problemas é a existência de indicadores. No caso da mortalidade infantil, esses indicadores existem há muitos anos. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) existe desde 1975, conforme mencionado no capítulo anterior. Anteriormente a essa data, não existia uma forma periódica de mensuração desse indicador; no entanto, eram realizados levantamentos esparsos e os dados eram levados em conta. As leituras realizadas indicam que o indicador de mortalidade infantil era tido como alto desde muito tempo no Brasil.

No surgimento da PNAISC vimos também que algumas demandas por solução governamental foram oriundas de atores internacionais. Reconhece-se como um problema o alto coeficiente de mortalidade materna e neonatal - mortes estas em sua maioria evitáveis - pois existe um padrão tido como "aceitável" de mortes de mulheres em idade fértil (MIF) a cada cem mil nascidos vivos. Vale lembrar da Declaração do Milênio que estabeleceu os oito ODM, conforme visto anteriormente. Entre esses oito objetivos estão: reduzir a mortalidade infantil (objetivo nº4) e melhorar a saúde das gestantes (objetivo nº 5).

Quanto à ocorrência de crises e/ou eventos marcantes, não identificamos nenhum evento singular em momentos imediatamente anteriores ao início da elaboração da PNAISC ou mesmo

de seu lançamento. Todavia, é importante ressaltar que casos de mortalidade infantil – especialmente aqueles devidos a fatores facilmente evitáveis, como acesso a saneamento básico, falhas graves nos serviços públicos de atendimento à saúde (como UTIs lotadas, falta de leitos, etc) – ocupam espaço na grande mídia com frequência. Como a questão envolve crianças, a comoção geral do público tende a ser grande, gerando pressão social por ações do poder público.

Por fim, quanto ao feedback de orçamento, custos e políticas, ressaltamos que a PNAISC tem financiamento tripartite; ou seja, de acordo com a pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. Além disso, todas as iniciativas anteriores para a saúde infantil acabaram por influenciar o surgimento da PNAISC, uma vez que nenhuma delas tinha sido capaz de trazer os indicadores a níveis considerados aceitáveis. Assim, toda a experiência acumulada anteriormente bem como os resultados obtidos, também contribuíram para a elevação da saúde infantil como problema “merecedor” de uma política nacional por parte do poder público.

Foi a partir daí que se trabalhou na formulação da PNAISC, motivada, portanto, por uma série de constatações, sendo a principal advinda dos indicadores nacionais de saúde da criança - como o relativo à mortalidade infantil – que, apesar dos avanços, ainda mostravam-se incompatíveis com o nível de desenvolvimento econômico do país. Além disso, constatou-se a necessidade de enfrentar as iniquidades que persistem nas condições de saúde das crianças de grupos populacionais mais vulneráveis, como das periferias das grandes cidades, indígenas, quilombolas, ribeirinhos, negros, aqueles com deficiências, filhas(os) de mulheres privadas de liberdade e em situação de rua.

4.1.1.3. Fluxo de alternativas

Outro fluxo concorrente para o surgimento de uma política pública, segundo Kingdon (1995) é o fluxo de alternativas – as soluções elencadas para o problema reconhecido no fluxo anteriormente descrito. Nesse caso, as alternativas foram advindas tanto por atores governamentais quanto por atores não-governamentais.

Nesse âmbito, houve uma livre competição de ideias e modelos, que foram debatidos em diversos momentos, tais como: a 1ª pesquisa da EBBS (financiada pelo Programa de Aceleração do Crescimento – PAC); encontros nacionais com coordenadores estaduais e das capitais de saúde da criança; na plataforma UNIVERSUS para a formulação da política

nacional; com a inclusão de consultores nacionais (contratados via EBBS), que colaboraram com os debates; e, finalmente, com a formação de um Grupo Técnico (GT), composto por pesquisadores, acadêmicos e também burocratas – grupo que efetivamente participou da redação da PNAISC.

Nesses debates, verificou-se que era preciso responder às crescentes evidências científicas que apontam para a necessidade de ações voltadas não apenas para a sobrevivência e o crescimento infantil, mas também para a promoção do pleno desenvolvimento na primeira infância (aí incluindo as de fomento ao vínculo mãe/cuidador-bebê), como preventivas das doenças crônicas não transmissíveis e de agravos psíquicos na vida adulta. (PENELLO, 2013a)

Por fim, a necessidade de garantir a integralidade da atenção, articulando ações e serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e redes de atenção à saúde, sob coordenação da atenção básica à saúde. Era preciso sistematizar e articular o vasto leque de ações, programas e políticas existentes no campo da saúde da criança no país.

Embora tenha havido debates intensos, a análise documental (em especial daqueles documentos preliminares; ou seja, os referentes ao processo de concepção da PNAISC) apresentou um cenário de relativa homogeneidade. Queremos dizer, com isso, que os atores envolvidos no processo comungavam das mesmas ideias, sobretudo no que diz respeito a qual deveria ser o núcleo central da Política e seu funcionamento. Conforme apontado por Kingdon, uma proposta coesa e defendida por grande parte dos atores é um elemento essencial quando da abertura de uma janela de oportunidades. No caso da PNAISC, esse elemento estava presente.

4.1.1.4. Fluxo político

Quanto ao fluxo político, Kingdon elenca novamente três aspectos a serem levados em consideração: o clima nacional, as forças políticas organizadas e as mudanças no governo. Em relação ao primeiro, novamente destacamos o papel da mídia e de organizações não-governamentais na divulgação tanto dos indicadores relativos ao problema quanto de casos que se sobressaem e são capazes de mobilizar a opinião pública e atores políticos, conforme foi dito no tópico referente ao fluxo de problemas. Em nossa pesquisa não constatamos vozes contrárias à ideia de se estabelecer uma política nacional para a saúde da criança, sendo esta ideia bem

aceita pela sociedade. Deste modo, entendemos que o clima nacional era favorável à implementação da PNAISC.

O segundo tópico diz respeito às forças políticas organizadas, englobando tanto atores governamentais quanto atores não-governamentais. Aqui, destacamos diversos grupos cuja atuação ativa foi de fundamental importância para o exercício de pressão junto ao governo pela aprovação da PNAISC. Os atores governamentais envolvidos são especialmente burocratas e congressistas, enquanto os não-governamentais envolvem acadêmicos, pesquisadores, ONGs, Fundações (como a FIOCRUZ) e organizações internacionais, como a OPAS e a UNICEF. A seguir detalhamos o papel de cada um deles.

A coordenação do processo de formulação da PNAISC foi da CGSCAM, com o apoio operacional e conceitual da EBBS/IFF/FIOCRUZ, que possibilitou vários encontros com os atores participantes desta política. A minuta da portaria da PNAISC foi elaborada ao longo dos encontros e através da plataforma de uma forma bastante integrada, assim realizando uma construção conjunta. Nos 10 Encontros Nacionais de Coordenadores de Saúde da Criança, haviam convidados como pesquisadores e acadêmicos que apresentavam suas pesquisas validando práticas, através das evidências encontradas. Além disso, vários outros atores como representantes de Fundações e Organismos Internacionais estiveram presentes nos encontros trazendo experiências de outros países e assim colaborando também para a formulação da política nacional.

Um papel de extrema importância e chave para a aprovação da PNAISC foi a do coordenador da CGSCAM (Gestão 2011- atual), com grande articulação política dentro do Ministério da Saúde para que a política fosse instituída. Foi um trabalho que durou três anos mobilizando todos os envolvidos.

Por fim, entendemos ainda que houve uma mudança de governo chave para compreendermos a aprovação da PNAISC: trata-se da eleição de Dilma V. Rousseff em 2010, e a nomeação de Alexandre Padilha como Ministro da Saúde. Foi durante a gestão Dilma/Padilha que os avanços mais significativos rumo à PNAISC se deram, tais como a implementação da Rede Cegonha (RC) e do Programa Intersetorial Federal intitulado Brasil Carinhoso (Lei nº 12.722 de 03 de outubro de 2012).

Outro movimento que colaborou com a efetivação da elaboração e aprovação de uma política nacional específica para as crianças ocorreu em 2011, promovido pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno - denominada Coordenação Geral de Atenção Integral à Saúde da Criança e Aleitamento Materno desde 2013 – juntamente com a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS). Naquele momento foi elaborada uma carta de intenção, da qual consta que:

*“Os Coordenadores de Saúde da Criança (ou responsáveis pela temática) dos 26 Estados e Distrito Federal e das 26 Capitais de Estado, reunidos no 1º Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde da Criança, promovido pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/DAPES/SAS, do Ministério da Saúde, no período de 20 a 21 de Setembro de 2011, na cidade de Brasília, reiteram seu compromisso com a criança brasileira e sua família, bem como com a consolidação da construção do SUS. Defendem uma retomada da priorização da Saúde da Criança na agenda da saúde pública brasileira, bem como em cada uma de nossas respectivas esferas de governo no país, como desenvolvimento de amplo processo de pactuação interfederativa de uma **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**”. Tal priorização se faz necessária considerando não só o enfrentamento da mortalidade infantil, e em especial a neonatal, através da implementação da Rede Cegonha, mas, entre outras coisas, responder às crescentes evidências científicas que apontam para a necessidade de ações de promoção de saúde nos primeiros anos de vida, como preventivas das doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta, além de essenciais para o enfrentamento da morbimortalidade por causas externas, em particular as ligadas à violência”. (CGSCAM/DAPES/SAS/MS, 2011, grifo da autora)*

A proposta foi adotada como uma das metas do planejamento da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) para o ano de 2013, pelo então secretário Helvécio Miranda Magalhães Júnior e o Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha. Porém, devido as mudanças na gestão em 2014, com a posse do novo ministro Ademar Arthur Chioro dos Reis e do secretário da SAS Fausto Pereira dos Santos, mesmo sendo uma continuidade do mesmo governo a proposta precisou ser apresentada novamente, o que gerou um atraso na sua apresentação no CNS e na CIT. Porém, isso não acarretou problemas; pelo contrário, gerou mais momentos de discussões dentro da SAS, o que fez a política amadurecer e culminar com a sua aprovação geral. (CGSCAM/DAPES/SAS/MS, 2014)

4.1.1.5. A janela de oportunidades e os empreendedores políticos

Conforme exposto, os três fluxos elencados por Kingdon mostraram-se favoráveis ao surgimento de uma política nacional para a saúde infantil, configurando assim o que o autor chamou de “janela de oportunidade”. Todavia, para que essa janela pudesse ser aproveitada, era preciso a ação dos chamados empreendedores políticos, aqueles atores com peso político, voz e capacidade de articulação nas diversas esferas públicas.

Dentre todos os atores envolvidos com a concepção da PNAISC, se sobressai, no papel de empreendedor político, o já citado Paulo Vicente Bonilha de Almeida: médico, pediatra, especialista em saúde pública pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, mestre em saúde da criança e adolescente pela mesma instituição. Foi Diretor do Distrito de Saúde Norte da Prefeitura de Campinas e Secretário de Saúde do município de Hortolândia-SP. É coordenador da CGSCAM desde 2011.

Foi ele a pessoa capaz de atentar para a abertura da janela de oportunidades e, em diálogo tanto com o Secretário quanto com o Ministro da Saúde, fazer com que a PNAISC fosse possível. Mais do que isso, foi ele o primeiro a levar a proposta da criação de uma política nacional exclusiva para as crianças às instâncias superiores – desta forma, Bonilha atuou, de certo modo, como representante político das crianças, promovendo não apenas a articulação de todos os atores envolvidos com o tema, mas também negociando para que a proposta construída se materializasse enquanto política pública.

Como forma de representação simplificada da análise realizada no trabalho de acordo com o modelo de Kingdon, foi elaborado o quadro a seguir.

Quadro 3. Análise da PNAISC segundo o modelo de Kingdon. Brasília, Fev., 2015

Fluxo de Problemas	Fluxo de Alternativas	Fluxo político
1) Existência de indicadores de mortalidade infantil sólidos e com série histórica relevante; 2) embora não tenha havido ocorrência de crises, o tema da mortalidade infantil está sempre presente na mídia; 3) a experiência acumulada em políticas anteriores e os resultados obtidos também contribuíram para a elevação da saúde infantil como problema “merecedor” de uma política nacional por parte do poder público	1) houve livre competição de ideias e modelos, debatidos em diversos momentos, como: a 1ª pesquisa da EBBS; encontros nacionais com coordenadores estaduais e das capitais de saúde da criança; na plataforma UNIVERSUS; com consultores nacionais contratados; e, finalmente, com a formação de um Grupo Técnico (GT), composto por pesquisadores, acadêmicos e burocratas; 2) O cenário era de relativa homogeneidade - os atores envolvidos no processo comungavam das mesmas ideias, sobretudo no que diz respeito a qual deveria ser o núcleo central da Política e seu funcionamento	1) clima nacional favorável - a sociedade compartilhava da necessidade de se estabelecerem ações e políticas de saúde em prol das crianças; 2) forças políticas organizadas - tanto nacionais (FIOCRUZ, Ministério da Saúde, Fundação Maria Cecília Souto Vidigal) quanto internacionais (UNICEF, OPAS) convergiam para o estabelecimento de uma política; 3) mudanças políticas - foi na gestão Dilma/Padilha que os avanços mais significativos rumo à PNAISC se deram, tais como a implementação da Rede Cegonha (RC) e do Programa Intersetorial Federal intitulado Brasil Carinhoso

Fonte: Elaboração própria

5. CONCLUSÕES

Conforme exposto no trabalho, a preocupação com a mortalidade infantil e com questões relacionadas à saúde da criança não é exatamente recente no Brasil. Ainda que as primeiras iniciativas tenham tido caráter filantrópico e o tema tenha levado algum tempo até ser alvo de ações por parte do poder público, o tema esteve presente na sociedade brasileira desde o século XIX. Desde 1929, atores envolvidos com o tema lamentam a inexistência de uma política nacional específica para as crianças, como foi o caso de Moncorvo Filho, abordado no segundo capítulo.

Utilizando o modelo de múltiplos fluxos de John Kingdon, podemos constatar que o tema era considerado um problema público desde então. Também existiram alternativas para solucionar ou amenizar esse problema durante os anos, ainda que essas alternativas e modelos tenham sido alterados com o passar do tempo. Assim, dois dos três fluxos da análise de Kingdon estavam presentes antes do século XXI.

Faltava o fluxo político. Como também já ressaltamos anteriormente, as crianças possuem uma “desvantagem” em relação aos adultos quando se trata de sua representação política, impossibilitada pelas circunstâncias próprias da idade. Assim, não existem movimentos sociais compostos por crianças, que possam pressionar a esfera política por ações. Tampouco lhes é possível expressar suas vontades e desejos políticos. Estes dois aspectos contribuem para uma sub-representação das crianças. Além disso, a reivindicação por direitos e políticas para as crianças, é feita, então, por adultos – os quais, em última instância, podem se equivocar quanto às decisões que de fato seriam as melhores para esse grupo.

Para que uma política nacional surgisse era preciso, portanto, que atores adultos interessados pelo tema chegassem a posições de destaque no poder público, juntamente com a continuidade dos outros dois fluxos. Foi o que começou a ocorrer, especialmente a partir da segunda década do século XXI. Uma conjunção dos três fluxos elencados por Kingdon se deu, e, desta feita, havia empreendedores políticos a postos para aproveitá-la. Nascia aí a PNAISC.

A criação de uma Política Nacional de Saúde da Criança é um avanço institucional, tanto pelo seu ineditismo quanto pelas suas premissas subjacentes. Todavia, sua implementação precisa de cuidados especiais para não incorrer em erros e/ou omissões que historicamente caracterizaram muitas das leis que regulamentam aspectos importantes da área da saúde.

Vale lembrar que as ações políticas elaboradas anteriormente para a saúde no Brasil obedecem a princípios organizativos e diretrizes doutrinárias constantes do Sistema Único da Saúde: a universalidade, a integralidade e a equidade. No entanto, muitas delas não conseguem ser implementadas de fato.

Existem inúmeras dificuldades para que isso aconteça plenamente. Aponta-se, por exemplo, a participação dos demais entes federados (estados, municípios e o DF), que nem sempre concorre para a consecução dos objetivos elencados em âmbito federal. Com a descentralização, muitos municípios não conseguem arcar com os compromissos, assim deixam de cumprir os pactos por falta de recursos. A diferença de recursos de serviços de saúde e profissionais entre as regiões também é evidente e persistente, sendo o Norte e Nordeste as que mais necessitam investimentos. Para que a PNAISC atinja seus objetivos, todos os entes terão de atuar em sintonia, apesar de toda dificuldade que já encontram para gerir seus financiamentos. Dado que representantes desses entes participaram ativamente da elaboração da Política, espera-se que essa questão seja amenizada.

O subfinanciamento é um dos grandes problemas do SUS. Mesmo com a obrigatoriedade de investimento na saúde pelos entes federados o valor não é suficiente para a atual necessidade da população. No Brasil a carga tributária é alta, porém o investimento nos setores que atendem a população, como a saúde, são de qualidade questionável. Permanecendo o atual cenário, há possibilidade de que a falta de financiamento inviabilize o sistema público de saúde.

Outro gargalo importante tem sido os profissionais de saúde que trabalham diretamente com a atenção à saúde das crianças. Caso estes atores não sejam efetivamente sensibilizados e passem a colocar em prática os conceitos estabelecidos na PNAISC, o trabalho continuará fragmentado. Nesse caso, a política reduzir-se-ia a boas e inovadoras intenções que permaneceriam apenas no papel. Por conseguinte, é fundamental concentrar atenção nas ações de monitoramento e avaliação, a fim de evitar estes gargalos que historicamente tem dificultado e realização plena de políticas inovadoras.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.V.B. **IV Simpósio Internacional de Desenvolvimento da Primeira Infância;** Nov 12-13. São Paulo, SP. 2014. Disponível em:

https://www.youtube.com/watch?v=1_mBQvk7h4E&list=PLvfZHqGpp_MsyetKONa6uZ8SNmQxInAWk&index=6. Acesso em: 05 jan 2015.

ALMEIDA, P.V.B. **O papel do pediatra no Programa de Saúde da Família – PAIDÉIA de Campinas (São Paulo – Brasil).** Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 226 f. 2008.

ALVES, P. C. A cura da raça: eugenia e higienismo no discurso médico sul-rio-grandense nas primeiras décadas do século XX. **Caderno de Saúde Pública** [online]. v.23, n.1, p. 242-244, 2007.

BARCELOS, M. A formação da área de análise de políticas públicas: do modelo “racional compreensivo” às abordagens “sintéticas” do processo da política pública. **Sociais e Humanas**, Santa Maria, v. 26, n. 01, p. 145-162, 2013.

BARROS, N.V. **Violência intrafamiliar contra criança e adolescente. Trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social.** Tese de doutorado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio. 275 f. Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza.** Brasília: MS. 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (proposta preliminar).** Brasília: MS. 2014b.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei Federal nº 8.069, de 13 de junho de 1990. 7ª edição, 2012a.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Constituição (1988). Versão atualizada em 2012b. Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1366/constituicao_federal_35ed.pdf?sequence=11>. Acesso em: 20 dez 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Consolidada da Rede Cegonha (Portaria nº 1.459 de junho de 2011 e Portaria nº 2.351, de 05 de outubro de 2011). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_consolidada_cegonha.pdf>. Acesso em: 18 dez 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gestão e Gestores de políticas Públicas de Atenção à Saúde da criança: 70 anos de história. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011c.

_____. Ministério da Saúde. O futuro hoje: estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS. Portaria MS/GM nº 4. 279 de 30 de dezembro de 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de orientação: elaboração de portarias no Ministério da Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação** – Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004.

BONILHA, L.R.C.M; RIVORÊDO, C.R.S.F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria** - v. 81, n. 1, 2005.

BORGES, C.R.O. A influência do programa Bolsa Família na redução do nível de pobreza da população e os efeitos das condicionalidades sobre indicadores de saúde e educação: um estudo de caso sobre a comunidade Vila Lobo, município de Crato-CE. II Colóquio Sociedade, Políticas Públicas, Cultura e Desenvolvimento. Gestão do território, políticas locais e desenvolvimento sustentável. 2012. Disponível em: http://www.urca.br/coloquioeconomia/IIcoloquio/anais/trab_est_pol_pub_bra_ident_lim_nov_possib/1.pdf . Acesso em: 10 mar 2015.

CARAFFA, R.C. **Fundação de Assistência a Infância de Santo André 1967 – 1987: 20 anos de experiência de um sistema de saúde voltado à área materno-infantil**. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. 164 f. Campinas, 2001.

CASTRO, IRR. **Vigilância alimentar e nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

CAVALCANTI, P.C.S. **O modelo lógico da Rede Cegonha**. Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2010.

COELHO, E. A. C. *et al.* O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE – CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

COSTA, A.; AQUINO, E.L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, Ana Maria, MERCHAN_HAMANN, Edgar; TAJEK, Débora (orgs.). **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Ed. UnB, 2000.

DIWAN, P. **Raça Pura: uma história da eugenia no Brasil e no Mundo**. São Paulo: Contexto, 2007.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médico y afines, 1920**. Washington, 1964.

DI GIOVANNI, M. **Rede Cegonha: da Concepção à Implantação**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, 2013.

EDRMANN, A.L; SOUZA, F.G.M. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: v. 33, n. 2, p.150-160, 2009.

ESCORSIM, S.M. A filantropia no Brasil: entre a caridade e a política de assistência social. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 86, 2008.

FERNANDES, T. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). **História. Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, 1999.

FIGUEIREDO, P.P. *et al.* Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. **Revista Latino-americana de Enfermagem** [online]. v.20, n.1, p. 201-210, 2012.

FIGUEIREDO, G.L.A; MELLO, D.F. Atenção À saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, 2007.

FREIRE, M.M.L; LEONY, V.S. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, 2011.

FROTA, M.A. *et al.* Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco** v.1, n. 3, p.129-132, 2010.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. São Paulo: Globo, 2011.

GERSTON, Larry. **Public Policy Making: process and principles**. ME Sharpe, Londres. 1997.

GOMES, A.A. **Estudo de Caso - Planejamento e Métodos**. Nuances: estudos sobre Educação. Presidente Prudente, SP, ano XIV, v. 15, n. 16, p. 215-221, 2008.

GÖTTENS, L.B.D. **Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009)**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília. Brasília, 2010.

HIGGINS, J.P.T; GREEN, S. (Editors). **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 5.1.0** [updated March 2011]. Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 2011. Disponível em: <<http://handbook.cochrane.org/>>. Acesso em: 26 jan 2015.

HOMMA, A. *et al.* Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v.16, n.2, 2011.

HOWLETT, M; RAMESH, M. **Política pública, seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2013.

KINGDON, J. **Agendas, alternatives and public policies**. HarperCollins College. New York. 1995.

LAMY, Z.C. *et al.* Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.659-668, 2005.

LOBATO, L.V.C. **Políticas Sociais e de Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LOPES, M.B; POLITO, R. “Para uma história da vacina no Brasil”: um manuscrito inédito de Norberto e Macedo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. v.14, n.2, p.595-605, 2007.

MAIA, P.R.S. *et al.* Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, n.3, p. 285-292, 2006.

MARQUES, E. **As políticas públicas na ciência política**. In: MARQUES, E. & FARIA, C. A. Política pública como campo multidisciplinar. São Paulo, Ed. UNESP, 2013.

MENDES, A.C.G. *et al.* Uso da metodologia de relacionamento de bases de dados para qualificação da informação sobre mortalidade infantil nos municípios de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. v.12, n.3, p. 243-249, 2012.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M C; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Apresentação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no Plenário da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no dia 11 de dezembro de 2014**. Arquivo disponibilizado à autora pelo Coordenador Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Paulo Vicente Bonilha de Almeida. 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta de intenção feita no 1º Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde da Criança, promovido pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/DAPES/SAS, do Ministério da Saúde, no período de 20 a 21 de Setembro de 2011, na cidade de Brasília**. Arquivo disponibilizado à autora pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno – CGSCAM. 2011

MONKEN, M; BATISTELA, C. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes.html>>. Acesso em: 20 jan de 2015.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Tese de doutorado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. 300 f. 2007

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; p. 547-573, 2008.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. London, p.11-31, maio. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 10 jan 2015.

PEREZ, J.R.R; PASSONE, E.F. Políticas Sociais de Atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v.40, n.140, 2010.

PENELLO, L. M. *et al.* Estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis - Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional. **Trivium** [Periódico online]. v.3, n. 2, p.106- 113, 2011. Disponível em: <<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-i-ano-iii/comunicacao-pesquisa/estrategia-brasileirinhos-e-brasileirinhas-saudaveis-primeiros-passos-para-o-desenvolvimento-nacional.pdf>>. Acesso em: 15 nov 2014.

PENELLO, L.M. (Org.). **Estratégia brasileirinhas e brasileiro saudáveis: a contribuição da estratégia brasileirinhas e brasileiro saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança**. Organizado por Liliane Mendes Penello, Liliana Planel Lugarinho. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013a.

PENELLO, L.M. **Inovação nas Políticas de Saúde: a experiência da Estratégia Brasileirinhas e Brasileiro Saudáveis**. III Simpósio Internacional de Desenvolvimento da Primeira Infância NCPI/FMCSV. São Paulo, 02 de outubro de 2013b. Disponível em: <http://issuu.com/fmcsv/docs/liliane_penello_-_inova_o_nas_po>. Acesso em: 27 jan 2015.

PIRES, MRGM; GÖTTEMS, LBD. Pesquisa e elaboração de trabalhos científicos: diálogo entre epistemologia e formalizações metodológicas. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 2, n. 1, 2011.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Relatório do Desenvolvimento Humano. **Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência**. Communications Development Incorporated, Washington DC, EUA, 2014.

REZENDE, F. C. Razões emergentes para a validade dos estudos de caso na ciência política comparada. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 6. p. 297-337, 2011.

SÁ-SILVA, J.R; ALMEIDA, C.D; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. v.1, n.1, jul., 2009. Disponível em: <http://rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf>. Acesso em: 06 nov 2014.

SALVATO, M.A; FERREIRA, P. C. G; DUARTE, A. J.M. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. **Estud. Econ.** [online]. v.40, n.4, 2010.

SANTOS NETO, E.T. *et al.* Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade** [online]. v.17, n.2, p. 107-119, 2008.

SARAVIA, E. Introdução à teoria de política pública. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs). **Políticas Públicas**: Coletânea – Volume 1. Brasília: ENAP, 2006.

SERRALTA, F.B; NUNES, M.L.T; EIZIRIK, C.L. Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. **Estudo de Psicologia**. (Campinas) [online]. v.28, n.4, p. 501-510, 2011.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011.

SILVA JUNIOR, A.G; ALVES, C.A. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas**. In: **Modelos de atenção e a saúde da família** / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria DíAndrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA JUNIOR, N.G.S; GARCIA, R.M. Moncorvo Filho e algumas histórias do Instituto de Proteção e Assistência à Infância. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro. UERJ, v.10, n.2, p.613-632, 2010.

SOUTO, K.M.B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v.10, n.22, p. 161-182, 2008.

SOUZA, B. M. Saúde: a ambivalência das políticas. In: A ambiguidade de uma ideologia. **Revista CEBRAP**, n. 29, p.23 – 36, 1978.

SOUZA, C. B.; SANTO, L. C. E.; GIUGLIANI, E. R. J. Politique publique de soutien à l'allaitement maternel: expérience du Brésil. **La santé de l'homme**, INPES, p. 34 - 36, 2010.

STEPHANOU, M; BASTOS, M.H.C. (Orgs.) **Histórias e memórias da educação no Brasil**. Vol.III. Século XX. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

SUBCHEFIA DE ASSUNTOS FEDERATIVOS e SECRETARIA NACIONAL DE RELAÇÕES POLÍTICO-SOCIAIS. **Municípios fortes, Brasil sustentável. Guia de apoio para o alcance das metas. Agenda de compromissos dos objetivos de desenvolvimento do milênio**. Imprensa Nacional, Brasília, 2013. Disponível em: <http://encontrocomprefeitos.portalfederativo.gov.br/arquivos/Agenda_completa.pdf>. Acesso em: 02 jul 2013.

SUBIRATS, J. Definición del problema. Relevancia pública y formación de la agenda de actuación de los poderes públicos. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (orgs). **Políticas Públicas**: Coletânea – Volume 1. Brasília: ENAP, 2006.

TEIXEIRA, J.C; GOMES, M.H.R; SOUZA, J.A. Associação entre cobertura por serviços de saneamento e indicadores epidemiológicos nos países da América Latina: estudo com dados secundários. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v.32, n.6, p. 419-425, 2012.

TUDE, J.M. Conceitos Gerais de Políticas Públicas. In: TUDE, J.M; FERRO, D; SANTANA, F. P. A. **Políticas Públicas**. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2010.

VICTORIA, C.G. *et al.* Saúde de mulheres e crianças no Brasil: progressos e desafios. Saúde no Brasil. **The Lancet**, p.32-46, 2011.

VIEIRA, G.F. Educação, Saúde e Assistência no Estado Novo: o Departamento Nacional da Criança. Faculdade Estácio de Sá, 2003. Disponível em: <<http://sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe3/Documentos/Individ/Eixo3/082.pdf>>. Acesso em: 24 dez 2014.

VILLANUEVA, L. F. A. Estudio Introductorio. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs). **Políticas Públicas**: Coletânea – Volume 1. Brasília: ENAP, 2006.

VINAGRE, R.D; DINIZ, E.M.A; VAZ, F.A.C. Leite humano: um pouco de sua história. **Pediatria**, São Paulo, v.23, n.4, p.340-345, 2001.

YIN, R K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre, Bookman, 2004.

ZANOLLI, M.L; MERHY, E.E. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.977-987, 2001.