

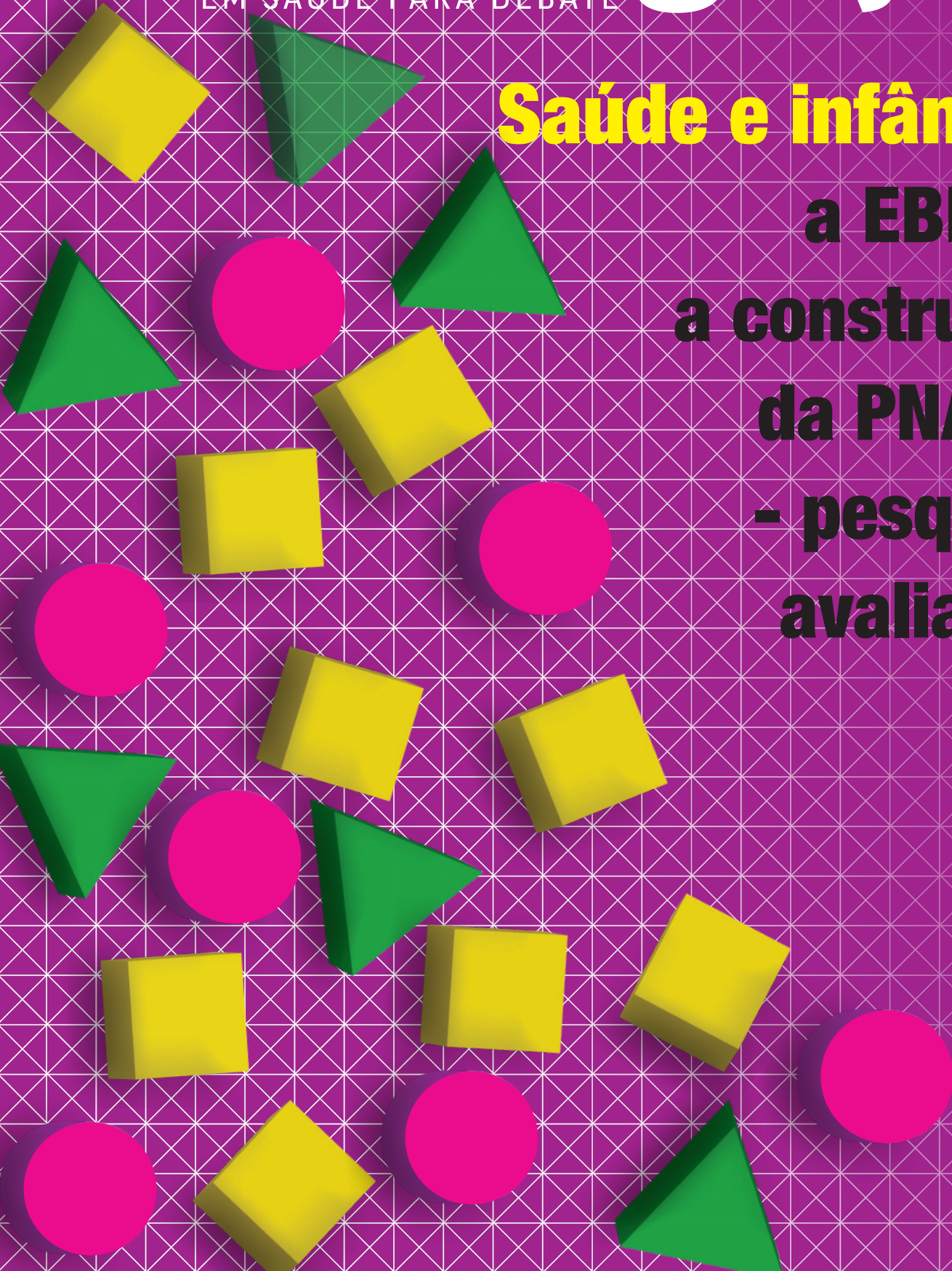


REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

Saúde e infância: a EBBS e a construção da PNAISC - pesquisa avaliativa



CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2015-2017)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2015-2017)

Presidente:	Cornelis Johannes van Stralen
Vice-Presidente:	Carmen Fontes de Souza Teixeira
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa Isabela Soares Santos Liz Duque Magno Lucia Regina Fiorentino Souto Thiago Henrique dos Santos Silva
Diretores Ad-hoc:	Ary Carvalho de Miranda José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
David Soeiro Barbosa
Luisa Regina Pessôa
Maria Gabriela Monteiro
Nilton Pereira Júnior

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Cristiane Lopes Simão Lemos
Grazielle Custódio David
Helena Rodrigues Corrêa Filho
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Ligia Giovannella
Nelson Rodrigues dos Santos
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Roberto Passos Nogueira
Sarah Maria Escorel de Moraes
Sonia Maria Fleury Teixeira

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS)

DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS

ESTRATÉGICAS (DAPES)

COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO (CGSCAM)

CAPA | COVER

EBBS - Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança /
National Policy for Comprehensive Child Health Care

A revista Divulgação em Saúde para Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

A revista Divulgação em Saúde para Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITOR CIENTÍFICO | SCIENTIFIC EDITOR

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkiner - Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz - Universidade Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri - Universidade de Milão, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamís Dain - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

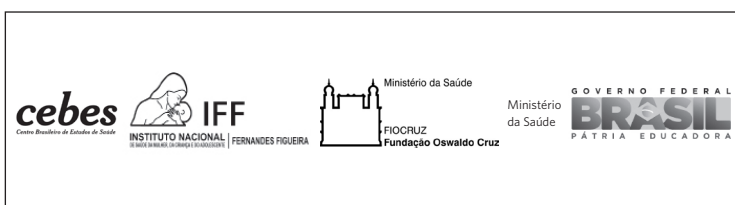
Lucas Rocha
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe - HISA
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - LATINDEX
Sumários de Revistas Brasileiras - SUMÁRIOS

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782





REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

NÚMERO 55 - ISSN 0103-4383 - RIO DE JANEIRO, MARÇO 2016

4 EDITORIAL | EDITORIAL

Ferrari Emerich, Mariana Dorsa Figueiredo,
Thiago Lavras Trapé

10 APRESENTAÇÃO | INTRODUCTION

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

18 **Introdução à pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**

Introduction to the evaluative research of the formulation and implementation process of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC)

Carlos Alberto Gama Pinto, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay, Ana Luiza Ferrer, Bruno Ferrari Emerich, Renata Lúcia Gigante, Mônica Martins de Oliveira, Mariana Dorsa Figueiredo, Thiago Lavras Trapé, Jorge Ernesto Sérgio Zepeda, Mirella Hermsdorff Moraes, Juliana de Oliveira Pereira

31 **A pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): trajetória epistemológica e metodológica**

The research of the formulation and implementation process of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC): epistemological and methodological trajectory

Carlos Alberto Gama Pinto, Mônica Martins de Oliveira, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay, Renata Lúcia Gigante, Ana Luiza Ferrer, Bruno

49 **Estudo das tradições que informam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**

Study of the traditions that inform the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC)

Carlos Alberto Gama Pinto, Renata Lúcia Gigante, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay, Mônica Martins de Oliveira, Ana Luiza Ferrer, Bruno Ferrari Emerich, Mariana Dorsa Figueiredo, Thiago Lavras Trapé, Jorge Ernesto Sérgio Zepeda

84 **Tecendo a história da construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) na visão dos sujeitos envolvidos: o desenho qualitativo da pesquisa com utilização da técnica de grupo focal**

Weaving the history of the construction of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC) in the perspective of the subjects involved: the qualitative design of the study with use of the focal group technique

Ana Luiza Ferrer, Bruno Ferrari Emerich, Mariana Dorsa Figueiredo, Thiago Lavras Trapé, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay, Carlos Alberto Gama Pinto, Renata Lúcia Gigante, Mônica Martins de Oliveira, Jorge Ernesto Sérgio Zepeda, Mirella Hermsdorff Moraes

**118 Estudo da percepção dos
coordenadores de saúde da criança
dos estados e das capitais sobre os
temas da Política Nacional de Atenção
Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**

*Study of the perception of child health
coordinators of the states and capitals
on the themes of the National Policy
for Comprehensive Child Health Care
(PNAISC)¹¹*

Carlos Alberto Gama Pinto, Mônica Martins
de Oliveira, Renata Lúcia Gigante, Nestor Luiz
Bruzzi Bezerra Paraguay, Ana Luíza Ferrer, Bruno
Ferrari Emerich, Mariana Dorsa Figueiredo,
Thiago Lavras Trapé

**172 Estudo dos indicadores epidemiológicos
de saúde da criança na Rede Cegonha**

*Study of the epidemiological indicators of
child health in the Stork Network*

Carlos Alberto Gama Pinto, Nestor Luiz Bruzzi
Bezerra Paraguay, Juliana de Oliveira Pereira

Editorial

A infância tem a peculiaridade de representar o futuro, e é por isso que preservar e cuidar dela deve fazer parte do projeto de desenvolvimento de uma nação. Entretanto, é oportuno perguntar: o que se entende por preservar e cuidar? Isoladamente, os serviços de saúde têm baixa potência para melhorar as oportunidades da infância. O que propicia o bem-estar das crianças e lhes garante o crescimento como cidadãos plenos de potencialidades e de direitos é um conjunto de ações, programas e políticas que dizem respeito à moradia, segurança alimentar, educação, lazer, segurança, transporte e saúde e que constituem necessidades humanas básicas.

O sucesso das políticas públicas de redução de miséria e pobreza, aliado à expansão da Rede de Atenção Básica, tem contribuído à melhoria das condições de saúde das crianças. Se o número de óbitos infantis de menores de 1 ano, por mil nascidos vivos, era 47,1 em 1990, ano do início da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS); em 2011, já havia decrescido para 15,3, e atualmente se situa abaixo de 15. Entretanto, persistem grandes desigualdades entre regiões, e crianças pobres correm mais risco de morrer, assim como as nascidas de mães negras e indígenas, que apresentam taxa de mortalidade maior do que as crianças ricas.

Essas grandes desigualdades apontam, antes de tudo, para condições socioeconômicas diferenciadas, mas também para deficiências na atenção à saúde que atingem principalmente os segmentos mais vulneráveis da população. Dessa forma, a despeito dos grandes avanços na implementação do SUS, evidenciam a necessidade urgente de melhorar a atenção à saúde aliada prestada, tanto em termos quantitativos como qualitativos.

As deficiências não devem ser atribuídas à falta de vontade política do setor da saúde pública. Há evidentes esforços do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde e setores da sociedade civil para avançar e dar concretude aos princípios do SUS. Um dos tantos exemplos é a iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, quando decidiram, em 2007, implementar uma estratégia, posteriormente denominada Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), com o objetivo maior de contribuir para a formulação e para a implantação de uma política de cobertura nacional voltada à atenção integral à saúde da criança, considerando fundamentalmente o artigo 227 da Constituição Federal, que dedica à criança brasileira prioridade em todas as ações de cuidado.

Quase sempre é o subfinanciamento do SUS que é considerado o maior obstáculo ao avanço desse sistema. Entretanto, o que subjaz ao subfinanciamento é a grande hierarquização da sociedade brasileira. Esta faz com que o SUS não seja assumido como 'o Sistema Nacional de Saúde do Brasil' e que tanto as elites brasileiras, a classe 'média' brasileira e os trabalhadores sindicalizados prefiram manter uma atenção diferenciada por meio de planos privados de saúde, negando na prática a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Nesse contexto, os esforços de assegurar um financiamento adequado para o SUS encontram resistências. Expressão disso é o programa Uma Ponte para o Futuro lançado pelo PMDB em outubro de 2015. Inicia com a seguinte afirmação: "Este programa destina-se a preservar a economia brasileira e tornar viável seu desenvolvimento, devolvendo ao Estado a capacidade

de executar políticas sociais que combatam efetivamente a pobreza e criem oportunidades para todos” (PMDB, 2015, p. 2). Contudo, apresenta como única proposta concreta:

[...] é necessário em primeiro lugar acabar com as vinculações constitucionais estabelecidas, como no caso dos gastos com saúde e educação, [argumentando], em razão do receio que o Estado pudesse contingenciar, ou mesmo cortar esses gastos em caso de necessidade, porque no Brasil o orçamento não é impositivo e o Poder Executivo pode ou não executar a despesa orçada. (PMDB, 2015, p. 9).

Da mesma forma, é significativa a reação da ‘Folha de São Paulo’ à aprovação da PEC 01/2015 em primeiro turno pela Câmara dos Deputados, denunciando-a como “uma demonstração eloquente dessa atitude irresponsável [de agravar o problema de dívida pública]” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2016). Vale lembrar que a PEC 01/2015 em consonância com o Projeto de Iniciativa Popular PLC 312/2013, que resultou da mobilização Saúde + 10, estabelece um gradual aumento de gastos com saúde.

Entretanto, o crescimento do desemprego e a redução da renda familiar deverão ampliar o número de pessoas que em substituição de serviços de saúde privados financiados por planos de saúde procurarão os serviços de saúde do SUS. Essas irão confrontar-se com todas as deficiências do SUS, mas também com suas virtudes, à medida que o SUS procure tratar de ‘Saúde’ e assegurar acesso universal e equitativo. Essa ‘descoberta’, em uma perspectiva mais otimista, poderá fortalecer a persistente luta dos movimentos sociais pelo avanço da democracia e pela manutenção dos direitos sociais consagrados pela Constituição Federal, promovendo também novas formas de solidariedade e pertencimento social em amplos setores da população.

Considerando o cenário acima descrito, balizados por marcos referenciais nacionais e internacionais que apontam para a construção democrática de uma consciência em saúde como fundamental para sua produção e entendendo que os padrões saudáveis para a vida são construídos desde os seus primórdios, com uma primeira infância favorecedora do desenvolvimento infantil pleno, caminhamos decididamente, por meio da EBBS, com a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

É fundamental destacar nessa iniciativa exitosa entre a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fiocruz um aspecto ousado e inovador não só na formulação da política, na metodologia participativa de sua construção, pautada no respeito ao coletivo de agentes que com ela se relacionam, fortalecendo o pacto interfederativo para sua consolidação, como também no seu conteúdo, permeado por princípios humanizadores notáveis, entre eles o do ambiente facilitador à vida, criado e desenvolvido com tanta expectativa pela EBBS.

Aos leitores, sugerimos apreciá-lo em cada um dos artigos aqui apresentados como uma inovação relacional de cunho transformador presente tanto nas ações de formação quanto naquelas de atenção e gestão, embebendo esta política social da generosidade e do cuidado fundamentais à produção de saúde com cidadania plena.

Uma construção que almeja uma sociedade saudável, um mundo saudável, que o terceiro milênio traz como desafio para tornarmos encarnado o cuidado essencial entre os habitantes deste planeta. Queremos, assim, estimular a curiosidade dos leitores a buscar um exercício de aproximação entre esta iniciativa — seus conteúdos teóricos e conceituais, seu modo de fazer e os resultados já obtidos, além daqueles que se queira projetar — e o recente documento divulgado pelas Nações Unidas, com a Agenda 2030. Esta apresenta os Objetivos do

Desenvolvimento Sustentável (ODS) voltados para as crianças e suas redes de cuidadores, incluindo os adolescentes, não contemplados nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), analisando o que será preciso para que os países e, claro, o nosso Brasil possam alcançá-los.

Boa leitura!

Cornelis Johannes van Stralen

Presidente do Cebes

Liliane Mendes Penello

Coordenadora da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

Referências

PARTIDO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO (PMDB). *Uma ponte para o futuro*. [Internet]. 2015. 19 p. Disponível em: <http://pmdb.org.br/wpcontent/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2016.

DESVARIO [Editorial]. *Folha de São Paulo*. [Internet]. São Paulo, 28 mar. 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2016/03/1754584-desvario.shtml>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

Editorial

Childhood has the peculiarity of representing the future nowadays, and that is why preserving and caring for children should be part of a nation's development project. However, it is appropriate to ask: what is meant by preserving and caring? In isolation, the health services do not have much power to improve childhood opportunities. What promotes the welfare of children and assures their growth as citizens full of potential and rights is a set of actions, programs, and policies regarding housing, food safety, education, leisure, security, transportation, and health, which constitute basic human needs.

The success of public policies for the reduction of misery and poverty, coupled with the expansion of the Primary Care Network, has been contributing to the improvement of the health of children. If the number of infant deaths under 1 year of age per thousand live births was 47.1 in 1990, year of the beginning of the implementation of the Unified Health System (SUS); in 2011, it had already decreased to 15.3, and is currently below 15. However, there remain large inequalities between regions, and poor children are more at risk of dying, as well as those who are born to black mothers and indigenous peoples, who have a higher mortality rate than rich children.

That situation points to the need to promote development coupled with public policies that favor the redistribution of income and reduce the great social inequalities. At the same time, it also accuses the conditions under which the SUS still is: great advances alongside a persistent precariousness of Health Care Networks, which damages primarily the most vulnerable segments of the population. Thus, the theme of the 15th National Health Conference, 'Quality public health to take good care of the people: a right of the Brazilian people', is highly appropriate.

These large disparities point, first of all, to different socioeconomic conditions, but also to deficiencies in health care that affect primarily the most vulnerable segments of the population. Thus, despite the great advances in the implementation of the SUS, they show the urgent need to improve the health care provided, both in quantitative and qualitative terms.

Deficiencies should not be attributed to a lack of political will of the public health sector. There are obvious efforts from the Ministry of Health, State and Municipal Health Secretariats, Municipal, State, and National Health Councils, and civil society sectors to advance and give concreteness to the principles the SUS. One of the many examples is the joint initiative of the Ministry of Health and the Oswaldo Cruz Foundation when they decided, in 2007, to implement a strategy, later renamed *Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS)*, with the ultimate goal of contributing to the formulation and the implementation of a national coverage policy aimed at the comprehensive health care of children, mainly considering Article 227 of the Federal Constitution, which dedicates to Brazilian children priority in all care actions.

It is almost always the underfunding of the SUS which is considered the biggest obstacle to the progress of that system. However, what underlies the underfunding is the great hierarchization of Brazilian society. This causes the SUS not to be assumed as 'the National

Health System of Brazil' and that the Brazilian elites, the Brazilian 'middle' class, and unionized workers prefer to maintain a special care through private health insurance plans, denying in practice health as a right of all and duty of the State.

In that context, the efforts to ensure an adequate funding for the SUS meet resistances. An expression of that is the program A Bridge to the Future launched by the PMDB (Brazilian Democratic Movement Party) in October 2015. It begins with the following statement: "This program is intended to preserve the Brazilian economy and make viable its development, returning to the State the ability to perform social policies which effectively combat poverty and create opportunities for all" (PMDB, 2015, P. 2). However, it presents as the only concrete proposal:

[...] first, it is necessary to end the established constitutional bindings, as in the case of spending on health and education, [arguing], by reason of the apprehension that the State could impound, or even cut these expenses in case of need, because in Brazil the budget is not impositive and the Executive Branch may or may not execute budgeted expenditure. (PMDB, 2015, P. 9).

Similarly, it is significant the reaction of 'Folha de São Paulo' concerning the approval of the Constitutional Amendment PEC 01/2015 in first round by the House of Representatives, denouncing it as "an eloquent demonstration of this irresponsible attitude [of aggravating the public debt problem]" (FOLHA DE SÃO PAULO, 2016). Let us remember that the PEC 01/2015, in line with the People's Initiative Project PLC 312/2013, which resulted from the mobilization Health + 10, establishes a gradual increase in health spending.

However, the rising of unemployment and the reduction of the household income should increase the number of people who will seek the SUS health services instead of private health services financed by health plans. They will be faced with all the deficiencies of the SUS, but also with its virtues, inasmuch as the SUS seeks to deal with 'Health' and to ensure universal and equitable access. This 'discovery', in a more optimistic outlook, could strengthen the persistent struggle of the social movements for the advancement of democracy and the maintenance of social rights enshrined in the Federal Constitution, promoting new forms of solidarity and social belonging in broad sectors of the population.

Given the aforementioned scenario, based by national and international benchmarks that point to the democratic construction of a health consciousness as critical to its production, and understanding that healthy patterns for life are built since their inceptions, with an early childhood favoring full child development, we resolutely walk, through the EBBS, along with the construction of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC).

It is essential to highlight in this successful initiative between the General Coordination of Child Health and Breastfeeding of the Ministry of Health and the National Institute of Women, Children and Adolescents' Health Fernandes Figueira (IFF) of the Fiocruz a bold and innovative aspect not only in the formulation of politics, in the participatory methodology of its construction, based on respect for the collective of agents with which it relates, strengthening the inter-federative pact for its consolidation, but also its content, permeated by notable humanizing principles, including the life facilitating environment, created and developed with so much expectation by the EBBS.

To the readers, we suggest appreciating it in each one of the articles presented here as a relational innovation of transformative nature present both in the training actions and in those of care and management, soaking this social policy in generosity and in care, which are so fundamental to the production of health with full citizenship.

A construction that targets a healthy society, a healthy world, that the third millennium

brings as a challenge to incarnate the essential care among the inhabitants of this planet. We want, thus, to stimulate the curiosity of the readers to seek an approach exercise between this initiative — its theoretical and conceptual contents, its way of doing, and the results already obtained, in addition to those which we want to project — and the recent document released by the United Nations, with the 2030 Agenda. It presents the Sustainable Development Goals (SDGs) aimed at children and their caregiver networks, including teenagers who were not included in the Millennium Development Goals (MDGs), analyzing what it will take so that countries and, of course, our Brazil can reach them.

Enjoy your reading!

Cornelis Johannes van Stralen

President of Cebes

Liliane Mendes Penello

Coordinator of the Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

References

PARTIDO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO (PMDB). *Uma ponte para o futuro*. [Internet]. 2015. 19 p. Disponível em: <http://pmdb.org.br/wpcontent/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2016.

DESVARIO [Editorial]. *Folha de São Paulo*. [Internet]. São Paulo, 28 mar. 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2016/03/1754584-desvario.shtml>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

Apresentação

O Brasil assumiu, na Constituição Federal de 1988, a garantia do direito universal à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e, em 1990, a proteção integral da criança com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), por exemplo, o País, em 2013, foi reconhecido internacionalmente pela conquista antecipada — e com folgas — do ODM 4, de redução da mortalidade na infância, e, em 2016, teve suas políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno destacadas, por sua abrangência e resultados, em um artigo publicado pela revista *'The Lancet'*, analisando dados sobre aleitamento em 153 países.

Entretanto, mostrava-se necessária a consolidação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com o objetivo de apontar estratégias para universalizar esses avanços para grupos de maior vulnerabilidade, como indígenas, quilombolas, crianças com deficiências etc., bem como garantir não apenas a sobrevivência, mas também o desenvolvimento integral dessas crianças, condição para o exercício da cidadania e a garantia da soberania nacional.

A elaboração de uma PNAISC também viria ao encontro do pleito de entidades da sociedade civil militantes da causa dos direitos da criança e do adolescente, como a Rede Nacional da Primeira Infância, a Pastoral da Criança, além de organismos internacionais, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Assim, em 5 de agosto de 2015, foi publicada a Portaria GM-MS nº 1.130, que cria a PNAISC. O objetivo é promover a saúde da criança e o aleitamento materno, a partir da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância (0 a 5 anos) e àquelas populações de maior vulnerabilidade. A Política sintetiza de maneira simples e clara para os gestores estaduais, municipais e profissionais de saúde os grandes eixos de ações que compõem uma atenção integral à saúde da criança e aponta estratégias e dispositivos para a articulação das ações e da rede de serviços de saúde nos municípios e regiões de saúde.

A elaboração da Política foi fruto de um amplo processo de construção coletiva, coordenado pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) do Ministério da Saúde, com apoio conceitual e metodológico da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), da FIOCRUZ.

Participaram de sua confecção especialistas, Coordenações de Saúde da Criança das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das Capitais, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde dos Estados (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS); bem como a sociedade civil por intermédio da Pastoral da Criança e da Rede Nacional Primeira Infância.

Também foram essenciais nesse processo os consultores de saúde da criança do Ministério da Saúde para os estados e seus supervisores, os consultores nacionais. Tais atores foram instituídos e capacitados (em seminários presenciais e por meio de uma plataforma virtual,

com supervisão por parte de duplas compostas por consultores nacionais e tutores da EBBS), mediante a parceria CGSCAM-EBBS, para desempenharem papel de apoio institucional aos gestores e profissionais de saúde envolvidos com a gestão e a atenção à saúde da criança nos estados, capilarizando as ações e programas propostos pelo Ministério da Saúde e fazendo *feedback* dos territórios para o nível federal.

Além do apoio conceitual e operacional à articulação interdederativa em torno da formulação da PNAISC e do processo de formação dos consultores de saúde da criança, o terceiro eixo da parceria CGSCAM-EBBS foi um estudo avaliativo de todo esse processo, que permitisse a produção de conhecimento científico a partir da rica experiência de política pública.

A ‘Pesquisa Avaliativa do Processo de Formulação e Implantação da PNAISC’ teve caráter participativo e dialógico, com combinação de métodos quantitativos e qualitativos, e referencial da hermenêutica-dialética. A partir desse referencial epistemológico, o desenho da pesquisa objetivou estudar diferentes aspectos do processo de formulação e implantação da PNAISC: as tradições que antecederam e influenciaram sua formulação, o desenrolar do processo de formulação e implantação e o contexto nos diversos territórios.

Esta revista apresenta, em seus vários artigos, os principais achados das diferentes estratégias da pesquisa: o estudo hermenêutico das tradições da PNAISC, o estudo qualitativo do processo de formulação, o estudo quantissubjetivo da percepção dos coordenadores de saúde da criança e o estudo dos indicadores epidemiológicos da saúde da criança na Rede Cegonha.

Digna de louvor a versatilidade do grupo de pesquisadores, autores destes artigos, de abordar esse campo tão vasto de pesquisa, que foram esses cerca de quatro anos de intensa efervescência técnico-política no campo de uma gestão participativa da política pública de saúde da criança no Brasil, com múltiplas abordagens e metodologias, quantitativas e qualitativas de pesquisa, com uso da triangulação de métodos.

Sobre a combinação de abordagens qualitativas e quantitativas na pesquisa, a professora Cecília Minayo (2005, p. 32) afirma que “a postura dialética leva a compreender que dados subjetivos (significados, intencionalidade, interação, participação) e objetivos (indicadores, distribuição de frequências e outros) são inseparáveis e interdependentes”. Na prática, permitiu que os artigos aqui publicados tragam uma visão bastante abrangente e ampliada sobre como foi o processo de formulação e implantação da PNAISC.

Em relação ao capítulo referente à abordagem qualitativa desse processo, digna de nota também é a opção metodológica de, para entender esse processo, verificar como ele se deu a partir das contribuições dos diversos atores envolvidos, tomando-os como sujeitos, e não como objetos de pesquisa: profissionais das Coordenações de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, dos estados e capitais; consultores estaduais de saúde da criança, consultores nacionais, tutores e pesquisadores. A análise das falas dos diferentes atores deu destaque para potencialidades, fragilidades e proposições em relação ao uso do Apoio Institucional, ao fomento da Articulação Interfederativa e à implementação das Redes de Atenção (no caso, especificamente, a Rede Cegonha), três dos quatro eixos estratégicos utilizados pela parceria CGSCAM-EBBS (a quarta era o fortalecimento da Intersetorialidade). Ao fazê-lo, traz à luz, de forma crítica, essas importantes estratégias que vêm sendo utilizadas pelas três esferas de gestão do SUS, na efetivação de suas políticas públicas de saúde, podendo contribuir para o aprimoramento de sua aplicação nessas políticas públicas.

Além deste artigo, os pesquisadores nos brindam com análises de um verdadeiro caleidoscópio de experiências desenvolvidas, nesse efervescente período de formulação e implantação da PNAISC.

Ficamos conhecendo, por exemplo, as ‘tradições’ da história das políticas públicas de saúde

da criança no Brasil que influenciaram a formulação da PNAISC, destacando as principais tradições que nortearam seus princípios, diretrizes, arranjos e dispositivos.

Em outro artigo, há o estudo quantitativo da percepção dos coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais a respeito de diversos temas de interesse da saúde da criança e sobre as condições estruturais de suas Coordenações nas Secretarias de Saúde Estaduais e de capitais, algo importante e atualíssimo para os gestores atentarem, considerando o desafio agora presente de implantação da PNAISC recém-criada.

Finalmente, mas não menos importante, a equipe de pesquisadores, por meio da parceria entre a CGSCAM e a EBBS, nos presenteia com um artigo apresentando alguns indicadores de saúde da criança no Brasil, com ênfase na Rede Cegonha, que mostram o contexto de implantação da PNAISC no Brasil e em seus diversos territórios. Além da formulação da PNAISC, as ações de implantação dessa Rede Temática, com objetivo de redução da mortalidade materna e neonatal, constituíram uma das principais missões de Apoio Institucional dos consultores de saúde da criança nos estados, desenvolvendo trabalho de fomento das boas práticas obstétricas e neonatais em Maternidades, um processo de verdadeira mudança cultural no sentido da humanização e do respeito às evidências científicas.

A PNAISC constitui oferta importante na busca da integralidade da atenção, articulando ações e serviços de saúde desenvolvidos pelos diversos níveis e Redes de Atenção à Saúde, em que hoje ainda se observa grande fragmentação do cuidado. Assim, essa política pode servir de fio condutor do cuidado da criança, transversalizando as Redes de Atenção, no que contemplam de ações voltadas à criança, costurando-as na busca da integralidade, por meio de linhas de cuidado e outras estratégias, o que pode se constituir em um grande diferencial a favor da saúde da criança.

Considerando a complexidade e o porte dos desafios que afetam a morbimortalidade e o pleno desenvolvimento das crianças no século XXI, a implantação da PNAISC se faz obrigatória, para que se aumente a chance do estado brasileiro superá-los. Para tal, requer, em todos os municípios e estados/DF, o compromisso e a determinação não apenas do poder público, mas também de toda sociedade, podendo a comunidade científica e universitária, especialistas e pesquisadores, terem grande papel de apoio no sentido de que a PNAISC vire realidade em todos os territórios.

Como se depreende de tudo até aqui falado, os artigos desta publicação podem ser de grande valia para subsidiar gestores públicos, especialistas e militantes da causa da infância, com reflexões sobre o contexto e as estratégias para esse processo de implantação.

Apesar da vastidão de informações e análises sobre os bastidores da construção da PNAISC trazidas nesta revista, o principal a atentar, pelo que tem de inovador e contra-hegemonico, é o desvelar da metodologia participativa que a equipe da EBBS nos brindou na formulação da PNAISC e em cada ação analisada nesta leitura. A ela e ao grupo de pesquisadores autores destes artigos, a gratidão de Brasileirinhas e Brasileirinhos!

Boa leitura!!

Paulo Vicente Bonilha Almeida

Médico pediatra e de saúde pública da Prefeitura Municipal de Campinas – Campinas (SP), Brasil. Ex-Coordenador Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde

Referência

MINAYO, M.C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PRESENTATION

In the Federal Constitution of 1988, Brazil assumed the guarantee of the universal right to health with the creation of the Unified Health System (SUS) and, in 1990, the full protection of the child with the advent of the Child and Adolescent Statute (ECA). In relation to the Millennium Development Goals (MDGs), for example, the country in 2013 was recognized internationally for the early achievement – and with clearance – of MDG 4, regarding child mortality reduction, and in 2016 had its public policies to promote, protect and support breastfeeding highlighted by its scope and results in an article published in the journal ‘The Lancet’, analyzing data on breastfeeding in 153 countries.

However, it proved to be necessary to consolidate a National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC), aimed at pointing out strategies to universalize those advances for the most vulnerable groups such as indigenous, quilombolas, children with disabilities, etc., as well as to ensure not only survival but also the integral development of those children, the condition for the exercise of citizenship, and the guarantee of national sovereignty.

The development of a PNAISC would also come to meet the election of civil society activists of the cause of child and adolescent rights, such as the National Network of Early Childhood, the Pastoral of the Child, as well as international organizations such as the United Nations Children’s Fund (Unicef) and the Pan American Health Organization (Paho).

Thus, on August 5, 2015, the Ordinance GM-MS 1.130 was published, creating the PNAISC. The aim is to promote child health and breastfeeding, from pregnancy to 9 years of life, with special attention to early childhood (0-5 years) and to those populations that are most vulnerable. The Policy summarizes simply and clearly to state and municipal managers and health professionals the fundamentals that make up a comprehensive health care of the child and points to strategies and devices for the articulation of actions and of the health services network in municipalities and health regions.

The drafting of the Policy was the result of an extensive process of collective construction, coordinated by the General Coordination of Child Health and Breastfeeding (CGSCAM) of the Ministry of Health, with conceptual and methodological support of the *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis* (EBBS) from the National Institute of Women, Children and Adolescents Health Fernandes Figueira (IFF), of Fiocruz.

Participating in the Policy’s elaboration were experts, Child Health Coordinations of the State and Municipal Secretaries of Health of the Capitals, the National Council of Health Secretaries (Conass) of the states, the National Council of Municipal Health Secretaries (Conasems), the National Council for the Rights of the Child and the Adolescent (Conanda) and the National Health Council (CNS); as well as the civil society through the Pastoral of the Child and the National Network of Early Childhood.

Also essential to that process were the child health consultants from the Ministry of Health to the states and their supervisors, the national consultants. Those agents were instituted and trained (in presentational seminars and through a virtual platform, with supervision by pairs composed by national consultants and EBBS tutors), by means of the CGSCAM-EBBS partnership,

to play a role of institutional support to managers and health professionals involved with the management and the child health care to in the states, capillaring the actions and programs proposed by the Ministry of Health and giving feedback from the territories to the federal level.

In addition to the conceptual and operational support to the inter-federative articulation regarding the formulation of the PNAISC and the training process of the child health consultants, the third axis of the CGSCAM-EBBS partnership was an evaluative study of this whole process, which would allow the production of scientific knowledge from the rich experience of public policy.

The ‘Pesquisa Avaliativa do Processo de Formulação e Implantação da PNAISC’ (Evaluative Study of the Process of Formulation and Implementation of the PNAISC) had participative and dialogical character, with a combination of quantitative and qualitative methods, and hermeneutics-dialectics reference. From this epistemological framework, the design of the study aimed to investigate different aspects of the process of formulation and implementation of the PNAISC: the traditions that preceded and influenced its formulation, the development of the process of formulation and implementation, and the context in the various territories.

This journal features in its various articles the main findings of the different strategies of the research: the hermeneutic study of the traditions of the PNAISC, the qualitative study of the formulation process, the quanti-subjective study of the perception of child health from child health coordinators, and the study of epidemiological indicators of child health in the Stork Network.

Worthy of praise is the versatility of the group of researchers, authors of these articles, to approach this vast field of research, which were these nearly four years of intense technical and political unrest in the field of participatory management of public policy on child health in Brazil, with multiple approaches and methodologies, quantitative and qualitative research, and use triangulation methods.

On the combination of qualitative and quantitative approaches in the study, professor Cecília Minayo (2005, p. 32) states that “the dialectic posture leads to the understanding that subjective data (meaning, intentionality, interaction, participation) and objective ones (indicators, distribution frequencies and others) are inseparable and interdependent.” In practice, it allowed that the articles published here bring a very comprehensive and expanded insight into how the process of formulation and implementation of the PNAISC was.

Regarding the chapter on the qualitative approach to this process, worthy of note is also the methodological option of, in order to understand this process, seeing how it took place from the contributions of the various agents involved, taking them as subjects, not as objects of research: professionals from the Child Health Coordinations of the Ministry of Health, from the states and capitals; child health state consultants, national consultants, tutors, and researchers. The analysis of the speeches of the different actors highlighted potentialities, weaknesses and proposals regarding the use of the Institutional Support, to the foment of the Inter-federative Articulation, and to the implementation of Care Networks (in this case, specifically, the Stork Network), three of the four strategic axes used by the CGSCAM-EBBS partnership (the fourth was the strengthening of Inter-sectorality). In doing so, it brings to light, critically, those important strategies that have been used by the three spheres of management of the SUS, in the execution of its public health policies, being able to contribute to the improvement of its application in those public policies.

In addition to this article, the researchers toast us with analyses of a real kaleidoscope of experiences developed in this effervescent period of formulation and implementation of the

PNAISC.

We come to know, for example, the ‘traditions’ of the history of child health public policies in Brazil that influenced the formulation of the PNAISC, highlighting the main traditions that guided its principles, guidelines, arrangements, and devices.

In another article, there is a quantitative study of the perception of child health coordinators of states and capitals regarding the various issues of interest to child health and on the structural conditions of their Coordinations in the State and capitals Health Departments, something important and very current that managers should be aware of, considering the challenge now present of implementation of the newly created PNAISC.

Last but not least, the team of researchers, through the partnership between the CGSCAM and the EBBS, gifts us with an article featuring some child health indicators in Brazil, with emphasis on the Stork Network, showing the context of implementation of the PNAISC in Brazil and its various territories. In addition to the formulation of the PNAISC, the actions of implementation of this Thematic Network, aimed at reducing maternal and neonatal mortality, constituted one of the main Institutional Support missions of child health consultants in the states, developing fomenting work of good obstetric and neonatal practices in Maternity Hospitals, a process of real cultural change towards the humanization and the respect for scientific evidence.

The PNAISC constitutes an important provision in the pursuit of comprehensive care, articulating actions and health services developed by the different levels and Health Care Networks, in which it is still observed today the fragmentation of care. Thus, this policy can serve as a guiding principle of child care, cutting across the Care Networks in contemplating actions aimed at children, sewing them in search of comprehensiveness, through lines of care and other strategies, which can constitute a large differential in favor of child health.

Considering the complexity and size of the challenges that affect morbidity and mortality and the full development of children in the twenty-first century, the implementation of the PNAISC becomes mandatory, in order to increase the chance of the Brazilian state overcome them. To do so, it requires, in all municipalities and states/federal district, the commitment and determination not only from the government but also from the whole society, and the scientific and academic community, experts and researchers, may have great supporting role so that the PNAISC comes true in all territories.

As it can be seen from all that was said hitherto, the articles in this publication may be of great value to subsidize public managers, experts, and militants of the child cause, with reflections on the context and the strategies for this implementation process.

Despite the vastness of information and analyses on the backstage of the construction of the PNAISC brought in this journal, the main thing to pay attention to, because of its innovative and counter-hegemonic character, is the unveiling of the participatory methodology that the EBBS team gifted us in the formulation of the PNAISC and in every action analyzed in this reading. To it and to the group of authors of these articles, the gratitude of Brasileirinhas and Brasileirinhos!

Have a good reading!!

Paulo Vicente Bonilha Almeida

Pediatrician and public health doctor of the City Hall of Campinas – Campinas (SP), Brazil. Former General Coordinator of Child Health and Breastfeeding of the Ministry of Health

Reference

MINAYO, M.C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Introdução à pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

Introduction to the evaluative research of the formulation and implementation process of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC)

Carlos Alberto Gama Pinto¹, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay², Ana Luiza Ferrer³, Bruno Ferrari Emerich⁴, Renata Lúcia Gigante⁵, Mônica Martins de Oliveira⁶, Mariana Dorsa Figueiredo⁷, Thiago Lavras Trapé⁸, Jorge Ernesto Sérgio Zepeda⁹, Mirella Hermsdorff Moraes¹⁰, Juliana de Oliveira Pereira¹¹

¹Médico. Doutor em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Coordenador da pesquisa avaliativa do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
cgamapinto@gmail.com

²Médico. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
nestor@hc.unicamp.br

³Terapeuta ocupacional. Doutora em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
aluizaferrer@gmail.com

RESUMO O processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), iniciado em 2011, culminou com a aprovação dessa política pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no final de 2014, sendo publicada pelo Ministério da Saúde em agosto de 2015. A condução desse processo pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS) em parceria com a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), com a participação de representantes das coordenações de saúde da criança dos estados e capitais, promoveu democracia institucional e articulação interfederativa. A CGSCAM/MS instituiu o consultor estadual de saúde da criança com a função de ofertar apoio institucional aos estados e municípios, em substituição às atividades tradicionais de supervisão, auditoria e controle. Esse movimento foi acompanhado por pesquisa avaliativa, que utilizou a triangulação de métodos quantitativos e qualitativos, embasada nos referenciais da hermenêutica-dialética. Este artigo apresenta um breve histórico da saúde da criança no Brasil, contextualizando o processo de formulação e implantação da PNAISC e o papel da pesquisa avaliativa nesse processo.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da criança; Política de saúde; Avaliação; Serviços de saúde materno-infantil; Hermenêutica.

ABSTRACT *The formulation and implementation process of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC), started in 2011, culminated with the approval of that policy by the National Health Council (CNS) and the Tripartite Intermanagers Commission (CIT) at the end of 2014, being published by the Ministry of Health in 2015. The conduction of that process by the General Coordination of Child Health and Breastfeeding (CGSCAM/MS) in partnership with the Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) of the National Institute of Women, Children and Adolescents Health Fernandes Figueira of the Oswaldo Cruz Foundation (IFF/Fiocruz) with the participation of representatives of the child health coordinations of the states and capitals, promoted institutional democracy and inter-federative articulation. The CGSCAM/MS instituted the state consultant for child health with the function of offering institutional support to the states and cities, substituting the traditional activities of supervising, auditing, and control. Such movement was accompanied by the evaluative research, based on the hermeneutic-dialectic framework. This article presents a brief history of child health in Brazil, contextualizing the formulation and implementation process of the PNAISC and the role of evaluative research in that process.*

KEYWORDS *Child health; Health policy; Evaluation; Maternal-child health services; Hermeneutics.*

Introdução

No final de 2011, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM/CGSCAM)¹ do Ministério da Saúde (MS) iniciou discussões para formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e definiu pelo acompanhamento avaliativo desse processo.

A partir dessa definição, iniciaram-se os esforços para estruturação de uma equipe de pesquisa, até a sua constituição, em maio de 2012.

Desde o início de nossos trabalhos, definimos que a pesquisa se constituiria como um estudo avaliativo de processo, com caráter participativo e dialógico, utilizando combinação de métodos quantitativos e qualitativos, e com referencial da hermenêutica-dialética.

Histórico

Assim como as demais áreas da saúde coletiva

no Brasil, a organização da saúde da criança seguiu duas tradições principais: a ênfase nas atividades preventivas e de promoção da saúde (pré-natal, puericultura, vacinação, aleitamento materno) e a focalização das atividades de tratamento nas doenças de maior prevalência (doenças comuns da infância, diarreia, pneumonia, desnutrição), com base em atividades programáticas, estruturando diversos programas para essas ações preventivas ou curativas.

O Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc) (BRASIL, 1984) tem uma concepção clássica de programa de saúde pública focalizado, baseado em oferta de técnicas, insumos e procedimentos padronizados para os agravos mais frequentes de uma subpopulação, com utilização de elenco mínimo de ações de alta eficácia e baixo custo, acrescido de ações regionais.

O objetivo geral do Paisc era reduzir a morbimortalidade na faixa de 0 a 5 anos. Os eixos de ação eram: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;

⁴ Psicólogo. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). brunofemerich@gmail.com

⁵ Enfermeira. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). renatagigante@ig.com.br

⁶ Psicóloga. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). monica.psisaude@gmail.com

⁷ Psicóloga. Doutora em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). madora@hotmail.com

⁸ Psicólogo. Doutor em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
thitrape@gmail.com

⁹ Médico. Mestre em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
jorgesergiozepeda@gmail.com

¹⁰ Médica. Especialista em administração em saúde pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
miellahmoraes@gmail.com

¹¹ Médica. Residência médica em medicina preventiva e social (saúde coletiva) pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
juliana_dop@hotmail.com

incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas; e imunização.

Com o Paisc, foi também formulado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) (BRASIL, 1985), que trazia em seu bojo ações com repercussão na saúde da criança, destacando-se: assistência pré-natal com ampliação de cobertura e frequência de consultas, promoção do aleitamento materno, planejamento familiar, qualificação do parto domiciliar (qualificação de parteiras) e hospitalar (diminuição de cesáreas), aleitamento na sala de parto e alojamento conjunto.

O Programa Nacional de Imunização (PNI) (BRASIL, 2003), as estratégias de valorização do Aleitamento Materno (BRASIL, 2009B), a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (BRASIL, 2002), a Iniciativa Hospitais Amigos da Criança (IHAC) (BRASIL, 2011B), o Projeto Mãe Canguru (BRASIL, 2011A) etc., foram construídos na esteira dessas ações preconizadas no Paisc e Paism.

Vinte anos depois, o Ministério da Saúde publicou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004), com o objetivo de apoiar e direcionar a construção de uma rede única de assistência integral à saúde da criança, a partir de diretrizes do Ministério da Saúde para estados e municípios. A agenda propõe a organização de um conjunto de linhas de cuidado prioritárias para superar a fragmentação e garantir a continuidade da atenção, por meio de integração vertical de ações, e estabelece um elenco de eixos de ações e atividades mínimas que devem fazer parte do cardápio de ofertas, de acordo com priorização local. Essa agenda de compromissos, embora já coloque a assistência integral e resolutiva como princípio norteador e mencione o tema da humanização da atenção à criança, continua focada

no estabelecimento de linhas de cuidado prioritárias, que abrangem o nascimento saudável, crescimento e desenvolvimento, distúrbios nutricionais e doenças prevalentes na infância.

Em 2009, a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) (PENELLO, 2013) incorpora de forma mais consistente os princípios, diretrizes, dispositivos e o método da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2010). A proposta da EBBS busca trazer, do discurso para a prática, a ideia de que a saúde é fruto dos determinantes sociais sobre os quais precisamos atuar e inova ao buscar nos referenciais da psicologia de Winnicott e Bowlby as lentes e ferramentas para lidar com essa temática (PENELLO, 2013).

A importância da EBBS se concretiza na publicação da Portaria MS/GM nº 2.395, de 7 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009A), que a institui com objetivo de construir ofertas de cuidado humanizado à saúde na perspectiva do vínculo, crescimento e desenvolvimento integral da criança de 0 a 5 anos. A partir disso, a EBBS inicia seu projeto piloto em alguns municípios brasileiros, construindo, de forma participativa, seus princípios, diretrizes e metodologia de trabalho (MENDES, 2012).

Em 21 de setembro de 2011, ocorreu a V Oficina Ampliada da EBBS, em Brasília (DF), que teve como objetivo fortalecer o pacto interfederativo em torno das questões voltadas aos cuidados com a infância. Foi destacado nessa oficina que havia uma compreensão de que o principal objetivo colocado pela EBBS tinha sido atingido e expandido: a sua participação na construção de uma política pública voltada para a criança até 9 anos — que vai além dos cuidados com a primeira infância —, assim como a ampliação do conjunto de atores envolvidos nessa construção, agora sob a coordenação da ATSCAM/MS, com a inclusão de gestores e técnicos representantes de todos os estados e

capitais brasileiras, e a incorporação de novos atores com a função de exercer o apoio institucional em cada estado, para implantação da PNAISC. Nesse sentido, esta V Oficina Ampliada da EBBS constituiu-se também como o I Encontro Nacional de Coordenadores de Atenção à Saúde da Criança, com representação de coordenadores da saúde da criança das secretarias de saúde dos diversos estados e de suas capitais, assumindo o objetivo de articular um fórum interfederativo de coordenadores de saúde da criança para a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

Nesse evento, foram demarcados os quatro grandes vetores estruturantes da construção da PNAISC: estruturação de mecanismos de gestão interfederativa, utilização do arranjo do apoio institucional, incentivo à intersetorialidade e criação e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Durante esse encontro, foi elaborada a Carta de Brasília, assinada pelos coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais, que propunha a retomada da priorização da saúde da criança na agenda da saúde pública brasileira, em cada uma das suas esferas de governo, com o desenvolvimento de amplo processo de pactuação interfederativa de uma PNAISC. Como estratégia para atingir esse objetivo, os representantes dos estados e capitais deliberaram:

- pela criação de um Fórum de Coordenadores de Saúde da Criança dos Estados e Capitais, com encontros sistemáticos e periódicos (a princípio, quadrimestrais), com perspectiva de transformação do mesmo em um Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Criança, de caráter deliberativo, a exemplo do já existente na Política Nacional de Saúde Mental;
- pela aprovação da Oferta pelo

Ministério da Saúde de um Apoiador Institucional por Estado, para maior aproximação e articulação interfederativa dos gestores de saúde da criança, visando à capilarização das ações desenvolvidas em saúde da criança e aleitamento materno em todos os estados e municípios;

- pela eleição de uma secretaria executiva provisória desse Colegiado, com o objetivo de apoiar a ATSCAM/MS na organização do II Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde da Criança dos Estados e Capitais;
- pelo agendamento do II Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde da Criança dos Estados e Capitais para 13 e 14 de dezembro de 2011.

Em 13 e 14 de dezembro de 2011, foi realizado o II Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde da Criança dos Estados e Capitais e Fórum Nacional Saúde da Criança, Atenção Básica e Rede Cegonha. Neste evento, foi reafirmada a importância do Fórum de Coordenadores da Saúde da Criança e a gestão interfederativa do processo de elaboração e implantação da PNAISC. Foi também chamada atenção para a nova postura assumida pelo MS, priorizando o apoio institucional como arranjo preferencial para estabelecimento de seu relacionamento com estados e municípios, em substituição às atividades clássicas de supervisão, regulação, controle e auditoria. Além disso, foi reiterada a importância dos outros dois vetores estruturantes da construção da PNAISC: a intersetorialidade e a estruturação das RAS, com especial ênfase na Rede Cegonha, que possui grande interface com a ATSCAM/MS.

No mês de fevereiro de 2012, foi realizado o processo de seleção e contratação dos consultores da ATSCAM/MS nos estados, de forma que a maioria deles já estava contratada até o primeiro encontro dos consultores, realizado em março de 2012.

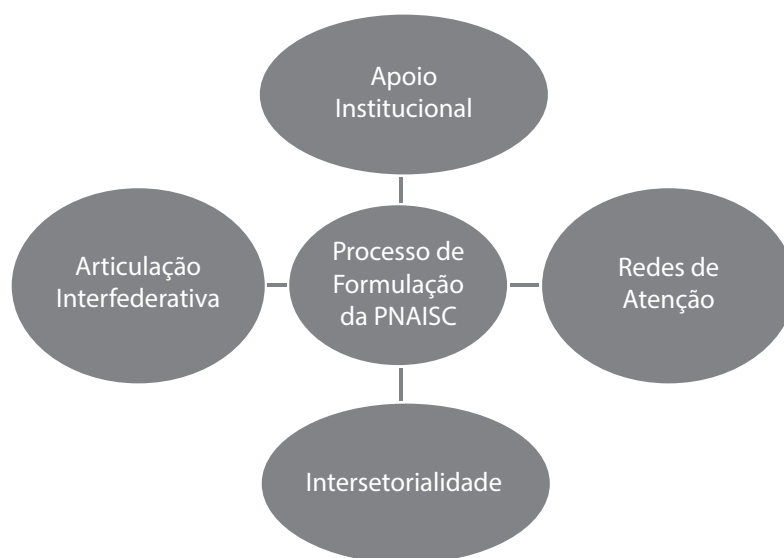
¹No final de 2013, ocorreu mudança do organograma do Ministério da Saúde, e a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM) passou a ser denominada Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM). Nesta pesquisa, utilizaremos ATSCAM quando nos referirmos a acontecimentos claramente localizados até o momento dessa mudança organizacional. Quando a questão da temporalidade não estiver definida ou o acontecimento for claramente posterior à mudança, utilizaremos a designação CGSCAM.

O processo de formulação e implantação da PNAISC

Em 2011, a ATSCAM/MS, responsável pelo delineamento do processo de construção da PNAISC, estabeleceu uma profícua relação de parceria com a EBBS, tendo como eixos de sua atuação: a Articulação

Interfederativa, o Apoio Institucional, a Intersetorialidade e atuação nas RAS (figura 1). Desde então, ATSCAM/MS e EBBS vêm trabalhando juntas para o desenvolvimento dessa política e elaboração de seus princípios, diretrizes e arranjos prioritários.

Figura 1. Principais eixos de atuação da ATSCAM/MS e EBBS no processo de formulação e implantação da PNAISC



A valorização da democracia institucional e da articulação interfederativa ocorreu por meio de arranjos de gestão participativa, com a inclusão de todos os coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais na gestão do processo e na produção de consensos sobre os processos de trabalho e cuidado. Com esse objetivo, foi estruturado o Fórum de Coordenadores de Saúde da Criança dos Estados e Capitais, com encontros quadrimestrais de todos os coordenadores ou seus representantes.

O apoio institucional do Ministério da Saúde às coordenações de saúde da criança dos estados e municípios, por intermédio do consultor de saúde da criança, visou atenuar os efeitos da lógica

organizacional verticalizada, baseada em uma relação normativa e fiscalizadora (CAMPOS, 2000). O consultor estadual de saúde da criança incentivou a abertura de espaços coletivos para a tomada de decisões compartilhadas, formulação e implantação de projetos. Dessa forma, promoveu maior aproximação, articulação e pactuação entre os entes federados, visando à capilarização das ações desenvolvidas na saúde da criança nos diversos territórios.

A Intersetorialidade tem sido um dos eixos na formulação da PNAISC, na articulação das ações da saúde com as áreas de educação, assistência social, direito etc. A Linha de Cuidado às Crianças e suas Famílias em Situação de Violência

(BRASIL, 2011C), o Fórum Perinatal (BRASIL, 2014) e o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2009C), entre outros, são exemplos dessa atuação intersetorial.

A inclusão dos temas da criança nas agendas das Redes de Atenção Prioritárias

do Ministério da Saúde tem sido outro foco desse trabalho, pautando os temas da criança na Rede Cegonha, na Rede de Atenção Psicossocial, na Rede de Urgência e Emergência, na Rede da Pessoa com Deficiência etc. (*quadro 1*).

Quadro 1. Principais eixos de atuação e seus arranjos

EIXOS	ARRANJOS
Articulação Interfederativa	- Fórum de Coordenadores de Saúde da Criança dos Estados e Capitais - Atuação conjunta nos colegiados e serviços (por meio do consultor estadual)
Apoio Institucional	- Consultor estadual de saúde da criança - Apoio integrado
Intersetorialidade	- Linha de Cuidado às Crianças e Famílias em Situação de Violência - Fórum Perinatal - Programa Saúde na Escola
Redes de Atenção	- Grupos condutores da Rede Cegonha - Grupos condutores das redes

Para o desenvolvimento desse processo em cada estado da federação, foram destacados três atores principais: os coordenadores de saúde da criança dos estados/DF e capitais e os apoiadores da CGSCAM nos estados (denominados consultores

estaduais). Para viabilizar o acompanhamento desses atores em seus territórios, eles foram distribuídos em cinco agrupamentos, compostos por cinco a seis estados (*quadro 2*).

Quadro 2. Agrupamentos dos estados – formulação e implantação da PNAISC

Grupo	Estados
1	Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.
2	Goiás, Distrito Federal, São Paulo, Tocantins, Sergipe e Bahia.
3	Acre, Rondônia, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo.
4	Alagoas, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Ceará, Paraíba e Piauí.
5	Pará, Maranhão, Amazonas, Amapá e Roraima.

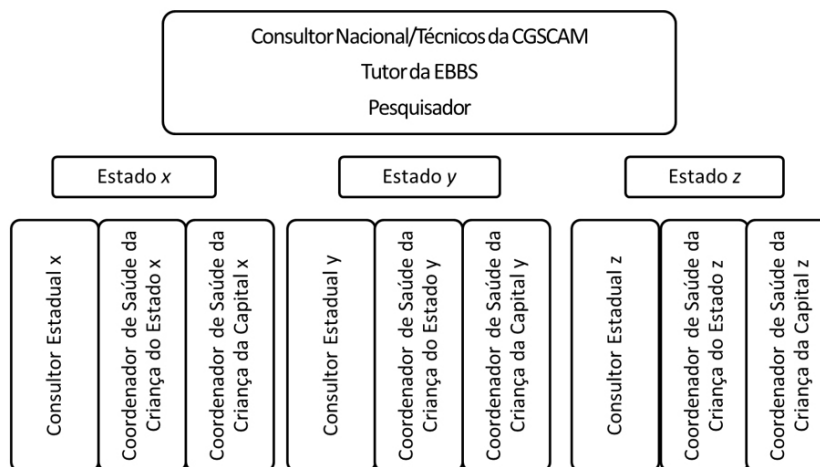
Esses atores participam do processo de elaboração e implantação da PNAISC, com atividades em três eixos: Gestão, Formação e Pesquisa. Cada um dos cinco agrupamentos conta com um apoiador

para gestão (consultor nacional), um apoiador para a formação (tutor da EBBS) e um membro da equipe da pesquisa avaliativa. Além desse trio, os técnicos da CGSCAM, que trabalham como referência

para temas específicos (Método Canguru, Aleitamento Materno, Caderneta de Saúde da Criança etc.), assumiram

também o papel de referência generalista da CGSCAM para os estados do agrupamento a que foram vinculados (*figura 2*).

Figura 2. Arranjo de acompanhamento dos territórios (agrupamentos de estados) pela coordenação do processo de formulação e implantação da PNAISC



Os consultores nacionais e os técnicos da CGSCAM, responsáveis pelo eixo da gestão, têm por objetivo acompanhar o trabalho do consultor estadual na articulação interfederativa e intersetorial. Os tutores da EBBS são responsáveis pelo eixo da formação, por meio de processos de formação-intervenção, dirigidos aos consultores da CGSCAM nos estados. A equipe da pesquisa é responsável por realizar uma pesquisa avaliativa de todo o processo de formulação e implantação da PNAISC.

Foram criados dois arranjos de interação presencial entre os diversos atores: os encontros nacionais de coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais e as oficinas de formação dos consultores estaduais.

Os encontros nacionais de coordenadores ocorrem com frequência quadrimestral, com participação de todos os coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais, os consultores

estaduais, os consultores nacionais, os tutores da EBBS, os técnicos da CGSCAM e os pesquisadores.

As Oficinas de Formação foram dirigidas inicialmente aos 27 consultores estaduais. Esse processo de formação passou a ser oferecido também aos coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais a partir do X Encontro Nacional de Coordenadores em setembro de 2014.

Foi criado um ambiente de interação virtual, utilizando a Plataforma UniverSUS, que possibilita que todos os atores envolvidos possam se comunicar, tanto dentro dos seus agrupamentos quanto com toda a equipe envolvida no processo. Esse tem se tornado um espaço de convivência e de troca de experiências locais, disparando discussões de temas específicos da saúde da criança em cada território, assim como temas gerais de apoio e gestão.

Além desses arranjos citados, foi criado um grupo para formulação e redação do texto da PNAISC, composto pelo

coordenador da CGSCAM e alguns de seus técnicos, coordenadoras da EBBS, representantes dos consultores nacionais, representantes dos coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais e especialistas em saúde da criança com experiência em gestão e saúde pública.

A pesquisa avaliativa

Desde o início do projeto, a pesquisa avaliativa foi se constituindo de maneira participativa e construtivista. Assim, o primeiro ano de trabalho da equipe de pesquisa avaliativa foi voltado para a

aproximação com o campo da saúde da criança e com os diversos atores envolvidos, e para a constituição e pactuação dos referenciais epistemológicos, teóricos e metodológicos da pesquisa. Neste primeiro ano de atividade, a equipe da pesquisa avaliativa utilizou os relatórios mensais de atividade dos consultores estaduais como fonte primária de informação, trabalhada de forma qualitativa, dentro dos referenciais da hermenêutica-dialética, para produzir, no final de 2012, seu primeiro relatório de pesquisa (PINTO ET AL., 2012), no qual constam as seguintes conclusões (quadro 3) e recomendações (quadro 4).

Quadro 3. Relatório parcial da pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da PNAISC – 2012.

Conclusões

- A construção de uma política de âmbito nacional em um país de dimensões continentais e federativo, com elevado grau de autonomia dos entes federados, constitui-se em um grande desafio político, teórico e metodológico.
- Considerando os 27 estados e capitais envolvidos nesse processo, existe ampla gama de heterogeneidade dos contextos, no que se refere às condições políticas, de inserção da área de saúde da criança no setor saúde local, possibilidade e existência de iniciativas intersetoriais, participação popular na condução e avaliação dos programas e controle social etc.; existem estados em que as RAS avançaram mais que em outros, grupos condutores das diversas redes (em especial a Rede Cegonha) mais abertos à participação dos consultores da ATSCAM/MS e outros menos porosos a esses atores, estados que já possuem Fórum Perinatal constituído e ativo e outros que ainda não constituíram esses espaços etc.
- A relação dos consultores da ATSCAM/MS com os coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais depende tanto desse contexto quanto da capacidade desses consultores colocarem-se em interação nos diversos cenários nem sempre favoráveis.
- Ainda existe uma indefinição do papel do consultor da ATSCAM/MS, inserida no contexto de indefinição do papel mais geral do apoio institucional no Ministério da Saúde.
- O processo de integração dos apoiadores institucionais do Ministério da Saúde no apoio integrado tem sido difícil, e os consultores da ATSCAM/MS também vivenciaram essa dificuldade. De forma geral, a aproximação foi mais fácil com os apoiadores da Rede Cegonha e da PNH.
- Em curto espaço de tempo (menos de um ano), os arranjos propostos pela coordenação da ATSCAM/MS, a saber, a constituição da função do consultor da ATSCAM/MS nos estados e a criação de espaços de gestão compartilhada interfederativa da construção e implantação da PNAISC, como o Fórum de Coordenadores de Saúde da Criança dos Estados e Capitais, têm mostrado grande capacidade de mobilizar os diversos atores envolvidos nas ações na área de saúde da criança nos estados, capitais e em diversos serviços da área de saúde da criança.
- De forma geral, a integração dos consultores da ATSCAM/MS nos estados tem sido mais intensa com os coordenadores de saúde da criança dos estados que das capitais. Algumas exceções podem ser notadas, mas, de forma geral, a aproximação com os coordenadores das capitais foi menos expressiva e resultou em menor número de agendas.
- As atividades dos consultores da ATSCAM/MS foram mais frequentes em ações com parceiros da área da saúde que naquelas que envolviam ações intersetoriais, mas, em alguns estados, pode-se notar sua inserção em ações inter-setoriais, principalmente em conjunto com a área da educação.

Quadro 4. Relatório parcial da pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da PNAISC – 2012.

Recomendações

- Incentivar maior aproximação entre os componentes do trio de acompanhamento dos consultores (gestor, formador e pesquisador).
- Diminuir a fragmentação das atividades entre os três eixos (gestão, formação e avaliação), incorporando os conceitos de campo e núcleo de competência e responsabilidade.
- Ampliar o papel da equipe de avaliação, incorporando atividades de gestão e formação, com possibilidade de participação-intervenção na Plataforma de Educação a Distância UniverSUS e possibilidade de sua contribuição no grupo de redação da PNAISC.
- Ampliar o papel da equipe de formação com possibilidade de sua contribuição no grupo de redação da PNAISC.
- Criar agenda mais frequente de devolutivas regulares da pesquisa para os consultores nacionais, tutores da EBBS e coordenação da ATSCAM/MS.
- Incentivar olhar avaliativo dos vários atores envolvidos (coordenação da ATSCAM/MS, consultores nacionais, tutores da EBBS, consultores da ATSCAM/MS nos estados, coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais).
- Aprimorar instrumento para os relatórios mensais, de modo a estimular maiores reflexão e análise dos consultores sobre o seu trabalho.
- Valorizar os princípios inovadores da EBBS (ambiente facilitador, vínculo, afetividade, subjetividade etc.), na formulação da PNAISC, evitando uma formulação apenas prescritiva de ações objetivas e fragmentadas.
- Ampliar os espaços de pequenos grupos nos encontros de formação, com maior ênfase nas rodas de conversa e grupos Balint-Paidéia.
- Investir mais nos espaços de pequenos grupos, nos encontros nacionais de coordenadores, como espaço para fomentar os compromissos interfederativos e as pactuações entre os consultores da ATSCAM/MS nos estados e os coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais.
- Valorizar e incentivar os consultores da ATSCAM/MS a se envolverem em atividades que promovam o fortalecimento de espaços coletivos de gestão (colegiados de gestão, conselhos locais, grupos condutores das redes etc.) e o envolvimento de diversos atores (Fórum Perinatal, Comitês de Mortalidade etc.).
- Valorizar e incentivar os consultores da ATSCAM/MS no estreitamento da relação com os coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais.

Assim, os achados da pesquisa estimularam intervenções dos diversos atores no processo de formulação e implantação da PNAISC, de forma sempre recorrente. Os resultados da avaliação provocaram intervenções no processo, e estas intervenções constituíram-se em novos momentos do campo avaliativo.

Conclusão

Quando fomos convidados a conduzir as atividades de pesquisa referentes ao processo de formulação e implantação da PNAISC, uma primeira definição tomada em conjunto com os coordenadores da ATSCAM e da EBBS foi de que a pesquisa não pretendia avaliar o impacto da política, mas se constituiria em um estudo

do próprio processo de sua formulação e implantação.

Essa parece ter sido uma definição acertada. Ao cabo de três anos, a PNAISC foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em novembro de 2014, aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em dezembro de 2014 e publicada na Portaria MS/GM nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.

Durante esse processo de elaboração, a política foi se constituindo nos diversos territórios, foi sendo testada, modificada, melhorada, ajustada etc. Esta foi uma característica do processo de formulação e implantação dessa política: ela não nasceu de uma portaria ou outra normativa, mas foi se desenhando em um intenso esforço de exercício democrático, participativo e de articulação interfederativa,

que fez com que a PNAISC já esteja sendo implantada antes mesmo de terminar sua elaboração.

Este tipo de processo, aberto, sensível ao contexto, participativo, sempre inacabado, também foi a escolha política e epistemológica dada ao eixo pesquisa do projeto.

É certo que esse tipo de escolha impõe certos riscos. Ao se aceitar o caráter inevitavelmente político da construção de uma política, a sua abordagem avaliativa não poderia se dar dentro de referenciais positivistas, restringindo o estudo à análise da conformidade dos resultados com os objetivos enunciados no projeto. Na verdade, se o objetivo era construir e implantar uma política, o texto dela não se encontrava determinado, de forma a balizar o estudo de tal conformidade.

Assim, pensar o estudo como uma avaliação do impacto da política teria sido uma opção pouco feliz. O impacto de uma política requer um tempo maior para se fazer sentir. Tampouco os efeitos esperados de uma política são tão bem determinados que se possa estabelecer uma relação de causa-efeito muito clara.

Outra definição que tomamos logo de início foi não restringir esse esforço avaliativo em um recorte de pesquisa muito delimitado. Aceitamos o desafio de estudar diferentes dimensões do processo de formulação e implantação da política: as tradições que informam sua formulação, o desenrolar do processo em si de formulação e implantação e o contexto nos diversos territórios para sua implantação.

O desafio avaliativo de um campo tão vasto de pesquisa, com múltiplas dimensões do processo a serem avaliadas, convocou-nos a utilizarmos diversas possibilidades de abordagens, incluindo as metodologias quantitativas e qualitativas de pesquisa. Assim, optamos pela triangulação de métodos, combinando diversos enfoques de pesquisa. Entre as abordagens

qualitativas, utilizamos pesquisa documental para o estudo das principais tradições que informam a elaboração da política; e grupos focais e entrevistas de profundidade, com construção de narrativas, para o estudo do processo em si de formulação e implantação da PNAISC. Para o estudo do contexto de implantação da política, utilizamos as seguintes abordagens quantitativas: um estudo com os coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais, utilizando questionários estruturados com escala quantitativa e análise descritiva das respostas aos vários quesitos estudados; e um levantamento de dados secundários, compondo um painel de indicadores clássicos de saúde da criança, obtidos dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (Sistema de Informação de Nascidos Vivos – Sinasc e Sistema de Informação de Mortalidade – SIM).

Em sua defesa da combinação dos diferentes métodos, incluindo a combinação de abordagens qualitativas e quantitativas na pesquisa, Minayo afirma que

a postura dialética leva a compreender que dados subjetivos (significados, intencionalidade, interação, participação) e objetivos (indicadores, distribuição de frequências e outros) são inseparáveis e interdependentes. (MINAYO, 2006, P. 364).

Em nossa pesquisa, esse vasto material quantitativo e qualitativo foi trabalhado como se compusesse um único texto, por meio da abordagem hermenêutico-dialética. As respostas às questões formuladas foram disparadoras de novas questões, em um exercício hermenêutico de diálogo com o texto.

Vários dos achados que agora consolidamos nesta publicação foram disponibilizados no decorrer da pesquisa, como achados parciais, nos relatórios anuais da pesquisa (de 2012 e de 2013) e nos

boletins da pesquisa, publicados na plataforma de interação virtual UniverSUS. Essa também foi uma forma de produzir o caráter participativo e de intervenção da pesquisa.

Este número da revista ‘Divulgação em Saúde para Debate’ apresenta a pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da PNAISC. Discute diferentes dimensões da pesquisa, discorrendo de forma mais abrangente o contexto e seus referenciais epistemológicos e metodológicos, contemplando o conjunto dos achados da pesquisa.

Este primeiro artigo, introdutório, pretendeu apresentar de forma compreensiva o movimento que está ocorrendo na saúde da criança no Brasil.

No artigo ‘A pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): trajetória epistemológica e metodológica’ (PINTO ET AL., 2016C), apresentamos os referenciais teóricos, epistemológicos e metodológicos que nortearam o desenho da pesquisa avaliativa.

No artigo ‘Estudo das tradições que informam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)’ (PINTO ET AL., 2016B), apresentamos um estudo das tradições que informaram o processo de formulação da PNAISC, destacando as principais tradições que identificamos como norteadoras dos seus princípios, diretrizes, arranjos e dispositivos.

No artigo ‘Tecendo a história da construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) na visão dos sujeitos envolvidos: o desenho qualitativo da pesquisa com utilização da técnica de grupo focal’ (FERRER ET AL., 2016), apresentamos o estudo qualitativo do processo de formulação e implantação da PNAISC, os caminhos percorridos nesses anos de intenso trabalho e participação dos diversos atores que a formularam nos

vários encontros presenciais e por meio da interação à distância.

No artigo ‘Estudo da percepção dos coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais sobre os temas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)’ (PINTO ET AL., 2016A), apresentamos o estudo quantitativo da percepção dos coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais a respeito de diversos temas de interesse da saúde da criança e das condições estruturais de suas coordenações.

No artigo ‘Estudo dos indicadores epidemiológicos de saúde da criança na Rede Cegonha’ (PINTO; PARAGUAY; PEREIRA, 2016), apresentamos um breve panorama dos indicadores de saúde da criança no Brasil, com ênfase na Rede Cegonha. Para isso, foi composto um Painel de dez indicadores extraídos dos sistemas nacionais de informação (SIM e Sinasc), que pode ajudar a compor esta avaliação do contexto de implantação da PNAISC no Brasil e em seus diversos territórios.

Nossa intenção é que este texto, ainda que com algum grau de fragmentação, seja mais que uma justaposição de textos, promovendo o diálogo das diversas estratégias da pesquisa.

Nossa pretensão não é esgotar as possibilidades de abordagens e interpretações relacionadas ao tema, mas convidar o leitor a realizar suas reflexões e elaborar suas próprias sínteses compreensivas.

Aspectos éticos da pesquisa

Na realização desta pesquisa, foram observados os preceitos éticos para os estudos que envolvem seres humanos, com base na Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 96/1996 (BRASIL, 1996). A pesquisa foi cadastrada no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto

Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-RJ), do Ministério da Saúde (MS), CAAE:15263513.9.0000.5269.

A pesquisa foi financiada por Convênio de Cooperação Técnica entre o Ministério

da Saúde e a Fiocruz (TC 102/12 - Projeto-IFF-003-LIV.2012, TC 100/13 - Projeto-IFF-002-FIO2013 e TC 116/14 - Projeto-IFF-011-FIO2013). ■

Referências

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

_____. Ministério da Saúde. *AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*. Curso de Capacitação. Introdução: Módulo 1. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da criança: ações básicas*. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília, DF: *Diário Oficial [da] União*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.395, de 7 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico-Consultivo para a sua implementação. Brasília, DF: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2395_07_10_2009.html>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. (Caderno de Atenção Básica, 23).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de Imunizações 30 anos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Projetos e Programas e Relatórios, Série C.).

_____. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. *Humanização do parto e do nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSUS, 4).

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

FERRER, A. L. *et al.* Tecendo a história da construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) na visão dos sujeitos envolvidos: o desenho qualitativo da pesquisa com utilização da técnica de grupo focal. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 84-117, mar. 2016.

MENDES, C. (Org.). *Sumário da Pesquisa Avaliativa da Implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013.

PINTO, C. A. G.; PARAGUAY, N. L. B. B.; PEREIRA, J. O. Estudo dos indicadores epidemiológicos de saúde da criança na Rede Cegonha. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 172-216, mar. 2016.

PINTO, C. A. G. *et al.* Estudo da percepção dos coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais sobre os temas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 118-171, mar. 2016a.

PINTO, C. A. G. *et al.* Estudo das tradições que informam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 49-83, mar. 2016b.

PINTO, C. A. G. *et al.* *Pesquisa avaliativa da construção e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): relatório de pesquisa*. Campinas, 2012. Mimeo.

PINTO, C. A. G. *et al.* A pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): trajetória epistemológica e metodológica. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 31-48, mar. 2016c.

A pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): trajetória epistemológica e metodológica

The research of the formulation and implementation process of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC): epistemological and methodological trajectory

Carlos Alberto Gama Pinto¹, Mônica Martins de Oliveira², Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay³, Renata Lúcia Gigante⁴, Ana Luiza Ferrer⁵, Bruno Ferrari Emerich⁶, Mariana Dorsa Figueiredo⁷, Thiago Lavras Trapé⁸

¹Médico. Doutor em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Coordenador da pesquisa avaliativa do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). cgamapinto@gmail.com

²Psicóloga. Mestre em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). monica.psisauade@gmail.com

³Médico. Mestre em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). nestor@hc.unicamp.br

⁴Enfermeira. Mestre em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). renatagigante@ig.com.br

RESUMO O processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), iniciado no final de 2011, com a coordenação da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM/CGSCAM) do Ministério da Saúde (MS) e da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), foi acompanhado por pesquisa avaliativa desenvolvida a partir da triangulação de métodos quantitativos e qualitativos sob o referencial epistemológico da hermenêutica-dialética. Este artigo discute as diferentes abordagens da avaliação e os diferentes posicionamentos em relação à combinação de métodos e epistemes. Para isto, recupera a discussão realizada por Heidegger sobre o conceito grego originário do matemático (μαθήματα) e sua apropriação por Descartes na formulação de sua filosofia (mathesis universalis). Aponta e justifica a escolha epistemológica e metodológica dos autores e apresenta o desenho da pesquisa, que objetivou vislumbrar diferentes aspectos do processo de formulação e implantação da PNAISC: as tradições que informam sua formulação, o desenrolar do processo de formulação e implantação e o contexto nos diversos territórios.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da criança; Política de saúde; Avaliação; Serviços de saúde materno-infantil; Hermenêutica.

ABSTRACT *The formulation and implementation process of the National Policy For Comprehensive Child Health Care (PNAISC), which started at the end of 2011, with the coordination of the Technical Area of Child Health and Breastfeeding (ATSCAM/CGSCAM) of the Ministry of Health (MS) and of the Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS), was accompanied by evaluative research developed from the triangulation of quantitative and qualitative methods under the epistemological framework of dialectic hermeneutics. This article discusses the different evaluation approaches and the different positions regarding the combination of methods and epistemics. For such, it recovers the discussion carried out by Martin Heidegger on the original Greek concept of mathematics (μαθηματά) and its appropriation by Descartes in the formulation of his philosophy (mathesis universalis). It points out and justifies the authors' epistemological and methodological choices and presents the design of the research, which aimed to glimpse different aspects of the formulation and implementation process of the PNAISC: the traditions that inform its formulation, the course of the formulation and implementation process, and the context in the several territories.*

KEYWORDS *Child health; Health policy; Evaluation; Maternal-child health services; Hermeneutics.*

⁵ Terapeuta ocupacional. Doutora em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). aluizaferrer@gmail.com

⁶ Psicólogo. Mestre em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). brunofemerich@gmail.com

⁷ Psicóloga. Doutora em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). madora@hotmail.com

⁸ Psicólogo. Doutor em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). thitrape@gmail.com

Introdução

Quando iniciaram o processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no final de 2011, os coordenadores da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM/CGSCAM)¹ do Ministério da Saúde (MS) e da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) definiram a constituição de uma equipe de pesquisa responsável pelo acompanhamento avaliativo desse processo.

A equipe de pesquisa foi constituída no primeiro semestre de 2012, quando realizou as primeiras aproximações com o tema e com os diversos atores participantes do processo, e elaborou os referenciais teóricos e metodológicos que resultaram no desenho da pesquisa.

Este estudo foi desenvolvido a partir de referenciais da pesquisa avaliativa e da triangulação de métodos, aliando a utilização de

métodos quantitativos e qualitativos na coleta e tratamento de dados. A hermenêutica-dialética se constituiu como o referencial teórico-epistemológico de toda a pesquisa.

A intenção de situar a pesquisa em relação aos referenciais epistemológicos e metodológicos, mais do que sugerir sua classificação dentro do campo científico, é contribuir para esclarecer de que modo a pesquisa foi construída e a partir de quais implicações trabalharam os pesquisadores.

Pesquisa avaliativa

Segundo Furtado (2007), avaliar é uma ação inerente ao ser humano, realizada desde a mais tenra idade, cotidianamente, por meio de seus sentidos, de seu intelecto e de sua subjetividade, com o objetivo de atribuir valor a objetos, pessoas e processos.

Contudo, para o autor, quando nos

aproximamos do campo da avaliação sistemática de programas e serviços, a complexidade das políticas e programas que se ocupam dos problemas sociais e de saúde requer muito mais profundidade do que o senso comum poderia oferecer e a consideração de mais aspectos do que a avaliação para o controle seria capaz de permitir.

Nesse sentido, avaliar pode ser considerado como o ato de emitir um juízo de valor sobre determinada intervenção (programa ou serviço), com critérios e referenciais explícitos, mediante utilização de dados e informações, visando à tomada de decisão.

Portanto, é preciso ter em mente que a avaliação está articulada a aspectos políticos e de poder, podendo influenciar tanto a expansão quanto a retração de políticas sociais, de onde se depreende que avaliar não é um processo somente técnico, mas também político (PÔRTO, 2012; FURTADO, 2007).

De acordo com Hartz (1997), a avaliação de programas ganha relevância crescente desde o princípio dos anos 1990, tendo como alvo programas e serviços de saúde. Com o advento do SUS, houve significativo crescimento da extensão e importância política e econômica de serviços e programas na área da saúde. Como grande projeto social, o SUS desdobrou-se e operacionaliza-se em numerosas ações e iniciativas que se tornam alvo constante de questionamentos sobre sua eficiência, eficácia e efetividade.

Nesse contexto, pairam indagações sobre a qualidade dos serviços prestados, a pertinência da tecnologia utilizada e dos modelos assistenciais implantados, o que convoca a avaliação como um dos instrumentos na busca de respostas (NOVAES, 2000).

Assim, a avaliação de programas ganhou grande destaque. Tomar por objeto os programas significa entender que eles se constituem da articulação de recursos humanos, financeiros e tecnológicos e geralmente são criados a partir de decisões, eminentemente políticas,

para operar modificações em uma dada situação problemática (FURTADO, 2007).

Pôrto (2012) lança luz nas diferentes concepções e possibilidades de avaliação, apresentando as principais vertentes de classificação.

Em uma das possíveis abordagens taxonômicas, as avaliações podem ser classificadas em: avaliação normativa, pesquisa acadêmica e pesquisa avaliativa. A primeira é aquela feita no cotidiano daqueles que coordenam o programa ou serviço e costuma apresentar forte componente gerencial. A pesquisa acadêmica seria a que busca conclusões a partir de questões elaboradas pela academia, objetivando produção de conhecimento científico. A pesquisa avaliativa teria por finalidade construir subsídios para a solução de problemas práticos, a partir de um investigador preocupado em contribuir para a tomada de decisões (PÔRTO, 2012).

As avaliações também podem ser distinguidas entre: somativas, que têm como foco o levantamento dos custos e resultados globais para tomada de decisões sobre a manutenção ou não dos serviços e programas; e formativas, que têm o objetivo de aperfeiçoar os programas e serviços em andamento, a partir do diagnóstico de suas fragilidades e vulnerabilidades (PÔRTO, 2012).

Outra maneira de classificar os processos avaliativos é mediante seu coeficiente de abertura para participação de outros atores. Na vertente mais participativa, proposta para as pesquisas avaliativas, Furtado defende que a avaliação deve: “caracterizar-se como processo, sensível ao meio, compreensivo e incluído das diferentes construções dos grupos de interesse em torno do que está sendo avaliado”, sendo “construída e direcionada para o contexto específico em que será utilizada” (FURTADO, 2001, p. 172). Ainda segundo Furtado, a prática da pesquisa avaliativa participativa deve:

[...] contemplar a necessidade de: 1) inclusão de diferentes pontos de vista e valores no processo avaliativo; 2) viabilizar e ampliar a

¹ No final de 2013, ocorreu mudança do organograma do Ministério da Saúde, e a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM) passou a ser denominada Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM). Nesta pesquisa, utilizaremos ATSCAM quando nos referirmos a acontecimentos claramente localizados até o momento dessa mudança organizacional. Quando a questão da temporalidade não estiver definida ou o acontecimento for claramente posterior à mudança, utilizaremos a designação CGSCAM.

utilização dos resultados da avaliação; 3) considerar o inevitável caráter político da pesquisa em geral e da pesquisa avaliativa em particular e 4) capacitar os diferentes envolvidos com o programa ou serviço avaliado. (FURTADO, 2001, p. 170).

Como adverte Hartz (1997), há várias possibilidades de recorte da realidade, e as formas para definir as abordagens, dimensões e atributos para a avaliação refletem, em alguma medida, os possíveis ‘pontos de vista’ que correspondem aos lugares institucionais, ao espaço social e aos campos a que os pesquisadores pertencem.

A interpretação e a compreensão

Para Heidegger,

[...] a interpretação de algo como algo fundase, essencialmente, numa posição prévia, visão prévia e concepção prévia. A interpretação nunca é apreensão de um dado preliminar, isenta de pressuposições. Se a concreção da interpretação, no sentido da interpretação textual exata, se compraz em se basear nisso que ‘está’ no texto, aquilo que, de imediato, apresenta como estando no texto nada mais é do que a opinião prévia, indiscutida e supostamente evidente, do intérprete. Em todo princípio de interpretação, ela se apresenta como sendo aquilo que a interpretação necessariamente já ‘põe’, ou seja, que é preliminarmente dado na posição prévia, visão prévia e concepção prévia. (HEIDEGGER, 2007A, P. 211-212).

Heidegger elabora o conceito de círculo da compreensão e argumenta: “Toda interpretação que se coloca no movimento de compreender já deve ter compreendido o que se quer interpretar” (HEIDEGGER, 2007A, P. 213).

E continua:

Se, porém, a interpretação já sempre se movimenta no já compreendido e dele deve se alimentar, como poderá produzir resultados científicos sem se mover num círculo, sobretudo se a compreensão pressuposta se articula no conhecimento comum de homem e mundo? Segundo as regras mais elementares da lógica, no entanto, o círculo é um *circulus vitiosus*. (HEIDEGGER, 2007A, P. 214).

Mas Heidegger não aceita essa ideia de que esse seja um círculo vicioso, que deveríamos entender como uma imperfeição inevitável, que deveríamos tolerar. Para Heidegger, esse é um mal-entendido de princípio acerca do que é compreensão. Como condição essencial da interpretação, o círculo da compreensão não deve ser evitado nem mesmo tolerado.

O decisivo não é sair do círculo, mas entrar no círculo de modo adequado. [...] Nele se esconde a possibilidade positiva do conhecimento mais originário que, decerto, só pode ser apreendida de modo autêntico se a interpretação tiver compreendido que sua primeira, única e última tarefa é de não se deixar guiar, na posição prévia, visão prévia, e concepção prévia, por conceitos populares e inspirações. Na elaboração da posição prévia, visão prévia e concepção prévia, ela deve assegurar o tema científico a partir das coisas elas mesmas. (HEIDEGGER, 2007A, P. 214-215).

Para Gadamer, isso significa que: “precisamos manter a vista atenta à coisa através de todos os desvios a que se vê constantemente submetido o intérprete em virtude das ideias que lhe ocorrem” (GADAMER, 2005, P. 355-356).

Para Gadamer, quem tenta compreender um texto, e texto aqui pode significar qualquer documento, entrevista, fala, conversa etc., realiza sempre um projetar, ou seja, assim que o intérprete percebe um primeiro sentido no texto, ele delineia um sentido do todo. Esse sentido que lhe aparece é dependente de suas expectativas e construído a partir de suas perspectivas. O movimento do compreender

o que está posto no texto consiste na elaboração desse projeto prévio, que tem que ir sendo constantemente revisado com base no que vai surgindo à medida que se avança na penetração do sentido. Toda revisão do projeto prévio depende de poder antecipar um novo projeto de sentido; de que projetos antagônicos possam se colocar lado a lado na elaboração, até que se possa estabelecer uma unidade de sentido; de que a interpretação comece com projetos prévios que vão sendo substituídos por outros mais adequados (PINTO, 2010).

Assim, para Gadamer, quem busca compreender está exposto a erros de opiniões prévias que não se confirmam nas próprias coisas (GADAMER, 2005). Aqui se coloca o problema de como escapar ao circuito fechado das próprias opiniões prévias, pois o que é dito por alguém, em uma conversa, carta, livro ou de outra maneira, refere-se à opinião do outro e não a minha. Assim, tomamos conhecimento dessa opinião sem necessariamente compartilhá-la, o que, no entanto, não facilita a compreensão. Gadamer sugere que quando se ouve alguém ou quando se faz uma leitura de um texto, não é necessário que se esqueça todas as opiniões prévias sobre seu conteúdo; no entanto, é preciso ter a postura de abertura para a opinião do outro ou para a opinião do texto, colocando a opinião do outro em relação com o conjunto das opiniões próprias.

Segundo Gadamer,

aquele que quer compreender um texto não pode se entregar de antemão ao arbítrio de suas próprias opiniões prévias, ignorando a opinião do texto [...] Em princípio, quem quer compreender um texto deve estar disposto a deixar que este lhe diga alguma coisa. (GADAMER, 2005, P. 358).

Porém, a receptividade a essa alteridade do texto não significa neutralidade em relação a ele.

O que importa é dar-se conta dos próprios pressupostos, a fim de que o próprio texto

possa apresentar-se em sua alteridade, podendo assim confrontar sua verdade com as opiniões prévias pessoais. (GADAMER, 2005, P. 358).

O logos enquanto linguagem

Gadamer, retomando o conceito de logos em Aristóteles, afirma que a interpretação dada por Descartes ao conceito foi uma deformação do originalmente pensado por Aristóteles. Ao traduzir o logos por razão, Descartes definiu o homem como o ser da razão em seu cogito reflexivo: 'Penso, logo existo'. Gadamer afirma, apoiando-se em Heidegger, que para Aristóteles o logos representa a linguagem, e o homem é o ser da linguagem, que se faz essencialmente no diálogo (HEIDEGGER, 2007A; GADAMER, 2004).

Assim, para Gadamer, "um traço essencial do ser da linguagem é a ausência de um eu. Quem fala uma língua que ninguém mais compreende simplesmente não fala" (GADAMER, 2004, P. 179).

A linguagem constitui-se assim no centro do ser humano, quando considerada no âmbito que só ela consegue preencher: o âmbito da convivência humana, do entendimento entre as pessoas, do consenso crescente (GADAMER, 2004).

Habermas sugere que o paradigma de conhecimento de objetos deveria ser substituído pelo paradigma do entendimento entre sujeitos capazes de falar e agir. De acordo com o autor, no modelo de ação orientada ao entendimento, não existe mais o privilégio da atitude objetivante em que o sujeito cognoscente se dirige a si mesmo como a entidades no mundo. Ao contrário, no paradigma do entendimento recíproco é fundamental a atitude performativa dos participantes da interação que coordenam seus planos de ação ao se entenderem entre si sobre algo no mundo (HABERMAS, 2002).

O mundo que o sujeito reflexivo podia

conhecer e ao qual podia se referir era o mundo das coisas ou objetos existentes. O mundo objetivo como correlato das proposições verdadeiras, do conhecimento correto. Ao incluir nas formas de pretensão de validade também a justeza normativa e a veracidade subjetiva, então outros mundos precisam ser valorizados e estudados, não apenas o mundo objetivo, mas também o mundo normativo e o mundo subjetivo. Quando consideramos apenas o saber sobre algo no mundo objetivo, a racionalidade é entendida como o exercício de um sujeito solitário que se orienta pelos conteúdos de suas representações e de seus enunciados, conformando uma razão centrada no sujeito, que conhece e age segundo fins em sua relação com o mundo de objetos ou estados de coisas possíveis (HABERMAS, 2002).

Por outro lado, ao concebermos o saber como algo mediado pela comunicação, a racionalidade encontra sua medida na capacidade dos participantes da interação orientarem-se pelas pretensões de validade que estão assentadas no reconhecimento intersubjetivo. A razão comunicativa encontra seus critérios nos procedimentos argumentativos de desempenho das pretensões de verdade proposicional, justeza normativa, veracidade subjetiva e adequação estética (HABERMAS, 2002).

A experiência hermenêutica

Como destaca Gadamer, “na medida em que o tu não é um objeto, mas se comporta ele mesmo com relação a um objeto, fica claro que a experiência do tu deve ser uma experiência específica” (GADAMER, 2005, p. 468).

Essa especificidade da experiência hermenêutica nos coloca a dimensão moral da pesquisa:

E uma vez que aqui o próprio objeto da experiência possui um caráter de pessoa, essa experiência se torna um fenômeno moral, tanto quanto o saber adquirido nessa experiência, a compreensão do outro. (GADAMER, 2005, p. 468).

Nesse momento, fica evidente que o comportamento do pesquisador, nesse caso, precisa ser prudente. Como não se trata de um procedimento de pesquisa da ciência natural, o pesquisador deve tomar o cuidado para não se comportar inadvertidamente como se estivesse realizando esse tipo de pesquisa. Sobre isso, Gadamer nos chama atenção:

Existe uma experiência do tu que detecta elementos típicos a partir da observação do comportamento de seu próximo e que, graças e essa experiência, pode prever atitudes do outro. Chamamos a isso de conhecer as pessoas. Compreendemos o outro da mesma maneira que compreendemos qualquer processo típico dentro de nosso campo de experiência, isto é, podemos contar com ele. (GADAMER, 2005, p. 468).

Para Gadamer, essa forma de se relacionar com o outro e a forma de compreendê-lo representada pelo conhecimento de pessoas demonstra uma fé ingênua no método e na objetividade que este pode alcançar.

Segundo Gadamer, muitas vezes os pesquisadores tentam ultrapassar esse limite da pesquisa, reconhecendo o outro enquanto pessoa, mas ainda aí, na maioria das vezes, persistem em um comportamento autorreferencial que não permite a reciprocidade da relação com o outro.

Uma segunda maneira de experimentar e compreender o tu consiste em reconhecê-lo enquanto pessoa, mas apesar de incluir a pessoa na experiência do tu, a compreensão deste continua sendo um modo da referência a si mesmo. Essa auto-referência procede da aparência dialética que a dialética da relação eu-tu leva consigo. A relação entre o eu e o tu não é imediata, mas reflexiva. (GADAMER, 2005, p. 469).

A experiência do tu assim adquirida é objetivamente mais adequada que a experiência

que reduz os outros a objeto de cálculo. É uma ilusão considerar o outro como um instrumento que se pode abranger com a vista e dominar totalmente. [...] Todavia, esta dialética da reciprocidade que domina toda a relação eu-tu permanece necessariamente oculta para a consciência do indivíduo. E mais, a própria autoconsciência consiste justamente em subtrair-se à dialética dessa reciprocidade, retirar-se reflexivamente dessa relação com o outro, tornando-se assim inacessível para ele. (GADAMER, 2005, P. 470).

Gadamer chama a atenção para a necessidade de o pesquisador reconhecer os seus preconceitos e o quanto eles atuam na pesquisa.

Aquele que está seguro de não ter preconceitos, apoiando-se na objetividade de seu procedimento e negando seu próprio condicionamento histórico, experimenta o poder dos preconceitos que o dominam incontroladamente como um vis a tergo. Aquele que não quer conscientizar-se dos preconceitos que o dominam acaba se enganando sobre o que se revela sob sua luz. (GADAMER, 2005, P. 471).

Assim, ele afirma que ao reconhecer seus preconceitos e ter abertura para o encontro com o outro, que é diferente do eu, o pesquisador coloca-se então pronto para realizar uma forma mais elevada da experiência hermenêutica.

Esse conhecimento e reconhecimento é o que perfaz a terceira e mais elevada maneira da experiência hermenêutica: a abertura à tradição, própria da consciência da história efetual. Também ela tem um autêntico correlato na experiência do tu. Como vimos, na relação inter-humana o que importa é experimentar o tu realmente como um tu, isto é, não passar ao largo de suas pretensões e permitir que ele nos diga algo. Para isso é necessário abertura. (GADAMER, 2005, P. 471).

Gadamer chama a atenção que ao adotar-mos essa postura, ela não é referida apenas a um tu ao qual endereçamos nossa abertura, mas que aquele que permite que se lhe diga algo está aberto de uma maneira fundamental. Essa abertura é uma necessidade para o pesquisador, que deve estar sempre aberto a uma nova experiência.

Para esse autor, os preconceitos, longe de terem um valor negativo e que devessem (e pudessem) ser evitados pelo pesquisador, são a própria condição da compreensão.

“Por isso os preconceitos de um indivíduo são, muito mais que seus juízos, a realidade histórica de seu ser” (GADAMER, 2005, P. 368).

Minayo, em suas discussões sobre a pesquisa qualitativa em saúde, sobre a avaliação de serviços de saúde e sobre a triangulação de métodos, ressalta as contribuições e limites da hermenêutica e da dialética na compreensão e na crítica da realidade social. A hermenêutica, ao buscar o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, e a dialética, ao sublinhar o dissenso, a mudança e os macroprocessos, podem ser utilizadas de maneira complementar, potencializando-se e enriquecendo-se mutuamente (MINAYO, 2006, 2008).

Triangulação de métodos

Nosso estudo esteve também inscrito no marco metodológico da triangulação de métodos, aliando recursos e procedimentos oriundos de métodos quantitativos e qualitativos para coleta e tratamento de dados.

Essa escolha metodológica fundamenta-se no reconhecimento de que o campo da saúde constitui uma realidade complexa que demanda a integração de conhecimentos distintos (MINAYO, 2006). Sendo assim, prescindir de qualquer um dos dois métodos, poderia implicar em deixar de lado dados relevantes que não podem ser contidos em números ou em contemplar apenas os significados subjetivos e omitir a realidade estruturada. Nesse

sentido, pode-se dizer que métodos quantitativos e qualitativos conformam diferentes áreas de conhecimento no campo de saúde que são interdependentes e interagem entre si.

Os métodos qualitativos são capazes de incorporar o significado e a intencionalidade inerentes aos fenômenos, considerando as diferentes perspectivas dos atores envolvidos; são os mais apropriados para aprofundar a história, captar a dinâmica relacional e compreender as representações e os símbolos, além de acolher as informações oriundas de sinais evasivos que não podem ser entendidas por meios formais.

Por sua vez, os métodos quantitativos visam dimensionar e quantificar aspectos da realidade, podendo ser úteis para a análise de estruturas e estudos exploratórios nos quais se pretende alcançar grande número de sujeitos. A quantidade pode ser compreendida como indicador e parte da qualidade dos fenômenos, processos e dos sujeitos sociais, marcados por estruturas, relações e subjetividade (MINAYO, 2005, 2006).

Os procedimentos de articulação entre métodos distintos foram elaborados em resposta à necessidade de reunir dados quantitativos e qualitativos em um único estudo, como estratégia para ampliar os conhecimentos sobre o objeto da pesquisa, na medida em que se articula um método e outro (CRESWELL, 2007; CRESWELL; PLANO CLARK, 2013).

Segundo Creswell (2007), com o desenvolvimento e com a percepção da legitimidade da pesquisa qualitativa e quantitativa nas ciências humanas e sociais, a pesquisa com triangulação de métodos encontra-se em franca expansão e constitui um avanço para as pesquisas com grande complexidade de seu objeto de estudo, a exemplo da área da saúde.

Turato (2005), Minayo (2006) e Gubae Lincoln (2011) consideram que os referenciais que fundamentam cada método foram desenvolvidos separadamente e estabelecem importantes distanciamentos. Enquanto o método quantitativo se alicerça no pensamento positivista,

o qualitativo está associado ao advento das ciências sociais e do construtivismo.

A partir desse reconhecimento, os autores diferem em sua visão de possibilidades de atuação, desde aqueles que defendem que seja impossível combinar os métodos quantitativos e qualitativos, até aqueles que propõem diferentes justificativas e gradientes de interação dos métodos e seus referenciais.

Turato (2005) coloca-se entre aqueles que defendem que não é possível combinar os métodos e assenta sua crítica no fato de que os métodos possuem identidades próprias, desde o momento de levantamento das questões, por parte dos pesquisadores, até a elaboração dos relatórios de apresentação dos resultados e conclusões. Segundo o autor, é falaciosa a utilização dos modelos mistos e a modalidade quantiquantitativa seria inviável, em virtude da complexidade de cada empreitada e da distinção de suas construções epistemológicas.

Minayo (2006, 2008), por outro lado, defende que a utilização conjunta dos métodos quantitativos e qualitativos deve ocorrer mediante a garantia de que sejam preservados os pressupostos teóricos, epistemológicos e técnicos (metodológicos) dos métodos utilizados. Entende o método como estando intimamente ligado aos referenciais teóricos e epistemológicos a que os pesquisadores se filiam. Observa que a combinação de métodos é um desafio na prática científica contemporânea, pois:

[...] abordagens quantitativas e qualitativas passaram a significar não apenas duas formas profissionalmente distintas de aprender (epidemiologia) e compreender (antropologia) o real, mas duas modalidades de investigação com campos teóricos próprios, delimitados e frequentemente antagônicos. Geralmente, as pesquisas epidemiológicas primam pela reificação da estatística, tendo por base a crença positivista da 'verdade dos números' e, por sua vez, as socioantropológicas costumam isolar-se das bases quantitativas,

frequentemente confundindo a 'verdade' apenas com o significado expresso pelos sujeitos. (MINAYO, 2006, P. 65-66).

Guba e Lincoln (2011) entendem que a filiação epistemológica dos pesquisadores (positivismo ou compreensivismo) não determina o método que ele vai utilizar (quantitativo ou qualitativo), mas determina a forma como ele vai se utilizar desse método (metodologia): se de forma mais cartesiana, positivista, ou por outro lado, de maneira mais crítico-compreensiva, hermenêutico-dialética.

Ao fazerem esta discussão, Guba e Lincoln (2011, P. 177) apresentam o exemplo do martelo:

Tomando um exemplo despretensioso, talvez não seja possível dizer se um indivíduo com um martelo na mão é carpinteiro, eletricista ou encanador, mas a pessoa que está com o martelo sabe, e a intenção fará com que o martelo seja usado de maneiras bastante distintas. De modo semelhante, embora não seja possível rotular um indivíduo de positivista,

simplesmente porque ele está usando um instrumento de pesquisa, ou um construtivista, simplesmente porque ele está conduzindo uma entrevista, essas pessoas sabem (ou deveriam saber) de acordo com qual paradigma elas estão atuando, e esse conhecimento tem consequências significativas no modo como estes instrumentos são empregados.

Guba e Lincoln (2011, P. 176) criticam Miles e Huberman (1984), Cook e Reichardt (1979) e Patton (1982), pois entendem que estes autores afirmam que o pesquisador pode estar filiado primordialmente ao objeto da pesquisa, e não a um dos paradigmas científicos, e, assim, utilizar-se de instrumentos, qualitativos ou quantitativos, para compor o entendimento sobre o tema pesquisado, sem se importar com as questões mais gerais, epistemológicas e paradigmáticas.

No *quadro 1*, fazemos uma comparação dessas quatro possibilidades de posicionamento ante a questão da combinação de métodos e epistemes.

Quadro 1. Posicionamentos em relação à combinação de métodos e epistemes

Autor	Sobre a combinação de métodos e epistemes	Sobre a episteme	Sobre os Métodos	Postura do pesquisador
Turato	Falácia da combinação de métodos	Epistemes distintas que não admitem a outra	Se os métodos são determinados por suas epistemes, não podem ser utilizados juntos, pois as epistemes são contraditórias	Pesquisadores de epistemes distintas que não conseguem abrir mão de suas convicções epistemológicas e, assim, não conseguem trabalhar juntos
Minayo	Preconiza a triangulação de métodos quantitativos e qualitativos	Preservando os pressupostos teóricos, epistemológicos e técnicos (metodológicos) a que os pesquisadores se filiam	Os métodos quantitativos devem ser usados dentro do rigor de sua episteme (positivista) e os qualitativos obedecendo os referenciais a que se filiam (hermenêutica, dialética etc.)	Pesquisadores compreensivistas e positivistas em conjunto e apoiando-se mutuamente ou dividindo o campo da pesquisa e compartilhando os achados

Quadro 1. (cont.)

Patton, Miles e Huberman; Cook e Reichardt	Escolher os métodos de acordo com os objetos de estudo	Negam ou minimizam a decisão e a intencionalidade do pesquisador (sua episteme, seu paradigma), dando ao objeto a premissa de definir o método	Alguns objetos devem (ou podem) ser estudados pelo método quantitativo e outros pelo método qualitativo	Pesquisador neutro, sem episteme, que ora se pretende um hermenêuta, ora se pretende um epidemiologista clássico, ou que simplesmente desconhece ou ignora a atuação da episteme sobre a metodologia e a forma como os métodos serão utilizados
Guba e Lincoln	Consideram a possibilidade da combinação de métodos quantitativos e qualitativos	As epistemes não determinam as ferramentas e o método utilizado, mas a sua forma de utilização (metodologia)	Os instrumentos dos métodos quantitativos podem ser usados de forma compreensiva, assim como os instrumentos dos métodos qualitativos podem ser reificados e usados em um referencial positivista	Duas possibilidades: Pesquisadores não positivistas (hermenêutas) podem trabalhar tanto o qualitativo quanto o quantitativo com uma abordagem compreensiva e Pesquisadores positivistas podem trabalhar tanto o quantitativo quanto o qualitativo de forma a reificar o método cartesiano

O conceito original de matemático

Na atualidade, estamos acostumados a pensar no positivismo como uma corrente de pensamento que se concretiza por meio da utilização dos métodos quantitativos, no sentido de se utilizar de cálculos e estatísticas como instrumentos de determinação de suas certezas. Por outro lado, pensamos em uma episteme compreensiva quando ela não se utiliza dos números e dos cálculos para organizar suas narrativas, utilizando-se de métodos e instrumentos da pesquisa qualitativa.

No entanto, acompanhando o pensamento de Guba e Lincoln (2011) quando trazem a metáfora citada acima, do homem utilizando um martelo, vamos nos apoiar em Heidegger (2007b) para fazer a discussão sobre a origem grega do termo matemático e como este conceito se atualiza depois no pensamento

cartesiano, seja ele traduzido na linguagem dos números e cálculos (estatística, epidemiologia etc.) ou em outras formas discursivas (lógica indutivo-dedutiva, lógica formal etc.).

Assim, seguindo a indicação de Heidegger, quando nos referimos ao pensamento matemático (positivista), em oposição ao pensamento compreensivo (hermenêutico), não estamos nos referindo ao matemático no seu sentido mais restrito, da lida com números e estatísticas, mas estamos nos referindo de forma mais originária ao conceito do matemático, como ele foi cunhado na Grécia antiga.

“Como μάθημα, o matemático é tudo que simplesmente pode ser ensinado, o que pode ser aprendido num sentido especial e privilegiado; μάθησις, é aprender, μανθάνειν” (HEIDEGGER, 2007B, P. 45)

A tradução de μάθημα (*mátēma*) é lição, aquilo que pode ser ensinado e aprendido. Μάθησις (*mátesis*) é aprender. Heidegger questiona o que significa então o μαθήματα

(*matemata*) e afirma que se respondermos simplesmente ‘o matemático’, corremos o risco de uma má interpretação do conceito grego.

Pois com ‘matemático’, pensamos logo e exclusivamente em números e relações numéricas, em ponto, linha, superfície, corpos (elementos, figuras do espaço). Todavia, tudo isto só se chama de matemático num sentido derivado, à medida que satisfaz justamente ao que pertence originária e propriamente à essência dos *μαθήματα*; *μαθήματα* não são para se esclarecer pelo matemático, mas ao contrário. (HEIDEGGER, 2007B, P. 46).

Heidegger nos esclarece então o que está na característica essencial do matemático, em seu sentido originário.

O matemático é o que se pode ensinar e aprender, num sentido extraordinário. Parte de sentenças fundamentais, os axiomas, a que cada um pode chegar por si mesmo; estes se desdobram em sentenças consequenciais, cuja sequência se desenrola também em si mesma. O matemático traz em si continuidade e meta de um procedimento completo em si mesmo, ou seja, ele já é em si mesmo caminho, isto é, método. (HEIDEGGER, 2007B, P. 47).

Esta é uma característica essencial do conceito original do matemático: ele pressupõe um método, um caminho de seguimento, um procedimento completo em si mesmo. Heidegger localiza como Descartes vai edificar, em sua filosofia, a ciência fundamental (*mathesis universalis*) utilizando-se destas regras básicas do método matemático (no seu sentido original grego).

Todavia, se o método explica da maneira devida como se deve usar a intuição (imediate) da mente, a fim de não se cair no erro contrário, e como se deve chegar às deduções, para se obter o conhecimento de tudo, então nada mais se deve exigir, parece-me, para sua

completude, visto que, como já foi dito, não pode haver [mais] conhecimento algum senão por intuição ou dedução. (DESCARTES APUD HEIDEGGER, 2007B, P. 48).

Descartes preconiza então o caminho a ser seguido (método cartesiano).

Todo o método consiste em ordenar e dispor aquilo a que se deve dirigir a visão do espírito, para se descobrir determinada verdade. Ora, só a seguiremos exatamente, se reconduzirmos gradativamente as sentenças complexas e obscuras às mais simples e tentarmos, em seguida, subir, pelos mesmos degraus, da intuição mais simples para o conhecimento de todas as demais. (DESCARTES APUD HEIDEGGER, 2007B, P. 49).

Leibniz, depois, aceitando a indicação de Descartes, designará esses momentos do método como *analysis* e *synthesis* (HEIDEGGER, 2007B).

Outra característica essencial do matemático original, e também de sua versão apropriada por Descartes, é a sua pretensão de esgotar o conhecimento de um tema, e a sua pretensão de atingir o conhecimento verdadeiro, o conhecimento exato.

Como um tal caminho, o matemático assegura e garante primeiro a distinção entre o verdadeiro e o falso, e segundo, em seu curso, leva ao conhecimento tudo que pode ser conhecido no respectivo setor. (HEIDEGGER, 2007B, P. 47-48).

Assim, não é apenas na utilização do sentido derivado de matemático, como no caso dos estudos quantitativos, quando se utilizam números, cálculos, estatísticas etc., que se opera o conceito original do matemático. O positivismo não se encontra apenas nos estudos quantitativos e nas ciências da natureza. Ao contrário, ele, desde muito cedo, habitou o pensamento humano acerca de todos os campos do conhecimento, na sua pretensão de verdade e na sua exclusividade de método;

e seu método não é necessariamente quantitativo, embora o seja preferencialmente, mas consiste nas suas estratégias de intuição (dos axiomas) e dedução (das sentenças consequenciais).

Com isso, estabelecemos uma grande diferença entre o matemático (na sua origem, positivismo) e o esforço compreensivo da hermenêutica.

O posicionamento da nossa pesquisa em relação aos referenciais apresentados

Guba e Lincoln (2011) contestam a possibilidade de realizar-se uma mistura ecumênica de epistemologias e procedimentos na pesquisa. Consideram que essa postura é defendida quando se confunde método (instrumentos e técnicas) com metodologia (estratégias norteadoras básicas gerais). Assim como esses autores, defendemos que não é possível combinar as duas epistemologias (positivista e compreensivista). Contudo entendemos que nada impede que os pesquisadores de uma corrente epistemológica se utilizem dos mais diversos instrumentos e técnicas de pesquisa, adequando sua utilização aos seus referenciais epistemológicos.

Esta pesquisa coloca-se dentro do referencial da pesquisa avaliativa e participativa. Originou-se de uma demanda da ATSCAM por instaurar um modo de acompanhamento do processo de formulação e implantação da PNAISC.

A equipe de pesquisa manteve-se articulada ao grupo condutor do processo (equipe da CGSCAM, consultores nacionais, tutores da EBBS) e aos atores responsáveis pela implantação da política nos territórios (consultores estaduais da CGSCAM e coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais). Essa proximidade favoreceu o conhecimento das ações em curso e permitiu a construção participativa das etapas da pesquisa. Além disso,

mediante devolutivas durante o processo, as produções da equipe de pesquisa puderam ser utilizadas pelos diversos grupos de interesse.

Por meio de sucessivas aproximações com o campo e com os atores envolvidos, procuramos concretizar o caráter processual e construtivista da avaliação.

Utilizamos as metodologias quantitativas e qualitativas conjuntamente, desde a formulação do projeto e dos instrumentos de pesquisa, durante os trabalhos de campo, até a consolidação dos achados e sua análise.

A pesquisa utilizou os referenciais da hermenêutica-dialética para a compreensão e crítica do material obtido da pesquisa de campo, ao trabalhar de modo a favorecer a integração de diferentes perspectivas e o surgimento de novas questões (MINAYO, 2006; MINAYO, 2008; ONOCKO CAMPOS, 2008).

Este referencial epistemológico norteou toda a nossa pesquisa na abordagem do material qualitativo e quantitativo da pesquisa: narrativas dos grupos focais, material das diversas tradições estudadas, indicadores clássicos de mortalidade infantil e no estudo quantitativo das percepções dos coordenadores de saúde da criança.

Isso significou que nosso método não estava predeterminado *a priori*, como se houvesse um único caminho de seguimento para nosso pensamento. Tanto para o estudo qualitativo quanto para o quantitativo, os métodos descritos na literatura serviram como referências para a elaboração de um caminho que só foi se desenhando durante o caminhar. As perguntas e questões da pesquisa não foram todas formuladas *a priori*. A partir dos primeiros passos da pesquisa é que pudemos construir as questões a serem estudadas. Seguindo a indicação da hermenêutica, cada resposta encontrada funcionou como uma nova pergunta, no exercício constante de diálogo com o texto e com os diversos atores do processo de formulação e implantação da PNAISC.

Entendemos que as pretensões de validade são de diversas naturezas e que a verdade proposicional não é a única forma de pretensão

de validade. Assim, não pretendemos distinguir o verdadeiro e o falso nem dar garantia de alguma verdade objetiva. Tampouco entendemos que exista um método que resolva essa questão. Também não almejamos esgotar os temas estudados, levar ao conhecimento tudo que pode ser conhecido.

Do mesmo modo, não compartilhamos com a visão positivista do humano, como ser cognoscente que estuda e então conhece as coisas. Essa postura epistemológica cartesiana reflete-se na gestão e na clínica na forma de autoritarismo taylorista. Pois o ser que estuda e conhece, define como devem ser as coisas corretas, o que permite a divisão das funções entre quem pensa e manda, e aqueles que devem simplesmente seguir o estabelecido, ou em outras palavras, obedecer.

Ao contrário, privilegiamos uma visão hermenêutica do humano, como ser que existe na relação e no diálogo, e que neste diálogo estabelece acordos intersubjetivos. Assim, os critérios de validade devem incluir aquilo que os participantes do diálogo conseguirem acordar intersubjetivamente enquanto justiça normativa, veracidade subjetiva e adequação estética.

Nesse sentido, entendemos que as percepções subjetivas e os acordos normativos realizados entre os diversos participantes do processo de formulação e implantação da PNAISC compõem a racionalidade de uma comunidade intersubjetiva. Conhecer como esses atores percebem suas interações, a forma como se relacionam, os acordos

intersubjetivos que estabelecem e os resultados subjetivos, normativos e objetivos dessa interação, exige uma abordagem que permita que as vozes desses sujeitos apareçam e sejam compartilhadas (FURTADO; ONOCKO CAMPOS, 2008).

Desenho da pesquisa

Dentro do referencial epistemológico apresentado, o desenho da pesquisa objetivou vislumbrar diferentes aspectos do processo de formulação e implantação da PNAISC: as tradições que informam sua formulação, o desenrolar do processo de formulação e implantação e o contexto nos diversos territórios. Para isso, foram desenvolvidos os seguintes estudos:

O estudo hermenêutico das tradições que informam a PNAISC

Este estudo buscou compreender, a partir de nossa inserção no processo de construção e implantação da PNAISC, as principais tradições que influenciaram a construção dessa Política, procurando destacar, em cada uma, seus referenciais teóricos, princípios, diretrizes, arranjos e dispositivos.

O *quadro 2* apresenta as principais tradições encontradas.

Quadro 2. Principais tradições que informam a PNAISC

Programa Assistência Integral à Saúde da Criança – Paisc (BRASIL, 1984)

Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher – Paism (BRASIL, 1985)

Constituição de 1988 e Normativas do SUS: Lei 8.080, NOBs, Noas, Pactos, Redes etc. (BRASIL, 1990a, 1990b, 1991a, 1991b, 1993, 1996, 1997, 2002a, 2006, 2010)

Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático. Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996)

Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004)

 Quadro 2. (cont.)

Principais programas, estratégias e iniciativas da saúde da criança: IHAC (BRASIL, 2011a), Canguru (BRASIL, 2011b), Banco de Leite Humano (BRASIL, 2009a), PNI (BRASIL, 2003), Aleitamento Materno (BRASIL, 2009a), AIDPI (BRASIL, 2002)

Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2010)

Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) (PENELLO, 2013)

Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal (BRASIL, 2009b)

Rede Cegonha (BRASIL; UECE, 2014)

Elaboramos um filtro de estudo das tradições que nos auxiliou a identificar os principais conceitos contidos nas diversas tradições. Utilizando esse filtro, foram construídas sínteses compreensivas de cada uma das tradições, identificando os conceitos (princípios, diretrizes ou dispositivos) presentes em cada uma delas.

A partir da aproximação com cada uma das tradições por meio desse filtro, destacamos a trajetória hermenêutica de cada conceito e como cada tradição contribuía com seus referenciais na conformação das demais (ou recebia contribuições de outras tradições na sua própria conformação), gerando mapas hermenêuticos das tradições e de cada um dos principais conceitos.

A elaboração desses mapas hermenêuticos possibilitou tecer uma narrativa da trajetória de como cada tradição influenciou e/ou foi influenciada pelas demais, até chegar à formulação da PNAISC.

Esse estudo está descrito em Pinto *et al.* (2016B).

O estudo qualitativo do processo de formulação e implantação da PNAISC

Este estudo visou conhecer o processo de elaboração e de implantação da política. Entender esse processo, verificar como ele se deu a partir das contribuições dos diversos atores envolvidos, tomando-os como sujeitos,

e não como objetos de pesquisa: profissionais das coordenações de saúde da criança do Ministério da Saúde, dos estados e capitais; consultores estaduais de saúde da criança, consultores nacionais, tutores e pesquisadores. Nosso objetivo foi conhecer como eles se relacionam, seus acordos intersubjetivos e os resultados (subjetivos, normativos e objetivos) dessas interações. Para isso, foram realizados grupos focais (MIRANDA *ET AL.*, 2008) com cada um desses grupos e entrevistas com atores-chave (coordenador nacional da CGSCAM e coordenadoras da EBBS).

A partir do material produzido nas entrevistas e grupos focais, foram elaboradas narrativas, tal como proposto por Onocko Campos e Furtado (2008). As narrativas são consideradas construções de histórias sobre o agir humano, compondo enredos que dão sentido e coerência aos acontecimentos (RICOEUR, 1997).

As narrativas dos diferentes atores foram processadas, destacando o que foi discutido em quatro eixos temáticos: Apoio, Articulação Interfederativa, Rede Cegonha, e Arranjos e Atores da PNAISC. Os discursos dos principais atores da pesquisa situados nesses quatro eixos temáticos constituíram a matriz das diversas vozes.

Essa matriz foi apresentada e validada em uma Oficina da Pesquisa Avaliativa, com os diversos atores envolvidos no processo de formulação e implantação da PNAISC. Nessa Oficina, foi formulado um elenco de potencialidades, fragilidades e proposições para cada um dos eixos temáticos.

A descrição e discussão detalhada desse

processo, dos resultados obtidos e de seus desdobramentos encontram-se em Ferrer *et al.* (2016).

O estudo quantitativo do contexto de implantação da PNAISC

Para estudo das condições de implantação da política e do contexto de cada território (estados e capitais), utilizamos duas abordagens de pesquisa quantitativa:

- Estudo quantitativo, sobre a situação das coordenações de saúde da criança nas secretarias estaduais e municipais de saúde e sobre a percepção dos coordenadores a respeito de diversos temas da saúde da criança. Foi realizado por meio de questionário estruturado, aplicado aos coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais. Para cada tema pesquisado, os coordenadores apontaram uma nota de 0 a 10 quanto à importância, à situação atual e à expectativa de avanços nos próximos dois anos em seu estado ou capital.

Esse estudo proporcionou um importante panorama do desenvolvimento da saúde da criança nos territórios, sob a ótica dos coordenadores dos estados e das capitais, na medida em que, a partir da análise dos dados, tornou possível identificar a percepção desses atores sobre os temas/fatores que apresentaram maiores avanços ou que estão mais bem consolidados, bem como aqueles que permanecem como desafios para a saúde da criança.

O detalhamento desse estudo está descrito em Pinto *et al.* (2016A).

- Construção de um painel de indicadores de saúde da criança no Brasil, nas regiões, nos estados e capitais. Foram levantados dados dos sistemas nacionais de informação em saúde relacionados com a saúde da criança, em um elenco de 10 indicadores: taxa de mortalidade infantil, neonatal, neonatal precoce e tardia e pós-neonatal, percentual de cesárea, proporção de Apgar do 5º minuto ≤

7, proporção de peso ao nascer < 2500 g, proporção de idade gestacional < 37 semanas e incidência de sífilis congênita.

Assim, elaborou-se um mapeamento desses indicadores de forma a facilitar a compreensão dos diversos contextos de implantação da PNAISC em termos de seus indicadores de saúde da criança.

Foram construídos gráficos do comportamento epidemiológico desses indicadores nos últimos 13 anos (2000 a 2012) para o Brasil e suas regiões. A análise desses dados está descrita em Pinto, Paraguay e Pereira (2016).

Elaboramos esse painel de indicadores também para cada estado e capital. Estamos propondo um exercício de apropriação desses dados pelos consultores estaduais da CGSCAM e coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais, disponibilizando o painel de cada território com questões disparadoras. A proposta é que eles façam a análise do painel de seu território, provocando a reflexão sobre as possibilidades de intervenção e a utilização dos indicadores.

Considerações finais

Minayo afirma que “a compreensão não é um procedimento mecânico e tecnicamente fechado: nada do que se interpreta pode ser entendido de uma vez só e de uma vez por todas” (MINAYO, 2008, p. 86).

A pesquisa elaborou uma compreensão possível sobre as tradições que influenciaram o processo de elaboração da PNAISC, as diferentes perspectivas dos atores envolvidos e o contexto de sua implantação nos diversos territórios.

Nossa intenção foi que todo o material obtido nos diversos campos da pesquisa interagisse e compusesse um único texto, promovendo o diálogo das diversas estratégias da pesquisa.

Aspectos éticos da pesquisa

Na realização desta pesquisa, foram observados os preceitos éticos para os estudos que envolvem seres humanos, com base na Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 96/1996 (BRASIL, 1996A). A pesquisa foi cadastrada no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da

Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-RJ), do Ministério da Saúde (MS), CAAE: 15263513.9.0000.5269.

A pesquisa foi financiada por Convênio de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e a Fiocruz (TC 102/12 - Projeto-IFF-003-LIV.2012, TC 100/13 - Projeto-IFF-002-FIO2013 e TC 116/14 - Projeto-IFF-011-FIO2013). ■

Referências

BRASIL. *Constituição (1988)*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1997.

_____. *Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. *Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*. Curso de Capacitação. Introdução: Módulo 1. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas*. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

_____. Ministério da Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo*

da Criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993*. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/93. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília, DF: *Diário Oficial [da] União*, 1996a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). *Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991*. Nova Política de Financiamento do SUS para 1991. Brasília, DF, 1991a. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). *Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991*. Reedição da Norma Operacional Básica/SUS Nº 01/91. Brasília, DF, 1991b. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273_17_07_1991.pdf>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério

da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Plano de qualificação das maternidades e redes perinatais no Nordeste e Amazônia Legal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde da Criança*: nutrição infantil. aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. (Caderno de Atenção Básica, 23).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de Imunizações 30 anos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Projetos e Programas e Relatórios, Série C.)

_____. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ (UECE). *Humanização do parto e do nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSUS, 4).

CRESWELL, J. W. *Projeto de pesquisa*: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. *Pesquisa de métodos mistos*. 2. Ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

FERRER, A. L. *et al.* Tecendo a história da construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) na visão dos sujeitos envolvidos: o desenho qualitativo da pesquisa com utilização da técnica de grupo focal. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 84-117, mar. 2016.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 715-739.

_____. Um método construtivista para a avaliação em

saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

FURTADO, J. P.; ONOCKO CAMPOS, R. T. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2671-2680, 2008.

GADAMER, H. G. *Verdade e método I*: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2005.

_____. *Verdade e método II*: complementos e índice. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2004.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Unicamp, 2011.

HABERMAS, J. *O discurso filosófico da modernidade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde*: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. 2. Ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2007a.

_____. *Ser e verdade*: a questão fundamental da filosofia; da essência da verdade. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2007b.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do pensamento*: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.83-107

_____. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos*: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-51.

———. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIRANDA, L. *et al.* Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO CAMPOS, R. *et al.* (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 249-277.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de Programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5. p. 547-559, 2000.

ONOCKO CAMPOS, R. T. O exercício interpretativo. In: ONOCKO CAMPOS, R. T. *et al.* (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. p. 278-299.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: ONOCKO CAMPOS, R. T. *et al.* (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS, 1996.

PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013.

PINTO, C. A. G. *Avaliação da implantação da Clínica Ampliada e Equipes de Referência em um serviço especializado em DST/AIDS, utilizando-se a triangulação de métodos*. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas: UNICAMP, 2010.

PINTO, C. A. G.; PARAGUAY, N. L. B. B.; PEREIRA, J. O. Estudo dos indicadores epidemiológicos de Saúde da

Criança na Rede Cegonha. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 172-216, mar. 2016.

PINTO, C. A. G. *et al.* Estudo da percepção dos coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais sobre os temas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 118-171, mar. 2016a.

PINTO, C. A. G. *et al.* Estudo das tradições que informam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 49-83, mar. 2016b.

PÔRTO, K. F. *Elementos para uma política de avaliação das ações de saúde mental na Atenção Primária: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa*. 2012. 257 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

RICOEUR, P. *Tempo e narrativa*. Campinas: Papirus, 1997. Tomo I.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

Estudo das tradições que informam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

Study of the traditions that inform the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC)

¹ Médico. Doutor em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Coordenador da pesquisa avaliativa do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
cgamapinto@gmail.com

² Enfermeira. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
renatagigante@ig.com.br

³ Médico. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
nestor@hc.unicamp.br

⁴ Psicóloga. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
psisaude@gmail.com

Carlos Alberto Gama Pinto¹, Renata Lúcia Gigante², Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay³, Mônica Martins de Oliveira⁴, Ana Luiza Ferrer⁵, Bruno Ferrari Emerich⁶, Mariana Dorsa Figueiredo⁷, Thiago Lavras Trapé⁸, Jorge Ernesto Sérgio Zepeda⁹

RESUMO No final de 2011, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde iniciou discussões para formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e definiu pelo acompanhamento avaliativo desse processo desde seu início. Apoiando-se no referencial da hermenêutica-dialética, a pesquisa objetivou vislumbrar diferentes aspectos do processo de formulação e implantação da PNAISC: as tradições que informam sua formulação, o desenrolar do processo de formulação e implantação e o contexto nos diversos territórios. A partir do contato com os principais atores desse processo, foi possível, para a equipe de pesquisa, vislumbrar um elenco de tradições que o influenciavam. Para o estudo hermenêutico dessas tradições, foi criado um Filtro de Estudo, aplicado às seis principais tradições, que permitiu elaborar Sínteses Compreensivas e facilitar sua análise comparativa. Foi construída uma Matriz das Tradições, destacando os seus princípios, diretrizes, arranjos e dispositivos. O estudo estabeleceu a trajetória das tradições que informam o processo de elaboração da PNAISC e como cada tradição influenciou e/ou foi influenciada pelas demais, sendo elaborados Mapa Hermenêutico das Tradições e uma narrativa desse percurso. Em seguida, foram colocados em destaque os principais conceitos estudados, traçando a sua trajetória. Assim, foram desenhados oito Mapas Hermenêuticos e suas narrativas: Mapa Hermenêutico das Tradições da PNAISC e os Mapas com as trajetórias dos conceitos: Democracia Institucional, Clínica Ampliada, Apoio Institucional, Articulação Interfederativa, Redes de Atenção, Intersetorialidade e Saberes Tecnológicos envolvidos.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da criança; Política de saúde; Avaliação; Serviços de saúde materno-infantil; Hermenêutica.

⁵ Terapeuta ocupacional. Doutora em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). aluizaferrer@gmail.com

⁶ Psicólogo. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). brunofemerich@gmail.com

⁷ Psicóloga. Doutora em saúde coletiva Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). madora@hotmail.com

⁸ Psicólogo. Doutor em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). thitrape@gmail.com

ABSTRACT *At the end of 2011, the Technical Area of Child Health and Breastfeeding of the Ministry of Health initiated discussions for the formulation and implementation of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC) and defined the evaluative accompanying of that process since its beginning. Based on the framework of dialectic hermeneutics, the research aimed to glimpse different aspects of the process of formulation and implementation of the PNAISC: the traditions that inform its formulation, the course of the process of formulation and implementation, and the context in the different territories. From the contact with the main agents of that process, it was possible, for the research team, to glimpse a set of traditions that influenced it. For the hermeneutic study of those traditions, a Study Filter was created, being applied to the six main traditions which allowed to elaborate Comprehensive Syntheses and facilitate its comparative analysis. A Matrix of Traditions was built, highlighting its principles, directresses, arrangements, and devices. The study established the trajectory of the traditions that inform the process of elaboration of the PNAISC and how each tradition influenced and/or was influenced by the others, being elaborated a Hermeneutic Map of Traditions and a narrative of that course. Next, the main concepts studied were highlighted, tracing their trajectories. Thus, eight Hermeneutic Maps and their narratives were designed: Hermeneutic Map of the Traditions of the PNAISC and the Maps with the concepts' trajectories: Institutional Democracy, Extended Clinic, Institutional Support, Inter-federative Articulation, Care Networks, Inter-sectoriality, and Technological Knowledge involved.*

KEYWORDS *Child health; Health policy; Evaluation; Maternal-child health services; Hermeneutics.*

Introdução

No final de 2011, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM/CGSCAM)¹ do Ministério da Saúde (MS) iniciou discussões para formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e definiu pelo acompanhamento avaliativo deste processo desde seu início. A pesquisa avaliativa envolveu a utilização de diversos referenciais e metodologias, incluindo estudos quantitativos e qualitativos. Entre os esforços de avaliação qualitativa, está o estudo hermenêutico das principais tradições que informam o processo de formulação e implantação da PNAISC, descrito neste artigo

A hermenêutica

Nas ciências humanas, quando iniciamos um estudo, deparamo-nos com a necessidade de demarcar mais exatamente o que vamos estudar e a forma de aproximação com o campo.

É verdade que o nosso interesse se orienta para a coisa, mas esta só pode adquirir vida através do aspecto sob o qual nos é mostrada. Admitimos que em tempos diversos ou a partir de pontos de vista diferentes também a coisa se apresenta historicamente sob aspectos diversos. (GADAMER, 2005, P. 377).

Assim, a coisa (o objeto de estudo, o fenômeno) só existe a partir dos pressupostos que orientam a investigação e depende dos

interesses que motivaram os investigadores.

É evidente que não se pode falar de fins bem estabelecidos na investigação das ciências do espírito como se dá nas ciências da natureza, onde a investigação penetra cada vez mais profundamente na natureza. Nas ciências do espírito o interesse investigador que se volta para a tradição é motivado, de uma maneira especial, pelo respectivo presente e seus interesses. (GADAMER, 2005, P. 377).

Nisso, a tentativa de compreensão histórica da hermenêutica sofre críticas, que a acusam de ser influenciada pelos conceitos (e preconceitos) do pesquisador. Essa influência é vista como fenômeno negativo, que retira a neutralidade necessária ao pesquisador. Gadamer reage a essa forma de pensamento quando questiona a possibilidade do pesquisador se livrar de seus preconceitos, e ainda mais, questiona a própria visão negativa que foi construída a respeito dos preconceitos.

Toda nossa compreensão não permanece guiada por conceitos? A compreensão histórica vangloria-se de não ter preconceitos. Mas essa ausência de preconceitos não é uma ausência condicionada? Essa reivindicação não tem sempre o sentido polêmico de estar livre deste ou daquele preconceito? Será que a reivindicação da ausência de preconceitos (como nos ensina também a experiência da vida humana) não camufla, na verdade, a persistência teimosa de preconceitos que acabam nos determinando de forma imperceptível? (GADAMER, 2004, P. 45-46).

Apoiando-se em Heidegger e sua elaboração do Círculo Hermenêutico, segue:

Mas esta pretensão crítica superior já não vem sempre precedida e sustentada por uma atuação silenciosa de preconceitos orientadores? No fundo de toda crítica das fontes e dos testemunhos encontra-se sempre um último parâmetro de credibilidade, que depende

apenas de uma coisa: do que se considera possível e se está disposto a acreditar. Sim, no fundo ainda resta algo mais a ser dito. Assim como a vida real, também a história só nos interessa quando sua fala atinge nosso julgamento prévio sobre as coisas, as pessoas e as épocas. Toda compreensão do que é significativo pressupõe que articulemos conjuntamente um uso destes preconceitos. Heidegger caracterizou esse estado de coisas como círculo hermenêutico: compreendemos somente o que já sabemos; ouvimos somente o que colocamos na leitura. Medido pelos parâmetros do conhecimento das ciências da natureza, isso parece inadmissível. Na verdade, só assim torna-se possível a compreensão histórica. Não se trata de evitar um tal círculo, mas de entrar nele de modo correto. (GADAMER, 2004, P. 46).

Assim, para Gadamer, quem tenta compreender um texto, e texto aqui pode significar qualquer tradição, documento, entrevista, fala, conversa etc., realiza sempre um projetar, ou seja, assim que o intérprete percebe um primeiro sentido no texto, ele delineia um sentido do todo. Esse sentido que lhe aparece é dependente de suas expectativas e construído a partir de suas perspectivas. O movimento do compreender o que está posto no texto consiste na elaboração desse projeto prévio, que tem que ir sendo constantemente revisado com base no que vai surgindo à medida que se avança na penetração do sentido. Toda revisão do projeto prévio depende de poder antecipar um novo projeto de sentido; de que projetos antagônicos possam se colocar lado a lado na elaboração, até que se possa estabelecer uma unidade de sentido; de que a interpretação comece com projetos prévios que vão sendo substituídos por outros mais adequados (PINTO, 2010).

O círculo da compreensão, ou círculo hermenêutico, não é de natureza formal. Ele não é objetivo ou subjetivo, mas descreve o jogo da compreensão no intercâmbio entre o movimento da tradição e o movimento do

⁹ Médico. Mestre em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). jorgesergiozepeda@gmail.com

intérprete. A antecipação de sentido que fazemos ao nos colocarmos em contato com o texto ou com a tradição, que vai guiar nossa compreensão, não é um ato da subjetividade. Ela se determina a partir da comunhão que une o intérprete e a tradição, comunhão que se constitui como um processo em contínua formação (GADAMER, 2005).

Gadamer observa que estamos inseridos na tradição de uma forma totalmente diferente daquela relação entre o pesquisador das ciências da natureza e seu objeto de estudo.

Em nosso constante comportamento com relação ao passado, o que está em questão não é o distanciamento nem a liberdade com relação ao transmitido. Ao contrário, encontramos-nos sempre inseridos na tradição, e essa não é uma inserção objetiva, como se o que a tradição nos diz pudesse ser pensado como estranho ou alheio; trata-se sempre de algo próprio, modelo e intimidação, um reconhecer a si mesmos no qual o juízo histórico posterior não verá tanto um conhecimento, mas uma transformação espontânea e imperceptível da tradição. (GADAMER, 2005, P. 374).

Gadamer nos explica o princípio da história efetual, que constitui a própria situação hermenêutica, de tentar entender-se com uma tradição, já sempre tendo estado nela.

A consciência da história efetual é em primeiro lugar consciência da situação hermenêutica. No entanto, o tornar-se consciente de uma situação é uma tarefa que em cada caso se reveste de uma dificuldade própria. O conceito de situação se caracteriza pelo fato de não nos encontrarmos diante dela e, portanto, não dispormos de um saber objetivo sobre ela. Nós estamos nela, já nos encontramos sempre numa situação cuja elucidação é tarefa nossa. Essa elucidação jamais poderá ser cumprida por completo. E isto vale também para a situação hermenêutica, isto é, para a situação em que nos encontramos frente à tradição que queremos compreender.

Também a elucidação dessa situação, a reflexão da história efetual, não pode ser realizada plenamente. Essa impossibilidade, porém, não é defeito da reflexão, mas faz parte do ser histórico que somos. (GADAMER, 2005, P. 399).

Ele nos adverte que alcançar um horizonte histórico implica necessariamente um esforço pessoal do pesquisador, pois estamos sempre tomados pelas esperanças e temores daquilo que nos é mais próximo e abordamos os testemunhos do passado a partir de nossa situação prévia. No movimento da compreensão, precisamos evitar uma assimilação precipitada do passado pelas nossas próprias expectativas de sentido. Para isso, ele chama atenção da necessidade de o pesquisador destacar o horizonte da tradição de seu próprio horizonte.

O destaque também pode ser dado aos conceitos, ou preconceitos, do pesquisador, ou àqueles conceitos que o pesquisador percebeu no texto.

Destacar é sempre uma relação recíproca. O que deve ser destacado deve ser destacado de algo que, por sua vez, deverá destacar-se ele próprio daquele primeiro. Toda vez que se destaca alguma coisa se está tornando simultaneamente visível aquilo de que se destaca. (GADAMER, 2005, P. 404).

Ao mesmo tempo, quando destacamos uma coisa, um conceito, um princípio, uma diretriz, dentro de uma tradição estudada, lançamos uma luz diferente sobre aquele conceito. Essa também é uma constatação de nossa situação hermenêutica: estamos sempre realizando uma compreensão possível.

Como sempre, as coisas também se dão nesse caso de tal modo, que aquilo de que nos afastamos recai em obscuridade e aquilo ao que nos dedicamos aparece inversamente em uma luz talvez clara demais. (GADAMER, 2007, P. 27).

¹No final de 2013, ocorreu mudança do organograma do Ministério da Saúde, e a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM) passou a ser denominada Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM). Nesta pesquisa, utilizaremos ATSCAM quando nos referirmos a acontecimentos claramente localizados até o momento dessa mudança organizacional. Quando a questão da temporalidade não estiver definida ou o acontecimento for claramente posterior à mudança, utilizaremos a designação CGSCAM.

Primeiras aproximações com as tradições da PNAISC

Nossa pesquisa seguiu estes referenciais. Quando nos aproximamos do campo de estudo e tentamos compreender como se dava o processo de formulação e implantação da PNAISC, a equipe de pesquisadores se depa-rou com a necessidade de demarcar a forma de nossa aproximação. Qual seria o objeto de nossa investigação? Quais tradições estariam operando nesse processo? Quais eram os conceitos que estavam sendo formulados ou vivenciados no processo de elaboração da PNAISC que nos atingiam de imediato e com toda sua força, nos convidando à reflexão?

Ao iniciarmos nosso contato com os diversos atores que se encontravam e dialogavam para formulação e implantação da PNAISC, as primeiras impressões que tivemos e que marcaram profundamente nosso trabalho investigativo nos deixaram com a percepção de que, no processo que se instituía, alguns temas importantes estavam presentes, sendo trabalhados enquanto conceitos teóricos e perseguidos enquanto prática. Segundo nossa primeira interpretação, o tema mais destacado de todos era ‘Democracia Institucional’.

Desde o primeiro encontro em que participamos, o clima de disposição ao diálogo, de possibilidade de construção conjunta da política, de abertura às diferentes visões e posições dos participantes, ao mesmo tempo que se discutiam os temas da Gestão Compartilhada, da Clínica Ampliada, do Apoio Institucional, da Articulação Interfederativa, das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e da Intersetorialidade, foi constituindo para a equipe de pesquisadores o cenário no qual a Saúde da Criança pretendia construir o seu *modus operandi*, o seu ‘como fazer’, e a partir daí discutir suas técnicas, seus protocolos, seus programas, o seu ‘o que fazer’.

A aproximação com os atores que participaram do processo de formulação e

implantação da PNAISC foi sendo construída a partir do contato dos pesquisadores com o campo, nos encontros com os grupos da coordenação da ATSCAM/MS e da EBBS, e com seus referenciais teóricos e políticos, sendo possível vislumbrar um elenco de tradições que influenciavam esse processo.

Nesse movimento de aproximações sucessivas, as seguintes tradições foram destacadas e tornaram-se objeto de leitura e sistematização:

- O Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc) (BRASIL, 1984);
- O Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) (BRASIL, 1985);
- A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2002), a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90;
- A Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2008);
- A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004);
- A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) (PENELLO; LUGARINHO, 2013);
- A Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2014).

Além dessas tradições, outras foram consideradas para compor nosso movimento interpretativo, entre elas:

- O guia prático para assistência ao parto normal da Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 1996);
- O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (BRASIL, 2010A);
- A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (BRASIL, 2002A) e o AIDPI Neonatal (BRASIL, 2012);
- A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (BRASIL, 2011B);
- O Método Mãe-Canguru (BRASIL, 2011A);
- A Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (GIUGLIANI, 2002);
- O Programa Nacional de Imunizações (PNI) (BRASIL, 2003);
- Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e

Amazônia Legal (BRASIL, 2009);

- As Normas Operacionais Básicas (NOBs) do Sistema Único de Saúde (SUS): NOB 91 (BRASIL, 1991A, 1991B), NOB93 (BRASIL, 1993), NOB 96 (BRASIL, 1996), a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) (BRASIL, 2002B), e o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006);

- A Portaria de Rede, de 2010 (BRASIL, 2010B) e o Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap) (BRASIL, 2011B);

- O Apoio Integrado (BRASIL, 2012A);

- A Política de Atenção Básica do MS (BRASIL, 2011D);

- A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, (BRASIL, 2004A);

- Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) da OMS (TEMPORÃO; PENELLO, 2010);

- Os referenciais de Donald Winnicott, sobre o Ambiente Facilitador ao Desenvolvimento Saudável (TEMPORÃO; PENELLO, 2010);

- Os referenciais de Campos sobre a Clínica Ampliada e sobre a Gestão Compartilhada (CAMPOS, 2000, 2003);

- Os referenciais da Socioanálise (LOURAU, 1995; BAREMBLITT, 1994) e da Esquizoanálise (DELEUZE; GUATARI, 2004, 2006).

A leitura desses referenciais permitiu que se identificassem alguns princípios, diretrizes e dispositivos presentes em alguns ou todos os textos. Dependendo da tradição estudada, um mesmo conceito (por exemplo, Apoio Institucional) pode ser tomado como princípio, como diretriz ou como dispositivo. Assim, não existe uma única forma de classificar os conceitos destacados. Essa classificação depende do grau de importância e de centralidade que se dá a determinado conceito em cada uma das tradições que informam o processo de formulação e implantação da PNAISC.

Por princípio, entendemos o que causa ou força a ação ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. Por diretrizes, entendemos as orientações gerais de determinada política (BRASIL, 2008; MENDES, 2012A). Arranjos e dispositivos são formas de estruturação dos processos de trabalho que

visam dar materialidade aos princípios e diretrizes de uma política. Onocko Campos (2003) faz uma distinção entre dispositivos e arranjos. A autora atribui aos arranjos características de estruturação e permanência em formas de organização que possam ser institucionalizadas e aos dispositivos, a potencialidade de subverter as linhas de poder instituídas. Porém, para fins desta pesquisa, adotamos os dois termos como similares.

Vale ressaltar que os documentos estudados apresentavam grande diversidade entre si, com diferenças na estrutura, natureza e momento histórico de elaboração (incluindo leis, portarias e documentos base de construção de políticas, por exemplo).

Assim, elaboramos um Filtro de Estudo das Tradições que permitisse extrair os princípios e diretrizes de cada tradição e, ao mesmo tempo, que facilitasse a análise comparativa entre as diversas tradições elencadas.

O Filtro de Estudo foi composto de dois quadros e aplicado para cada uma das tradições destacadas. O *quadro 1* indica a presença ou não de determinado princípio ou diretriz no documento analisado, além de apontar os arranjos e dispositivos que lhe conferem materialidade. O *quadro 2* indica as tradições que são anteriores e que influenciaram a tradição em pauta e, por outro lado, aquelas que foram influenciadas pela tradição estudada. Esse roteiro de análise serviu apenas como uma possibilidade de exploração da tradição estudada, mas não impediu que outras observações fossem destacadas de forma livre ou em outra formatação. Como resultado desse processo, foram elaboradas Sínteses Compreensivas de cada uma das principais tradições estudadas.

A validação desse roteiro de análise passou por várias fases. Inicialmente, cada pesquisador se responsabilizou pela utilização do Filtro de Estudo e elaboração da Síntese Compreensiva de uma das tradições. Na sequência, deu-se a validação entre pares, em que dois ou três pesquisadores discutiram o material produzido pelo colega, confrontando os documentos referentes à tradição

em análise com a produção do primeiro pesquisador. Finalmente, o material decorrente desse processo foi colocado em análise pelo coletivo de pesquisadores, em que as Sínteses Compreensivas de cada tradição foram lapidadas.

A fim de exemplificar o processo descrito acima, apresentaremos na sequência o resultado deste trabalho (Filtro de Estudo e Síntese Compreensiva) referente a uma das tradições estudadas, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da

Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004).

Das outras tradições que compõem esse estudo, apresentaremos somente as Sínteses Compreensivas, compostas da mesma maneira, por meio da utilização do Filtro de Estudo. Ao final, discutiremos os resultados com a apresentação de Mapas Hermenêuticos das Tradições, que evidenciam como as diversas tradições foram influenciando o nascimento da PNAISC e os caminhos percorridos pelos princípios e diretrizes que informam esta política.

Quadro 1. Filtro de Estudo da Tradição – Agenda de Compromissos

Princípios e Diretrizes	Avaliação
Democracia Institucional e Gestão Compartilhada	Conceito não é mencionado no documento, embora cite a Atuação em equipe, com trabalho solidário e compartilhado.
Clínica Ampliada	Não trabalha este conceito, embora as diferentes linhas de cuidado apresentadas visem diferentes aspectos da clínica, pautadas pela integralidade e pelo reconhecimento das dimensões sociais e subjetivas da saúde e do adoecimento.
Apoio Institucional	Não trabalha este conceito.
Articulação Interfederativa	Conceito não é abordado no documento. Apenas cita que as Unidades de Atenção Básica devem aderir à Agenda de Compromissos, pactuando alcance de resultados, ‘tendo como referência as diretrizes apontadas pelos níveis regionais, estaduais e federal’. Coloca sua ênfase no trabalho da Atenção Básica (âmbito municipal) e na organização do acesso aos demais níveis do sistema (hierarquizado).
Formação das Redes de Atenção	Não é apresentado como princípio ou como diretriz. Assume ‘o desafio da conformação de uma rede única integrada de assistência à criança’, pensada a partir da ‘linha de cuidado integral da saúde da criança, com a identificação das ações prioritárias e as estratégias que devem nortear a ação das unidades de saúde e da rede como um todo’.
Intersetorialidade	É apresentado como um dos princípios, quando menciona ‘planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais’. Valoriza em especial a articulação com o setor da educação e com a assistência social (ONGs, universidades, sociedades científicas, Pastoral da Criança, Juizado, Conselho Tutelar, delegacia e abrigo). Deixa em aberto o modo como articular e praticar a intersetorialidade, bem como as estratégias e ações que devem ser realizadas neste sentido.
Indissociabilidade entre gestão e atenção	Não trabalha este conceito.

Quadro 1. (cont.)

Acesso universal	Princípio valorizado. Aparece na discussão das linhas de cuidado, como 'Compromisso das Unidades de Saúde: o que não pode deixar de ser feito'.
Atenção integral	Princípio valorizado. Preconiza a abordagem global da criança, enfatiza a importância da integralidade da assistência e dos serviços e indica a construção de linhas de cuidado para garantir a continuidade do cuidado e a atenção integral.
Resolubilidade	É apresentado como um princípio e aparece também na definição de outros princípios, como Acolhimento e Responsabilização.
Equidade	É apresentado como princípio. Enfatiza o risco biológico. Aborda a questão das vulnerabilidades quando menciona a questão dos maus tratos e trabalho infantil.
Controle social	É apresentado como um princípio. No entanto, não faz nenhuma outra menção ao conceito ou aponta arranjos ou dispositivos para efetivá-lo. Cita os Comitês de Mortalidade Infantil e Materna, ao falar sobre os sistemas de informação.
Participação social	Valoriza a participação social como forma de aumentar o protagonismo infantojuvenil e exercício de cidadania de crianças e jovens. Também aborda a inclusão das crianças com deficiência na participação social.
Humanização da gestão e da atenção	Menciona a humanização da atenção, relacionada ao princípio do acolhimento, ao enfatizar a garantia de cuidado humanizado e de qualidade, principalmente na abordagem do parto e nascimento.
Responsabilização e vínculo	Apresenta a responsabilização como um princípio. O conceito de vínculo é utilizado junto ao de responsabilização de cada Equipe pela população a que é vinculada.
Acolhimento	É destacado como Princípio. Discute o Acolhimento como postura de todos os profissionais e durante toda a atenção ao paciente e sua família.
Classificação de Risco	Discute a abordagem de risco da criança na unidade de saúde, voltada para a Atenção Básica. Além disso, discute a identificação das gestações de alto-risco e das crianças de maior risco/vulnerabilidade para priorização do acompanhamento pela equipe da atenção básica.
Transversalidade	Não trabalha este conceito.
Fomento às grupidades	Apenas fala em termos do desenvolvimento de ações coletivas, com ênfase na promoção da saúde. Enquanto ação propõe grupos educativo-informativos.
Desenvolvimento Pleno da Infância (DPI)	Não trabalha este conceito. Centrado na abordagem biológica, remete apenas ao Crescimento e Desenvolvimento (CD).
Ambientes facilitadores à vida e promotores do desenvolvimento	Não trabalha este conceito.

Quadro 1. (cont.)

Determinantes Sociais da Saúde	Não trabalha este conceito, mas valoriza as ações e o papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) no território e com as famílias.
Integração das ações intrasetoriais	Discute a articulação da Atenção Básica com a Rede Ambulatorial Especializada, com a Rede de Serviços de Urgência, com a Rede Hospitalar, com o Programa de Atenção Domiciliar.
Defesa dos direitos dos usuários	Fala do direito à saúde de forma genérica. A questão do direito ao acompanhante de livre escolha da gestante durante o pré-parto, parto e pós-parto é colocada como 'permitir acompanhante para a gestante'. Não menciona visita aberta, ouvidoria, conselhos de locais de saúde, pesquisas de satisfação etc.
Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos	Não trabalha estes conceitos. Ao falar sobre o estímulo à participação social infantojuvenil, cita rapidamente a questão do aumento do seu protagonismo.
Atuação em equipe	É apresentado como princípio. Todas as ações preconizadas são colocadas como responsabilidade da equipe de saúde. Valoriza o trabalho em equipe, dentro da lógica interdisciplinar e do trabalho solidário e compartilhado.
Valorização do trabalho e do trabalhador	Pouco contemplado, aparece apenas na proposta de Educação Continuada das equipes, apresentada como estratégia de ação, e que pode ser pensada como valorização do trabalhador. Nas ações previstas de educação continuada, a ênfase assenta-se na atualização dos temas/técnicas.
Avaliação permanente e sistematizada	É listado como um princípio, mas aparece apenas na forma de utilização dos sistemas nacionais de informação. Sua proposta de avaliação está ligada ao diagnóstico da situação local por meio da análise de estatísticas e à alimentação dos sistemas de informação. Cita como arranjos: Comitê de Mortalidade Materna e Infantil.
Sinergia	Não trabalha este conceito.
Inovação	Não trabalha este conceito.
Incentivo à pesquisa e produção de conhecimento	Não trabalha este conceito.
Fomento às iniciativas locais	Não trabalha este conceito.
Participação da família	É apresentado como um de seus princípios, preconizando a 'participação da família em toda a atenção à criança, envolvendo-a com a informação sobre os cuidados e problemas de saúde, bem como nas propostas de abordagem e intervenções necessárias'.
Fortalecimento de vínculos familiares	Não trabalha este conceito.
Vigilância à Saúde	Destacada entre as principais estratégias de ação, incluindo a vigilância dos óbitos maternos e infantis.

Quadro 1. (cont.)

Promoção da saúde	Proposta como princípio, juntamente com o desenvolvimento de ações coletivas, com grande ênfase na promoção do aleitamento materno e alimentação saudável.
Educação continuada	Destacada entre as principais estratégias de ação, com ênfase nas Equipes da Atenção Básica.
Linhas de Cuidado	Conceito bastante valorizado, destacado entre as principais estratégias de ação, visando à organização do trabalho da saúde da criança, com ênfase na atuação da Atenção Básica (saúde da família). Aparece como um dos principais dispositivos, dentro da proposta da Agenda de Compromissos.
Boas práticas, diretrizes clínicas e protocolos	São utilizados nas linhas de cuidado, enquanto compromissos das unidades de saúde, 'o que não pode deixar de ser feito'.
Ambiência dos serviços voltados para atenção à criança	Não trabalha este conceito.

Quadro 2. Tradições que influenciaram e que são influenciadas pela Agenda de Compromissos

Tradições que influenciaram	Tradições influenciadas
Constituição de 88	Plano de Qualificação das Maternidades (PQM)
ECA	Rede Cegonha
Direitos humanos, em especial a Convenção dos Direitos da Criança (1989)	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)
Normativas do SUS	
Método Mãe-Canguru	
Aleitamento materno	
Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)	
Banco de Leite Humano	
Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)	
Programa Nacional de Imunização (PNI)	
Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)	
Estratégia Saúde da Família (ESF)	
Política Nacional de Saúde Mental	
Assistência Integral à Saúde da Criança (Aisc)	
Assistência Integral à Saúde da Mulher (Aism)	
Vigilância à saúde e sistemas nacionais de informação	
Referencial das Redes de Atenção à Saúde	

Sínteses Compreensivas

Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil - Síntese Compreensiva

Publicada em 2004 pela ATSCAM do MS, o documento se propõe a apresentar os princípios, linhas de cuidado, estratégias de ação e compromissos das unidades de saúde (diretrizes clínicas) que orientem a reorganização da rede de assistência à infância. (BRASIL, 2004).

É influenciada por uma série de tradições mais gerais, tais como: a Constituição de 88, a Carta da Promulgação dos Direitos Humanos e mais especificamente a NOB, a Noas, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), a Estratégia Saúde da Família (ESF), a Política Nacional de Saúde Mental, o referencial sobre RAS e vigilância à saúde. Por outro lado, é também influenciada por um conjunto de tradições mais específicas, que fundamentam as ações voltadas à saúde da criança: os programas da Assistência Integral à Saúde da Criança (Aisc) e Assistência Integral à Saúde da Mulher (Aism), o AIDPI, as diversas publicações do aleitamento materno, o Método Mãe-Canguru, a IHAC, o Banco de Leite Humano e o PNI.

Embora possua um caráter de política universal, apresenta como objetivo principal a redução da mortalidade infantil, pois este tema constitui um aspecto importante da política de atenção à criança e, na época de sua formulação, ainda persistia como um objetivo do terceiro milênio a ser alcançado.

Os seguintes princípios são apontados nesse documento:

Intersetorialidade: é mencionada no item ‘planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais’ (BRASIL, 2004, p. 13) e valoriza em especial a articulação com os setores da educação e da assistência social (na educação cita ONGs, universidades, sociedades científicas e na assistência social a Pastoral da Criança,

Juizado, Conselho Tutelar, delegacia e abrigo). Deixa em aberto o modo como articular e praticar a Intersetorialidade, bem como as estratégias e ações que devem ser realizadas nesse sentido.

Acesso universal: trata-se de um conceito valorizado, destacado como princípio. Aparece na discussão das linhas de cuidado, como ‘Compromisso das Unidades de Saúde: o que não pode deixar de ser feito’ (BRASIL, 2004, p. 57).

Acolhimento: é elevado à condição de princípio, embora comumente seja compreendido como diretriz ou estratégia de ação para garantir o acesso universal e a humanização da atenção. Discute o acolhimento como postura de todos os profissionais e durante toda a atenção ao paciente e sua família, chamando a atenção para o risco de se reduzir o acolhimento a profissionais, locais ou horários determinados e reduzir sua potência.

Responsabilização: apresenta a responsabilização como um princípio. O conceito de vínculo é utilizado com o de responsabilização de cada equipe pela população a que é vinculada.

Integralidade: princípio valorizado. Preconiza a abordagem global da criança, enfatiza a importância da integralidade da assistência e dos serviços e indica a construção de linhas de cuidado para garantir a continuidade do cuidado e a atenção integral.

Assistência resolutiva: é apresentada como um princípio e aparece também na definição de outros princípios, como acolhimento e responsabilização.

Equidade: é apresentada como princípio. Enfatiza o risco biológico. Aborda a questão das vulnerabilidades quando menciona a questão dos maus-tratos e trabalho infantil.

Atuação em equipe: é apresentada como princípio. Todas as ações preconizadas são colocadas como responsabilidade da equipe de saúde. Valoriza o trabalho em equipe, dentro da lógica interdisciplinar e do trabalho solidário e compartilhado.

Ações coletivas e promoção da saúde: são

propostas como princípio. No desenvolvimento de ações coletivas, apresentam ênfase na promoção da saúde a ser realizada na Atenção Básica (AB), principalmente relacionada com a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável.

Participação da família/controle social: são apresentados conjuntamente como princípios. Preconiza a “participação da família em toda a atenção à criança, envolvendo-a com a informação sobre os cuidados e problemas de saúde, bem como nas propostas de abordagem e intervenções necessárias” (BRASIL, 2004, p. 15). Quanto ao controle social, embora apresentado como princípio, não faz nenhuma outra menção ao conceito ou aponta arranjos ou dispositivos para efetivá-lo. Cita os comitês de mortalidade infantil e materna ao falar sobre os sistemas de informação.

Avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada: é listada como um princípio, mas aparece apenas na forma de utilização dos sistemas nacionais de informação: SIM, Sinasc, Sinan, SIH, SIA etc. Sua proposta de avaliação está ligada ao diagnóstico da situação local por meio da análise de estatísticas e à alimentação dos sistemas de informação. Cita como arranjos: Comitê de Mortalidade Materna e Infantil.

Como principais estratégias de ação, cita a vigilância à saúde pela equipe da AB, vigilância da mortalidade materna e infantil, educação continuada das equipes de atenção à criança e a organização de linhas de cuidado.

Quanto à organização dos serviços de saúde, chama atenção para a importância do papel da AB na rede de cuidado à saúde da criança. Para isso, a AB deve estabelecer articulação com as equipes de apoio e rede ambulatorial especializada, com os serviços de urgência, com a rede hospitalar e com o programa de atenção domiciliar. Chama atenção para a importância do papel do agente comunitário de saúde e da equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde na atenção à criança. Também valoriza as equipes de saúde da família.

São pensadas várias linhas de cuidado, de acordo com os temas:

1. Ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada;
2. Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido;
3. Triagem neonatal: teste do pezinho;
4. Incentivo ao aleitamento materno;
5. Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
6. Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil;
7. Combate à desnutrição e anemias carenciais;
8. Imunização;
9. Atenção às doenças prevalentes;
10. Atenção à saúde bucal;
11. Atenção à saúde mental;
12. Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil;
13. Atenção à criança portadora de deficiência.

Para algumas dessas linhas de cuidado ou eixos de atenção, estabelece uma série de compromissos das unidades de saúde, espécie de protocolos ou diretrizes clínicas, chamando atenção para ‘o que não pode deixar de ser feito’.

Os conceitos de Democracia Institucional, Apoio Institucional, Clínica Ampliada, Articulação Interfederativa e RAS não são abordados na Agenda de Compromissos.

Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism)

O Paisc (BRASIL, 1984) foi criado menos de uma década após a Conferência de Alma-Ata, em pleno movimento de Reforma Sanitária, em contexto de redemocratização do País, expansão de serviços básicos de saúde e altas taxas de mortalidade infantil (87/1.000). Tem como principais precursores o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass) e o Programa de

Incentivo ao Aleitamento Materno (Piam), e como complemento o Paism (BRASIL, 1985), com o qual compõe uma proposta de atenção primária seletiva. Foi criado com o objetivo de promover a saúde de forma integral, priorizando crianças pertencentes a grupos de risco (equidade) e procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde.

O Paisc tem uma concepção clássica de programa de saúde pública focalizado, baseado em oferta de técnicas, insumos e procedimentos padronizados para os agravos mais frequentes de uma subpopulação, com utilização de elenco mínimo de ações de alta eficácia e baixo custo acrescido de ações regionais. A proposta reconhece a determinação social da saúde, mas visa apenas promover a saúde do indivíduo e garantir o acesso a serviços de saúde. Também reconhece que a ampliação da rede básica, mesmo com ganhos de resolubilidade, esbarraria na baixa integração com o sistema, apontando para a necessidade de integração, regionalização e hierarquização, mas ainda não traz mecanismos para tal.

O objetivo geral do Paisc era reduzir a mortalidade na faixa de 0 a 5 anos. Os eixos de ação eram o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, o controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas e a imunização. Na época foi elaborado o primeiro Cartão de Saúde da Criança. No mesmo ano, o Paism, inspirado em movimentos feministas e de direitos das mulheres, recomenda a consideração da mulher como um ser integral e a oferta de subsídios para que ela possa se apropriar de informações sobre seu corpo e saúde. Entre as ações com repercussão na saúde da criança, destacam-se: assistência pré-natal com ampliação de cobertura e frequência de consultas, promoção do aleitamento materno, planejamento familiar, qualificação do parto domiciliar (qualificação de parteiras) e hospitalar (diminuição de cesáreas), aleitamento na sala de parto e alojamento conjunto.

O Paisc já traz entre suas diretrizes conceitos, como: ‘vinculação entre população e serviços’ (a partir do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, eixo estruturante da atenção à criança); ‘integralidade de ações’ (no sentido de integração de ações de vigilância, educação em saúde e cura); e aumento da cobertura e resolubilidade da AB. Ensaia propostas de ‘formação de rede de atenção’ (na definição de sistema de referência para casos graves de diarreia e infecção respiratória); ‘intersetorialidade’ (nas leis para proteção da mulher trabalhadora que amamenta e controle de propaganda de leites artificiais); e capacitação de gestores (desenvolvimento institucional das Secretarias Estaduais de Saúde). Esses avanços conceituais coexistem com componentes assistencialistas, como a oferta de cesta básica para desnutrição. Como curiosidade, o Paisc preconiza a prescrição de antibióticos para infecção respiratória moderada a grave, de acordo com protocolos, por pessoal auxiliar de saúde, discussão que ainda hoje acende polêmicas intermináveis entre categorias profissionais.

Mesmo antes da Constituição Federal de 1988 e das leis de estruturação do SUS, a ideia da necessidade de Articulação Interfederativa para organização de um sistema de saúde já está presente nos documentos da Aisc e Aism, nos quais se preconiza a organização das Comissões Interinstitucionais de Saúde. A ideia de estruturação de uma rede de atenção à saúde, com necessidade de ampliação, qualificação e integração dos serviços, também já está presente nesses documentos.

Os conceitos de Democracia Institucional, Apoio Institucional e Clínica Ampliada não são abordados.

Política Nacional de Humanização (PNH)

O tema da humanização já se anunciava desde antes da XI Conferência Nacional de Saúde realizada em 2000, cujo tema foi ‘Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com

controle social' (BRASIL, 2001). Desde 1998, existiam portarias ministeriais (tanto da saúde como interministeriais) que incluíam ações de humanização no SUS. Nota-se que tais portarias (mais antigas) referiam-se ao atendimento obstétrico e neonatal, como: GM/MS nº 2.883 de 4 de abril de 1998, GM/MS nº 985, de 5 de agosto de 1999, GM/MS nº 1.406, de 15 de dezembro de 1999.

Em 1º de Junho de 2000, o MS lança a Portaria nº 569/GM, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS, tendo como princípios e diretrizes: que toda gestante tem direito ao acesso digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito ao acompanhamento pré-natal adequado (descrito no anexo da portaria); direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; direito à assistência ao parto e puerpério de forma humanizada e segura (de acordo com condições estabelecidas no anexo da portaria); todo recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal; e as autoridades sanitárias dos âmbitos federais, estaduais e municipais são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados acima.

Percebe-se que já nessa época existia uma preocupação — de âmbito nacional — para redução das altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no País, além do reconhecimento da necessidade de melhorar a cobertura do acesso e da assistência propriamente dita às gestantes tanto de baixo como de alto risco, buscando integrar os níveis de assistência (AB, ambulatorial especializado e hospitalar).

Em 2001, o MS lança o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2001A), no qual

propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas

instituições

com vistas a uma requalificação dos hospitais públicos brasileiros. Tal Programa ofereceu oportunidade de propor, discutir e empreender mudanças na cultura de atendimento vigente nos hospitais, desenvolvendo um conjunto de ações que incluía desde investimentos para recuperação das instalações físicas das instituições, com renovação de equipamentos e aquisição de aparelhagem tecnológica moderna, passando pela redução de custo dos medicamentos, visando também à capacitação do quadro de funcionários no sentido de qualificar e melhorar o contato humano presente em todas as intervenções/atendimentos em saúde:

[...] agregar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação. (BRASIL, 2001A, P. 11).

O PNHAH apresenta pontos de convergência com outros programas voltados ao aperfeiçoamento da qualidade do atendimento no âmbito hospitalar, tais como o Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar (BRASIL, 2000) e os programas que desenvolvem ações de humanização na área de saúde da mulher.

A proposta de criação e implantação de grupos de trabalho de humanização em cada hospital visava dar amplitude às ações desenvolvidas por determinados setores dessas instituições, enfatizando o hospital como um todo, congregando os projetos de humanização desenvolvidos nas diversas áreas, no qual trabalhadores e usuários pudessem conhecer e participar das mudanças nos processos de gerir as relações e a própria instituição.

O PNHAH previu um projeto piloto para ser implantado em alguns hospitais selecionados. A coordenação nacional do Programa alocava-se na Secretaria de Atenção à Saúde

(SAS) do MS, responsável pela criação de grupos multiplicadores para cada região do Brasil, estes compostos por profissionais capacitadores e responsáveis pela divulgação do PNHAH, que contavam com apoio das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Em 2003, ocorre uma mudança radical na utilização do tema da humanização na saúde coletiva. A humanização deixa de ser um programa para tornar-se uma política. Ela deixa de ser voltada exclusivamente para a atenção hospitalar e passa a ser transversal a todos os níveis do sistema e a todos os tipos de serviços do SUS. Ela define seus referenciais, aliando a tradição da reforma sanitária, então estruturada a partir da Constituição de 1988 e das normativas do SUS (Lei 8.080, 8.143, NOBs etc.), a outras três principais tradições: a Teoria Paidéia (CAMPOS, 2000, 2003), a Análise Institucional (LOURAU, 1995; BAREMBLITT, 1994) e a Esquizoanálise (DELEUZE; GUATTARI, 2004, 2006).

A PNH se constitui a partir de seu documento base, dispondo de seu método, princípios, diretrizes e dispositivos. Não há portarias que regulamentem ou normatizem a política, seu caráter transversal permite que seus princípios, diretrizes e dispositivos se encontrem em legislações de várias políticas das diferentes áreas técnicas do MS.

A PNH visa superar ações fragmentadas e verticalizadas de diferentes áreas (mulher, criança, idoso, entre outras), colocando em análise os modelos de gestão e de atenção instituídos. Para tanto, trabalha com sujeitos concretos que se transformam e transformam práticas; esse trabalho pressupõe valorizar a dimensão subjetiva e social nas práticas do SUS, acolhendo as diferenças e incentivando o 'protagonismo' dos envolvidos. Os conflitos e as diversidades de ideias e interesses aparecem e são incluídos e trabalhados.

A PNH, entendida enquanto política pública de saúde que provoca/dispara movimentos de mudança dos modelos de atenção e gestão, estrutura-se a partir de três princípios: 'Transversalidade' (transformação dos modos de relação e de comunicação entre os

sujeitos); 'Indissociabilidade entre atenção e gestão' (alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho, inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos, integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho); 'Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos' (trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais).

As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

As diretrizes da PNH expressam orientações que seguem o método da inclusão no sentido da Clínica Ampliada; cogestão; acolhimento; valorização do trabalho e do trabalhador; defesa dos direitos do usuário; fomento das grupidades, coletivos e redes; construção da memória do SUS que dá certo.

Para viabilizar suas diretrizes, foram desenvolvidos vários dispositivos, para utilização nas práticas de produção de saúde, promovendo mudanças nos modelos de atenção e gestão, tais como:

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH);
- Colegiado Gestor;
- Contrato de Gestão;
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência; de 'porta aberta'; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação etc.;
- Visita Aberta e Direito a Acompanhante;
- Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP);
- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial;

- Projetos Co-Geridos de Ambiência;
- Acolhimento com Classificação de Riscos;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- Projeto Memória do SUS que dá certo.

A PNH utiliza a metodologia da tríplice inclusão, ou seja, o seu modo de atuar se faz sempre no sentido da inclusão de diferentes atores (gestores, trabalhadores e usuários) envolvidos nos processos de produção de saúde, buscando protagonismo, produção de autonomia e corresponsabilidade. Nessas Rodas, incluem-se as diferenças e conflitos dos diferentes sujeitos e contextos, entendidos como analisadores sociais, com potência de desestabilizar os modelos tradicionais de atenção e gestão. A análise coletiva dos conflitos deve ser entendida como força que potencializa a crítica e a mudança.

Como parte de sua metodologia, a PNH se utiliza de cadernos que abordam temas e áreas específicas, tais como: humanização do parto e nascimento; AB; atenção hospitalar; formação e intervenção. Também foram criadas as cartilhas, que abordam temas, tais como: carta dos direitos dos usuários; acolhimento e classificação de risco, visita aberta e direito a acompanhante, saúde e trabalho, clínica ampliada e compartilhada, gestão participativa e cogestão, ambiência, redes e produção de saúde, trabalho em redes.

Constituição Federal, Leis 8.080/90 e 8.142/90 e Normas Operacionais do SUS (NOB, Noas, Pactos)

A Constituição Federal institui que

a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2002, P. 137-139).

Dessa forma, já em seu primeiro artigo, a Seção II que trata da saúde, destaca os princípios da 'Universalidade e Igualdade' no acesso às ações e serviços, e também a questão de sua abrangência às ações de promoção, proteção e recuperação ('Integralidade', também tratada no Art. 198, Inciso II).

Já evidencia uma compreensão do processo saúde-doença, reconhecendo os DSS, quando traz em seu arcabouço a necessidade de 'políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco', apontando para a necessidade de 'intersetorialidade'.

O Art. 198 já prevê a necessidade de 'formação de redes e a regionalização', quando afirma que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, com as seguintes diretrizes: 'Descentralização' (Inciso I), 'Atendimento Integral' (Inciso II) e 'Participação da Comunidade' (Inciso III).

O conceito de 'Articulação Interfederativa' está presente no arcabouço legal do SUS, no texto constitucional (BRASIL, 1988), no seu capítulo da saúde, e nas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Nas NOBs, esse conceito vai ser discutido de forma operativa, destacando-se as atribuições de cada esfera de governo, de acordo com a habilitação dos entes federados. Depois das NOBs, a Noas e o Pacto pela Saúde (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão) iniciaram a discussão da articulação das atribuições interfederativas de forma a estruturar Regiões de Saúde, onde se garantisse a universalidade e a integralidade do cuidado. Além disso, o Pacto instituiu os Colegiados de Gestão Regional (CGR), responsáveis por articular os diversos entes federados no nível regional.

O conceito de RAS está presente no arcabouço legal do SUS, no texto constitucional, capítulo da saúde e nas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Este conceito vai tomando corpo no decorrer da estruturação do SUS, nas diversas NOB (onde é apresentado como rede regionalizada e hierarquizada de serviços) e depois na Noas, que formula o Plano Diretor de Regionalização (PDR) (BRASIL, 1991A, 1991B,

1993, 1996, 2002B). O Pacto pela Saúde (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão) inicia a discussão da articulação dos diversos serviços de saúde na estruturação das Regiões de Saúde (BRASIL, 2006).

Os conceitos de Democracia Institucional, Apoio Institucional e Clínica Ampliada não são abordados nestas normativas.

Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS)

A EBBS, fruto da parceria do MS com a Fiocruz, foi instituída pela Portaria GM/MS 2.395 de 7 de outubro de 2009. Surgiu no contexto do Programa de Aceleração do Crescimento do Governo Federal (PAC/Saúde, 2007), com a proposta de explicitar, em termos de política pública, a relação entre o crescimento e o desenvolvimento de uma nação e de cada um de seus cidadãos (PENELLO, 2013).

A EBBS enfatiza a importância de produzir ações e condições para sustentar o desenvolvimento infantil em sua plena potência. Inova ao articular os referenciais das ciências sociais sobre os DSS com os da psicologia de Winnicott e Bowlby sobre o ‘ambiente emocional facilitador ao desenvolvimento saudável’ (PENELLO, 2013).

Parte do reconhecimento de que é na primeira infância (de 0 a 6 anos) que são construídas as bases da formação pessoal, o que implica a necessidade de um suporte adequado para o desenvolvimento infantil saudável, que depende do acesso à educação, moradia, trabalho, lazer, e da qualidade do ambiente no qual a criança está inserida desde sua concepção. Esse ambiente primário da criança é constituído por fatores genéticos e biológicos da mãe e da própria criança, além de fatores culturais, econômicos e psicossociais, que podem ou não facilitar o desenvolvimento infantil e a vida saudável.

Apoiada em Winnicott, discute que o desenvolvimento do ser humano depende de processos maturativos de ordem neurológica e genética, associados a processos de constituição do sujeito psíquico.

Aponta que o ambiente emocional facilitador ao desenvolvimento saudável também é determinado por fatores econômicos, culturais, entre outros, que influenciam a ocorrência e a distribuição na população dos problemas de saúde e seus fatores de risco e que esses determinantes são, por sua vez, influenciados pelas políticas públicas de saúde adotadas no País.

Ressalta que a qualidade de vida de uma criança e as contribuições que ela dá quando adulta à sociedade podem remontar aos seus primeiros anos de vida, e dependem do apoio disponibilizado para seu crescimento em cognição, linguagem, habilidades motoras e adaptativas e funcionamento socioemocional.

A EBBS defende a implantação de políticas públicas que sejam capazes de apoiar as famílias na construção de ambientes facilitadores do Desenvolvimento Pleno Infantil (DPI), por meio da formulação de novas ofertas de cuidado aliadas às ofertas tradicionais dirigidas a mulheres e crianças.

A influência da PNH na formulação da EBBS é evidenciada pelo compartilhamento de seus referenciais conceituais (princípios, diretrizes, método e dispositivos), tais como ‘Apoio Institucional’, ‘Cogestão’, ‘Clínica Ampliada’, ‘Valorização do Trabalho e do Trabalhador’, o ‘Cuidar do Cuidador’, a ‘Defesa dos Direitos do Usuário’, o ‘Fomento às Grupidades’, ‘Ativação de Coletivos’, ‘Transversalidade’ e a ‘Indissociabilidade entre Clínica e Gestão’ (BRASIL, 2008; PENELLO, 2013).

Assim como a PNH, trabalha com o incentivo às iniciativas locais e valoriza experiências exitosas no SUS que dá certo. Destaca as iniciativas inovadoras no campo da saúde da criança no Brasil e no exterior: Programa Primeira Infância Melhor (PIM) – RS, Programa Mãe Coruja Pernambucana, Programa Mãe Curitibana e a experiência de

Sobral (CE), Programa Chile Cresce Contigo e a experiência de Cuba *Educa a tu hijo*.

Entre os objetivos da estratégia, busca diminuir a morbimortalidade materno-infantil, em consonância com o compromisso assumido pelo governo brasileiro, no tocante ao cumprimento das metas relacionadas com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2013).

Trabalha com três eixos principais: a Cartografia, Grupalidade e Cuidado.

A Cartografia é compreendida como modo de reconhecer dada realidade com caráter exploratório, implicando no processo de constituição do próprio percurso que se vai traçar.

No Fomento à Grupalidade, a EBBS utilizou as Rodas de Conversa e os Grupos Balint-Paidéia como dispositivos capazes de potencializar trocas, compartilhamento de experiências, mobilização de corresponsabilidade e protagonismos dos sujeitos.

O ‘cuidado’ é entendido como a condição prévia que permite um ser vir à existência, como o orientador antecipado, ético e responsável de nossas ações na missão de cuidadores de todo o ser. O cuidado é a vivência da relação entre a necessidade de ser cuidado e a vontade e predisposição de cuidar, criando um conjunto de apoios e proteções (*holding*) que torna possível essa relação indissociável, em nível pessoal, social e com todos os seres viventes (BOFF APUD PENELLO, 2013, P. 31).

Como projeto piloto da EBBS, foi realizada uma pesquisa-intervenção em cinco regiões brasileiras com o objetivo de cartografar o que cada município oferecia como condições para o desenvolvimento e o que identificava como desafios. Esse foi considerado o início da oferta de conhecimentos e ferramentas para o incremento das ações nas regiões.

No documento final de apresentação da pesquisa-intervenção realizada pela EBBS, são destacados seis princípios: a ‘transversalidade’; o ‘ambiente facilitador à vida’ com suporte ambiental e vínculos para desenvolvimento físico e afetivo e conquista da autonomia, a ‘sinergia’, que propõe a articulação no

cenário político para convergência de interesses na transformação das práticas em saúde; a ‘inovação’, que ressalta a experimentação de práticas de gestão/cuidado e soluções inovadoras; a ‘intersectorialidade’ e a ‘indissociabilidade’ entre atenção e gestão.

Como diretrizes, a EBBS propõe a ‘cogestão’ e ‘gestão compartilhada’, o ‘fortalecimento de vínculos’, o ‘fomento às iniciativas locais e a grupalidades’. A fim de viabilizar esses princípios e diretrizes, a EBBS apresenta os seguintes arranjos/dispositivos: apoiadores matriciais e apoiadores locais, encontros dos apoiadores, Grupo Executivo Local (GEL) e Grupo Executivo Nacional (GEN).

A proposta pedagógica utilizada pela EBBS em seu projeto piloto, baseada em encontros de diferentes atores, no relato de experiências dos apoiadores e na cartografia, foi depois utilizada na formação dos consultores estaduais de saúde da criança, valorizando principalmente o processo de reflexão processado grupalmente.

Rede Cegonha

A Rede Cegonha é instituída em 24 de junho de 2011 por meio da Portaria 1.459 GM/MS. Segue a tradição da Constituição Nacional e da Lei 8.080/90, que define a estruturação do SUS.

A Rede Cegonha sucede o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal (PQM) (BRASIL, 2009), que foi elaborado com grande contribuição dos referenciais da PNH.

Foi antecedida pela Portaria 4.279 GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS e de normativas que estabelecem a garantia do direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (Lei 11.108, de 07/04/2005) e o direito da gestante de vinculação à maternidade onde receberá assistência ao parto (Lei 11.634, de 27/12/2007).

A Rede Cegonha 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.

Tem como princípios:

- A ‘garantia dos direitos humanos’ por meio da garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes com respeito à diversidade cultural, étnica, racial e enfoque no gênero. Reafirma os objetivos e metas do Pacto pela Vida, enfatizando a redução da mortalidade infantil e materna, que é valorizado no documento como um todo, incluindo os objetivos da rede que reforçam o desenvolvimento saudável.

- A participação e mobilização social se consolidam principalmente por meio do estímulo à instituição do Fórum da Rede Cegonha que tem como finalidade a participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção.

- A ‘Equidade’, embora apresentada como princípio, não se percebe no texto arranjos ou dispositivos para sua garantia. Percebe-se esse princípio na busca ativa de ‘crianças vulneráveis’, embora pareça se referir ao risco biológico (baixo peso, prematuridade etc.). No decorrer de sua implantação, trabalha com o conceito de Maternidades Estratégicas, definidas por meio de critérios epidemiológicos de morbimortalidade materna e infantil, que são priorizadas para alocação de recursos, incluindo a designação de ‘Apoiador Institucional’ específico para estes serviços.

A compatibilização entre as redes de atenção materna e infantil

A Rede Cegonha se organiza a partir de quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação). Em todos os componentes, estão presentes arranjos que buscam garantir acesso e qualificação do cuidado nos

vários pontos de atendimento da gestante.

O conceito da ‘Universalidade’ é corporificado na garantia do acesso ao pré-natal de risco habitual e de alto risco em tempo oportuno, às ações de planejamento reprodutivo, na ênfase à suficiência de leitos de acordo com as necessidades e em arranjos como o Samu Cegonha, Vaga Sempre, a Regulação de leito neonatal/obstétrico e o Mapa de Vinculação das gestantes às maternidades.

Enfatiza a suficiência e ‘qualificação de leitos’, com mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento. Preconiza qualificação do cuidado pela adoção das boas práticas de atenção, com implantação de Centros de Parto Normal (CPN), Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) e adequações da ambientação das maternidades.

Alguns conceitos não aparecem nomeados como princípio ou diretriz, mas permeiam o texto como um todo, como é o caso da Democracia Institucional, a Articulação Interfederativa e a valorização da Responsabilização e Vínculo.

A Democracia Institucional é reforçada pelo estímulo à constituição do Fórum Rede Cegonha, que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos, além de estimular, no componente ‘Parto e Nascimento’, a implantação, nas maternidades, de ‘Colegiados Gestores’ e outros dispositivos de cogestão.

São descritos arranjos de Articulação Interfederativa, tanto nas etapas de operacionalização, que descrevem as atribuições e responsabilidades de cada nível do sistema (união, estado e município), como na ênfase dada à regionalização, apostando na ativação dos territórios, por meio da elaboração de Plano de Ação Estadual, Regional e Municipal, pactuados nos Colegiados Gestores Regionais (CGR) e nos Colegiados Gestores das Secretarias de Estado/Distrito Federal (CGSES/DF).

A operacionalização da Rede Cegonha compreende cinco fases: a Adesão e Diagnóstico, o Desenho Regional da Rede,

a Contratualização dos Pontos de Atenção, a Qualificação dos Componentes e a Certificação. Esse formato visa garantir a regionalização e a definição de aporte de recursos, valorizando o Colegiado Gestor Regional como instância de decisão.

Os conceitos de responsabilização e vínculo aparecem em diversos arranjos e dispositivos, como no estímulo a implantação de equipes horizontais, na contratualização entre os pontos de atenção e na vinculação da gestante à maternidade (Mapa de Vinculação).

Como arranjos para a prática clínica, institui o acolhimento e classificação de risco, equipes horizontais do cuidado, garantia do acompanhante durante o trabalho de parto,

parto e pós-parto imediato, o fomento às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, ampliação da disponibilidade de leitos canguru.

Matriz das Tradições que influenciaram a PNAISC

Após realizarmos o estudo dessas seis principais tradições, com a utilização do Filtro de Estudo e a elaboração das Sínteses Compreensivas, foi possível construir uma Matriz das Tradições destacando os seus princípios, diretrizes, arranjos e dispositivos (*quadro 3*).

Quadro 3. Aproximação com algumas tradições que informam a PNAISC e seus Princípios, Diretrizes e Arranjos/Dispositivos

Princípios, Diretrizes, Arranjos e Dispositivos (Conceitos Destacados)	Aisc e Aism	Constituição e Normativas SUS	Agenda de Compromissos	PNH	EBBS	Redes e Rede Cegonha	PNAISC
	1984-1985	1988-2015	2004	2004	2010	2011	2014
Democracia Institucional e Gestão Compartilhada							
Clínica Ampliada							
Apoio Institucional							
Articulação Interfederativa							
Redes de Atenção							
Intersetorialidade							
Acesso universal							
Atenção integral							
Resolubilidade							
Equidade							
Controle social							
Responsabilização e vínculo							

Quadro 3. (cont.)

Acolhimento e Classificação de Risco						
Transversalidade						
Fomento às grupalidades						
Indissociabilidade entre gestão e atenção						
Protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos						
Desenvolvimento Pleno da Infância						
Ambiente facilitador à vida						
Determinantes Sociais da Saúde						
Integração das ações intrasetoriais						
Defesa dos direitos dos usuários						
Atuação em equipe						
Avaliação permanente e sistematizada						
Fomento às iniciativas locais						
Participação da família/ fortalecimento dos vínculos						
Boas práticas, diretrizes clínicas e protocolos						
Ambiência nos serviços						

Nota: Como forma de evidenciar estes conceitos nas diversas tradições, utilizamos um sistema de cores, com a seguinte representação:

Cor	Significado
	Não aparece de forma destacada na tradição
	Presente, com destaque considerável na tradição
	Destacada como Princípio, Diretriz ou Conceito com grande importância na tradição

Nessa Matriz, destacamos alguns dos principais conceitos estudados nas tradições avaliadas e acrescentamos uma última coluna na qual apontamos como esses conceitos estão representados na PNAISC.

O Mapa Hermenêutico das Tradições

A análise de cada uma das tradições utilizando o Filtro de Estudo, com a identificação dos princípios/diretrizes e arranjos/dispositivos presentes em cada uma delas, possibilitou estabelecer uma trajetória das tradições que informam o processo de elaboração da PNAISC, e como cada tradição influenciou e/ou foi influenciada pelas demais.

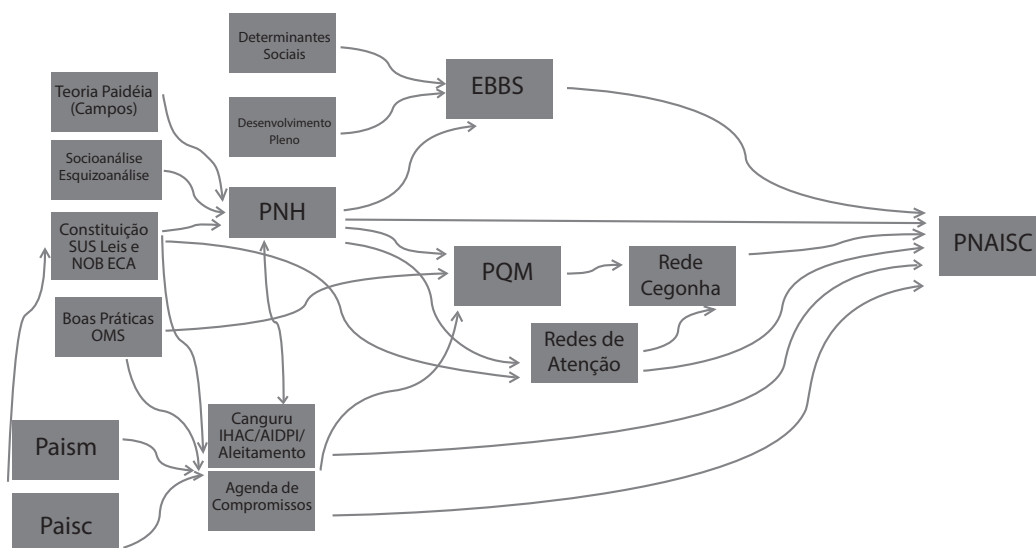
Para facilitar sua visualização, elaboramos um Mapa Hermenêutico das Tradições e construímos uma narrativa desse percurso. Em seguida, colocamos em destaque os principais

conceitos estudados, traçando a trajetória dos conceitos no Mapa Hermenêutico das Tradições.

Assim, foram desenhados oito Mapas Hermenêuticos:

1. Mapa Hermenêutico das Tradições da PNAISC (*figura 1*);
2. Trajetória do conceito: Democracia Institucional (*figura 2*);
3. Trajetória do conceito: Clínica Ampliada (*figura 3*);
4. Trajetória do conceito: Apoio Institucional (*figura 4*);
5. Trajetória do conceito: Articulação Interfederativa (*figura 5*);
6. Trajetória do conceito: Redes de Atenção (*figura 6*);
7. Trajetória do conceito: Intersetorialidade (*figura 7*);
8. Trajetória dos saberes tecnológicos: padronizações, programas etc. (*figura 8*).

Figura 1. Mapa Hermenêutico das Tradições da PNAISC



O Mapa Hermenêutico das Tradições da PNAISC

Nossa ideia é que existem dois grandes grupos de tradições que informam o processo

de formulação e implantação da PNAISC: um primeiro grupo de tradições traz contribuições fundamentais sobre as questões dos campos mais teórico (teoria) e tecnológico (techne) referente à saúde da criança. São

contribuições científicas e tecnológicas do campo da obstetrícia, da pediatria, neonatologia, nutrição, imunologia, entre outras áreas do conhecimento científico pertinentes à saúde da criança. Poderíamos dizer que elas se referem ao ‘que fazer’ de uma PNAISC.

Nós trabalhamos com três grandes tradições que informam a PNAISC no tocante ao ‘que fazer’:

- a Agenda de Compromissos da Saúde da Criança: envolve uma ampla gama de ações e responsabilidades, linhas de cuidado etc. A Agenda de Compromissos atualiza as ações programáticas da saúde da criança (Aisc) e da saúde da mulher (Aism), e os referenciais das boas práticas para a atenção ao parto e nascimento da OMS, dentro do arcabouço legal e de princípios do SUS (Constituição de 88 e documentos SUS) e incorpora, ainda que de forma superficial, a questão da humanização da gestão e da atenção (PNH).

- os diversos programas, iniciativas, estratégias, que compõem as ações prioritárias até então desenvolvidas pela ATSCAM/MS: Método Canguru, IHAC, Caderneta de Saúde, Aleitamento Materno e Nutrição, Rede de Banco de Leite Humano, PNI, AIDPI, AIDPI Neonatal etc. Esses diversos programas possuem histórias singulares, mas olhados em conjunto, apontam para alguns referenciais que os informam, os mesmos que informam a Agenda de Compromissos.

- as diversas Redes de Atenção, em especial a Rede Cegonha: as RAS se estruturam para dar conta de dimensões mais ou menos específicas do processo de saúde-doença-cuidado, mas, na sua maioria, não possuem recorte de ciclos de vida, todas elas atravessando as diversas faixas de população por idade, e precisando necessariamente receber aportes teóricos e tecnológicos próprios para o cuidado da população pediátrica e neonatal. Assim acontece na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede da Pessoa com Deficiência (RPcD), Rede da Pessoa com Doença Crônica (RPcDD) etc. Todas elas trazem contribuições

e são incorporadas no processo de formulação e implantação da PNAISC. Em especial para a saúde da criança, a Rede Cegonha concentra suas ações na atenção aos períodos da gestação, parto e nascimento e, dessa forma, contribuiu ainda de forma mais importante com seus referenciais para esse processo.

A Rede Cegonha sucede o PQM ao incorporar de forma ainda mais substantiva e agora com cobertura nacional os referenciais das RAS. O PQM originou-se em grande parte dos referenciais do guia de boas práticas do parto e nascimento da Organização Mundial de Saúde (Guia de Boas Práticas OMS) e da PNH, incorporando seus princípios, diretrizes e dispositivos, de forma visceral.

Um segundo grupo de tradições traz contribuições essenciais do campo mais prático (práxis) para a formulação e implantação de uma PNAISC. São contribuições acerca das dimensões políticas, éticas, estéticas, práticas, quanto às diversas maneiras de se constituir os diferentes arranjos e dispositivos que irão efetivamente operar a gestão e o cuidado (e a gestão do cuidado) que serão ofertados na PNAISC. Nesse sentido, poderíamos dizer que elas se referem ao ‘como fazer’ da PNAISC.

No tocante ao ‘como fazer’, trabalhamos com duas grandes tradições influenciando a PNAISC:

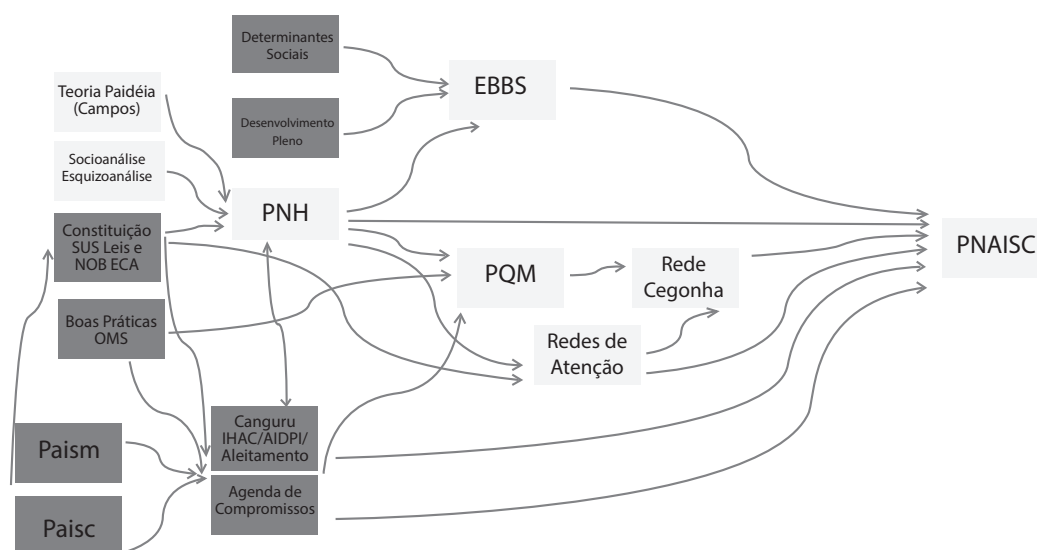
- a PNH: influencia diretamente a formulação da PNAISC, além de influenciar indiretamente, por meio de sua grande influência sobre a EBBS e sobre o PQM/Rede Cegonha e marginalmente, por intermédio da Agenda de Compromissos e dos diversos programas/iniciativas/estratégias anteriores da ATSCAM, em especial o Método Canguru. Por sua vez, a PNH é influenciada por quatro tradições principais: a Teoria Paidéia (Campos), que abrange um vasto referencial a respeito da gestão e da atenção, e as teorias da Socioanálise (Lourau, Lapassade) e da Esquizoanálise (Deleuze, Guattari, Baremlitt), incorporadas a todo o referencial do SUS (Constituição, leis, NOB etc.).

- a EBBS: constitui-se em uma das maiores

influências do processo de formulação e implantação da PNAISC. Ela influencia de forma direta esse processo, atuando até mesmo como parte de sua coordenação, na coordenação da CGSCAM. A EBBS incorpora três principais referenciais teóricos: os DSS (Dallgreen; Whitehead, OMS), o Desenvolvimento Pleno

da Infância (Winicott) e os referenciais da PNH, nos quais vai buscar na Teoria Paidéia (Campos), os conceitos de Clínica Ampliada, Cogestão, Apoio Institucional etc., e nos referenciais da Esquizeoanálise, o conceito da Cartografia e do Cuidado.

Figura 2. Mapa Hermenêutico das Tradições da PNAISC. Trajetória do conceito: Democracia Institucional (gestão compartilhada)



Trajetória do conceito: Democracia Institucional (Cogestão ou Gestão Compartilhada)

O conceito da Democracia Institucional aparece de forma central nos referenciais da PNH como fruto das contribuições da Teoria Paidéia (Campos), que preconiza a instituição de arranjos de Gestão Compartilhada dos sistemas e serviços de saúde, a constituição de unidades produtivas, com seus colegiados de gestão, a diminuição do gradiente de poder nas instituições, o aumento do coeficiente de autonomia dos profissionais e dos usuários etc. Também a Socioanálise e a Esquizeoanálise trazem a questão da Democracia Institucional

no cerne de suas discussões e compõem correntes de pensamento no que tange a este conceito dentro da própria PNH.

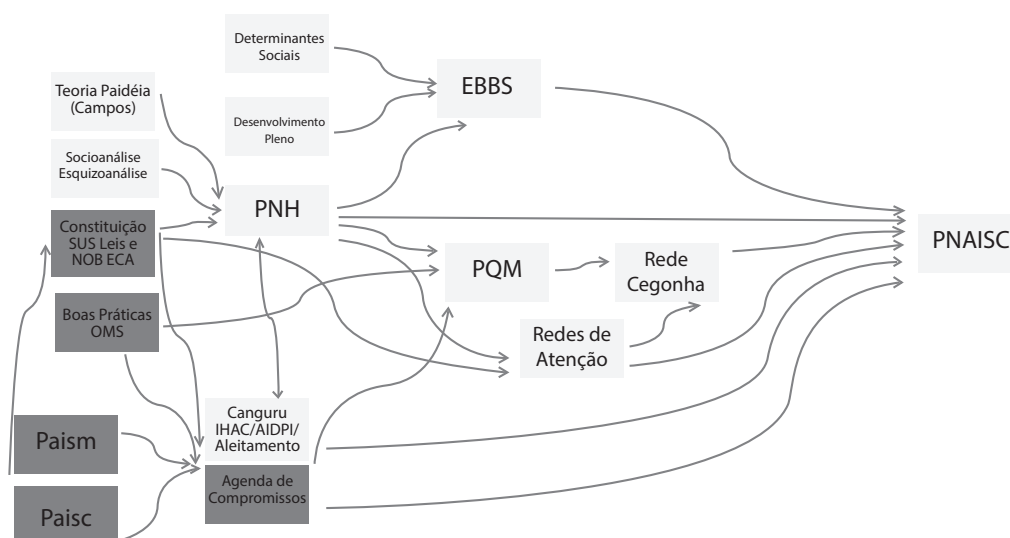
A PNH influenciou o PQM, que incorporou em seus referenciais o conceito da Gestão Compartilhada e democrática, e o PQM posteriormente influenciou a Rede Cegonha, que o sucedeu. Além disso, a PNH continuou exercendo sua influência diretamente na conformação das diversas RAS. Essa influência ao mesmo tempo contribui e compete com uma influência mais normativa e tecnológica, que advém dos referenciais de organização de sistemas de saúde (OPAS, 1964; MENDES, 2012A).

A PNH também influenciou fortemente a EBBS, e a questão da Democracia Institucional está pautada nessa estratégia de forma consistente.

Além disso, a PNH exerceu uma poderosa influência diretamente no grupo de coordenação do processo de formulação e implantação da PNAISC, em especial no tocante à incorporação da Democracia Institucional.

O conceito Democracia Institucional chega até a PNAISC por meio da PNH, da EBBS e das Redes de Atenção, em especial a Rede Cegonha.

Figura 3. Mapa Hermenêutico das Tradições da PNAISC. Trajetória do conceito: Clínica Ampliada



Trajetória do conceito: Clínica Ampliada

O conceito Clínica Ampliada está presente no curso das tradições que alimentam a formulação da PNAISC em diversos momentos e matizes. Ele aparece completamente desenhado na Teoria Paidéia, de Gastão Wagner de Sousa Campos, que irá ocupar um papel de destaque nos referenciais da PNH.

A EBBS recebe toda esta contribuição da PNH, incorporando a Clínica Ampliada nos seus referenciais. A valorização das questões da subjetividade e da sociabilidade também chega à EBBS por meio dos referenciais do Desenvolvimento Pleno da Infância (DPI) e dos DSS, da Organização Mundial da Saúde (DSS-OMS), respectivamente.

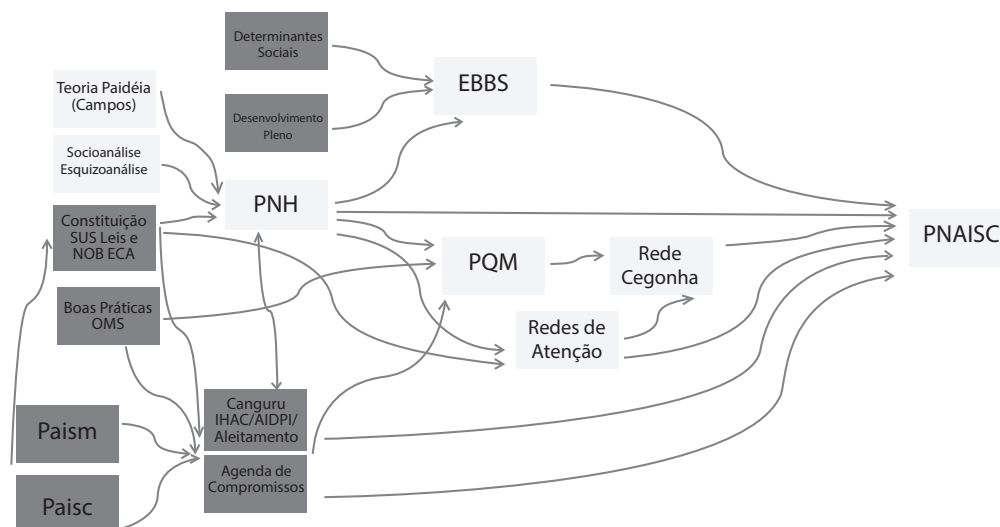
O Método Canguru traz a discussão da

ampliação da clínica e da humanização da atenção ao recém-nascido de baixo peso, e, com outros componentes da humanização da atenção hospitalar (BRASIL, 2001A), foi um dos precursores da PNH. Alguns referenciais do Método Canguru chegaram a influenciar a PNH, no tocante à atenção às mães e a seus recém-nascidos, assim como a PNH, ao se estruturar enquanto política transversal do Ministério da Saúde e do SUS, também passou a influenciar o Método Canguru.

O PQM, nascido de forma visceral da PNH, carregou consigo o conceito da Clínica Ampliada, e depois o transferiu à Rede Cegonha, que o sucedeu.

O conceito Clínica Ampliada chega até a PNAISC por meio da PNH, da EBBS e da Rede Cegonha.

Figura 4. Mapa Hermenêutico das Tradições da PNAISC. Trajetória do conceito: Apoio Institucional



Trajetória do conceito: Apoio Institucional

O conceito de Apoio Institucional está presente no curso das tradições que alimentam a formulação da PNAISC. Constitui-se no principal método de atuação da PNH. Aparece completamente desenhado na Teoria Paidéia (Campos), que irá ocupar um papel de destaque nos referenciais da PNH. A Socioanálise trabalha com o conceito de Análise Institucional, que possui proximidade com o conceito de Apoio Institucional. No entanto, o Apoiador Institucional exerce outros papéis que não apenas de analista: trabalha com ofertas claras de conceitos, arranjos e dispositivos. Embora vários apoiadores da PNH (e outros apoiadores) utilizem conceitos da Esquizoanálise na sua atividade de Apoio Institucional, a Esquizoanálise não aborda o conceito de Apoio Institucional.

A EBBS recebe toda essa contribuição da

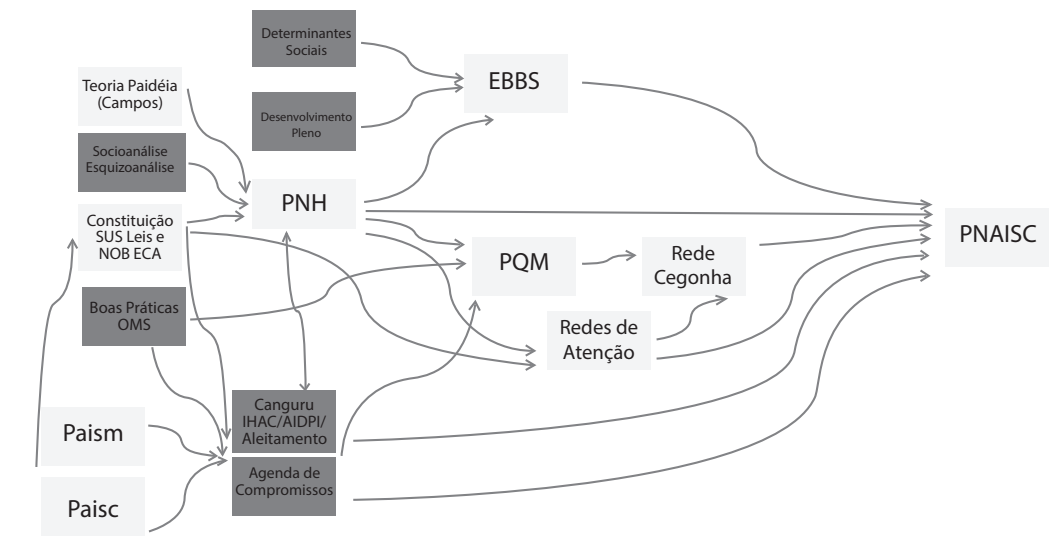
PNH, incorporando o Apoio Institucional nos seus referenciais, e em sua experiência piloto (Fase I), instituiu a figura do Apoiador Institucional como arranjo prioritário de atuação.

O PQM, nascido de forma visceral da PNH, carregou consigo o conceito de Apoio Institucional, e depois o transferiu à Rede Cegonha, que o sucedeu.

O conceito Apoio Institucional chega então à PNAISC por meio da PNH, da EBBS e das Redes de Atenção, em especial, da Rede Cegonha.

A Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM) instituiu o arranjo Consultor Estadual, que desponta como um dos apoiadores mais qualificados do Ministério da Saúde, tendo recebido formação teórico-prática para o Apoio (por intermédio da EBBS) e designação de função específica para atuar por meio do Apoio Institucional.

Figura 5. Mapa Hermenêutico das Tradições da PNAISC. Trajetória do conceito: Articulação Interfederativa



Trajetória do conceito: Articulação Interfederativa

Mesmo antes da Constituição Federal de 1988 e das Leis de Estruturação do SUS, a ideia da necessidade de Articulação Interfederativa para organização de um sistema de saúde já está presente nos documentos da Aisc e Aism, nos quais se preconiza a organização das Comissões Interinstitucionais de Saúde.

O conceito de Articulação Interfederativa está presente no arcabouço legal do SUS, desde a Constituição de 1988 e as leis fundantes do SUS (8.080/90 e 8.142/90), nas diversas NOBs e depois na Noas e no Pacto pela Saúde, que institui os Colegiados de Gestão Regional (CGR), responsáveis por articular os diversos entes federados no nível regional.

A PNH sempre trabalhou com a oferta de seus princípios, diretrizes, dispositivos e método nos diferentes campos de atuação que apoiou. De certa forma, ela integrou os referenciais de Gestão Compartilhada, da Clínica Ampliada e do Apoio Institucional (que incorporou da Teoria Paidéia, de Campos), com as instruções que vieram se estruturando no arcabouço legal e normativo do SUS. Assim, a PNH oferta uma releitura dessas normativas,

com influência crescente nestas formulações.

O PQM e a EBBS foram fortemente influenciados pela PNH e adotaram uma leitura da Articulação Interfederativa menos normativa e mais preocupada com a estruturação de condições que permitissem maior grau de comunicação entre os gestores e a criação de espaços de Gestão Compartilhada entre os entes federados. Ambos influenciam o processo de formulação da PNAISC; a EBBS exerce essa influência diretamente ao participar ativamente desse processo, enquanto o PQM foi sucedido pela Rede Cegonha, que, por sua vez, influenciou a elaboração da PNAISC.

O Pacto pela Saúde já apresenta de forma mais clara a influência da PNH e da Teoria Paidéia na inflexão dada ao conceito da Articulação Interfederativa.

Após o Pacto pela Saúde, as normativas, documentos e movimentos na estruturação das RAS e das Redes Temáticas de Atenção à Saúde (RUE, RC, Raps, RPcD, RPcDC) fazem menção aos referenciais da PNH, incorporando o Apoio Institucional como forma prioritária de Articulação Interfederativa do MS com os demais entes federados.

Embora incorporando os referenciais da PNH em suas normativas e documentos, na

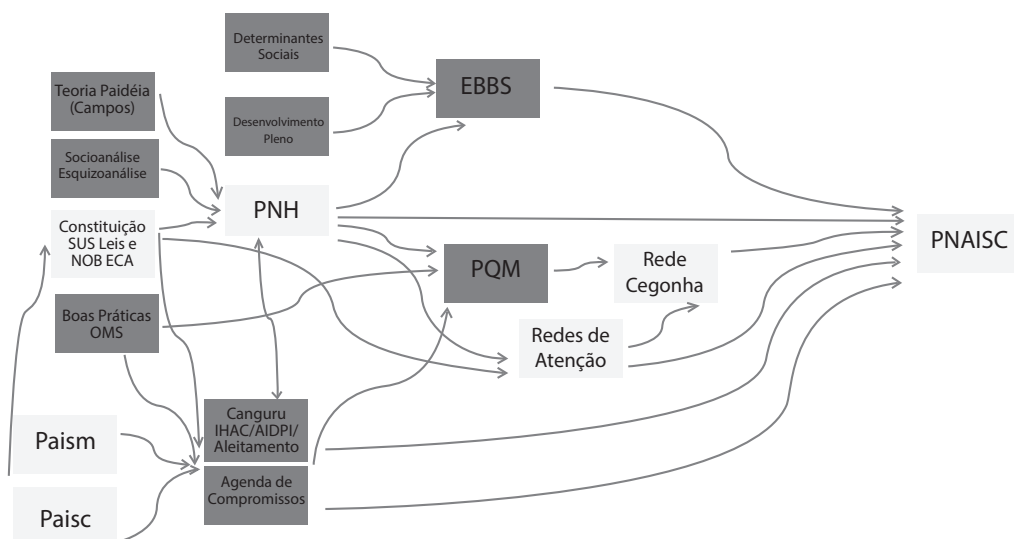
prática, a maior parte das áreas temáticas ou coordenações que estruturaram o Apoio Institucional ainda estabelece um padrão de relacionamento muito prescritivo com os demais entes federados, com postura de supervisão, auditoria e controle, resultando em uma resposta burocrática e dificultando a efetiva Articulação Interfederativa.

A ATSCAM instituiu os seus consultores estaduais nos estados com a função de fazer Apoio Institucional aos demais entes federados, propiciando uma Articulação Interfederativa bastante diferenciada em

relação às demais áreas técnicas e coordenações do MS.

Além disso, a instituição dos Encontros Nacionais de Coordenadores de Saúde da Criança dos Estados e Capitais, realizados com periodicidade quadrimestral, e do Fórum de Coordenadores de Saúde da Criança, que acontece durante estes encontros, possibilitou a instituição de um padrão de Articulação Interfederativa baseado na confiança e respeito mútuos e na contribuição de todos os entes federados na formulação e implantação da PNAISC.

Figura 6. Mapa Hermenêutico das Tradições da PNAISC. Trajetória do conceito: Redes de Atenção à Saúde



Trajetória do conceito: Redes de Atenção à Saúde

As Ações Integradas de Saúde da Criança e as Ações Integradas de Saúde da Mulher já apontam a necessidade da estruturação de uma rede de atenção à saúde, com ampliação, qualificação e integração dos serviços. Também a Constituição de 1988 e as Leis 8.080/90 e 8.142/90 abordam a necessidade da implantação das RAS.

Até as NOBs, este conceito é apresentado como rede regionalizada e hierarquizada de

serviços. Depois das NOBs, a Noas apresenta o PDR e define as Regiões de Saúde e os Módulos Assistenciais (módulo territorial com resolubilidade para o primeiro nível de atenção) e as Unidades Territoriais de Qualificação na Assistência à Saúde (com resolubilidade para o segundo nível de atenção). No entanto, nem nas NOBs nem na Noas o conceito de RAS é discutido de forma operativa, apenas sendo discutida a forma como os municípios deveriam pactuar e financiar os procedimentos realizados por serviços de um município para os cidadãos de outro.

O Pacto pela Saúde (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão) inicia a discussão da articulação dos diversos serviços de saúde na estruturação das Regiões de Saúde, de forma a garantir a universalidade e a integralidade do cuidado. Nessa articulação dos diversos serviços, as redes são apresentadas no sentido de ‘conjunto de serviços’: rede de AB, rede de serviços, redes locais, rede pública, rede privada etc.

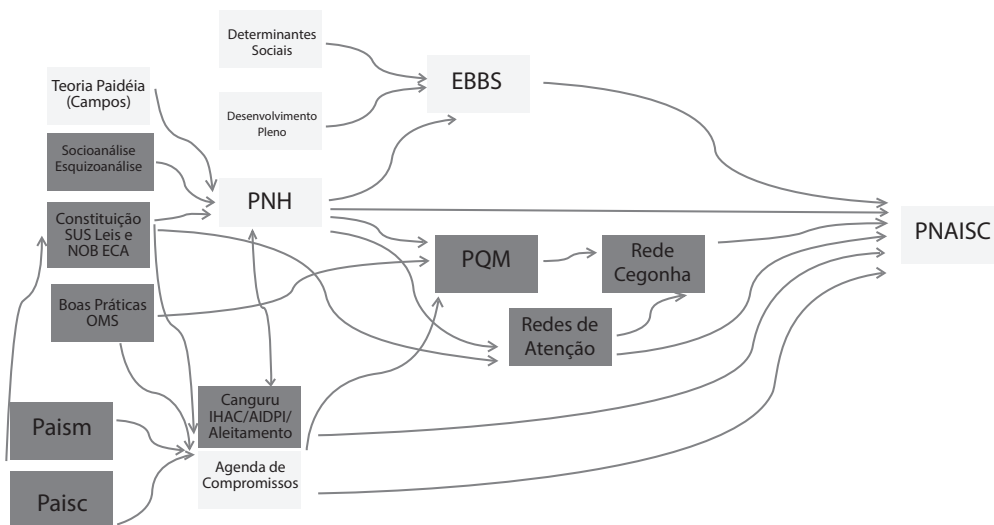
As RAS e das Redes Temáticas de Atenção à Saúde (RUE, RC, Raps, RPcD, RPcDC) foram elaborados incorporando alguns dos referenciais da PNH. Assim, as portarias das diversas redes citam a humanização da atenção, o acolhimento, a classificação de risco, a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), a ampliação da clínica, a garantia dos direitos dos usuários, entre outros referenciais que a PNH mobiliza e promove. Dessa maneira, a PNH continuou exercendo sua influência diretamente na conformação das diversas RAS, destacadamente na Rede Cegonha. Essa influência ao mesmo tempo contribui e compete com uma influência mais normativa e tecnológica, que advém dos referenciais de organização de sistemas de saúde (OPAS, 1964; MENDES, 2012A).

Embora incorporando os referenciais da PNH em suas normativas e documentos, na prática, a maior parte das áreas temáticas ou coordenações das Redes Temáticas atua predominantemente com a oferta de recursos financeiros para construção, reformas e ampliações de áreas físicas, abertura e credenciamento de leitos, aquisição de equipamentos e ofertas de diretrizes clínicas, protocolos de conduta e guias de boas práticas. A postura de supervisão, auditoria e controle resulta em resposta burocrática e dificulta a efetiva articulação das RAS.

A ATSCAM instituiu a figura de seu consultor estadual, que desponta como um dos apoiadores mais qualificados do MS, uma vez que receberam formação para o Apoio (por meio da EBBS) e designação de função específica de Apoio Institucional.

Embora também ocorra oferta de recursos financeiros para abertura e qualificação dos serviços na saúde materno-infantil, e também de uma vasta gama de diretrizes clínicas, protocolos e guias de boas práticas, a CGSCAM tem conseguido atuar na estruturação das redes de forma menos burocrática e mais parceira das instituições apoiadas.

Figura 7. Mapa Hermenêutico das Tradições da PNAISC. Trajetória do conceito: Intersetorialidade



Trajetória do conceito: Intersetorialidade

O conceito de Intersetorialidade aparece de forma indireta na Teoria Paidéia e na PNH. Ao formular os conceitos de Clínica Ampliada e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), Campos salienta as dimensões subjetivas e sociais do processo saúde-doença-intervenção e preconiza ações articuladas intra e intersectorialmente. Para Campos, “a intersectorialidade é um meio de intervenção e não um fim em si mesmo” (CAMPOS, 2003, P. 35). No entanto, os conceitos que a Teoria de Campos oferece, e que depois são tomados pela PNH como princípios, diretrizes ou dispositivos, constituem-se em arsenal de recursos muito valiosos para a efetivação das ações intersectoriais, no enfrentamento das questões sociais e da saúde.

A EBBS, ao conjugar as contribuições dos DSS e do Desenvolvimento Pleno da Infância (DPI) com a Teoria Paidéia e o referencial da PNH, formula seus princípios, diretrizes e dispositivos, colocando em destaque a Intersetorialidade.

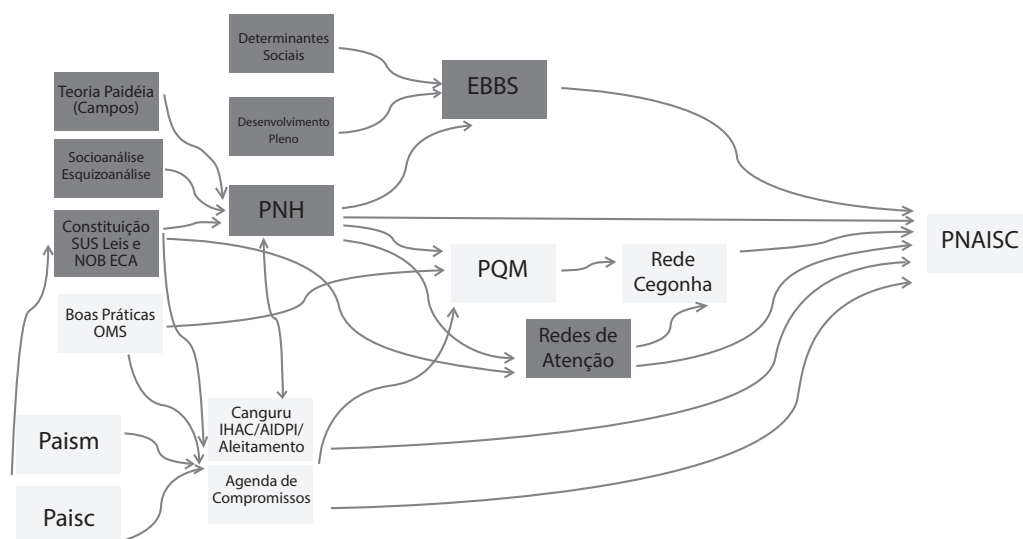
Na EBBS, a Intersetorialidade recebe o status de princípio, materializado no

arranjo Grupo Executivo Local (GEL), que congrega as diferentes áreas do poder público e Organizações Não Governamentais (ONGs), nos territórios de sua experimentação piloto.

Também na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a Intersetorialidade é declarada como princípio. A Agenda de Compromissos valoriza em especial a articulação com os setores da Educação e da Assistência Social (na educação cita ONGs, universidades, sociedades científicas e na assistência social a Pastoral da Criança, Juizado, Conselho Tutelar, delegacia e abrigo). Entretanto, deixa em aberto o modo como pode se efetivar a articulação entre os diferentes setores e não propõe nenhum arranjo específico.

No processo de formulação e implantação da PNAISC, o consultor estadual da CGSCAM exerce algumas ações em que a articulação com agentes de outros setores além da saúde é necessária, como na implantação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência e nas ações do Programa Saúde na Escola.

Figura 8. Mapa Hermenêutico das Tradições da PNAISC. Trajetória dos principais saberes tecnológicos (*techne*)



Trajetória dos saberes tecnológicos (techne): Programas, Iniciativas, Estratégias, Linhas de Cuidado etc.

A saúde da criança abrange uma série de contribuições científicas (teoria) e tecnológicas (*techne*) do campo da obstetrícia, da pediatria, neonatologia, nutrição, imunologia, entre outras áreas do conhecimento científico. Esses conhecimentos estão incorporados nos diversos programas, iniciativas, estratégias, linhas de cuidado, ações programáticas etc. Podemos identificar algumas tradições importantes que os informam.

O Paisc foi criado com o objetivo de promover a saúde de forma integral, priorizando crianças pertencentes a grupos de risco e procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde. Os eixos de ação eram o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, o controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas e a imunização. Na época, foi elaborado o primeiro Cartão de Saúde da Criança.

O Paism possui várias ações com repercussão na saúde da criança: assistência pré-natal com ampliação de cobertura e frequência de consultas, promoção do aleitamento materno, planejamento familiar, qualificação do parto, aleitamento na sala de parto e alojamento conjunto.

O guia prático para assistência ao parto normal da OMS oferece uma revisão de literatura e aponta as evidências científicas para boas práticas na atenção ao trabalho de parto sem complicações.

Essas três tradições principais precedem e influenciam os diversos programas e estratégias e também a Agenda de Compromissos da Saúde da Criança, que juntos vão depois influenciar o processo de formulação e implantação da PNAISC. Entre essas tradições,

podemos citar: toda a vasta gama de programas e ações para o aleitamento materno, incluindo a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano; a AIDPI e o AIDPI Neonatal; a IHAC, o Método Mãe-Canguru e o PNI.

O guia prático da OMS também influenciou a elaboração da estratégia Mãe Canguru, e a formulação do PQM, que depois originou a Rede Cegonha e influenciou a PNAISC.

Grande parte dos saberes tecnológicos referendados pela PNAISC pode ser obtida dessas tradições.

Conclusões

O processo de formulação e implantação da PNAISC foi marcado pela constituição de um ambiente facilitador ao desenvolvimento pleno de uma política.

Durante todo o processo, foi possível perceber a preocupação com a instituição de um clima de disposição ao diálogo, de possibilidade de construção conjunta da política, de abertura às diferentes visões e posições dos participantes, criando um verdadeiro ambiente de Democracia Institucional, permeado por espaços e momentos de Gestão Compartilhada e Participativa.

A ATSCAM instituiu o arranjo consultor estadual, que despontou como um dos apoiadores mais qualificados do MS, tendo recebido formação teórico-prática para Função Apoio (Oficinas de Formação dos Consultores, coordenadas pela EBBS) e designação de função para atuar por meio da função Apoio Institucional aos demais entes federados, propiciando uma Articulação Interfederativa bastante diferenciada em relação às demais áreas técnicas e coordenações do MS.

Além disso, a instituição dos Encontros Nacionais de Coordenadores de Saúde da Criança dos Estados e Capitais, realizados com periodicidade quadrimestral, e do Fórum de Coordenadores de Saúde da Criança, que aconteceu durante esses encontros, possibilitou a instituição de um padrão de Articulação

Interfederativa baseado na confiança e respeito mútuos, resultando na contribuição de todos os entes federados à formulação e implantação da PNAISC.

Embora ocorra oferta de recursos financeiros para abertura e qualificação dos serviços na saúde materno-infantil, e disponibilização de vasta gama de diretrizes clínicas, protocolos e guias de boas práticas, a CGSCAM tem atuado na estruturação das RAS de forma menos burocrática e mais parceira das instituições apoiadas.

No processo de formulação e implantação da PNAISC, o consultor estadual da CGSCAM apoia ações que demandam a Intersetorialidade, como nos esforços para implantação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência e nas

ações do Programa Saúde na Escola (PSE).

A forma como foi conduzido o processo de formulação e implantação da PNAISC, valorizando a discussão da práxis ('como fazer'), apostando na Democracia Institucional e no Apoio Institucional, conseguiu diminuir a fragmentação existente no tocante aos 'diversos saberes tecnológicos ('o que fazer')'. Isto possibilitou que os vários programas, iniciativas e estratégias pudessem ser articulados de forma mais coerente e integrada, incorporando as dimensões subjetivas e sociais do processo saúde-doença-intervenção, por meio da Clínica Ampliada.

Todo esse movimento segue sendo contra-hegemônico e precisa ser 'cuidado', de forma a possibilitar que a PNAISC possa florescer em toda a sua 'potencialidade'. ■

Referências

BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*: teoria e prática. Rio: Rosa dos Ventos, 1994.

BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil organizado por Cláudio Brandão de oliveira. 10. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

_____. *Estatuto da criança e do adolescente*: Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 9. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010a, 207 p. (Série legislação, n. 83).

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*: curso de capacitação: introdução: módulo 1. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a. (Comunicação e Educação em Saúde, Série F.).

_____. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Criança*: ações básicas. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher*: bases de ação programática. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso*: Método Canguru. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. *Contrato Organizativo*

da Ação Pública da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e da Atenção no SUS (Uma das estratégias utilizada pelo Ministério da Saúde no processo de cooperação a Estados e Municípios, como forma de potencializar a sua ação)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. *Humanização do parto e do nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSUS, 4).

_____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). *Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991*. Nova Política de Financiamento do SUS para 1991. Brasília, DF, 1991a. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). *Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991. Reedição da Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91*. Brasília, DF, 1991b. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273_17_07_1991.pdf>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/>

prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 582, de 20 de junho de 2000. Institui os Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. nº 120-E. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/06/2000&jornal=1&pagina=36&totalArquivos=208>>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/93. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/96. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 27 fev. 2002b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 17 set. 2015.

gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2001a, 60 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Manual AIDPI neonatal*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Série C: Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

_____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília, DF. *Relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, 2006.

_____. *O que é a Filosofia?* São Paulo: Editora 34, 2004.

GADAMER, H. G. *Hermenêutica em retrospectiva*. Volume I: Heidegger em retrospectiva. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São

Francisco, 2005.

_____. *Verdade e método II: complementos e índice*. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2004.

GIUGLIANI, E. R. J. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil: tecnologia para exportar. *Jornal de Pediatria*. Porto Alegre, v. 78, n. 3, p. 183-4, 2002.

LOURAU, R. *A análise institucional*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

MENDES, C. H. F. (Coord.). *Sumário da pesquisa avaliativa da implantação da estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012a.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: OPAS, 2012b.

ONOCKO CAMPOS, R. A. Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo, Editora Hucitec, 2003, p. 122-149.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Oficina Sanitaria Panamericana, Reggional de la Organizacion Mundial de la Salud. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*. Washington, DC: OMS, 1964.

PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013.

PINTO, C. A. G. *Avaliação da implantação da Clínica Ampliada e Equipes de Referência em um serviço especializado em DST/AIDS, utilizando-se a triangulação*

de métodos. 2010. 406 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

TEMPORÃO, J. G.; PENELLO, L. M. Determinação social da saúde e ambiente emocional facilitador: conceitos e proposição estratégica para uma política pública voltada para a primeira infância. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p. 187-200, abr./jun. 2010.

Tecendo a história da construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) na visão dos sujeitos envolvidos: o desenho qualitativo da pesquisa com utilização da técnica de grupo focal

Weaving the history of the construction of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC) in the perspective of the subjects involved: the qualitative design of the study with use of the focal group technique

Ana Luiza Ferrer¹, Bruno Ferrari Emerich², Mariana Dorsa Figueiredo³, Thiago Lavras Trapé⁴, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay⁵, Carlos Alberto Gama Pinto⁶, Renata Lúcia Gigante⁷, Mônica Martins de Oliveira⁸, Jorge Ernesto Sérgio Zepeda⁹, Mirella Hermsdorff Moraes¹⁰

¹Terapeuta ocupacional. Doutora em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). aluizaferrer@gmail.com

²Psicólogo. Mestre em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). brunoferrimerich@gmail.com

³Psicóloga. Doutora em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). madoras@hotmail.com

⁴Psicólogo. Doutor em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). thitrape@gmail.com

RESUMO Esta pesquisa nasceu de uma demanda da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde por instaurar um acompanhamento das ações desencadeadas no processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que se constituísse como dispositivo de análise e aprendizagem, subsidiando possíveis ajustes e aportes na trajetória em curso. A pesquisa pretendeu avaliar diferentes dimensões do processo de formulação e implantação da política, compreendendo em diferentes estudos: as tradições que informam sua formulação, o desenrolar do processo em si de formulação e implantação e o contexto nos diversos territórios para sua implantação. Neste artigo, apresentamos o estudo do processo de formulação e implantação da PNAISC, realizado por meio de grupos focais e construção de narrativas. Este estudo compreendeu 19 grupos focais, com a participação dos diversos atores integrantes do processo, sendo elaboradas narrativas a partir das transcrições desse material. Essas narrativas foram processadas em grades temáticas, destacando o que foi discutido em quatro eixos temáticos: Apoio, Articulação Interfederativa, Rede Cegonha (RC) e Arranjos e Atores da PNAISC. Os discursos dos principais atores da pesquisa situados nesses quatro eixos temáticos constituíram a Matriz das Diversas Vozes, que foi apresentada e validada em uma Oficina da Pesquisa Avaliativa, com os diversos atores envolvidos no processo de formulação e implantação da PNAISC. Nessa Oficina, foi formulado um elenco de potencialidades, fragilidades e proposições para cada um dos eixos temáticos. Este artigo apresenta os referenciais epistemológicos e metodológicos desse estudo, bem como seus principais resultados.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da criança; Política de saúde; Avaliação; Serviços de saúde materno-infantil; Hermenêutica.

ABSTRACT *This study originated from a demand from the Technical Area of Child Health and Breastfeeding of the Ministry of Health for instituting an accompanying of the actions triggered during the process of formulation and implementation of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC), which would be constituted as a device for analysis and learning, subsidizing possible adjustments and contributions on the trajectory in progress. The research intended to evaluate different dimensions of the process of formulation and implementation of the policy, comprehending in different studies: the traditions that inform its formulation, the course of the process of formulation and implementation itself, and the context in the different territories for its implementation. In this article, we present the study of the process of formulation and implementation of the PNAISC, carried out through focal groups and narrative construction. This study comprehended 19 focal groups, with the participation of the many agents of the process, elaborating narratives from the transcription of that material. Those narratives were processed in thematic grids, highlighting what was discussed in four thematic axes: Support, Articulation, Inter-federative, Stork Network (RC), and Arrangements and Agents of the PNAISC. The discourses of the mains agents of the research located in those four thematic axes constituted the Matrix of the Diverse Voices, which was presented and validated in an Evaluative Research Workshop, with the many agents involved in the process of formulation and implementation of the PNAISC. In that Workshop, a set of potentialities, fragilities, and propositions was formulated for each one of the thematic axes. This article presents the epistemological and methodological frameworks of this study, as well as its main results.*

KEYWORDS *Child health; Health policy; Evaluation; Maternal-child health services; Hermeneutics.*

Introdução

Esta pesquisa, situada no campo da avaliação e referenciada no paradigma construtivista, com ampla participação dos sujeitos envolvidos, foi desenvolvida a partir do referencial da triangulação de métodos, aliando a utilização de métodos quantitativos e qualitativos na coleta e tratamento de dados, o que está detalhado e discutido neste número, segundo Pinto *et al.* (2016C).

Na parte qualitativa da pesquisa, utilizamos duas estratégias de pesquisa: o estudo hermenêutico das tradições que informam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), também apresentado neste número (PINTO ET AL., 2016A) e o estudo do processo de elaboração e implantação da

política, apresentado neste artigo.

Este estudo teve o objetivo de avaliar o processo de formulação e implantação da PNAISC, verificando as contribuições dos diversos atores envolvidos, tomando-os como sujeitos, e não como objetos de pesquisa: profissionais das coordenações de saúde da criança do Ministério da Saúde, dos estados e capitais; consultores estaduais de saúde da criança, consultores nacionais e tutores. Nosso objetivo foi conhecer como esses atores se relacionam, seus acordos intersubjetivos e os resultados (subjetivos, normativos e objetivos) de suas interações. Para análise e interpretação do material qualitativo, foi adotado o referencial da hermenêutica-dialética (MINAYO, 2008B; ONOCKO CAMPOS, 2005, 2008; AYRES, 2005, 2007).

⁵ Médico. Mestre em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). nestor@hc.unicamp.br

⁶ Médico. Doutor em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Coordenador da pesquisa avaliativa do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). cgamapinto@gmail.com

⁷ Enfermeira. Mestre em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). renatagigante@ig.com.br

⁸ Psicóloga. Mestre em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). monica.psisaude@gmail.com

Pesquisa qualitativa

O uso de metodologias qualitativas em pesquisas nas ciências humanas e da saúde tem alcançado maior legitimidade e consolidação na produção científica brasileira (TURATO, 2005).

Onocko Campos e Furtado (2008) apontam que a pesquisa qualitativa sempre ocupou lugar de destaque na saúde coletiva brasileira, o que reflete a própria transformação da saúde pública em saúde coletiva no encontro com as ciências sociais e seus métodos de pesquisar.

Bosi (2012) diz que o aumento desse uso não significa aceitação total desse paradigma, mas pode refletir a busca de respostas para desafios que o modelo tradicional positivista não alcançou. Entendemos que os métodos qualitativos e quantitativos apresentam limitações e potencialidades na tentativa de compreensão dos fenômenos estudados (MINAYO; SANCHES, 1993). A combinação dos dois métodos fundamenta-se no reconhecimento da complexidade do campo da saúde (MINAYO; CRUZ NETO, 1999).

No que concerne à avaliação das políticas de saúde da criança, é fundamental o uso de indicadores epidemiológicos de saúde, como taxas de morbimortalidade infantil nos diversos territórios. Por outro lado, é fundamental compreender fenômenos que são mais bem estudados pelas metodologias qualitativas, como, por exemplo, a percepção dos gestores e profissionais de saúde a respeito das políticas e programas de saúde, sua importância, principais dificuldades encontradas em sua implantação etc.

A pesquisa qualitativa parte do pressuposto da existência da intersubjetividade, do entendimento que as realidades sociais ocorrem a partir de contextos construídos socialmente por regras, costumes e culturas (MINAYO, 2008A). Dessa forma, o pesquisador é visto como participante dos

processos sociais e é reconhecido como ator social, valorizando a figura de todos os sujeitos e entendendo que existe um vínculo intermitente entre o mundo externo e a vivência subjetiva.

Minayo (2008A) aponta que a história é produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam e constroem seus artefatos e a si mesmos. Dessa forma, no estudo das estruturas, da organização social e da produção dos fatos, as ações humanas podem ser objetivadas.

Na metodologia qualitativa, não se busca o fenômeno em si, ou a descrição deste, e sim o seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, pois isto impacta em como as pessoas organizarão suas vidas. A pesquisa qualitativa não quer explicar as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou correlacionando quantitativamente eventos de suas vidas, e sim conhecer as vivências e as representações que as pessoas têm dessas experiências (TURATO, 2005).

Compreende-se, assim, que essa é uma abordagem dialética que:

[...] atua em nível dos significados e das estruturas, entendendo estas últimas como ações humanas objetivadas e, logo, portadoras de significado. Ao mesmo tempo, tenta conceber todas as etapas da investigação e da análise como partes do processo social analisado e como sua consciência crítica possível. Assim, considera os instrumentos, os dados e a análise numa relação interior com o pesquisador, e as contradições como a própria essência dos problemas reais. (MINAYO; SANCHES, 1993, P. 244).

Disso, deriva-se a perspectiva que o ambiente natural do sujeito é campo onde ocorrerá a observação, sem o controle de variáveis, e que o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa (TURATO, 2005).

Reconhecer que existe um vínculo

⁹ Médico. Mestre em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). jorgesergiozepeda@gmail.com

¹⁰ Médica. Especialista em administração em saúde pela Universidade de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). mirellahmoraes@gmail.com

intermitente entre sujeito e objeto, convoca o pesquisador a:

um esforço metodológico que garanta a objetivação, ou seja, a produção de uma análise o mais possível sistemática e aprofundada e que minimize as incursões do subjetivismo, do achismo e do espontaneísmo. (MINAYO, 2012, P. 626).

Afinal, os problemas (ou incertezas) são parte da contingência e condição dessa metodologia. Flick (2009) aponta que a reflexão do pesquisador acerca do processo de pesquisa é força motriz para o êxito do trabalho.

Minayo (2012) aponta premissas para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas. Entre outros pontos, considera como fundamental: a definição do objeto a ser estudado pelos marcos teóricos; definição de estratégias de coleta de dados; entrada no campo, munido de hipóteses e teorias, mas sempre aberto para questioná-las; cuidado com o material coletado/construído, o que inclui sua interpretação; atenção aos critérios de validade e fidedignidade.

Pesquisa avaliativa e participativa

Historicamente, a avaliação de serviços de saúde tem sido produzida por agentes externos aos serviços avaliados (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004). Esse tipo de postura parte do pressuposto de que um agente externo ao serviço conseguiria fazer uma avaliação neutra, com menor interferência do fenômeno avaliado.

No Brasil, a partir dos anos 1990, a temática da avaliação em saúde apresentou crescimento atrelado a fontes de financiamento internacionais (Bird, BID, Banco Mundial), subsidiados pelo Ministério da Saúde (MS), para programas, como Aids,

Atenção Básica etc. As práticas avaliativas foram crescentemente incorporadas ao campo científico a partir dos anos 2000, com linhas de financiamento para universidades e aumento exponencial de publicações e grupos de pesquisa (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Guba e Lincoln (2011) apontam que a construção de novas metodologias de avaliação constitui processo atrelado ao momento histórico em que são concebidas e aos paradigmas em que se ancoram.

A primeira geração da avaliação, caracterizada pela mensuração, investiu no desenvolvimento de ferramentas para a coleta de dados e na função técnica assumida pelo avaliador, que deveria conhecer o arsenal de instrumentos para investigar as variáveis desejadas. Foi desenvolvida e aplicada, sobretudo, em exames escolares nos Estados Unidos, no início do século XX. A segunda geração ampliou a avaliação para vários “objetos de avaliação não humanos - os programas, os conteúdos, as estratégias de ensino, os padrões organizacionais” (GUBA; LINCOLN, 2011, P. 38). Foi caracterizada pela descrição de padrões a respeito de determinados objetivos estabelecidos. Já a terceira geração, passou a considerar a importância da emissão de juízos de valor, tanto sobre o mérito quanto sobre a importância do que era avaliado.

Reconhecendo o processo em curso nessa evolução, os autores mantêm críticas comuns a essas três gerações da avaliação, destacando a incapacidade de acomodar o pluralismo de valor (por não considerar os vários grupos de interesse) e o comprometimento exagerado com o paradigma científico de investigação (dependência em relação à mensuração quantitativa formal e concepção positivista da produção do conhecimento).

Como alternativa, propõem a avaliação de quarta geração, pautada no paradigma construtivista. Tal proposta aponta para a

importância da participação de diferentes grupos de interesse e para a necessidade de ampliar e diversificar os eixos e temáticas em torno dos quais são emitidos os julgamentos, permitindo diferentes perspectivas de avaliação.

Furtado (2006, p. 724) aponta que:

[...] o que está por trás da grande variedade de propostas de avaliação existentes é a concepção que se tem do que seja a realidade (a chamada 'ontologia'); a forma como concebemos relações entre sujeito e objeto, os limites e a natureza do processo de conhecimento (a 'epistemologia'); e finalmente a forma como encaramos as condutas ou regras a serem seguidas para compreender ou analisar um dado objeto (a 'metodologia').

Nesse sentido, o paradigma construtivista: ontologicamente, nega a existência de uma realidade objetiva, ao considerar que a realidade é construção social, sendo a ciência mais uma dessas construções; epistemologicamente, nega o dualismo sujeito-objeto, reconhecendo a interação entre o observador e o observado; e metodologicamente, considera a ciência um processo hermenêutico-dialético, que utiliza a interação observador-observado para criar uma realidade construída, fundamentada e esclarecida, em um dado momento (GUBA; LINCOLN, 2011).

Uma avaliação formativa, participativa e emancipatória, deve encorajar o diálogo e a reflexão, estimular o aprendizado entre os atores (SANTOS-FILHO, 2007) e impulsionar o desenvolvimento da capacidade de análise e intervenção dos grupos envolvidos (CAMPOS, 2000).

Reconhece-se que um processo de avaliação envolve, necessariamente, um julgamento, uma atribuição de valor, uma medida de aprovação ou desaprovação do que se está avaliando (MINAYO, 2008B). No entanto, se avaliar é atribuir valor, nem sempre estão estabelecidos a priori os

critérios sobre os quais se determina este valor; portanto, a avaliação nunca é imparcial, dotada de neutralidade técnica, pois depende da visão de mundo daqueles que a realizam. Deve-se considerar a relação entre 'avaliador' e 'avaliado', com gradientes de interação distintos, que pode interferir nos valores que sustentam o processo avaliativo e seu desenvolvimento. Problematicar constantemente o lugar da avaliação dentro do processo, com diversos grupos de interesse e forças assimétricas, é antes de tudo uma posição ético-política.

Segundo Nemes *et al.* (2004), em que pese o grande compromisso pragmático das avaliações em serviços de saúde, elas não possuem uma metodologia adequada a priori, assim como qualquer investigação. Será a demanda da avaliação, seu foco e objetivo que determinarão sua melhor metodologia.

Segundo Furtado (2001, p. 172), a avaliação deve "caracterizar-se como processo, sensível ao meio, compreensiva e incluyente das diferentes construções dos grupos de interesse em torno do que está sendo avaliado", sendo "construída e direcionada para o contexto específico em que será utilizada".

A pesquisa aqui apresentada nasceu de uma demanda da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM/CGSCAM)¹ do MS por instaurar um modo de acompanhamento das ações desencadeadas para a formulação e implantação da PNAISC, que se constituísse não como um instrumento formal de validação do processo, mas como um dispositivo de análise e aprendizagem, que pudesse subsidiar possíveis ajustes e aportes na trajetória em curso. Neste projeto, a avaliação possui lugar atrelado à realidade e aos processos de planejamento, gestão e formação, com objetivo de aperfeiçoamento do processo de construção da PNAISC, identificando fragilidades e

¹ No final de 2013, ocorreu mudança do organograma do Ministério da Saúde, e a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM) passou a ser denominada Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM). Nesta pesquisa, utilizaremos ATSCAM quando nos referirmos a acontecimentos claramente localizados até o momento dessa mudança organizacional. Quando a questão da temporalidade não estiver definida ou o acontecimento for claramente posterior à mudança, utilizaremos a designação CGSCAM. Para maiores detalhes, ver Pinto *et al.* (2016B).

potencialidades, situando-se no campo da Avaliação Formativa (FURTADO, 2006; FURTADO ET AL., 2013).

A coordenação da CGSCAM fez uma escolha política de formular e implantar a PNAISC por meio de um processo participativo e interfederativo. Essa escolha possibilitou menor verticalidade das decisões, a partir da construção compartilhada de ações e maior responsabilização pelos compromissos assumidos na elaboração de estratégias e diretrizes de gestão e atenção para a saúde da criança.

A pesquisa avaliativa constituiu um dos eixos do Projeto, o que significou:

- a participação da equipe de pesquisa;
- nas discussões do grupo condutor da PNAISC, composto por tutores da Estratégia Brasileiras e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), consultores nacionais e equipe da CGSCAM;
- nos encontros e eventos nos quais ocorreram processos decisórios sobre a construção e implantação da política e também em algumas atividades de formação desenvolvidas com os consultores estaduais;
- na interação virtual, realizada via Plataforma UniverSUS.
- a integração de um pesquisador em cada um dos grupos de acompanhamento regional, de acordo com a divisão proposta pela CGSCAM. Foram compostos cinco grupos, contemplando todos os estados da federação e o Distrito Federal, sendo cada grupo integrado por coordenadores de saúde da criança de estados e de suas respectivas capitais, tutores da EBBS, consultores estaduais e nacionais.

Na prática, o grupo de pesquisa se localizou externamente à CGSCAM, dentro de um instituto de pesquisa (Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança

e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz), com relativa autonomia no processo de definição dos instrumentos de pesquisa, em uma posição que transitou entre o campo burocrático e o científico (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

A equipe de pesquisa manteve intensa proximidade e articulação com os grupos de interesse, permitindo observação e análise das ações em curso, além de ampliar as possibilidades de utilização das análises realizadas pela pesquisa avaliativa.

A participação de todos os grupos de interesse envolvidos na construção da política demonstra a amplitude (FURTADO ET AL., 2013) do desenho desta pesquisa: 7 representantes da EBBS (tutoras e coordenadoras), 27 coordenadores de saúde da criança de estados (incluindo Distrito Federal), 26 coordenadores de saúde da criança das capitais, 27 consultores estaduais da CGSCAM, 5 consultores nacionais e 15 gestores da CGSCAM, incluindo o coordenador nacional da área, em um total de 107 participantes.

Os encontros presenciais se constituíram em espaços de decisão e deliberação sobre os rumos da pesquisa.

Para Bosi e Uchimura (2007), esse tipo de proposta avaliativa participativa legítima:

a valorização das percepções dos atores, entendendo essas percepções não como subjetividades descontextualizadas, como o querem fazer crer perspectivas idealistas, mas como sinalização de experiências complexas, materializadas nas relações estabelecidas com determinadas práticas em saúde. (BOSI, UCHIMURA, 2007, P. 153).

Nesse processo, foram necessárias várias estratégias para garantir o rigor metodológico, como: validações de material por parte dos grupos de interesse e dos pesquisadores; devolutiva de dados

construídos para os atores; momentos de avaliação e questionamento por parte dos atores, em relação à pesquisa. Estas estratégias constituíram os alicerces da pesquisa, de acordo com as premissas da metodologia qualitativa (MINAYO, 2012).

Essa aposta metodológica convoca os pesquisadores a estarem constantemente advertidos do risco de se submeterem às demandas da gestão ou de outros grupos de interesse, participantes da pesquisa, o que poderia excluir algumas vozes do processo ou considerar apenas os interesses de algum grupo específico. Entendemos esse risco como inevitável, pois não acreditamos ser possível a neutralidade: importa-nos o norte da pluralidade na construção avaliativa e a constante busca pelo restabelecimento do entendimento, segundo a hermenêutica. Ou, nos dizeres de Guba e Lincoln (2011, p. 50):

uma das principais atribuições do avaliador é conduzir a avaliação de modo que cada grupo confronte e lide com as construções de todos os outros, um processo que chamaremos de hermenêutico-dialético.

Minayo (2008A, p. 18) aponta que:

ao valorizar a figura do sujeito e de seus significados na produção dos resultados, este tipo de pesquisa atesta que nenhum produto e processo são apenas funções técnicas à revelia dos atores, proveniente de formuladores de políticas e de gestores.

Nesse sentido, nossa pesquisa preocupou-se com: a construção de ações de planejamento, por parte dos estados e capitais, a partir do material da pesquisa; a ressignificação de rumos e prioridades nos territórios, a partir da validação do material por parte dos gestores; a tomada das diferentes vozes no protagonismo da construção de uma política nacional.

O processo de construção do campo da pesquisa

O desenho completo da pesquisa, compreendendo os estudos quantitativos e qualitativos, está descrito em Pinto *et al.* (2016B) e Pinto *et al.* (2016C).

Neste artigo, focaremos o estudo qualitativo do processo de formulação e implantação da PNAISC, realizado por meio da utilização da técnica de grupo focal.

A técnica de grupos focais tem se mostrado potente para acompanhar e avaliar experiências, a partir do ponto de vista dos atores envolvidos (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996; WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004). Segundo Flick (2009) a potência do grupo focal está intimamente associada à explícita interação entre os participantes durante o grupo focal, para a produção de dados e *insights* que seriam menos acessíveis sem a interação verificada em um grupo. Essa técnica permite que pessoas que partilham traços comuns possam discutir questões de forma aprofundada, levando em consideração não apenas o que é relatado, mas também os porquês e as experiências cotidianas (MIRANDA ET AL., 2008).

A pesquisa contou com a realização de 19 grupos focais, realizados com os diferentes atores envolvidos no processo, em tempos distintos. De setembro de 2012 a fevereiro de 2013, foi realizada a primeira rodada dos grupos focais: um grupo com os consultores da ATSCAM/MS por cada uma das cinco regiões, um grupo com os coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais por cada uma das cinco regiões, um grupo com as tutoras da EBBS em conjunto com os consultores nacionais e um grupo com os técnicos da ATSCAM/MS. Esse primeiro momento compreendeu a realização de 12 grupos focais.

A divisão dos consultores estaduais em cinco agrupamentos de estados foi um arranjo de acompanhamento dos trabalhos de gestão e formação dos consultores

(PINTO ET AL., 2016B). Essa divisão também foi feita para o acompanhamento das discussões com os coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais, segundo os mesmos agrupamentos de estados.

Cabe ressaltar que, no momento de realização dos grupos focais, esses agrupamentos já estavam constituídos, já trabalhavam juntos nos encontros nacionais, estavam assim configurados na Plataforma Virtual UniverSUS, na qual mantinham contato regularmente, trocando informações dos seus territórios e debatendo temas importantes para a formação como apoiador institucional.

O fato de já haver entrosamento entre os participantes dos grupos focais, e destes com o pesquisador que moderou o grupo, facilitou o aprofundamento das discussões, fazendo o grupo focal ser considerado, pelos participantes, como um momento importante de reflexão das práticas desenvolvidas nos territórios, espaço de autoavaliação da própria função, no contexto de cada estado/capital, deixando de ter somente função de coletar informações para a pesquisa avaliativa. O número de participantes por grupo focal (5 a 6) também foi fator importante que contribuiu para que as discussões pudessem ser aprofundadas.

A literatura sobre grupos focais recomenda critério de seleção por meio de amostra intencional (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996), pois esta seleção é feita de acordo com a possibilidade de os participantes fornecerem informações essenciais à pesquisa. No nosso caso, os grupos focais não tiveram apenas a preocupação de obter material para a pesquisa, mas já se constituíram em momentos de intervenção, uma vez que propiciavam um espaço privilegiado de análise compartilhada do processo em curso. Assim, optamos por incluir, nos grupos focais, todos os atores envolvidos no processo. Por isso, a realização de cinco grupos focais, um por

cada agrupamento de estados, garantindo a participação de todos os consultores (ou todos os coordenadores de saúde da criança de estados e capitais), nos seus respectivos grupos focais.

A literatura indica que a composição dos grupos focais deve privilegiar a homogeneidade dos participantes. Grupos focais mais homogêneos permitem obter resultados mais ricos, aprofundados (WESTPHAL, 1992), e facilitam a interação (GONDIM, 2002). Porém, em grupos homogêneos, os sujeitos costumam sentir-se desconfortáveis para fazer autoavaliações e rever posicionamentos, o que lhes pode ter custos subjetivos e gerar constrangimentos.

A literatura preconiza entre 6 e 12 participantes como número mais adequado para realização de grupos focais (GATTI, 2005; BUNCHAFT; GONDIM, 2004; MORGAN, 1997; WESTPHAL, 1992). No entanto, isso deve ser medido de acordo com os objetivos da pesquisa e com as características dos sujeitos. O número pode ser menor, quando se chama para a discussão pessoas que têm muito conhecimento sobre o assunto em questão e tendência a falar bastante (GONDIM, 2002). Nesse sentido, a amostragem em pesquisa qualitativa não é definida a partir de critérios estatísticos, pois depende dos objetivos e do referencial teórico do pesquisador, devendo este se preocupar com a representatividade de certas dimensões do contexto, bem como com o esclarecimento das escolhas metodológicas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; CARLINE-COTRIM, 1996).

A segunda rodada dos grupos focais aconteceu entre março e setembro de 2013 e foi caracterizada como o momento de devolutiva do material produzido na primeira rodada de grupos focais, com alguns aprofundamentos necessários aos objetivos da pesquisa. Foi realizado um grupo com os consultores da ATSCAM/MS por cada região, um grupo com as tutoras da EBBS em conjunto com os consultores nacionais e um grupo com os

membros da ATSCAM/MS. O segundo momento compreendeu a realização de sete grupos focais.

Os grupos foram realizados durante os eventos nacionais (oficinas de formação dos consultores da ATSCAM/MS e encontros nacionais das coordenações de saúde da criança dos estados e capitais) e conduzidos pelos pesquisadores, que fizeram uso de gravadores de áudio, a fim de garantir a fidedignidade do material construído em campo. Todos os grupos foram transcritos por pessoal capacitado e qualificado, lotados no IFF/Fiocruz.

Para a condução dos grupos, elaboramos um roteiro disparador da discussão, que contemplasse os objetivos da pesquisa, as peculiaridades dos atores envolvidos e que também auxiliasse na uniformização dos temas abordados, já que tanto os cinco grupos com os consultores da ATSCAM/MS quanto os cinco grupos com os coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais aconteceram ao mesmo tempo, cada grupo sendo conduzido por um dos pesquisadores envolvidos no projeto.

Os roteiros com perguntas disparadoras foram elaborados de acordo com o lugar dos atores envolvidos na construção da PNAISC, e temas, como a percepção do trabalho de apoio institucional desenvolvido pelos consultores da ATSCAM/MS nos territórios e articulação interfederativa, foram transversais a todos os atores.

A segunda rodada dos grupos focais também contou com roteiro que garantisse certa uniformização na sua realização pelos vários pesquisadores envolvidos, além de algumas questões disparadoras para aprofundamentos necessários. As narrativas produzidas a partir da transcrição de cada um dos grupos focais da primeira rodada constituíram o material disparador dessas discussões. Apresentaremos o processo de construção das narrativas com maior profundidade

no tópico sobre o processo de análise e interpretação do material coletado em campo.

A seguir, abordaremos aspectos relevantes à discussão da condução dos grupos focais com os diversos atores envolvidos:

Grupos focais com consultores ATSCAM/MS

Os primeiros grupos focais da pesquisa foram realizados com os consultores da ATSCAM/MS, em setembro de 2012, no V Encontro de Formação e Gestão do Trabalho dos Consultores nos estados e capitais, na cidade do Rio de Janeiro.

Foi realizado um grupo focal com cada um dos cinco agrupamentos de estados. Cada grupo focal contou com cinco ou seis participantes (os consultores estaduais de cada estado daquele agrupamento) mais o moderador, que foi o pesquisador que acompanhava o trabalho daquele agrupamento regional.

Em nosso caso, a escolha em manter a configuração dos grupos focais dos consultores da ATSCAM/MS igual aos agrupamentos de trabalho, sendo moderados pelo próprio pesquisador que acompanhava o trabalho daquele agrupamento, baseou-se no fato dos grupos já apresentarem certa identidade afetiva e efetiva, ao terem experimentado aquele arranjo nos últimos meses.

A segunda rodada dos grupos focais com os consultores da ATSCAM/MS aconteceu em março de 2013, durante o VI Encontro Nacional de Coordenadores da Saúde da Criança, em Brasília (DF), seis meses após a realização do primeiro grupo. Nesse segundo encontro com os consultores estaduais, para tratar especificamente de questões da pesquisa, uma cópia da narrativa construída a partir da transcrição de seu grupo focal, na primeira rodada de grupos focais, foi distribuída para cada participante e lida em voz alta

pelo moderador do grupo. A intenção era que o grupo pudesse validar esse material construído, mas também aprofundar algumas questões e refletir sobre o processo de trabalho até então. Os participantes sentiram-se à vontade para sugerir mudanças, acrescentar informações, e, além disso, a leitura da narrativa suscitou potente efeito de intervenção nos grupos, pois os participantes puderam enxergar, a partir da história escrita, as dificuldades existentes no momento do primeiro grupo (seis meses antes) que já tinham sido superadas, rever pontos de vista sobre o trabalho e seus posicionamentos em relação aos temas tratados. Novamente, mais do que simplesmente produzir material para a pesquisa, esse momento caracterizou-se como reflexivo e formativo para o grupo dos consultores da ATSCAM/MS.

Salvo as peculiaridades de cada grupo e cada região, os grupos focais se comportaram de maneira parecida, duraram em torno de uma hora e trinta minutos, com pequenas variações. De modo geral, os participantes do primeiro e do segundo grupo foram os mesmos, com pouquíssimas exceções em alguns grupos, de pessoas que ora não puderam participar do primeiro encontro, ora do segundo.

Grupo focal com os coordenadores da saúde da criança dos estados e capitais

Realizado em novembro de 2012, durante o V Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde da Criança dos Estados e Capitais, em Brasília (DF), os grupos focais contaram com a participação desses coordenadores, também divididos pelas regiões do País, conforme configuração dos agrupamentos de trabalho. Também nesse caso, as pessoas desses agrupamentos já se conheciam, devido à função exercida, aos encontros do fórum dos coordenadores e aos trabalhos desenvolvidos durante

os encontros nacionais.

Em média, participaram de cada grupo focal entre 10 e 12 pessoas, representantes de estados e capitais. Da mesma forma que os grupos focais com os consultores, esses também foram conduzidos pelos pesquisadores que acompanhavam os trabalhos nas regiões do País, e tiveram uma duração média de uma hora e trinta minutos.

Os coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais consideraram os grupos focais como um importante espaço de interação, pois, segundo eles, puderam falar dos principais problemas que enfrentavam cotidianamente, trocar informações entre si e levantar questões e sugestões para os temas tratados. Eles enfatizaram o espaço do grupo focal como um momento de reflexão do próprio trabalho.

Não foi realizada a segunda rodada de grupos focais com os coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais. Eles foram os únicos atores em que não foi possível realizar essa segunda rodada, que possui um carácter de validação do material produzido na primeira rodada de grupos focais.

Vários motivos concorreram para essa decisão: a dificuldade em conseguir espaço nas agendas dos encontros nacionais, sempre disputado, por se tratar do único momento em que estes atores se encontram presencialmente; o momento de realização dos grupos focais, que ocorreu logo após as eleições municipais, com expectativa de mudanças nas coordenações; grande volume de material obtido pela realização dos outros grupos, gerando extenso e rico material para transcrição e análise, com saturação dos temas. Esses três fatores foram discutidos pelos pesquisadores e levados em consideração para a decisão de não se realizar a segunda rodada dos grupos focais com estes atores.

Grupos focais com consultores nacionais e tutoras da EBBS

Esses grupos focais reuniram os cinco consultores nacionais, responsáveis pela gestão da atuação dos consultores estaduais da ATSCAM/MS, e as cinco tutoras da EBBS, responsáveis pela sua formação.

Os grupos focais aconteceram em fevereiro e setembro de 2013. Apesar de formarem uma dupla responsável por cada agrupamento de estados, foi na ocasião do primeiro grupo focal que esses atores puderam compartilhar suas reflexões sobre o trabalho desenvolvido. Até então, as tutoras da EBBS realizavam reuniões semanais para planejar e acompanhar o processo de formação dos consultores estaduais da ATSCAM/MS. Os consultores nacionais não se reuniam com a mesma regularidade, pois residiam em diferentes locais do País. Seus encontros presenciais se limitavam aos momentos dos encontros nacionais de coordenadores de saúde da criança e nas oficinas de formação dos consultores. No entanto, quando necessário, reuniam-se virtualmente para tratar de questões específicas. Nesse sentido, os grupos focais tiveram um efeito de intervenção, pois, a partir desses encontros, tutoras da EBBS e consultores nacionais puderam compartilhar suas dificuldades, limitações e potencialidades do trabalho desenvolvido, pensar conjuntamente estratégias de atuação, favorecendo maior aproximação entre esses atores. Além disso, os grupos focais propiciaram que os consultores nacionais percebessem a necessidade de maior interação entre eles, para planejamento das atividades e discussão das situações vivenciadas em cada território, buscando alternativas para que seus encontros pudessem acontecer de maneira mais sistemática.

Grupos focais com equipe da ATSCAM/MS

Os grupos focais com esses atores realizaram-se em fevereiro e junho de 2013. Esses profissionais trabalhavam juntos na ATSCAM/MS, já se conheciam, possuíam laços e dividiam afazeres. Isso permitiu que, durante os grupos focais, fosse notada a identidade entre os participantes, ao mesmo tempo que propiciou o surgimento de dificuldades na realização de processos reflexivos sobre o próprio trabalho. No decorrer do processo de formulação e implantação da PNAISC, esses profissionais, que exerciam papel de referências técnicas especializada em temas específicos, passaram a assumir também o papel de referência generalista para determinados territórios, fazendo o acompanhamento da atuação dos consultores da ATSCAM/MS, de acordo com os agrupamentos de estados.

O processo de análise e interpretação do material coletado em campo

De posse das transcrições dos grupos focais da primeira rodada, os pesquisadores deram início ao processo de construção das narrativas e suas validações. Para cada um dos cinco grupos focais dos consultores da ATSCAM/MS, foi construída uma narrativa. O mesmo processo foi realizado para os cinco grupos de coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais.

Após a transcrição dos áudios dos grupos focais realizados na primeira rodada, os pesquisadores iniciaram o trabalho de interpretação, composto pela dimensão da análise, na qual os discursos foram divididos em núcleos argumentais e esmiuçados para compreendê-los, e também na dimensão da construção, alinhando os fragmentos dos discursos a fim de elaborar linhas de sentido, contribuindo também com saídas para os impasses

encontrados (ONOCKO CAMPOS, 2005; ONOCKO CAMPOS ET AL., 2008). Nesse sentido, para interpretar o material produzido pelos grupos focais, os pesquisadores se utilizaram da construção de narrativas, seguindo o referencial proposto por Ricoeur (1990, 1997). Segundo o autor, a construção do sentido de modo narrativo é o que permite a superação da dicotomia entre compreender e explicar. A narrativa, como representação do tempo e da ação humana, não se ordena necessariamente de forma cronológica, em uma descrição linear dos eventos, mas deve corresponder à experiência psicológica do tempo, tendo como característica fundamental o encadeamento lógico dos fatos. O autor destaca que se uma ação pode ser narrada, é porque ela já está inserida em uma práxis social, e por isso as narrativas seriam histórias não (ainda) narradas.

Para a pesquisa avaliativa, interessava o que os atores haviam construído com as discussões, ou seja, o que disseram a respeito de suas práticas, de suas vivências com o trabalho de apoio institucional, de articulação interfederativa, de temas prioritários à saúde da criança, buscando-se preservar as divergências que apareceram dentro de cada grupo focal. Pretendeu-se, então, com a utilização da narrativa, fazer emergir do emaranhado das discussões, um sentido para as histórias vividas, mas ainda não narradas.

Cada pesquisador se responsabilizou pela construção da narrativa do grupo focal que conduziu. Terminado esse momento de construção das narrativas, a equipe de pesquisadores fez um rodízio entre si para o momento de validação do material da seguinte forma: o pesquisador que elaborou a narrativa do grupo focal com os consultores de um dos grupos, repassou para outro pesquisador a transcrição e a narrativa construída, e assim sucessivamente. Cada pesquisador procedia com a leitura da transcrição para após

realizar a leitura da narrativa, verificando se, porventura, havia faltado alguma informação importante que fora discutida no grupo focal e não estivesse contemplada na narrativa ou, por outro lado, se alguma informação estava muito salientada na narrativa, mas não aparecia com a mesma força na transcrição. Esse momento foi de extrema importância, uma vez que os pesquisadores responsáveis pela condução dos grupos focais eram os mesmos que acompanhavam os agrupamentos correspondentes, portanto conheciam os processos de trabalho, as pessoas, as dificuldades, entre outras questões, o que ajudou a garantir a confiabilidade das informações discutidas nos grupos focais.

A seguir, apresentamos um trecho da narrativa elaborada a partir da transcrição de um dos grupos focais com os consultores estaduais, para exemplificar o tipo de construção narrativa utilizado:

Algumas de nós tivemos muita facilidade em nos aproximar dos gestores da saúde da criança no estado, talvez por que fomos indicadas pelas pessoas de lá. Uma de nós mergulhou de cabeça na Rede Cegonha, participando como membro do grupo condutor. E a partir desta inserção outras temáticas da saúde da criança foram sendo trabalhadas, tais como planejamento para enfrentamento da mortalidade materna e infantil no estado; linha de atenção à criança em situação de violência; capacitação do AIDPI [Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância] neonatal, situação em que conseguiu articular pela primeira vez o estado e capital; e oficina para o método canguru. Outra de nós também tem trânsito livre no estado pelo fato de ter trabalhado lá por muitos anos e já conhecer toda estrutura e as pessoas que lá estão. O trabalho centra-se na inserção nas Redes, principalmente na Rede Cegonha, na construção do COAP [Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde] e em todas as atividades que envolvem a atenção à saúde da criança. [...] Outras de nós apresentamos diversas dificuldades em nos aproximar

destes gestores, dificultando o início dos trabalhos. Em um dos estados a aproximação com a Coordenação da Saúde da Criança no estado demorou cerca de três meses e, apesar de agora estar conseguindo trabalhar conjuntamente para o fortalecimento das ações de saúde da criança, da Rede Cegonha, do Método Canguru, da Rede de Urgência e Emergência, ainda há sensação de um relacionamento frágil, em que qualquer situação pode desmontar tudo o que foi construído até então. De qualquer maneira, há dificuldade de participação em espaços de decisão, a ajuda é sempre em questões mais operacionais. Ainda bem que a inserção no apoio integrado é bem consistente, o que auxilia para lidar com as dificuldades de trabalho conjunto com o estado. (Narrativa consultores CGSCAM – Grupo1).

Após a transcrição do áudio da segunda rodada dos grupos, as falas foram acrescentadas à primeira narrativa de cada um — que havia sido validada pelos participantes — compondo uma única narrativa para cada agrupamento, contemplando os dois momentos dos grupos focais.

Dessa forma, nossa pesquisa conseguiu efetivar seu caráter participativo e de pesquisa-intervenção, ao provocar um novo olhar dos vários atores, por meio da retomada de suas narrativas e o contato com as narrativas dos demais (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008A, 2008B).

Para proceder com a análise do material dos grupos focais, foi criada uma grade temática (*quadro 1*), contendo os seguintes temas e categorias de análise:

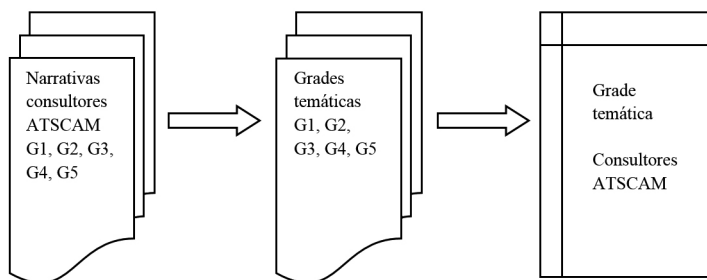
Quadro 1. Grade temática para análise do material dos grupos focais

Tema	Categoria de análise
Apoio	Concepção Construção do papel Atuação Formação
Articulação com a saúde da criança nos estados e capitais	Relação com as coordenações de estados e capitais Contextos locais Articulação entre estado e capital Aproximação e interlocução com apoio integrado e outras redes
Rede Cegonha	Relação com apoiadores da Rede Cegonha Relação com o grupo condutor
Arranjos do MS para suporte ao trabalho do consultor	Consultor nacional e tutor ATSCAM/CGSCAM Plataforma UniverSUS Encontros nacionais

Esse processo se iniciou com as narrativas dos cinco grupos focais de consultores da ATSCAM. Para cada uma das cinco narrativas, foram destacados os principais argumentos atribuídos pelos participantes sobre os temas discutidos. Interessava aos pesquisadores ver como os grupos de consultores da ATSCAM se posicionavam, mas também interessava cotejar os argumentos de todos os temas a partir desses atores. Nesse sentido, agrupamos

os argumentos em categorias de análise (FURTADO; ONOCKO CAMPOS, 2008) referentes a cada um dos temas tratados, criando uma única grade temática dos consultores estaduais. Essa grade temática permitiu a análise do material, demonstrando os consensos e aproximações existentes nas percepções desses atores, mas conservando as questões e posicionamentos que eram dissonantes em cada tema (*figura 1*). Esse processo de análise possibilitou aos

Figura 1. Representação esquemática da formulação da grade temática dos consultores ATSCAM

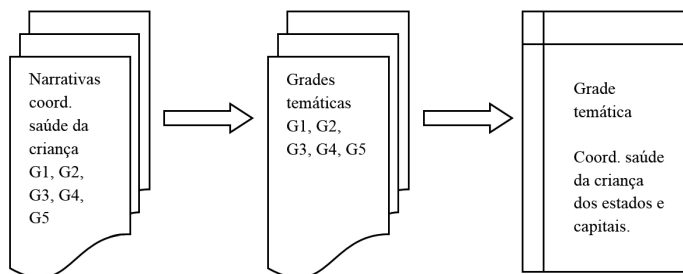


pesquisadores realizar mais uma volta hermenêutica (HEIDEGGER, 2007; GADAMER, 2005), além de permitir uma melhor compreensão dos consultores da ATSCAM sobre seu trabalho na construção da Política de Atenção Integral à Saúde da Criança.

Da mesma maneira, esse processo

ocorreu com os coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais, que também realizaram cinco grupos focais, resultando em suas respectivas narrativas e grades temáticas, depois agrupadas em uma única grade temática dos coordenadores de saúde da criança (figura 2).

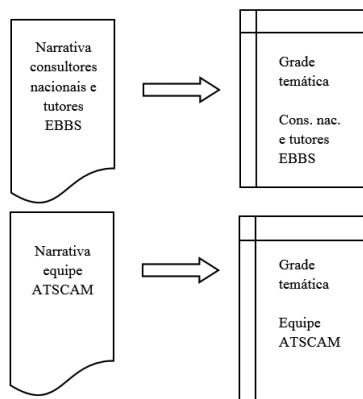
Figura 2. Representação esquemática da formulação da grade temática dos coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais



Para o grupo dos consultores nacionais e tutores da EBBS, foi elaborada a narrativa a partir da transcrição de seu grupo

focal e depois realizada a grade temática (figura 3). O processo com a equipe da ATSCAM foi semelhante.

Figura 3. Representação esquemática da formulação da grade temática dos consultores nacionais, tutores EBBS e técnicos ATSCAM



Após a conclusão das grades temáticas de cada um dos diversos atores (consultores ATSCAM, coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais, consultores nacionais e tutores EBBS e equipe da ATSCAM), elaboramos uma grade temática demonstrando a narrativa dos diferentes atores em relação a cada tema. Nesse exercício, foram colocadas em diálogo as narrativas dos diferentes atores

em relação aos diversos temas tratados. Dessa maneira, a grade temática, inicialmente construída a partir da perspectiva de cada grupo de atores, passou a compor uma Matriz das Diversas Vozes.

A seguir, destacamos, da Matriz das Diversas Vozes, os temas Apoio (*quadro 2*) e Articulação Interfederativa (*quadro 3*), que constituem eixos centrais do processo de formulação e implantação da PNAISC.

Quadro 2. Matriz das Diversas Vozes – Eixo Apoio

Eixo: Apoio	Destacam-se neste tema: a função Apoio (concepção), a construção do papel, a atuação e a formação.
Consultores ATSCAM	<p>Os consultores destacam que o seu papel é percebido como arranjo inovador e contra-hegemônico; nesta função, defrontam-se com processos de trabalho rígidos (mensageiros do Ministério da Saúde, a mando de uma determinada secretaria) e com as áreas técnicas e seus programas compartimentalizados.</p> <p><i>Para tanto precisamos trabalhar de modo transversal, em vários níveis de atenção e secretarias, e não em caixinhas.</i></p> <p>Os consultores acreditam que têm o desafio de induzir ações, trabalhar em diferentes cenários, interligar os pontos das redes e atuar com os gestores, sem que esse papel de apoiador esteja definido, e isso acarreta incompreensão por parte dos técnicos e gestores. Nesse contexto, apontam que a função e papel deles é propor mudanças e lidar com a fragmentação do cuidado nos seus diversos níveis.</p> <p><i>Não tem a articulação com as outras áreas técnicas. E isso é um papel fundamental nosso, que a gente tem que refletir esse processo de trabalho com eles e ao mesmo tempo estar articulando todas essas ações.</i></p> <p><i>O Ministério é feliz, é inteligente, porque ele começa a perceber que o programa isolado não funciona. E para acontecer tudo isso tem que mexer com o processo, mexer com o profissional, mexer com a gestão.</i></p> <p>Expressam diversas conceituações sobre a própria função, o que aponta certa indefinição desse novo papel. Enquanto uns entendem que a função do apoiador é atuar nos territórios em demandas e setores específicos, outros entendem que o papel do apoiador deve ser técnico e político, implantando, levando e estimulando as propostas do MS; outros apontam que os consultores seriam responsáveis pela atuação nos territórios, apoiando o que já existe. Esses diversos entendimentos apontam para um novo papel em construção, pois relatam que estão construindo o método durante o apoiar e, nesse sentido, demandam novas tecnologias relacionais, grupais e políticas.</p> <p><i>Ora ou outra sentimos muita pressão neste trabalho, talvez por não termos governabilidade nas ações, por isso temos que induzir ações, trabalhar em diferentes cenários e estar junto dos gestores — que nem sempre nos compreendem bem —, pois não temos um papel muito bem definido para os técnicos.</i></p> <p>Na construção desse papel, os consultores estaduais apontam alguns aspectos que têm facilitado o seu trabalho e na construção de sua legitimidade nos territórios; a experiência prévia, a militância na área da saúde da criança e o processo de formação que é oferecido. Por outro lado, os seguintes aspectos são colocados pelos consultores como dificultadores para a sua atuação: contexto político em cenário de mudanças, a relação dos estados e capitais com o MS, a falta de uma apresentação formal do MS sobre o papel do consultor e a sua institucionalidade (pois em alguns territórios é como se o gestor não soubesse da sua existência), isso coloca a necessidade do consultor integrar formalmente os grupos condutores a partir de uma diretriz do MS.</p>

Quadro 2. (cont.)

	<p><i>Acreditamos que a falta de uma apresentação formal do Ministério da Saúde, que falasse sobre nosso papel de institucionalidade, teria contribuído para mudar esta situação.</i></p> <p><i>Tem sido desafiador. O método a gente tem construído no caminho, temos aprendido a ser apoiadores apoiando, ao mesmo tempo em que conseguimos isto por sermos apoiados pelo consultor nacional e tutor.</i></p> <p><i>Essa é outra delicadeza de estar ali, saber reconhecer o que é nosso, o que é para nós. Precisamos de tecnologias de relações, de tecnologias políticas, para nossa entrada nos grupos. As relações nos espaços precisam ser trabalhadas, o processo de trabalho precisa melhorar.</i></p> <p>Os consultores apontam que, após esse período de um ano, com um método que é construído no caminho, construíram uma maior legitimidade e reconhecimento de suas ações, sendo que alguns consultores participaram do planejamento anual das ações da saúde da criança dos estados e capitais. Relatam ainda que essas ações conjuntas dependem das ofertas que o MS leva aos territórios, que essas ofertas sejam pertinentes às demandas dos territórios, que consigam responder em tempo hábil as essas demandas e que as ofertas do MS passem pelos consultores.</p> <p><i>Normalmente começamos nossas atividades como apoiadores a partir do que já conhecemos melhor, por formação ou trabalhos anteriores. Promovemos reuniões entre atores de setores diferentes de um serviço, por exemplo, com foco na melhoria da assistência, e 'atizamos' o grupo para que eles se entendam, debatam, levantem problemas, sintam as dificuldades, tomem um rumo comum, busquem as soluções que eles poderiam realizar. Às vezes também ajudamos na mão de obra, como na organização de cursos e outras ações.</i></p> <p>Os consultores enfatizam a abrangência de seu campo de atuação, na sua função de articulação e no papel do apoio; trabalhando na articulação interfederativa, intrasetorial, intersetorial e técnica; atuando como um catalizador tanto para as mudanças nas práticas como para a potencialização de processos já iniciados.</p> <p>No cotidiano de suas atuações, aparecem os encontros informais para a articulação, necessitando de diálogo e negociação para aproximar os diversos atores, propiciando o trabalho coletivo em rodas com o intuito de promover fluxo entre as redes de atenção.</p> <p>Na perspectiva da formação, os consultores estaduais avaliam positivamente a Plataforma UniverSUS, pois lá são ofertados textos, possibilitando discussões e compartilhamento de experiências, além da construção de grupalidade entre eles. Porém a plataforma não dá conta da rapidez do cotidiano, de alimentar questões técnicas. Na análise deles, deveriam ocorrer encontros presenciais mais regulares e respostas mais rápidas da área técnica.</p> <p><i>A plataforma, os encontros presenciais e as rodas de conversa criam uma grupalidade entre nós. A plataforma, especificamente, garante continuidade entre os encontros, apoio ao apoiador, permite troca de materiais, o que ajuda na formação.</i></p> <p>Alguns reconhecem que se sentem vistos e acolhidos.</p> <p><i>Assim, nos sentimos cuidados e aprendemos a apoiar, sendo apoiados.</i></p> <p>Os encontros nacionais são vistos como um momento de trocas, de formação, de distanciamento do território para qualificação do trabalho, favorecendo o entrosamento do grupo e o apoio mútuo, principalmente quando acontecem com boa frequência. São inovadores e permitem atualização sobre os movimentos do MS e o contato com os coordenadores estaduais e municipais.</p> <p>Alguns consultores sugerem que são necessários mais espaços de formação temática, inclusive no próprio território, visto que cada um tem especialidade em uma área, mas nos territórios representam o MS, e têm que discutir todas.</p> <p><i>Apontamos a necessidade de formação nas diversas áreas da saúde da criança, visto que somos cobrados nos estados por isto. Cada um de nós tem maior conhecimento numa área, porém por sermos vistos como representantes do MS, somos convocados a falar sobre tudo. Neste sentido, entendemos que os encontros grandes podem ser espaços de formação sobre temáticas, como IHAC [Iniciativa Hospital Amigo da Criança], mãe canguru, aleitamento materno etc.</i></p>
Coordenadores de saúde da criança de estados e capitais	<p>Para os coordenadores, a função do consultor estadual é a de articulação entre Ministério, estados e capitais, realizando apoio à gestão para efetivar o cuidado integral à saúde da criança. Eles pontuam que há diferenças no trabalho do consultor e do apoiador, mas avaliam que</p>

 Quadro 2. (cont.)

o trabalho desenvolvido pelos consultores é muito mais de apoio do que de consultoria.

Se fôssemos apresentar um consultor estadual para alguém, diríamos que ele é uma ponte da área técnica da saúde da criança com estado e capital, com função de ajudar as equipes no desenvolvimento, implementação e ampliação do cuidado integral à criança, numa relação horizontal, e não de cobrança.

Os coordenadores destacam que o trabalho dos consultores estaduais é importante, ajudando no núcleo de formação e no território. Ter a legitimidade de ser do Ministério, e ser um articulador que é conhecido, ajuda. Referem que a experiência prévia pessoal dos consultores é um componente importante na valorização da saúde da criança e na articulação com entidades e a sociedade.

Este conhecimento técnico do consultor assim como a sua experiência pessoal na área da criança pode contribuir na articulação com outros setores e alguns de nós consideramos que este é ponto fundamental para dar visibilidade a nossa área. O trabalho dos consultores estaduais tem sido importante para nós, ajudando inclusive no seu núcleo de formação, como no caso em que um dos consultores é médico e ajuda o núcleo no território. O consultor também é conhecido por todos, inclusive na Rede Cegonha. É um grande articulador, é uma figura do Ministério para articular estado e município, gestão e assistência.

Os coordenadores destacam a atuação dos consultores no sentido de estabelecer parcerias com diversos atores nos municípios, levar a questão da saúde da criança para as Redes Temáticas e contribuir na mudança dos processos e trabalho:

O consultor estadual tem facilitado e exercido ações junto aos municípios fora da capital e aberto espaços em sociedades; instituições de ensino; propiciando novos olhares e ganhos no dia a dia". "Um dos consultores mostrou o que a área técnica tem feito nos últimos anos, não somente no aleitamento materno, violência, triagem neonatal; isto levou a uma mudança nos nossos processos de trabalho e possibilitou a criação de espaços nas diversas redes temáticas (ex.: rede de urgência emergência).

Para alguns coordenadores, os consultores ajudam a tomar decisões e podem contribuir na construção de protocolos, de caminhos possíveis, de bibliografia. Já para outros, esse não seria o papel dos consultores.

Eles ajudam a agilizar ações, decisões que a gente precisa tomar, que sejam importantes para a criança, mesmo que alguns de nós achem que ele não tem esta obrigação. O consultor pode contribuir na construção de protocolos, dar alguns caminhos e algumas bibliografias, mas não validar protocolos.

Os coordenadores apontam que nem sempre os consultores conseguem cumprir a agenda e dar suporte sempre, mas mesmo assim são muito presentes e atuantes. Muitas vezes, quando há dificuldade com os encontros presenciais, são construídas outras formas de contatos: e-mail, telefone etc.

Nem sempre o consultor consegue cumprir a agenda na secretaria, mas cumpre em outras ações, como na Rede Cegonha. Em alguns lugares não há agenda fixa, mas sempre acontecem conversas por e-mail, contatos, atualizações.

Para os coordenadores de alguns estados, a atuação do consultor não tem ajudado na articulação do cuidado da criança.

Alguns de nós achamos que o consultor estadual não acrescentou nada, pois ficou mais do mesmo na área da saúde da criança do estado, seja por uma questão política ou por uma ausência propriamente dita, pois achamos que receber relatórios burocráticos com dados não revela que está ocorrendo o apoio.

Eles sugerem formalizar uma agenda entre os consultores e coordenadores da criança, com avaliações periódicas do Ministério sobre o trabalho dos consultores, que levem em consideração o ponto de vista dos coordenadores estaduais e municipais.

Um de nós aponta a necessidade do MS fazer uma avaliação desses consultores pelas coordenações, formalizar e criar uma agenda entre a coordenação e os consultores, pois em alguns estados quem desempenha este papel de consultor é o apoiador da RC.

Quadro 2. (cont.)

corrige as inadequações existentes, quando necessário.

Sobre o trabalho dos consultores da saúde da criança, alguns de nós achamos que o papel deles não é bem claro e nem bem definido. Alguns de nós nos sentimos um pouco invadidos com a presença deles e pensamos que existem questões que são da esfera municipal ou estadual, não vemos o porquê da esfera federal estar presente. Neste sentido, alguns de nós achamos importante deixar mais claro as atribuições e os limites da atuação dos consultores.

Os que dizem ter claro que a função dos consultores é a de apoiar e articular, também referem que acionam os consultores para a execução de algumas ações. Apontam que eles têm um papel político importante nas articulações, no contato entre estado e capital, fazem a mediação nas negociações e na aproximação entre os atores, são parceiros em uma relação de respeito, apoio e companheirismo.

Seu papel é apoiar e articular, mas às vezes a gente precisa dos consultores também para nos ajudar na execução de algumas ações. Eles são parceiros mesmo, apoiadores em todos os sentidos.

De maneira geral, achamos que os consultores provocam bastante, são bem atuantes e realmente fazem a ponte entre estado e capitais com o MS.

Muitos coordenadores dizem que se sentiram invadidos, inicialmente, com a presença do consultor, pois eles eram considerados 'olheiros' do Ministério. Em alguns casos, houve dificuldade na construção desse papel devido à ausência de uma apresentação formal dos consultores pelo Ministério. Hoje, avaliam que a entrada e o trânsito dos consultores estaduais já aconteceram, mas de maneira diferente em cada contexto.

No início, em um estado, houve resistência de algumas áreas técnicas com relação ao papel do consultor, que foi confundido com um olheiro do Ministério, que estava lá para fazer auditoria. Em outros estados, houve uma dificuldade com relação a falta de um documento oficial do Ministério apresentando o consultor ao secretário de saúde.

Consultores nacionais e tutores

Para os tutores, os consultores estaduais desempenham a função de apoio, apesar de serem denominados oficialmente de consultores. O termo apoiador e sua função dentro do Ministério ficaram encapsulados em um paradigma conservador.

Nós tutores achamos que os consultores estaduais desempenham a função de apoio, o tempo todo. E apoio no melhor sentido do termo, sem resolver por ninguém, sem estar ditando milhões de regras para ninguém. Achamos que houve um ruído com esta denominação apoiador, e o apoiador da Saúde da Criança teve que receber outro nome, de consultor estadual, pois a palavra 'apoiador' foi ficando encapsulada, a função apoiador ficou engessada dentro de um paradigma mais conservador.

Em relação à atuação dos consultores estaduais, o Ministério da Saúde não os apresentou formalmente no início de suas atividades, o que, de certa maneira, afetou a entrada destes no território. Na visão dos consultores nacionais e dos tutores, os consultores estaduais enfrentaram uma dificuldade maior que a esperada na sua inserção em atividades com os outros apoiadores do Ministério. A denominação Consultor gerou dificuldades de atuação que se repercutem até hoje.

Os consultores estaduais entraram em campo sem que recebessem sequer uma carta de apresentação do Ministério. Percebemos essa dificuldade de serem chamados para a reunião dos apoiadores da Rede Cegonha, PNH [Política Nacional de Humanização], apoio integrado, e estes outros apoiadores sonem os dias das reuniões, os procedimentos e os processos. Sentimos que só acolher e dar força nessas horas é inútil. Não esperávamos as portas completamente abertas, mas também não esperávamos algumas delas trancadas com chaves, do tipo: 'Eu posso ser apoiador. Você não pode. Você é só consultor da área, eu sou apoiador'. Percebemos que a denominação Consultor e não Apoiador gerou muitas dificuldades para eles que se repercutem até hoje. Os apoiadores da RC se sentem empoderados e acham que podem determinar o que o consultor da área da criança deve fazer. Isso já gerou muitos conflitos e muitos de nós, consultores nacionais é que tivemos que mediar essas situações. É uma situação de poder que acaba sendo sustentada em algum lugar.

 Quadro 2. (cont.)

De maneira geral, os consultores nacionais e tutores avaliam positivamente o trabalho dos consultores estaduais, enfatizando o crescimento que tiveram ao longo do ano e a diferença que estão fazendo nos territórios, mesmo enfrentando grandes dificuldades.

Avaliamos que os consultores estaduais tiveram um crescimento impressionante do começo do ano pra cá. Deram um salto, se apropriaram de fato de suas funções, encontrando caminhos e instrumentos, de maneira que eles são muito atuantes. Percebemos que eles estão fazendo a diferença nos estados, mesmo enfrentando muitas dificuldades.

Em relação à formação, os consultores nacionais afirmam que fizeram a opção de não enxergar os consultores estaduais como pessoas preparadas para responder a todas as questões das coordenações de estados e capitais e sentem que há, por parte desses consultores, falta de um melhor preparo para atuação nos territórios. Os consultores nacionais percebem uma necessidade de se dedicar mais à formação técnica de gestão e de conhecimentos específicos da saúde da criança. Apontam ainda que o conteúdo é ministrado nos encontros nacionais e feito de forma expositiva e pouco articulada com a realidade local.

Nós, consultores nacionais, percebemos que os consultores estaduais sentem falta de um preparo maior para atuarem no território, em questões muito específicas da gestão. Achamos que isto foi uma opção de todos nós. Nós fizemos a opção de 'não' enxergar o consultor estadual como a figura que estaria preparada para responder todas as questões dos coordenadores nos estados e capitais. Mas isso fez com que a gente não pensasse melhor na sua formação em relação a estas questões, em como eles poderiam ser instrumentalizados para dar conta disso.

Os consultores nacionais e tutores concordam que seria melhor se os conteúdos fossem abordados partindo de casos reais trazidos pelos consultores estaduais, tanto presencialmente como na plataforma.

Nós, consultores nacionais e tutores, acreditamos que uma boa maneira de abordar os temas técnicos da gestão seria colocando casos clínicos ou casos de gestão que envolvam algum tema, por exemplo, mortalidade infantil ou materna. Isto poderia ser feito tanto nos momentos presenciais, privilegiando as discussões em pequenos grupos, quanto na plataforma. Seria uma maneira de propiciar a formação mais técnica, incluindo a questão de legislação, de uma forma mais articulada com a realidade vivida pelos consultores estaduais. Desse jeito, somaríamos o apoio às situações de crise, a formação em relação à mediação de conflitos, etc., com a formação mais técnica dos programas, das portarias e da legislação.

Percebem também que muitos dos consultores estaduais não têm o conhecimento necessário em saúde da criança ou de questões técnicas da gestão, o que diminui a potência da formação subjetiva que eles têm recebido. Apontam que os consultores apresentam uma diversidade de formação, porém sem apropriação dos conhecimentos necessários, e com um modo de fazer que eles ainda estão aprendendo.

Percebemos que os consultores estaduais têm uma diversidade de formação muito grande e que eles são jogados aos leões, sem maior apropriação dos conhecimentos necessários (desenvolvimento infantil, por exemplo), com um modo de fazer que eles ainda estão aprendendo e que perde potência sem o conteúdo básico. E de alguma forma, com toda a tranquilidade que tem sido essa relação com a formação, mas a gente (consultores nacionais) também se sente tolhido de participar na formação dos consultores estaduais.

Alguns consultores nacionais apostaram no fórum da plataforma para abordar conteúdos da gestão necessários à formação dos consultores estaduais.

Um de nós, consultor nacional, teve uma experiência de uso da plataforma para a formação dos consultores estaduais em conteúdos da gestão, pois incomodava muito sentir esse despreparo dos consultores. Eram feitas provocações na plataforma até que se criou um post com o tema da IHAC, com textos curtos que abordavam o tema e relatavam um pouco do histórico. Os consultores estaduais entravam com várias dúvidas sobre como lidar com questões práticas que eles estavam vivenciando. Ao final, avaliou-se que eles se apropriaram de uma maneira tão legal do assunto e começaram a trocar entre si, das experiências que tinham no território e foi bem mais produtivo do que ficar escutando uma apresentação maçante, em que não é possível nem absorver tanta informação.

Quadro 2. (cont.)

	<p>Outra dificuldade apontada por eles é a própria origem do projeto que prevê a criação e a implantação de uma política integral de saúde da criança, que não é apenas um compilado de programas e ações.</p> <p><i>Outra dificuldade que percebemos no trabalho dos consultores estaduais é a origem do nosso projeto: criação e implementação, ao mesmo tempo, da política integral da saúde da criança. Existem inúmeras ações tradicionais, fragmentadas em programas bem definidos. Nós nos perguntamos: 'O que é essa política integral?' Ela não deve ser só um checklist de todas as ações conjuntamente. Ela deve conter também uma premissa, uma ideologia, conceitos.</i></p>
Técnicos da ATSCAM	<p>A avaliação é que muitos consultores já estão integrados nos territórios e com clareza do seu papel, e isso é claro nos relatórios enviados. O trabalho dos consultores, segundo os técnicos, alterou a dinâmica da equipe, fazendo com que tenham mais informações e conhecimento das questões do território. Logo, existe uma preocupação com consultores tardiamente selecionados, que demoram para compreender efetivamente seu papel. Avaliam também que os consultores, muitas vezes, ficam sem o apoio necessário, mas que o vínculo avançou bastante, hoje a comunicação é boa e os problemas são resolvidos de modo ágil; mesmo com dificuldade em entrar na plataforma, as questões que chegam até a área técnica têm pertinência e denotam a potência da parceria</p> <p><i>Achamos que esse trabalho com os consultores refletiu também na dinâmica de nossa equipe, temos os escutado mais para saber como as coisas acontecem, como podemos contribuir com o trabalho do colega e com suas práticas [...]. Achamos que, em muitos estados, ocorreu uma evolução dos consultores e da compreensão do papel deles, do ano passado para cá.</i></p> <p>Quanto ao perfil dos consultores, os técnicos da ATSCAM dizem que os consultores são generalistas e que têm experiência em gestão, que é um perfil positivo na avaliação. Contudo referem que muitos ainda atuam de modo isolado, sem o apoio da área técnica, repetindo a dinâmica da equipe:</p> <p><i>Colocamos os consultores estaduais dentro do estado na mesma dinâmica de trabalho nossa, fragmentado, nas caixinhas, o que faz com que se sintam perdidos e demandem ajuda para atuar no território.</i></p>

Quadro 3. Matriz das Diversas Vozes: Articulação Interfederativa

Articulação Interfederativa	Destacam-se os seguintes subeixos: Relação do Ministério da Saúde com as coordenações de estados e capitais; Contextos Locais e Articulação entre Estados e Capitais.
Consultores ATSCAM	<p>Os consultores estaduais, na sua maioria, se aproximaram dos coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais. Alguns consultores relatam ter mais facilidade de acesso ao estado, outros, com a capital, de maneira que o trabalho se desenvolve mais e melhor nos locais e com as pessoas com quem têm maior abertura/facilidade. No entanto, enfatizam que o fato de possuírem boas relações com os coordenadores da saúde da criança (seja pelas relações prévias de amizade, ou por meio dos encontros de coordenadores) nem sempre facilita o desenvolvimento dos trabalhos, pois em alguns locais as estruturas institucionais e os contextos em que ocorrem as ações são muito fragmentados, impossibilitando maiores articulações. Também a fragilidade política dos coordenadores de saúde da criança, a falta de poder de decisão e de autonomia financeira dificultam ações em conjunto.</p> <p><i>O fato de termos uma boa relação com as coordenações de saúde da criança não facilita nosso trabalho, por que em alguns estados os setores, assim como suas ações, são muito fragmentados, então fica difícil da gente tentar articular ações dentro da Rede Cegonha, por exemplo.</i></p> <p>Alguns consultores estaduais relatam dificuldades de inserção e atuação nos territórios. Destacam que o fato de não terem sido apresentados oficialmente pelo Ministério da Saúde — por meio de um documento — dificultou a entrada e legitimação deles nos estados e capitais. Os consultores estaduais dizem que, muitas vezes, é preciso criar situações para entrar nos territórios, já que alguns não são bem aceitos, noutras, faz-se necessário esperar que os chamem. Em alguns momentos, são vistos como fiscais. Quando atuam, passam a incomodar, pois trazem questionamentos, e isso provoca o fechamento de portas.</p>

 Quadro 3. (cont.)

Por isso, referem ser necessário ter cuidado com o quê e como se fala, assim como com quem se fala, sendo necessário chegar com muita delicadeza, mais para ouvir e para aprender do que para apresentar coisas novas.

O trabalho se desenvolve em meio a uma construção do lugar de quem apoia, de estar ao lado. Alguns consultores mantêm uma relação frágil com os estados e/ou capitais, participando mais em questões operacionais, ficando de fora dos espaços de decisão. Dificuldades ocorrem também por relações, conflitos e disputas preexistentes nos espaços em que entram, sendo que uma das maiores dificuldades é entender as relações de poder. Reconhecer e fazer a leitura dessas relações leva tempo, e sem querer podem entrar no meio desses conflitos. Também a fragmentação, o isolamento das áreas, a escassez de recursos humanos e de estrutura de trabalho são dificuldades relatadas pelos consultores estaduais, assim como a relação com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e a questão indígena, que permanece como um grande desafio.

Muitas vezes temos que criar situações, tentar articular, ter jogo de cintura, tentar encontrar brechas para entrar. E com isso os horizontes vão se abrindo, na medida em que você entra e as pessoas te conhecem, na medida em que nos apresentamos e nos colocamos à disposição. Muitas vezes não somos bem aceitos, somos julgados, maltratados. Em alguns momentos, temos que esperar ser solicitados, e enquanto isso fazemos a cartografia do território [...].

Outros consultores referem não ter tantas dificuldades de inserção nos campos. Relatam que o fato de serem indicados pelas pessoas dos estados, ou de já terem trabalhado no contexto da saúde da criança, facilitou a entrada deles nos territórios.

Apesar das dificuldades relatadas, os consultores estaduais afirmam ser possível constituir diálogo e ações nesses espaços, porém a realidade das secretarias é apontada como grande empecilho nos avanços da política, uma vez que os estados e capitais referem não ter verba suficiente para implantar algumas ações preconizadas:

Mas a política é cruel no estado. O estado fica esperando que o Ministério tenha. Que o Ministério vai mandar, entendeu? E no máximo ele dá uma contrapartida. E quando dá. A maior luta quando a gente vê um convênio federal é conseguir uma contrapartida. O estado é obrigado a dar 10% de contrapartida em qualquer convênio federal, e o que o estado faz? O estado gastava todo o recurso que o convênio vinha, e deixava a contrapartida para o final. Ficava postergando e a gente era obrigado a fazer um plano de ação com recurso federal e com a contrapartida, sem que aquele seja um convênio. A contrapartida vai ficar para o final e quando o estado tiver dinheiro. Uma política que não tem recursos não existe.

Passado cerca de um ano trabalhando como consultores da saúde da criança em seus territórios, eles afirmam possuir maior clareza de seus papéis, além de conquistarem reconhecimento por parte dos estados e/ou capitais, garantindo maior fortalecimento do trabalho. Alguns consultores participaram do planejamento anual das ações da saúde da criança em seus estados e capitais, referindo esta ação como um dos grandes avanços:

Sentimos que avançamos muito desde quando começamos nosso trabalho. No início, nosso papel não estava muito claro, tudo era muito novo até para os gestores. Nós fomos trabalhando e nos inserindo gradativamente na medida em que as ações eram deflagradas, ou quando nós éramos convidadas. Atualmente, nós tivemos um momento de planejar as ações para o ano de 2013 junto com a área técnica da saúde da criança do estado e do município. Estamos bem situadas, a gente sabe aonde vai, sabe o que quer, se sente à vontade tanto com a capital como com o estado, trabalha de maneira integrada. O grande avanço foi esse: planejar junto com o coordenador da saúde da criança do município, da secretaria de estado e todos os parceiros envolvidos na política de atenção integral.

A articulação entre os entes federados é apresentada na voz dos consultores como um desafio, que precisa de aprimoramento e se apresenta fragilizado. Na análise deles, questões político-partidárias se sobrepõem a projetos comuns. Outro ponto importante colocado por eles é a falta de tempo hábil para realizar todas as articulações necessárias:

Então a gente não consegue fazer essa articulação porque quando a gente tem conhecimento dessa ação, eles já têm agido independentemente, chegou antes a

Quadro 3. (cont.)

Em alguns contextos, a articulação entre a saúde da criança do estado e da capital só aconteceu mediante o trabalho dos consultores, sendo que alguns afirmam sentir facilidade de promover essa articulação, outros nem tanto. Os encontros nacionais foram citados como espaço de promoção dessa articulação, já que os coordenadores de estados e capitais acabam se encontrando. Chamam atenção para a articulação das capitais com os municípios menores, pois as capitais são plenas e muitas vezes querem tomar decisões sozinhas, esquecendo que fazem parte de um contexto mais amplo dentro do estado:

Estamos diretamente ligadas a municípios que são capitais, ou seja, são plenos e possuem todos os serviços de referência e às vezes querem tomar decisões sozinhas, esquecem que estão dentro de um contexto mais amplo do SUS [Sistema Único de Saúde]. Outras vezes, recebem muito mais pessoas do que estão capacitados para atender, dos municípios menores. Então, temos que pensar também nas articulações com os municípios menores, entre diversas instâncias e compreender o contexto maior em que as coisas acontecem.

Em geral, estado e município são instâncias que pouco conversam. Muitas vezes o estado tem um projeto, o município tem outro e há os diferentes interesses político-partidários em jogo. Então achamos importante ir ao município, mas sempre levando o estado junto. E nesses encontros, tentamos atuar como facilitador das discussões, para que os interesses possam convergir para a melhoria da saúde da criança naquele local.

Em relação aos contextos locais, é possível perceber que a atuação dos consultores nos estados e capitais se deu em tempos diferentes, pois dependeu do contexto de cada território e das demandas que surgiam. Alguns consultores diziam ser necessário cavar espaços ou aproveitar as brechas para atuarem, mas referem superar as dificuldades que enfrentaram no início de seus trabalhos e atualmente conseguem maior abertura e sentem mais facilidades de participação nos contextos locais. Outros consultores afirmam possuir ainda dificuldades de trabalho conjunto com as secretarias estaduais ou municipais da saúde da criança, com sensação de um relacionamento frágil ou superficial e pontual. Cabe ressaltar que, em cada estado, a saúde da criança tem uma inserção diferente dentro da secretaria de saúde.

Os consultores estaduais apontam ser necessário mais apoio dos gestores locais no que diz respeito à falta de estrutura e local de trabalho, que são tidos como dificultadores para o desenvolvimento de suas atividades. Outra dificuldade importante citada refere-se à insuficiência de profissionais nas equipes estaduais e municipais de saúde da criança, havendo sobrecarga de trabalho e poucas trocas. Sentem que poderiam produzir mais se as equipes contassem com mais profissionais. Atualmente, como o Ministério da Saúde precisa mostrar os resultados de sua atuação, essa dificuldade se torna mais evidente. Em alguns estados, ainda há a questão da extensão territorial e da falta de estrutura de transporte e serviços, o que também é visto como grandes dificuldades para o desenvolvimento do trabalho:

[...] em estados com maior extensão territorial, os problemas são outros [...], o da estrutura para o transporte em grandes distâncias: só tem maternidade na capital, então você imagina uma mãe com uma criança de alto risco saindo do interior, de uma cidade que fica a mais de 1.300 km da capital. E não tem Samu [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência]!

Os consultores apontam como fragilidades as questões político-partidárias que interferem na gestão e no andamento dos projetos:

Sabemos que a política ainda tem uma influência muito grande dentro da gestão. É uma influência que às vezes é extremamente maléfica, às vezes o técnico é sobrepujado em relação do que é o político. Se é mais interessante colocar hoje aquela pessoa que é do meu partido, eu vou colocar. E aquela que tem mais competência técnica, ela não vai ficar, por conta da proximidade das eleições, existe uma devastação na gestão.

Além disso, outro ponto fundamental na avaliação dos consultores é a inexistência da área técnica de saúde da criança nos estados e capitais. Tal ausência dificulta, na observação deles, a execução e andamento de projetos, principalmente em épocas eleitorais em que existe grande mudança dos cargos de técnicos de confiança:

Quadro 3. (cont.)

	<p><i>Para maior empoderamento e melhora da autoestima é necessária a institucionalização da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Tanto nos municípios e no estado. Porque o que acontece é que eles não se sentem empoderados porque eles mesmos não são legitimados dentro da instituição. Existem coordenadoras de saúde da criança, técnicas, com história, sem cargo.</i></p>
Coordenadores de saúde da criança de estados e capitais	<p>Os coordenadores municipais avaliam que têm por papel articular ações intersetoriais, dado que as questões que envolvem a saúde da criança e dos adolescentes são complexas e multifatoriais. Essa tarefa se torna mais difícil pela constante troca de coordenadores, que faz com que tenham que articular constantemente a política e as ações traçadas, para que estas não se percam.</p> <p><i>A constante troca de coordenadores nos municípios nos traz a responsabilidade por dar assessoria, fazer oficinas, falar das ações que o programa de saúde da criança deve privilegiar, para dar continuidade e manter viva esta política de cuidados.</i></p> <p>Os que dizem ter claro que a função dos consultores é a de apoiar e articular, também referem que acionam os consultores para a execução de algumas ações. Apontam que eles têm um papel político importante nas articulações, no contato entre estado e capital, fazem a mediação nas negociações e na aproximação entre os atores, são parceiros em uma relação de respeito, apoio e companheirismo.</p> <p><i>Seu papel é apoiar e articular, mas às vezes a gente precisa dos consultores também para nos ajudar na execução de algumas ações. Eles são parceiros mesmo, apoiadores em todos os sentidos [...]. De maneira geral, achamos que os consultores provocam bastante, são bem atuantes e realmente fazem a ponte entre estado e capitais com o MS.</i></p> <p>Muitos coordenadores dizem que se sentiram invadidos, inicialmente, com a presença do consultor, pois eram considerados 'olheiros' do Ministério. Em alguns casos, houve dificuldade na construção desse papel devido à ausência de uma apresentação formal dos consultores pelo Ministério. Hoje, avaliam que a entrada e o trânsito dos consultores estaduais já aconteceram, mas de maneira diferente em cada contexto:</p> <p><i>No início, em um estado, houve resistência de algumas áreas técnicas com relação ao papel do consultor, que foi confundido com um olheiro do Ministério, que estava lá para fazer auditoria. Em outros estados, houve uma dificuldade com relação a falta de um documento oficial do Ministério apresentando o consultor ao secretário de saúde.</i></p> <p>Uma questão que teve que ser trabalhada no território foi em relação à seleção dos consultores, que apesar de serem indicados pelos estados, foram escolhidos pelo MS, sendo que, em muitos lugares, a pessoa escolhida não foi a indicada. Isso gerou desconforto na relação com a área técnica da saúde da criança do MS.</p> <p>Alguns coordenadores percebem que desde a gestão anterior da saúde da criança está havendo maior abertura, e avaliam esse processo como positivo, um avanço para o trabalho. Houve redefinição nas ações do MS, sendo que as ações dos consultores estão menos impositivas, e os rumos são definidos conjuntamente.</p> <p><i>Com o Ministério da Saúde, desde a gestão passada temos tido uma aproximação e uma abertura maior e isso está sendo um avanço, muito positivo para o trabalho. É como se a saúde da criança fosse ressuscitada.</i></p> <p>Avaliam como positivo que a PNAISC esteja sendo traçada considerando as características e peculiaridades regionais, e referem que se sentem incluídos nessa construção. Apontam que os Encontros Nacionais têm contribuído para a aproximação com o Ministério.</p> <p><i>Para alguns de nós, os encontros têm contribuído para iniciar alguma relação com o Ministério.</i></p> <p>Contudo ressaltam a necessidade dos coordenadores se exporem mais nos encontros, principalmente os estados do Norte e Nordeste, que geralmente não são tão valorizados quanto os estados do Sul e Sudeste.</p> <p>No entanto, alguns coordenadores apontam dificuldades de comunicação com o Ministério, o que não ocorria na gestão anterior, sendo preciso acessar o consultor estadual, que é quem geralmente consegue o contato e dá o retorno. Alguns coordenadores consideram suficiente o contato com os consultores que representam o Ministério no estado, outros, acham que algumas coisas precisam ser resolvidas diretamente com Brasília, ainda que o consultor esteja</p>

Quadro 3. (cont.)

	<p>no estado. Eles solicitam a presença mais forte e formal da ATSCAM com as secretarias, visando dar maior apoio e força para área da criança nos locais.</p> <p><i>Alguns de nós achamos que a comunicação com o Ministério é difícil. Quando queremos falar com alguém com urgência, a pessoa nunca está. Mandamos e-mail, mas a resposta não vem ou demora muito.</i></p> <p>Os coordenadores atribuem essa dificuldade de comunicação ao aumento das atividades desde 2009 e à sobrecarga tanto do município (que está na ponta executando) como do estado (para monitorar os municípios) e também do Ministério (para dar os suportes necessários). Isto, na avaliação deles, gera fragmentação das ações entre as esferas de governo:</p> <p><i>Achamos que, de 2009 para cá, aumentaram muito as nossas ações. E de cada ação se desdobram várias atividades, e isso sobrecarrega tanto o município (que está na ponta executando), como o estado (para monitorar os municípios) e também o Ministério (para dar esse suporte para nós). Talvez por esse motivo é que a gente esteja encontrando essa dificuldade de comunicação com o Ministério.</i></p> <p>Os coordenadores consideram que áreas que recebem financiamento direto do MS são tidas como mais importantes e bem organizadas no cenário estadual-municipal, o que não ocorre com a Saúde da Criança.</p> <p><i>As áreas técnicas que crescem nas secretarias, nas capitais, são as áreas técnicas que tem financiamento direto do Ministério. E isso é notório. Se a área da nutrição é o primo rico da área da criança, é porque ele tem financiamento direto do Ministério.</i></p> <p>Além disso, a articulação interfederativa é vista como complexa, pois as áreas têm baixa autonomia e muitas vezes não há responsável que responda diretamente pela área, gerando burocratização. As mudanças político-partidárias fragmentam as ações, principalmente em época eleitoral, não havendo avanço nos projetos.</p> <p>A proximidade com os coordenadores estaduais é dita como importante, para apoiar e capacitar as cidades, sendo que quando isto não ocorre há fragmentação da política.</p> <p><i>Os coordenadores municipais devem caminhar junto com a coordenação estadual, que em princípio apoia as cidades, e capacitar, oferecer informações importantes e relevantes a respeito de determinado assunto.</i></p> <p>Na visão dos coordenadores de saúde da criança, em muitos locais, foi a partir do trabalho dos consultores estaduais que houve aproximação do estado com a capital. Alguns coordenadores referem que o trabalho dos consultores não está claro e nem bem definido, enquanto outros apontam que o papel dos consultores é preciso, sendo que o Ministério corrige as inadequações existentes, quando necessário.</p> <p><i>Sobre o trabalho dos consultores da saúde da criança, alguns de nós achamos que o papel deles não é bem claro e nem bem definido. Alguns de nós nos sentimos um pouco invadidos com a presença deles e pensamos que existem questões que são da esfera municipal ou estadual, não vemos o porquê da esfera federal estar presente. Neste sentido, alguns de nós achamos importante deixar mais claro as atribuições e os limites da atuação dos consultores.</i></p>
Consultores nacionais e tutores	<p>Os consultores nacionais e tutores da EBBS apontam que a elaboração e implementação da PNAISC trarão boas consequências para o País. O maior repasse de recursos e a formação de pessoas para trabalhar na área são indicativos disto.</p> <p><i>Uma das potencialidades que nós percebemos desse processo é a questão de ter recursos. O recurso traduz uma decisão política de investir na área de saúde da criança. Acreditamos também que melhoramos as perspectivas para o futuro, formando pessoas, formando quadros. Vemos mais gente nos territórios pensando na saúde da criança. Outra potência que apontamos é a capacidade de mobilização para colocar isso na pauta do SUS.</i></p> <p>Em relação à capacidade de mobilização em campo, apontam que os consultores estaduais ajudam na institucionalização da política, no âmbito interfederativo, sendo que os encontros presenciais com outros atores da política potencializam a mudança proposta.</p> <p><i>[...] O fato de estarmos no momento de construção da política, para institucionalizar todo esse esforço que está sendo feito, tem um grande potencial, porque na medida em que houver essa pactuação entre Ministério, secretarias estaduais e municípios, esse nosso consultor vai ter uma atuação completamente diferente</i></p>

Quadro 3. (cont.)

	<p><i>nos territórios e a própria questão da saúde da criança vai entrar de um jeito diferente nessas discussões que acontecem no SUS.</i></p> <p><i>Nós achamos que esses momentos de interlocução interfederativa presencial tem favorecido a inserção do consultor estadual nos estados. Eles estão sendo legitimados nesse momento aqui conosco, junto com os coordenadores nacionais.</i></p> <p>Os consultores nacionais e tutores valorizam a participação dos coordenadores de estados e capitais nos encontros nacionais, já que isso faz com que estes últimos se sintam valorizados e mais empoderados, tornando-os participantes nas decisões, em uma perspectiva colegiada, o que facilita o trabalho em campo por parte dos consultores estaduais. Consequentemente, a participação desses atores nos encontros tem sido cada vez mais ativa e colaborativa.</p> <p><i>Outro aspecto dos encontros nacionais que é importante é o fato dos coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais serem chamados [...]. Nós percebemos que os coordenadores passaram a aumentar sua autoestima e se sentiram mais valorizados. O caráter formativo é importante também porque eles ficam mais empoderados para falar das coisas do Ministério. Eles deixam de tomar conhecimento das coisas através de ofício que seus secretários de saúde lhes enviam, e agora se sentem parte da decisão que levou à confecção do ofício. Ganha a dimensão da cogestão, de ter um colegiado para a política.</i></p> <p>Os tutores e consultores nacionais apontam a importância da participação de outros municípios, além das capitais, nas discussões e construções sobre os pactos interfederativos.</p> <p><i>Nós achamos que seria interessante envolver atores de outros municípios, além das capitais, nesse desenho de pacto interfederativo, para incorporar a visão dos municípios menores e afastados, onde a política também vai ser implementada. Eles têm um papel muito importante na atenção primária que vai ordenar toda a construção da rede de atenção.</i></p>
Técnicos da ATSCAM	<p>Para os técnicos, os estados vêm trabalhando mais próximo do MS, de modo participativo, e essa mudança de postura é relacionada ao arranjo dos consultores, mas ponderam que nos estados e capitais o trabalho é ainda fragmentado.</p> <p><i>Esse novo modelo que adotamos, com a presença do consultor estadual no campo, promoveu uma aproximação com o campo, que nós ainda não temos como avaliar se é bom ou ruim, mas achamos que é um indicativo de estreitamento dessas relações entre Brasília e o campo [...] Nós percebemos que também nos estados e nos municípios, os processos de trabalho são fragmentados, existem as caixinhas que não se conversam.</i></p> <p>Um dilema existente é a quem a ATSCAM deve se reportar no território: ao consultor ou coordenador de estado e capital? A resposta é que é possível aos dois, porém é uma preocupação constante para que não gere uma ruptura ou pensamento que o MS é apenas auditor e não deseja construir a política conjuntamente:</p> <p><i>Existe uma dificuldade na definição dos papéis e nós da área técnica temos ficado com um dilema de a quem nos reportar no território, ao consultor estadual ou ao coordenador de saúde da criança. Achamos que podemos nos reportar aos dois, mas ficamos com a sensação que podemos gerar melindres, de um deles sentir que estão tomando o espaço dele. Em alguns estados isso aconteceu.</i></p>

Por meio do exercício de dialogar com os diferentes grupos de interesse com os temas afins, realizou-se outra volta hermenêutica, que permitiu alcançar uma melhor compreensão acerca do contexto e conteúdo do processo de implantação e construção da PNAISC. Contudo, os pesquisadores não queriam tomar somente para si a finalização do processo de análise e interpretação do material

construído por meio do campo empírico, uma vez que a aposta no processo participativo era de que os atores implicados pudessem se apropriar dos resultados da avaliação de processo, no sentido de operar com eles no cotidiano de suas práticas profissionais. Nesse sentido, em outubro de 2013, organizou-se a primeira Oficina da Pesquisa Avaliativa com objetivo de apresentar a Matriz das Diversas Vozes

aos participantes, que, divididos em pequenos grupos, trabalharam com os temas da Matriz, realizando uma análise do material apresentado, levantando o que consideraram como fragilidades e potencialidades, além de pensar em propostas para os temas trabalhados.

Participaram dessa oficina a equipe da CGSCAM, representantes dos consultores da CGSCAM, representantes dos coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais, os consultores nacionais e tutoras da EBBS. Os participantes foram divididos pelos temas: Apoio, Articulação Interfederativa, Rede Cegonha e Arranjos

e Atores da PNAISC. Cada tema de discussão deveria ser conduzido por um pesquisador e ter pelo menos a presença de um dos atores citados. Após os trabalhos nos pequenos grupos, realizou-se uma plenária, a fim de apresentar as discussões e sintetizar as propostas feitas para cada eixo temático.

A equipe de pesquisadores reuniu o material trabalhado pelos diversos atores nessa oficina e processou em forma de um boletim de pesquisa, apresentando os quatro temas em uma matriz de potencialidades, fragilidades e propostas (*quadro 4*).

Quadro 4. Matriz de potencialidades, fragilidades e propostas

Eixo temático: Apoio

A partir da leitura do material referente ao eixo temático Apoio, o grupo levantou as seguintes **'potencialidades'** presentes no processo de construção e implantação da PNAISC:

1. Os consultores estaduais têm capacidade para exercer sua função, mesmo considerando a complexidade dos territórios, os diferentes papéis atribuídos a eles, bem como as diferentes leituras sobre esse papel;
2. A experiência prévia de militância na área de saúde da criança facilita o trabalho dos consultores estaduais;
3. O processo de formação favorece o desenvolvimento do perfil articulador e mediador do consultor estadual, sendo importante o conhecimento das tecnologias de relação;
4. O apoio dos tutores e dos consultores nacionais, por meio dos encontros nacionais e Plataforma UniverSUS, é muito importante para o trabalho dos consultores estaduais — 'Aprende-se a apoiar sendo apoiado', em processo;
5. O apoio da gestão, via Plataforma UniverSUS, ajuda a resolver questões pontuais;
6. Os encontros nacionais entre consultores estaduais e coordenadores de saúde da criança de estados e capitais são importantes porque permitem aproximações e trocas;
7. Em alguns lugares, há legitimidade e inserção dos consultores estaduais, o que pode ser visto a partir da participação em ações, planejamento anual, articulações;
8. O arranjo que articula consultores estaduais, consultores nacionais, tutores, CGSCAM e pesquisadores é inovador e contra-hegemônico, pois foge da lógica da hierarquização. O conhecimento se faz junto, constrói-se em curso, não é cumulativo;
9. A articulação do consultor estadual com os diferentes atores e diferentes redes dos municípios potencializa o trabalho de todos;
10. O consultor estadual tem disponibilidade para as demandas dos estados, mesmo que não seja presencialmente. A comunicação, nesses casos, é feita por diferentes meios: telefone, e-mail etc.;
11. Nota-se o crescimento profissional dos consultores estaduais em suas atividades, no decorrer do ano, mesmo enfrentando dificuldades;
12. A CGSCAM passou a ter mais conhecimento de questões do território e compreensão de todas as ações da área;
13. Houve alteração da dinâmica de trabalho da CGSCAM: construção de uma nova lógica de trabalho entre a equipe e com outros atores da política.

Com relação às **'fragilidades'**, o grupo apontou as seguintes questões:

1. Há diferentes entendimentos conceituais sobre a função do consultor estadual, se considerados os diversos atores que compõem a política (inclusive os de cada território). Há compreensões diferentes do que é apoio e consultoria, sendo que a nomenclatura 'consultor' faz com que esse distanciamento se fortaleça;
2. A lógica de trabalho tradicional, hierarquizada, atrapalha o exercício da função do apoiador;
3. A falta de apresentação oficial dos consultores estaduais, por parte do MS, para os estados e capitais interferiu nessa diferença de entendimento da função e no trânsito dos consultores estaduais pelos campos;
4. A metodologia expositiva e informativa de palestras e apresentações durante os encontros nacionais é pouco efetiva e inadequada, já que faz com que a gestão fique descolada da realidade local. A priorização desse tipo de estratégia

Quadro 4. (cont.)

diminui o tempo para formação grupal e nos pequenos grupos, que seria o modo mais eficaz de trabalho nos encontros nacionais. Seria necessário alterar a metodologia dos encontros nacionais;

5. Dificuldade em construir uma política com tamanha diversidade de atores, em movimento constante, já que está em curso, sendo construída. A dificuldade em atuar nessa proposta não é específica do apoio, atravessa o processo como um todo;

6. Alguns coordenadores de estados e capitais consideraram que a atuação do consultor estadual não tem ajudado na articulação do cuidado da criança no território;

7. Fragilidade de parceria entre o consultor estadual e os outros apoiadores do MS dificulta as ações, mesmo com a melhora notada no decorrer do processo de construção da PNAISC;

8. Há uma diversidade de formação técnica e de gestão dos consultores estaduais, sendo necessário aprimorá-la ao longo do processo;

9. Ausência de encontros (reuniões) periódicos entre os consultores nacionais, para planejamento e acompanhamento do próprio trabalho, bem como para pensar e contribuir na formação dos consultores estaduais;

10. Impossibilidade dos técnicos da CGSCAM de acessar a plataforma regularmente, por sobrecarga de trabalho e falta de tempo.

A partir dessa discussão, foram levantadas as seguintes **'propostas'**:

1. Repensar as estratégias para a formação dos consultores estaduais, no que se refere ao componente gestão. A formação para o uso das tecnologias leves (relacionais) poderia estar mais articulada à formação para o uso das tecnologias duras da gestão. A metodologia não deveria ser expositiva/informativa, mas se dar a partir de casos reais, em discussões nos pequenos grupos. A agenda dos encontros nacionais deveria privilegiar um maior aproveitamento do tempo para o trabalho em grupos pequenos, de modo a favorecer a articulação dos conteúdos trabalhados com as realidades locais e, paralelamente, o fortalecimento do uso de tecnologias relacionais, grupais e políticas;

2. As ofertas levadas pelos consultores estaduais ao território devem ser pertinentes às demandas locais, e chegar em tempo, no cotidiano das relações interfederativas;

3. Aprimorar e fortalecer o Fórum Nacional entre coordenadores de saúde da criança de estados e capitais, MS e consultores estaduais;

4. Construção de agenda entre consultores estaduais e coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais, nos territórios;

5. Avaliação periódica dos consultores estaduais, pelo MS, que leve em conta os pontos de vista dos coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais, de forma participativa;

6. Fortalecer o apoio integrado nos estados.

Eixo temático: Articulação Interfederativa

A partir da leitura do material referente ao eixo temático 'Articulação Interfederativa', o grupo levantou as seguintes **'potencialidades'** presentes no processo de construção e implantação da PNAISC:

1. As decisões passaram a ser tomadas em conjunto, o que não acontecia anteriormente; a perspectiva de participação se ampliou e avalia-se que os entes federados participam efetivamente dos pactos e decisões da política devido ao arranjo de consultores estaduais e encontros nacionais;

2. A participação de diversos atores envolvidos na construção da política, no planejamento anual;

3. O consultor estadual é avaliado com um indutor de boas práticas no território, o que na análise dos grupos, não ocorria em momentos anteriores devido ao distanciamento entre MS e estados e municípios;

4. A construção atual da PNAISC respeita a particularidade regional e contempla estas diferenças;

5. Houve uma ampliação e diversificação das ações na área de saúde da criança nos diversos âmbitos e entes federados;

6. Os encontros nacionais e capacitações são espaços muito potentes para aproximar os atores e possibilitar trocas e qualificação técnica;

7. O processo de construção tem possibilitado uma melhora na autoestima dos representantes de saúde da criança por considerá-los importantes no processo de construção e execução da PNAISC, que na análise dos grupos, é efeito da proposta de trabalho coletivo;

8. A pesquisa avaliativa é vista como uma oportunidade de revisar os processos e refletir sobre o trabalho realizado de modo crítico, permitindo adequações e melhorias;

9. O papel da saúde da criança dentro do MS é visto como impactante por estar integrando as redes.

Enquanto **'fragilidades'**, o grupo apontou:

1. A articulação interfederativa ainda aparece de modo verticalizado;

2. Nos espaços governamentais oficiais, as relações pessoais ficam acima do institucional, dependendo muitas vezes

Quadro 4. (cont.)

- de uma pessoa específica para operacionalizar algo importante para a política;
3. Impor modelo participativo não define o poder de decisões nas instituições, a participação efetiva pode ser também consultiva e não decisória como desejam os atores participantes;
 4. Os estados e municípios têm baixa autonomia financeira para operar as ações de saúde da criança;
 5. O subfinanciamento do SUS e da saúde da criança dentro do sistema;
 6. O fato de não ter havido uma apresentação formal dos consultores estaduais aos gestores dos estados e capitais fez que eles se sentissem sem um lugar definido e pouco empoderados para agir junto aos estados e municípios;
 7. A saúde da criança se mostra fragmentada nos diversos níveis de gestão;
 8. A definição das ações segue pautada em questões político-partidárias, em detrimento aos aspectos técnicos, existindo descontinuidade das ações (tempo técnico/tempo político);
 9. Dificuldade de negociação de contrapartidas dos estados e municípios para execução de ações estratégicas;
 10. Indefinição dos critérios para escolha do consultor estadual, sem clareza da definição do perfil;
 11. A comunicação entre as diferentes esferas de gestão ainda é uma fragilidade que merece ser pensada;
 12. A ampliação e diversificação das ações poderia ser um fator importante se não houvesse uma precariedade de infraestrutura que impossibilita a realização de muitas ações;
 13. Em muitas capitais, estados e municípios, perdura a inexistência e/ou falta de responsável para área técnica de saúde da criança;
 14. Baixo poder político decisório das áreas técnicas nos estados e capitais.

Como forma de lidar com as fragilidades, considerando as potencialidades existentes, **'propôs-se'**:

1. Desenvolver, com os atores envolvidos, estratégias e habilidades dialógicas, empatia, manejo das discordâncias (tecnologias relacionais) que ajudem no trabalho cotidiano;
2. Incluir os coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais nas ofertas de formação;
3. Esclarecer os limites de atuação e definir o papel dos consultores estaduais para os diversos atores envolvidos;
4. Definir os critérios para seleção dos consultores estaduais (técnico/político);
5. Desenvolver ações que ampliem e valorizem parcerias intersetoriais visando à atenção integral à saúde da criança;
6. Fortalecer os colegiados gestores nos estados com representantes dos diversos entes federados;
7. Fomentar a institucionalização das áreas técnicas de saúde da criança em todos os estados e municípios;
8. Fortalecer a compreensão sobre a importância da Política de Saúde da Criança em âmbito nacional;
9. Mobilizar para garantia da sustentabilidade da temática do cuidado integral à criança na agenda das políticas públicas de estado.

Eixo temático: Rede Cegonha

A partir da leitura do material referente ao eixo temático 'Rede Cegonha', o grupo levantou as seguintes **'potencialidades'** presentes no processo de Construção e Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC):

1. O trabalho em rede apresenta-se como uma das ações mais relevantes para a construção da PNAISC e é algo que necessita de constante aprimoramento;
2. Reconhecimento da atuação do consultor estadual no processo de trabalho nos diversos espaços;
3. O processo de formação dos consultores estaduais como diferencial na sua atuação;
4. Contribuição dos consultores estaduais na condução de reuniões e na promoção da reflexão do trabalho em relação à implantação da Rede Cegonha;
5. Visão integral da criança na PNAISC que ultrapassa os limites da Rede Cegonha;
6. Capacidade dos consultores estaduais em promover a intersetorialidade na Rede Cegonha.

Em relação às **'fragilidades'**, o grupo apontou as seguintes questões:

1. As ações da Rede Cegonha são centradas na saúde da mulher;
2. Falta de integração entre os atores que integram a Rede Cegonha desde o MS;
3. Falta de definição de papéis dentro da Rede Cegonha para as ações no território;
4. Dificuldade do apoiador da Rede Cegonha em perceber a horizontalidade na relação entre apoiador e consultor. O apoiador da Rede Cegonha sente-se tão empoderado que quer determinar as ações do consultor estadual da Saúde da Criança;
5. Falta de continuidade de ações anteriores à Rede Cegonha (Pacto para Redução da Mortalidade Infantil do Nordeste e Amazônia Legal) — Pode ser que não tenha havido interrupção das ações, mas apenas um entendimento errôneo? Grupo condutor do pacto foi dissolvido;

Quadro 4. (cont.)

6. Dificuldade de integração de áreas de competências nas diversas esferas (Ex.: saúde da mulher e Atenção Básica);
7. Dificuldade de desenhar ações transversais no contexto da Rede Cegonha, que vem sendo desenhada pela saúde da mulher com pouca participação da saúde da criança;
8. Dificuldade de inserção dos consultores estaduais no apoio integrado;
9. Muitos Consultores estaduais sequer conhecem os apoiadores das outras Redes Temáticas;
10. Imaturidade da coordenação da saúde da criança (dos estados e capitais) com relação à Rede Cegonha;
11. Ausência de indicadores que reflitam a realidade da situação da criança na Rede Cegonha e sua inclusão nos sistemas de monitoramento e acompanhamento;
12. Dificuldade com recursos humanos, principalmente para Educação Permanente;
13. Em alguns estados, todas as áreas técnicas estão vinculadas à Gerência Geral da Atenção Básica, mas muitas das ações da saúde da criança também estão vinculadas aos hospitais e maternidades.

A partir dessa discussão, foram levantadas as seguintes **'propostas'**:

1. Garantir a participação dos consultores estaduais em algumas reuniões do apoio integrado em Brasília e a participação da referência técnica (CGSCAM) em todas as reuniões do apoio integrado em Brasília e em algumas no território;
2. Identificação de indicadores que reflitam a realidade da situação da criança na Rede Cegonha e sua inclusão nos sistemas de monitoramento e acompanhamento;
3. Financiamento de ações da saúde da criança na Atenção Básica dentro da Rede Cegonha (proposta de inclusão no PPI 2015).

Eixo temático: Arranjos e Atores da PNAISC

A partir da leitura do material referente ao eixo temático 'Arranjos e Atores da PNAISC', o grupo levantou as seguintes **'potencialidades'** presentes no processo de construção e implantação da PNAISC:

1. Maior aproximação do MS com os estados e municípios;
2. Identificação e aproximação do papel coordenador estadual e o seu trabalho junto às coordenações de saúde da criança dos estados e capitais, objetivando a integração e a soma de forças;
3. Trabalho em rede e estabelecimento de parcerias;
4. Clareza, por parte dos coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais, de suas funções e atribuições;
5. Apoio e formação diferenciada dos consultores estaduais;
6. Inclusão da dimensão ética no processo de formação — Cuidado com o cuidador;
7. Papel de articulador e apoiador do consultor nacional;
8. Participação do consultor nacional no processo de formação;
9. Aproximação dos técnicos da CGSCAM dos coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais;
10. Esforço de integrar mais o trabalho na CGSCAM;
11. O fato dos técnicos da CGSCAM terem papel de referência técnica para assuntos específicos significa um aprofundamento do trabalho. Por outro lado, fragiliza ser o operador do todo;
12. Questão: Como dar conta dos diversos papéis, ser apoiador dos consultores estaduais, técnico especialista, trabalhar no quarteto? Como fazer esse desenho?
13. Possibilidade de mudança do paradigma do cuidado, ampliando o foco da saúde mental especializada, incluindo a dimensão de promoção de saúde psíquica, com enfoque generalista e não especialista.

Em relação às **'fragilidades'**, foram destacadas:

1. Fragmentação do trabalho dos coordenadores de saúde da criança nos estados e capitais;
 2. Visão parcial e fragmentada da atenção à criança, ainda voltada apenas para a atenção primária;
 3. Fragilidade política com a inexistência formal de coordenação da saúde da criança, dificultando o acesso aos programas e verbas;
 4. Falta de orçamento próprio para a saúde da criança nos estados e capitais;
 5. Distanciamento da CGSCAM do processo de formação;
 6. Não inclusão dos coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais no processo de formação;
 7. Falta o fomento à grupalidade de consultores nacionais;
 8. Indefinição inicial de papéis dos consultores nacionais;
 9. Dificuldade de comunicação dos técnicos da CGSCAM com os consultores estaduais;
 10. Indefinição do papel dos técnicos da CGSCAM;
 11. Ausência da CGSCAM na Plataforma, dificultando a comunicação;
 12. Enfraquecimento do grupo de consultores nacionais no processo de trabalho;
-

Quadro 4. (cont.)

13. Isolamento da CGSCAM dos grupos de tutores e consultores nacionais;
14. Excesso de trabalho e demanda da CGSCAM, dificultando a qualificação do trabalho com o todo;
15. Entre as fragilidades colocadas, apontou-se o risco de centrar o processo de trabalho na gestão por resultados, desconsiderando os esforços para mudança de modelos de atenção e o tempo necessário para que ocorra de fato uma mudança de paradigma.

A partir da discussão das potencialidades e fragilidades, foram feitas as seguintes **'proposições'**:

1. Fomentar a articulação intrasetorial dos pontos de atenção, indo além da atenção básica, por meio das linhas de cuidado com foco na criança com visão integral;
2. Fortalecer o gerenciamento das ações, por meio de matrizes de monitoramento, avaliação e apoio e acompanhamento;
3. Pensar em estratégias de divulgação das ações da saúde da criança. Ex.: divulgação da PNAISC, relatórios dos encontros nacionais para secretários de saúde;
4. Incluir os coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais no processo de formação;
5. Desenhar uma possível inclusão da CGSCAM no processo de formação;
6. Pensar um método de trabalho e funcionamento do quarteto;
7. Incluir os consultores nacionais nos momentos de planejamento da CGSCAM;
8. Estabelecer encontro presencial periódico dos consultores nacionais, aliado a maior contato por outros meios entre os encontros;
9. Buscar um desenho novo para a CGSCAM que acolha as suas diversas atribuições;
10. Realizar encontros (oficinas) a cada dois meses com a participação da CGSCAM e consultores nacionais;
11. Estabelecer ações de apoio do consultor nacional ao técnico da CGSCAM;
12. Estabelecer apoio prioritário nas maternidades estratégicas da Rede Cegonha, com monitoramento dos indicadores;
13. Verificar a interface das ações da área de saúde da criança com as prioridades do Plano Plurianual (PPA) e as 14 Diretrizes expressas no Plano Nacional de Saúde.

Este material, produzido na I Oficina da Pesquisa, foi disponibilizado na Plataforma UniverSUS para todos os participantes do processo de construção e implantação da PNAISC, tornando-se o primeiro 'Boletim da Pesquisa Avaliativa', com apresentação e divulgação de parte do material construído e analisado até então a todos os envolvidos no processo.

Ele também serviu de base para a II Oficina da Pesquisa Avaliativa, que ocorreu no VIII Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde da Criança, em novembro de 2013. Esse momento reuniu todos os atores envolvidos no processo de construção e implantação da PNAISC.

A proposta dessa II Oficina foi que os atores pudessem se apropriar do material produzido na I Oficina no sentido de auxiliar no planejamento por território para o próximo ano. A partir da leitura do material, os trios de atores de cada território (consultores da CGSCAM, coordenadores de estado e capital) se reuniram para

conversar sobre os pontos que consideraram mais cruciais e importantes nos seus contextos de atuação. Esse exercício possibilitou a efetivação de uma nova volta hermenêutica, como também auxiliou os envolvidos no processo a pensar estratégias de atuação para modificar algumas realidades que não estavam dando certo, como também salientar pontos positivos com estratégias de manutenção das conquistas alcançadas, além de possibilitar enxergar pontos importantes que se mantinham inertes e precisavam de ações e ou estratégias para movimentá-los. Após quase dois anos de encontros nacionais sistemáticos e atuação dos consultores da CGSCAM nos territórios, foi nessa oficina que esses três atores sentaram juntos pela primeira vez para pensar ações conjuntas especificamente para seus territórios (estado e capital).

A seguir, o exemplo da planilha para preenchimento das propostas e ações discutidas entre consultor da CGSCAM,

coordenadores de saúde da criança de estado e capital, nessa II Oficina (*quadro 5*). Após compilação das informações preenchidas pelos participantes nessa

Quadro 5. Matriz de pactuação de propostas e ações – território: Estado: _____ / Capital: _____

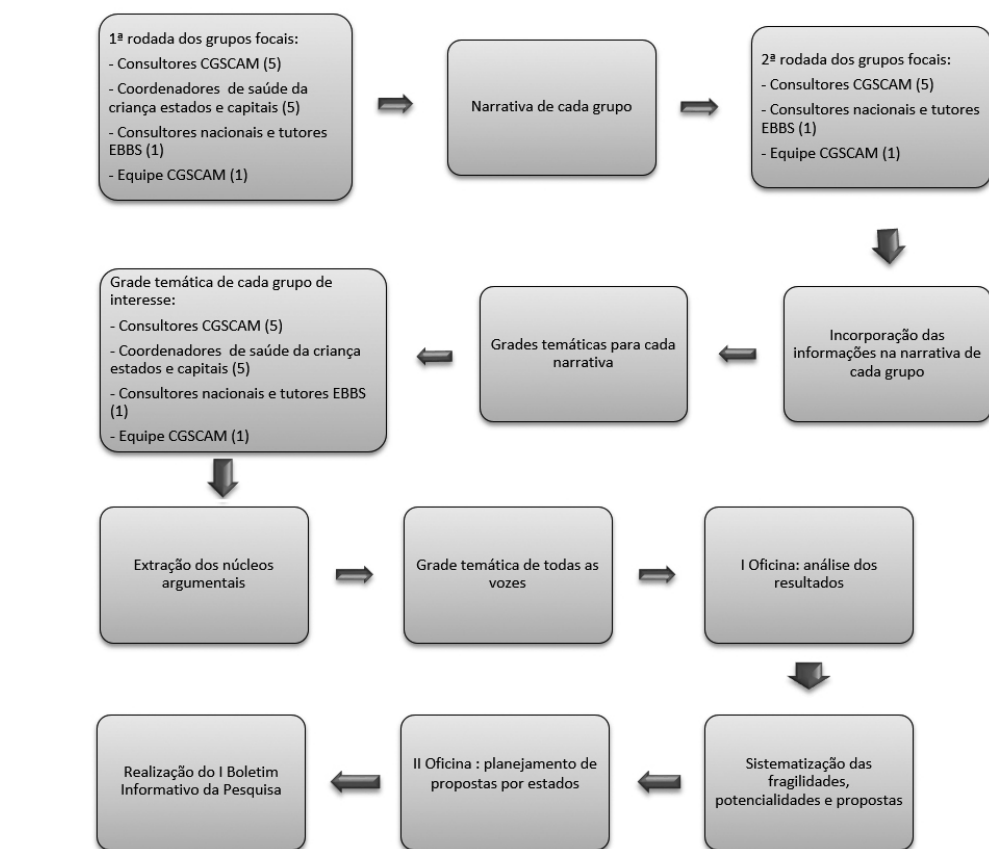
Proposta	Prioridade	Governabilidade	Ações	Tempo de execução	Responsáveis
		viabilidade de execução			
	() Baixa	() Baixa		() Curto prazo	
	() Média	() Média		() Médio prazo	
	() Alta	() Alta		() Longo prazo	

oficina, cada consultor da CGSCAM se responsabilizou por fomentar as questões debatidas e ações pensadas para o planejamento em seu território de atuação. Esse material foi processado pelos pesquisadores e devolvido para cada consultor da CGSCAM em particular, pois tratava-se

de proposições/ações específicas para cada estado ou capital.

A fim de sistematizar todo percurso da pesquisa qualitativa, apresentamos um fluxograma contendo os passos realizados nesse processo (*figura 4*).

Figura 4. Fluxograma do estudo do processo de formulação e implantação da PNAISC



Conclusão

O processo da pesquisa qualitativa com levantamento de campo empírico produziu uma quantidade de material rico e potente para avaliar o processo de implantação da PNAISC. A aposta ético-política de centrar a avaliação na ampla participação dos atores envolvidos, inclusive na análise, interpretação e proposições acerca da implantação da Política, pareceu ser favorável e útil a esse processo dinâmico, possibilitando reflexões, intervenções e tomadas de decisões ao longo do percurso, favorecendo o empoderamento dos atores (FURTADO ET AL., 2013).

Acreditamos que a metodologia qualitativa participativa adotada produz novos modos de pesquisar também para os pesquisadores, que passam a ter menor controle das variáveis na produção e interpretação dos dados e têm que sustentar seu ‘não saber’ coletivamente. Essa perspectiva tem como pressuposto que o conhecimento técnico do pesquisador está atrelado à legitimação do saber de todos os outros atores envolvidos, em uma construção compartilhada (CAMPOS, 2000), que ocorre com a construção dos resultados da pesquisa, e da própria PNAISC.

Concordamos com Ayres (2008, p. 51), quando diz que

[...] torna-se importante tarefa hermenêutica na avaliação em saúde julgar o quanto e como

temos sido capazes (ou não) de identificar, otimizar e propiciar processos reconstrutivos emancipadores e plurais, capazes de responder ativamente à multiplicidade e interdependência dos projetos de felicidade humana e à sua necessária articulação em formas efetivas de compartilhamento.

Se a dialética propõe um diálogo, com perguntas e respostas compondo a ressignificação da história, a aposta nesse modo de pesquisar pode ser um importante disparador para a construção de ações, diretrizes e arranjos que prezem pelo êxito técnico e pelo sucesso prático de uma PNAISC.

Aspectos éticos da pesquisa

Na realização desta pesquisa, foram observados os preceitos éticos para os estudos que envolvem seres humanos, com base na Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 96/1996 (BRASIL, 1996). A pesquisa foi cadastrada no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IFF, da Fiocruz/RJ, do MS, CAAE:15263513.9.0000.5269.

A pesquisa foi financiada por Convênio de Cooperação Técnica entre o MS e a Fiocruz (TC 102/12 - Projeto-IFF-003-LIV.2012, TC 100/13 - Projeto-IFF-002-FIO2013 e TC 116/14 - Projeto-IFF-011-FIO2013). ■

Referências

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-63, 2007.

_____. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In: ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. (Org.). *Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 27-67.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panoramas e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, p. 1, p. 150-153, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília, DF: *Diário Oficial [da] União*, 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 17 set. 2015.
- BUNCHART, A. F.; GONDIM, S. M. G. Grupos focais e identidade organizacional. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 63-77, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CARLINE-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 385-393, 1996.
- FLICK, U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman. 2009.
- FONTANELLA, B.; RICAS, J.; TURADO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
- FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. S. *et al. Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 715-739.
- . Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-182, 2001.
- FURTADO, J. P.; ONOCKO CAMPOS, R. O Percurso da pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. In: ONOCKO CAMPOS, R. *et al. (Org.). Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 189-208.
- FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, 2014.
- FURTADO, J. P. *et al.* A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1. p. 102-110, 2013.
- GADAMER, H. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília, DF: Líber Livro, 2005.
- GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-162, 2002.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Ed. Unicamp, 2011.
- HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. 2. ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2007.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- . *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2008a.
- . A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: ONOCKO CAMPOS, R. T. *et al. (Org.). Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008b. p. 15-19.
- MINAYO, M. C. S.; CRUZ NETO, O. Triangulación de métodos em la evaluación de programas y servicios de salud. In: BRONFMAN, M. N.; CASTRO, R. (Org.). *Salud, cambio social y política: perspectivas desde*

- América Latina. Ciudad de México: Edamex, 1999. p. 65-80.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993.
- MIRANDA, L. *et al.* Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO CAMPOS, R. T. *et al.* (Org.). *Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 249-277.
- MORGAN, D. L. *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.
- NEMES, M. I. B. *et al.* Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. s310-s321, 2004.
- ONOCKO CAMPOS, R. O exercício interpretativo. In: ONOCKO CAMPOS, R. *et al.* (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 278-299.
- . Pesquisa qualitativa em políticas, planejamento e gestão em saúde coletiva. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. (Org.). *Pesquisa Qualitativa em Saúde: múltiplos olhares*. Campinas: Ed. Unicamp, 2005. p. 261-271.
- ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: ONOCKO CAMPOS, R. *et al.* (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008a. p. 321-334.
- . Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008b.
- PINTO, C. A. G. *et al.* Estudo das tradições que informam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 49-83, mar. 2016a.
- PINTO, C. A. G. *et al.* Introdução à pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 18-30, mar. 2016b.
- PINTO, C. A. G. *et al.* A pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): trajetória epistemológica e metodológica. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 31-48, mar. 2016c.
- RICOEUR, P. *Interpretação e ideologias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.
- . *Tempo e narrativa*. Campinas: Papirus, 1997. Tomo I.
- SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.
- WESTPHAL, M. F. *Participação popular e políticas municipais de saúde*: Cotia e Vargem Grande paulista. São Paulo. 1992. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.
- WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim da Oficina Sanitária do Panamá*, Ciudad de Panamá, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.
- WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Gente, 2004.

Estudo da percepção dos coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais sobre os temas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

Study of the perception of child health coordinators of the states and capitals on the themes of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC)

Carlos Alberto Gama Pinto¹, Mônica Martins de Oliveira², Renata Lúcia Gigante³, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay⁴, Ana Luiza Ferrer⁵, Bruno Ferrari Emerich⁶, Mariana Dorsa Figueiredo⁷, Thiago Lavras Trapé⁸

¹Médico. Doutor em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Coordenador da pesquisa avaliativa do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
cgamapinto@gmail.com

²Psicóloga. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
monica.psaude@gmail.com

³Enfermeira. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
renatagigante@ig.com.br

⁴Médico. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
nestor@huc.unicamp.br

RESUMO Este artigo apresenta o estudo da percepção dos coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais a respeito dos temas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e dos fatores estruturais e organizacionais relacionados à sua Coordenação. O estudo foi realizado por meio de questionário estruturado, quantitativo, abordando a percepção subjetiva dos entrevistados (quantitativo), aplicado aos coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais. Eles avaliaram, em seus territórios, para cada tema pesquisado, os aspectos de importância, situação atual e expectativa de avanços. Este estudo proporcionou um importante panorama do desenvolvimento da saúde da criança nos territórios, na medida em que, a partir da análise dos dados, tornou possível identificar a percepção desses atores sobre os temas que se apresentam mais bem consolidados, bem como os que permanecem como desafios para a saúde da criança.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da criança; Política de saúde; Avaliação; Serviços de saúde materno-infantil; Hermenêutica.

ABSTRACT *This paper presents the study of the perception of child health coordinators of the states and capitals about the themes of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC) and the structural and organizational factors related to their Coordination. It was carried out through structured, quantitative questionnaire, addressing the subjective perception of the respondents, conducted with the child health coordinators of the states and capitals. They assessed, in their territories, for each studied theme, the aspects of importance, current situation, and advancement expectations. That study provided an important panorama of the development of the health of the child in the territories, insofar as, from the data analysis, it was then possible to identify the perception of those agents on the themes that seem to be the most well consolidated, as well as those which remain challenges for child health.*

KEYWORDS *Child health; Health policy; Evaluation; Maternal-child health services; Hermeneutics.*

Caracterização do estudo

Este artigo apresenta o estudo da percepção dos coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais a respeito dos temas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e dos fatores estruturais e organizacionais relacionados à sua Coordenação.

Como método para a coleta de dados, optou-se pela aplicação de um questionário, que buscou contemplar os diferentes temas da saúde da criança que constam na PNAISC e que orientam as ações nesta área. Dessa forma, foram elencados 33 temas. Igualmente, objetivou-se identificar os diferentes fatores estruturais e organizacionais relacionados com a Coordenação, o que totalizaram 16 itens.

Souza *et al.* (2005) consideram o questionário uma ferramenta útil para a objetivação da realidade, podendo ser composto por

questões abertas, fechadas ou mistas e ser autopreenchido ou ter seu preenchimento feito por entrevista. As questões fechadas são aquelas de múltipla escolha, nas quais são apresentadas várias opções, devendo ser escolhidas uma ou mais dentre elas. Nas questões abertas, os respondentes ficam livres para usar as próprias palavras, sem se limitarem pelas alternativas. Já as questões mistas constituem uma combinação dos dois tipos de questões apresentadas.

O questionário empregado nesta pesquisa foi autopreenchido e constituído apenas de questões fechadas, compostas por escalas de valor. De modo geral, as escalas constituem-se no exercício de transformar questões relacionadas com a posição dos indivíduos, fenômenos subjetivos e atitudes, em dados objetiváveis. De acordo com Bandeira (2011) e com Backstrom e Hursh-César (1981), as escalas podem caracterizar-se como: nominais, ordinais, intervalares e de razão.

⁵ Terapeuta ocupacional. Doutora em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). aluizaferrer@gmail.com

⁶ Psicólogo. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). brunofemerich@gmail.com

⁷ Psicóloga. Doutora em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). madora@hotmail.com

⁸ Psicólogo. Doutor em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). thitrape@gmail.com

As escalas nominais são utilizadas para classificar os respondentes conforme pertençam ou não a uma categoria ou característica. Ex.: diagnóstico psiquiátrico, sexo, estado civil. As escalas ordinais se propõem a distribuir os sujeitos segundo a ordem que ocupam. Sabe-se que um valor é maior do que o outro, mas não há avaliação do intervalo entre dois valores. Ex.: ordem de preferência, classe social etc. As escalas intervalares consistem na atribuição de valores numéricos a indivíduos, sabendo-se que um valor é maior do que o outro e que os valores diferem em intervalos iguais. Ex.: rendimento acadêmico, resultados em um teste psicológico (teste de inteligência, teste de depressão, ansiedade etc.) e escalas tipo *Likert* (grau de satisfação, grau de interesse etc.). As escalas de razão assemelham-se às escalas de intervalo, porém possuem um zero absoluto (ausência total da qualidade da medida), ou seja, incluem valores que não podem ser rebaixados na parte inferior. Ex.: idade, peso, largura, altura.

A escala de valor empregada no questionário formulado para a pesquisa sobre a percepção dos coordenadores de saúde da criança variou de 0 a 10, em que 0 representava a ausência total da qualidade da medida e 10, a sua maior valoração. Essa característica a aproxima das escalas intervalares de razão, se considerarmos que nelas os valores, além de estarem dispostos em ordem, do menor para o maior, apresentam intervalos equivalentes entre si e, portanto, sabe-se o quanto um é maior do que o outro, e ainda, que era possível aos coordenadores de saúde da criança expressarem sua percepção da ausência total do aspecto avaliado referente a cada tema ou fator estudado.

Segundo Cruz (2002), a escala intervalar é útil para identificar algumas posturas, e estas, por sua vez, referem-se aos valores e crenças que subjazem às atitudes frequentemente utilizadas pelo sujeito

na percepção dos fatos. Ao contrário de uma simples questão de resposta ‘sim ou não’, a escala intervalar permite descobrir níveis de opinião, o que pode ser particularmente interessante para temas ou assuntos sensíveis ou desafiadores, como os que estão presentes no estudo sobre a PNAISC.

Ademais, a opção por este tipo de escala, de 0 a 10, baseou-se no entendimento de que esse formato de gradação é de fácil compreensão, pois está presente em diferentes processos avaliativos que compõem o cotidiano das pessoas. Nesse sentido, essa escolha representa um estímulo à participação dos respondentes na construção de sua avaliação sobre os temas apresentados.

Dentro dessa proposta, os participantes foram orientados a apreciar cada um dos temas/fatores apresentados, pontuando-os de 0 a 10, para a avaliação quanto a três aspectos:

- Importância do tema/fator para a Área da Saúde da Criança;
- Situação atual do tema/fator no seu Estado/Município;
- Expectativas quanto à possibilidade de avanços nos próximos dois anos.

O estudo visou abranger a totalidade dos atores, ou seja, 27 coordenadores de saúde da criança dos estados e 26 coordenadores de saúde da criança das capitais. Todos os 26 coordenadores de capitais (100%) e 26 dos 27 coordenadores de Estado/DF (96%) preencheram o instrumento. O questionário foi aplicado em agosto de 2013, durante o VII Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde da Criança dos Estados e Capitais.

Caracterização dos sujeitos da pesquisa e das condições estruturais objetivas das Coordenações de Saúde

da Criança dos estados e capitais

Os coordenadores de saúde da criança dos estados têm idade de $44,7 \pm 10,1$ anos (média \pm desvio-padrão). Os coordenadores das capitais têm idade de $41,7 \pm 8,4$ anos (diferença não significativa).

Há predomínio do sexo feminino, tanto entre os coordenadores dos Estados (23 mulheres, 88%) como entre os coordenadores das capitais (24 mulheres, 92%).

Os coordenadores dos estados e das capitais estão distribuídos entre as várias formações profissionais da área da saúde, com predominância de enfermeiros: 8 (31%) nos estados e 10 (39%) nas capitais. Uma diferença que chama a atenção é o maior número de médicos entre os coordenadores dos estados (9 médicos – 35%) em relação aos coordenadores das capitais (3 médicos – 12%). A participação das outras profissões é maior nas capitais (13 profissionais ou 50%) que nos estados (9 profissionais ou 35%).

A média de tempo de formado apresenta uma pequena diferença, sendo de $18,9 \pm 10,6$ anos para os coordenadores dos estados e de $15,8 \pm 8,4$ anos para os coordenadores das capitais (diferença não significativa).

O tempo médio de trabalho dos coordenadores de saúde da criança dos estados na Secretaria de Saúde é de $13,1 \pm 11,7$ anos, e no caso dos coordenadores das capitais é de $10,8 \pm 8,3$ anos (diferença não significativa).

Em relação ao tempo em que estão na

função de coordenação, a média é de $4,8 \pm 5,4$ anos para os coordenadores dos estados, valor ligeiramente superior ao das capitais, de $2,3 \pm 2,9$ anos (diferença não significativa).

A maioria dos coordenadores de saúde da criança dos estados (73%) e das capitais (85%) são servidores públicos concursados.

Mais da metade dos coordenadores de saúde da criança dos estados (62%) e das capitais (60%) recebem remuneração extra para desempenhar essa função.

Não há diferença entre a existência formal da Coordenação de Saúde da Criança nos estados e nas capitais, já que 85% de ambos os grupos indicaram que a Coordenação existe formalmente. O cargo de coordenador de saúde da criança existe formalmente em 69% dos estados e em 73% das capitais.

O número de profissionais na equipe da Coordenação de Saúde da Criança nos estados e nas capitais varia muito, sendo que a média é de 6 profissionais na Coordenação dos estados e de 3,4 profissionais na Coordenação das capitais.

Movimento analítico realizado

Foi realizada a análise descritiva dos dados, mediante o auxílio do *software Epi Info 7*. Posteriormente, as questões contidas no instrumento de coleta de dados foram agrupadas em blocos por proximidade temática, conforme *quadro 1* abaixo.

Quadro 1. Agrupamento dos temas e fatores da Saúde da Criança em Blocos

TEMAS	
Bloco	Componentes
Bloco 1: Boas práticas obstétricas e neonatais	<ul style="list-style-type: none"> - Boas Práticas Obstétricas e Neonatais nas maternidades - Método Canguru - Vigilância de Óbitos Neonatais e Infantis - Fórum Perinatal

Quadro 1. (cont.)

Bloco 2: Triagem neonatal	<ul style="list-style-type: none"> - Triagem neonatal (teste do pezinho) - Triagem neonatal (teste da orelhinha) - Triagem neonatal (teste do olhinho)
Bloco 3: Aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil - Rede de Bancos de Leite Humano - Mulher Trabalhadora que Amamenta - Campanhas de Mobilização pelo Aleitamento Materno
Bloco 4: Atenção neonatal	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificação e ampliação de leitos neonatais - Implementação do ambulatório de seguimento do RN de risco - AIDPI Neonatal - Iniciativas em capacitação de profissionais em reanimação neonatal
Bloco 5: Redes de atenção	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação das ações de saúde da criança da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) - Implementação das ações de saúde da criança da Rede de Urgência e Emergência (RUE) - Implementação das ações de saúde da criança da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - Linha de cuidado do trauma
Bloco 6: Brasil Carinhoso e Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de Suplementação de Ferro (Brasil Carinhoso) - Programa de Suplementação de Vitamina A (Brasil Carinhoso) - Programa Saúde na Escola (PSE) incluindo expansão para creches e pré-escolas (Brasil Carinhoso) - Programa de fornecimento gratuito de medicamentos para asma na Farmácia Popular do Brasil (Brasil Carinhoso) - Agenda para Intensificação Atenção Nutricional a Desnutrição Infantil (Andi)
Bloco 7: Desenvolvimento na Primeira Infância, Caderneta de Saúde da Criança e diretrizes da Política Nacional de Humanização	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciativas de Programas de Visitas Domiciliares para promoção do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI) - Iniciativas para melhor distribuição e uso da Caderneta de Saúde da Criança - Apropriação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH na Atenção Integral à Saúde da Criança
Bloco 8: Crianças em situação de vulnerabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciativas relacionadas à implementação da linha de cuidado às crianças e famílias em situação de violência - Iniciativas em parceria com a saúde indígena - Iniciativas voltadas a crianças filhas de mulheres privadas de liberdade
Bloco 9: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância e imunização	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) - Programa Nacional de Imunização (PNI)

FATORES

Bloco	Componentes
Bloco 10: Inserção da Área Saúde da Criança nas secretarias	<ul style="list-style-type: none"> - Valorização da Área de Saúde da Criança na Secretaria - Adequação da situação da Área de Saúde da Criança no organograma formal da Secretaria - Sua governabilidade na Área de Saúde da Criança na Secretaria - Estabilidade da ocupação dos cargos na Área de Saúde da Criança na Secretaria

Quadro 1. (cont.)

Bloco 11: Capacitação e contratação de pessoal	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação da equipe nos diversos temas pertinentes à Área de Saúde da Criança - Possibilidade de contratar pessoal qualificado para a equipe da Coordenação de Saúde da Criança
Bloco 12: Recursos estruturais e financeiros	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade de recursos financeiros para possibilitar a atuação - Disponibilidade de espaço físico adequado para o trabalho da equipe - Disponibilidade de recursos de comunicação eficientes (telefonia, internet etc.) - Facilidade de locomoção para atuação junto ao território - Disponibilidade de materiais e insumos básicos de consumo
Bloco 13: Articulação com outras áreas	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação com a Atenção Básica na sua Secretaria - Articulação com a Área de Saúde da Mulher na sua Secretaria - Articulação com outras áreas da saúde na sua Secretaria - Atuação em parceria com outros órgãos e secretarias do Poder Público - Atuação em parceria com entidades e organizações não governamentais

Nota: Elaboração própria

Para cada agrupamento temático (bloco), foram construídos gráficos com a distribuição da frequência das respostas dos coordenadores e tabelas contendo a média e o desvio-padrão para cada aspecto considerado (importância, situação atual e expectativa de avanço), seguidos de uma breve análise compreensiva a respeito dos dados encontrados. Esse movimento foi realizado tanto para os dados referentes às respostas dos coordenadores estaduais como para os coordenadores de saúde da criança das capitais.

Vale ressaltar que, mais do que empreender uma análise, a intenção foi ofertar uma lente para a apreciação dos dados. Essa lente não é a única possível, mas pretende ser um disparador para novas análises, baseadas na experiência e opinião dos leitores.

Embora a percepção dos coordenadores em relação a vários temas e fatores tenha sido quantificada em notas de 0 a 10, nossa opção foi utilizar uma leitura hermenêutica e compreensiva desses dados, ao invés de efetuar uma abordagem positivista, que buscasse verificar

estatisticamente diferenças significativas nas distribuições das respostas ou estudar correlações entre as variáveis.

Por exemplo, na abordagem quantitativa da percepção subjetiva dos entrevistados a respeito do aspecto ‘importância’ dos temas da saúde da criança, notamos uma tendência de atribuição de notas 10 para todos os temas. Portanto, a existência de notas diferentes de 10 (no aspecto importância) aponta mudança de valoração qualitativamente relevante, mesmo não sendo estatisticamente significativa.

Assim, nossa forma de interpretar os dados quantitativos possibilitou o diálogo com os dados qualitativos do estudo, alcançando novas sínteses teóricas¹.

Segundo Ayres (2008):

O paradigma do risco abriu uma série de novas e relevantes possibilidades para o conhecimento epidemiológico e para as suas relações com a medicina de modo geral. [...] ao fazê-lo, no entanto, a epidemiologia aprofundou o sentido ‘reductor’ de sua leitura sobre o espaço público da saúde. Se é verdade que hoje não existe saber em saúde que não esteja

¹ Para discussão sobre a abordagem hermenêutica dos dados quantitativos, ver o artigo ‘A pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): trajetória epistemológica e metodológica’ (PINTO ET AL., 2016).

direta ou indiretamente amparado em conhecimentos epidemiológicos [...] é também um fato que não há conhecimento epidemiológico expressivo fora do campo de indagações de base clínica. Não há inferência epidemiológica que possa aspirar legitimidade fora da consistência com os critérios de validação estabelecidos para as ciências que apreendem a saúde no plano da individualidade orgânica, é o que dizem os próprios epidemiologistas. (AYRES, 2008, P. 29).

Ayres *et al.* apontam as diferenças entre as abordagens do risco e da vulnerabilidade:

[...] a grande preocupação expressa na proposição da vulnerabilidade diz respeito à necessidade de atribuir sentidos e interpretar a variabilidade e a dinâmica das variáveis utilizadas nas análises de risco à luz de seus significados sociais concretos, de forma que tais categorias analíticas abstratas não sejam incorporadas sem as necessárias mediações ao desenho de práticas de intervenção. Mas é correto afirmar, por outro lado, que as análises de risco e de vulnerabilidade são, de certa forma, inversas: enquanto as análises de risco trabalham com uma racionalidade analítica na qual os fenômenos em estudo precisam ser partidos, isolados, discriminados, as análises de vulnerabilidade trabalham com uma racionalidade sintética, na qual se privilegia a construção de significados, a agregação de elementos diversos que contribuam para que os fenômenos em estudo sejam compreendidos como uma totalidade dinâmica e complexa. Nesse sentido, o que para análises de risco consistentes deve ser cuidadosamente deixado 'de fora' é o que constitui a quintessência dos estudos de vulnerabilidade – a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço. (AYRES *ET AL.*, 2006, P. 399-400).

Ayres afirma ainda:

A vulnerabilidade aparece, então, como uma possibilidade de buscar novas sínteses teóricas, de fazer a Epidemiologia dialogar com outras ciências e com outros saberes não científicos, uma possibilidade de construir saberes compreensivo-interpretativos, produtos de sínteses aplicadas. (AYRES, 2009, P. 16).

Assim como descrito por Ayres em sua discussão sobre as abordagens do risco e da vulnerabilidade (AYRES, 2008), entendemos que nossa abordagem aposta em uma leitura mais abrangente e compreensiva. A abordagem do risco aposta na certeza, na exatidão e perde em possibilidade de abrangência e de compreensão. A abordagem da vulnerabilidade aposta na sua possibilidade de abranger os diversos fenômenos e compreendê-los em conjunto, sem a tentativa de exatidão ou certeza em seus enunciados.

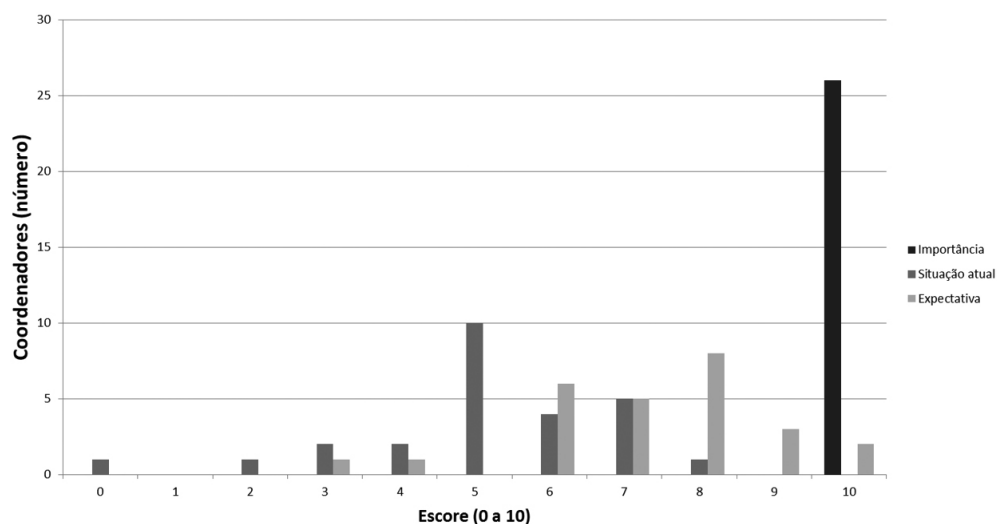
Neste estudo, agrupamos os diversos temas para análise e interpretação em blocos temáticos e apresentamos os dados de forma gráfica, permitindo visualizar a percepção dos coordenadores quanto aos temas e fatores estudados.

O que deve conferir validade aos dados apresentados é o sentido que fizer aos diversos interlocutores e a forma como puder ser articulada a outros achados, incluindo aqueles descritos nos outros artigos desta pesquisa.

Estudo da percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança sobre os temas da PNAISC

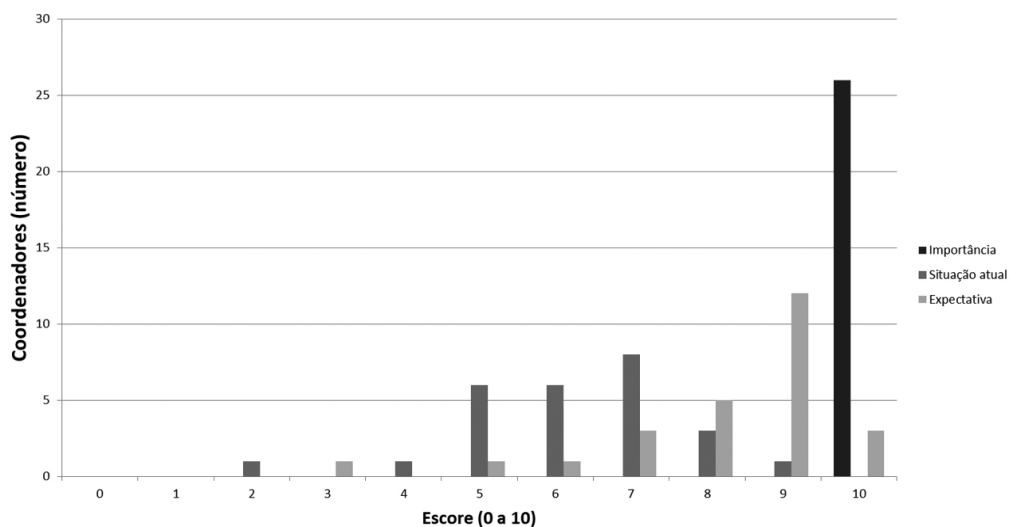
Bloco1: Boas Práticas Obstétricas e Neonatais

Gráfico 1. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Boas Práticas Obstétricas e Neonatais nas maternidades



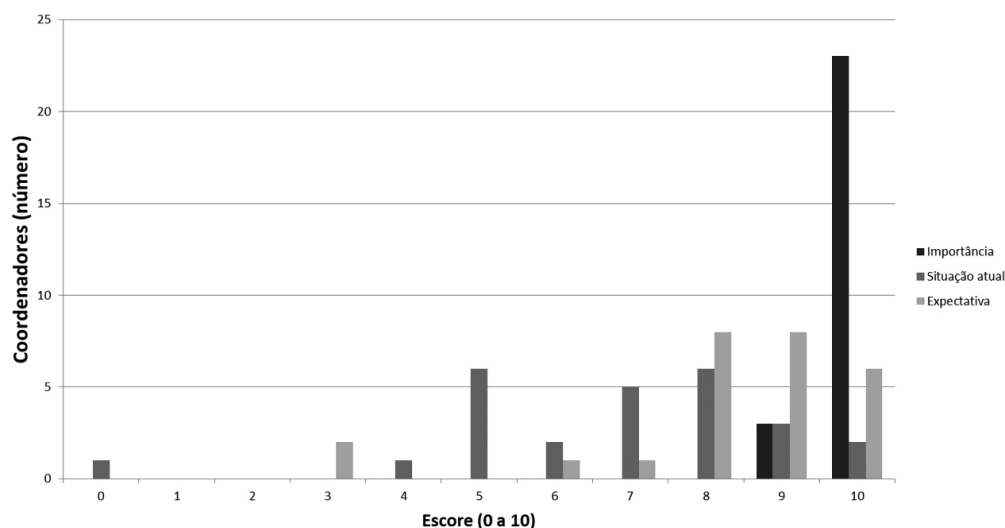
Nota: Elaboração própria

Gráfico 2. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Método Canguru



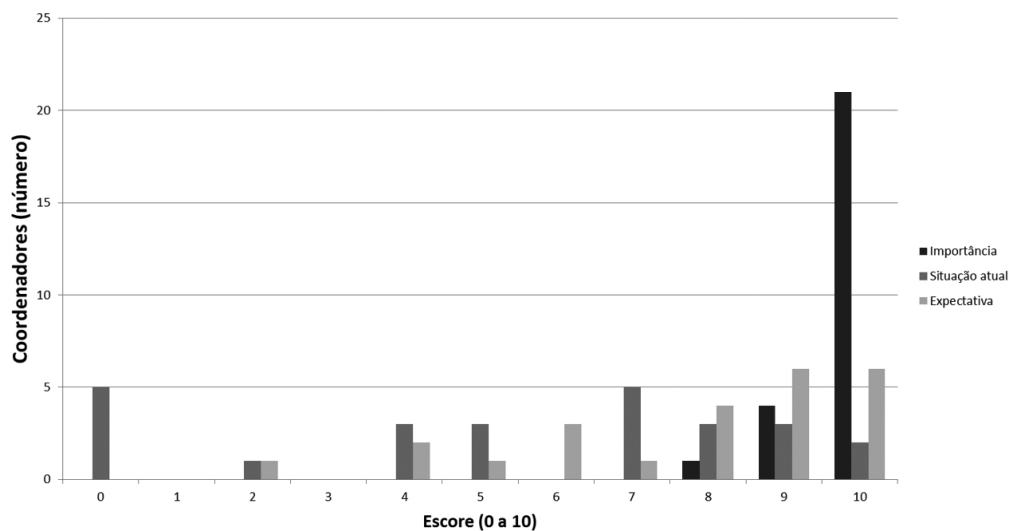
Nota: Elaboração própria

Gráfico 3. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Vigilância de Óbitos Neonatais e Infantis



Nota: Elaboração própria

Gráfico 4. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Fórum Perinatal



Nota: Elaboração própria

Tabela 1. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em seu estado, a respeito das Boas Práticas Obstétricas e Neonatais nas maternidades, Método Canguru, Vigilância de Óbitos Neonatais e Infantis e Fórum Perinatal

	Importância	Situação	Expectativa
Implementação das Boas Práticas Obstétricas e Neonatais nas maternidades	10,0 \pm 0,0	4,9 \pm 2,0	7,0 \pm 1,8
Método Canguru	10,0 \pm 0,0	6,0 \pm 1,9	8,2 \pm 1,6
Vigilância de Óbitos Neonatais e Infantis	9,9 \pm 0,3	6,7 \pm 2,3	8,3 \pm 1,8
Fórum Perinatal	9,8 \pm 0,5	5,3 \pm 3,3	7,8 \pm 2,3

Nota: Elaboração própria

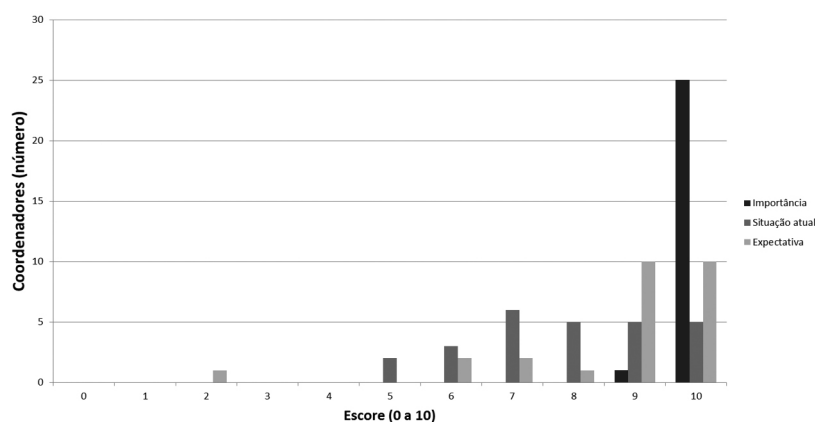
Os coordenadores estaduais de saúde da criança atribuem elevada importância para a implantação das Boas Práticas Obstétricas e Neonatais, do Método Canguru, da Vigilância de Óbitos Neonatais e Infantis e do Fórum Perinatal. Apesar do consenso acerca da importância dessas questões, a unanimidade não se mantém no que diz respeito ao Fórum Perinatal, cujas notas atribuídas variaram de 8 a 10.

Embora atribuam elevada importância, os coordenadores estaduais apontam dificuldades para a implantação desses dispositivos, como se pode observar pelas médias das notas atribuídas para a situação atual. No entanto, nota-se que existe uma importante expectativa de melhora para a implantação do

Método Canguru e para a Vigilância de Óbitos Neonatais e Infantis. Essa expectativa perde força quando se refere à implementação das Boas Práticas Obstétricas e Neonatais, possivelmente porque implicariam em mudanças de processos de trabalho e maior empoderamento de categorias profissionais atualmente menos protagonistas. O mesmo ocorre com o Fórum Perinatal, cuja implantação estaria associada ao incremento de participação de diferentes atores sociais envolvidos nessa temática. É interessante notar que mesmo que a expectativa de melhora se efetive, os escores continuariam abaixo da elevada importância atribuída.

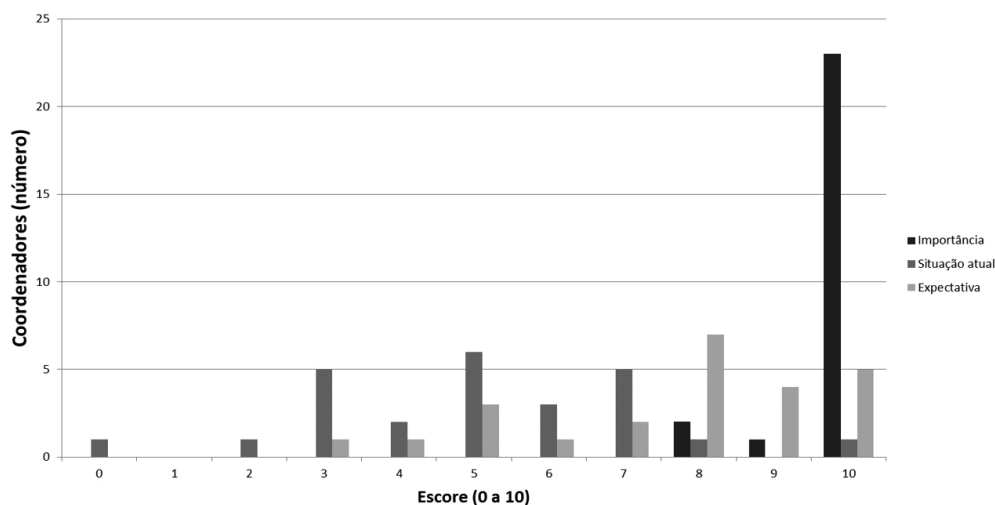
Bloco 2: Triagem Neonatal

Gráfico 5. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em: Triagem Neonatal (teste do pezinho)



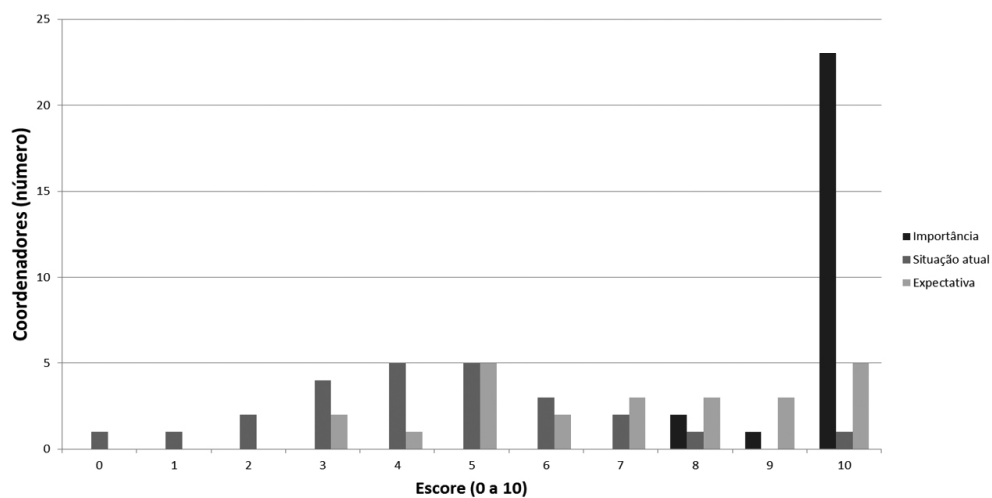
Nota: Elaboração própria

Gráfico 6. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Triagem Neonatal (teste da orelhinha)



Nota: Elaboração própria

Gráfico 7. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Triagem Neonatal (teste do olhinho)



Nota: Elaboração própria

Tabela 2. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em seu estado, a respeito da Triagem neonatal (teste do pezinho, teste da orelhinha e teste do olhinho)

	Importância	Situação	Expectativa
Triagem neonatal (teste do pezinho)	10,0 \pm 0,2	7,6 \pm 2,2	8,6 \pm 1,9
Triagem neonatal (teste da orelhinha)	9,9 \pm 0,4	4,8 \pm 2,4	7,6 \pm 2,0
Triagem neonatal (teste do olhinho)	9,9 \pm 0,4	4,3 \pm 2,4	7,0 \pm 2,3

Nota: Elaboração própria

Podemos observar que os três testes referentes à Triagem Neonatal são reconhecidos como muito importantes pelos coordenadores de saúde da criança dos estados. A média atribuída foi de 10 para o teste do pezinho e de 9,9 para os testes da orelhinha e do olhinho.

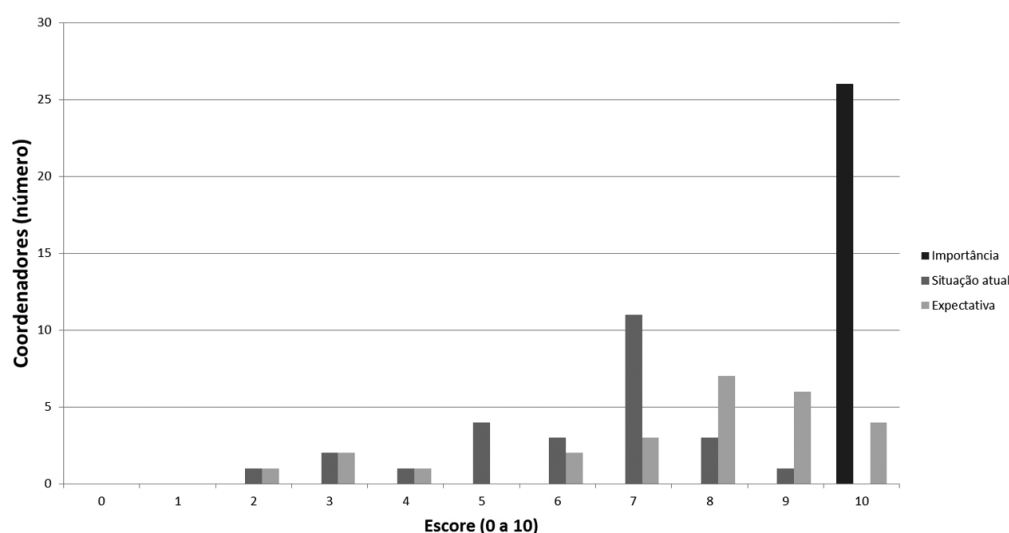
Quanto à situação atual, verifica-se que, na percepção dos coordenadores, o teste do pezinho encontra-se em melhores condições de implantação em relação ao teste da orelhinha e do olhinho. As notas atribuídas à situação atual de implantação do teste do pezinho estão todas maiores ou iguais a 5, enquanto nos testes da orelhinha e do olhinho, grande

parte das notas é menor ou igual a 5, evidenciando a diferença de percepção quanto à situação atual de implantação dos testes.

Os coordenadores apontam expectativa de melhora em todos os testes da triagem neonatal. A média da expectativa de melhora do teste do pezinho é maior do que nos outros dois testes, em números absolutos. Porém, se considerarmos o deslocamento em relação à média da situação atual de implantação, o teste da orelhinha e do olhinho apresentam maior expectativa de melhora.

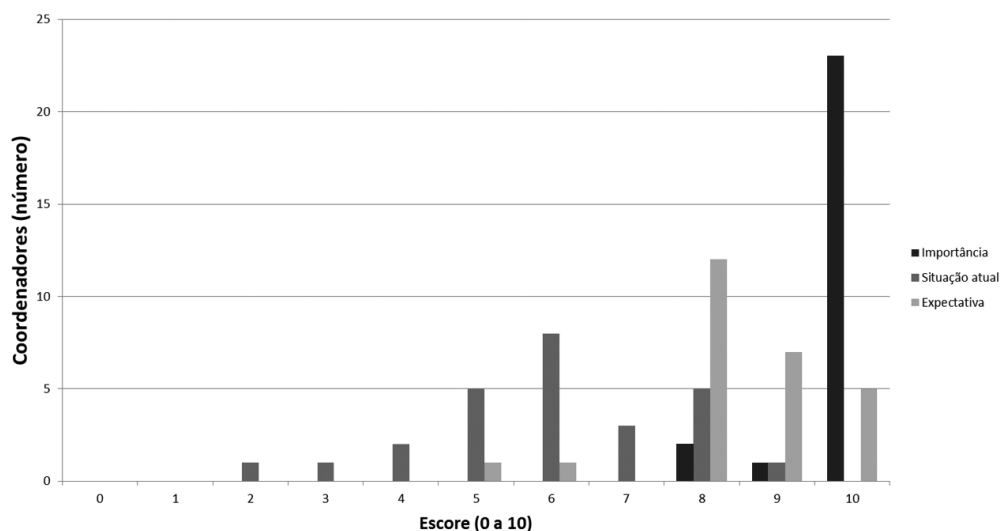
Bloco 3: Aleitamento Materno

Gráfico 8. Percepção dos coordenadores de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)



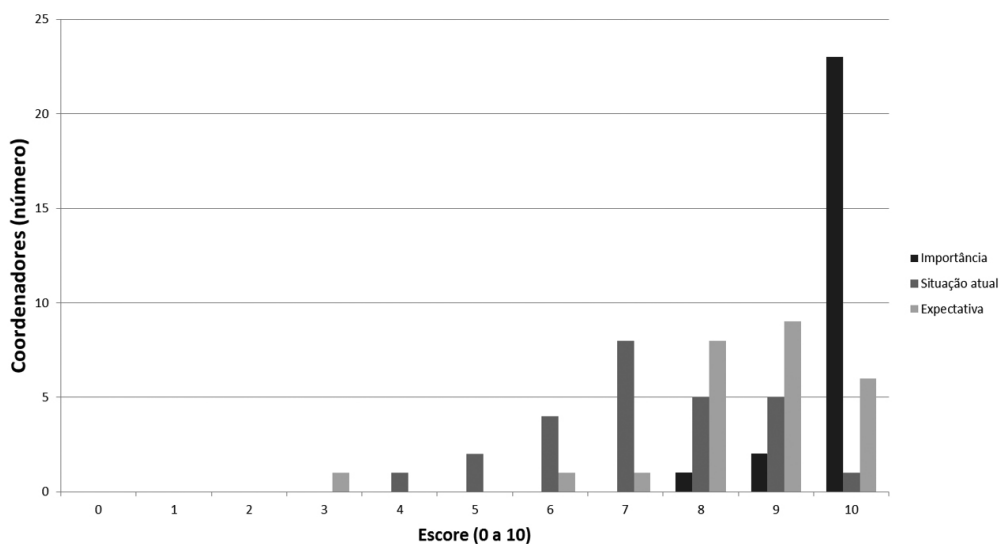
Nota: Elaboração própria

Gráfico 9. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil



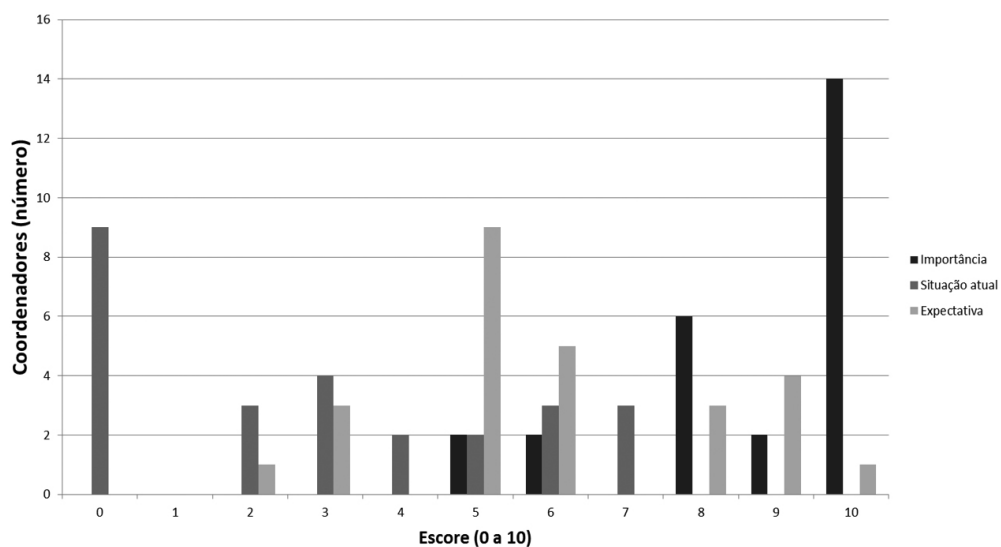
Nota: Elaboração própria

Gráfico 10. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Rede de Bancos de Leite Humano



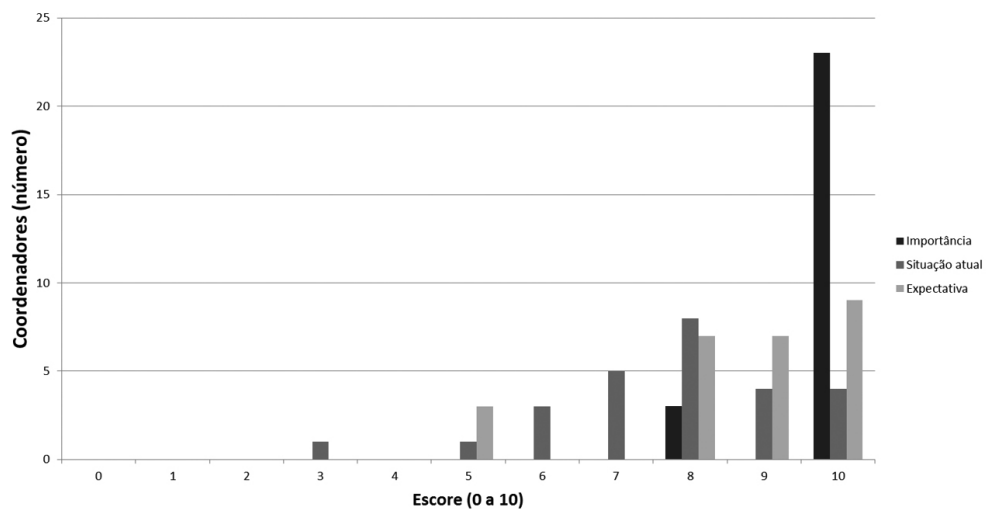
Nota: Elaboração própria

Gráfico 11. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Mulher Trabalhadora que Amamenta



Nota: Elaboração própria

Gráfico 12. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Campanhas de Mobilização pelo Aleitamento Materno



Nota: Elaboração própria

Tabela 3. Média ± Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em seu estado, quanto ao Aleitamento Materno

	Importância	Situação	Expectativa
Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)	10,0 ± 0,0	5,9 ± 2,1	7,2 ± 2,5
Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	9,8 ± 0,6	5,9 ± 1,6	8,4 ± 1,2
Rede de Bancos de Leite Humano	9,8 ± 0,5	7,0 ± 2,0	8,4 ± 1,6
Mulher Trabalhadora que Amamenta	9,0 ± 1,5	2,7 ± 2,6	6,0 ± 2,1
Campanhas de Mobilização pelo Aleitamento Materno	9,8 ± 0,7	7,7 ± 1,7	8,7 ± 1,6

Nota: Elaboração própria

As maiores dificuldades apresentadas correspondem à implantação do Programa Mulher Trabalhadora que Amamenta, cuja maioria das notas da situação atual são iguais ou menores que 5, com elevada frequência de notas zero, se comparado aos demais itens perguntados. A importância atribuída a essa estratégia, apesar da média ser 9, apresenta grande variação no território nacional, incluindo notas 5 e 6, o que destoa da tendência geral dos outros temas. Também apresenta expectativa de melhora baixa, com grande variação entre os territórios.

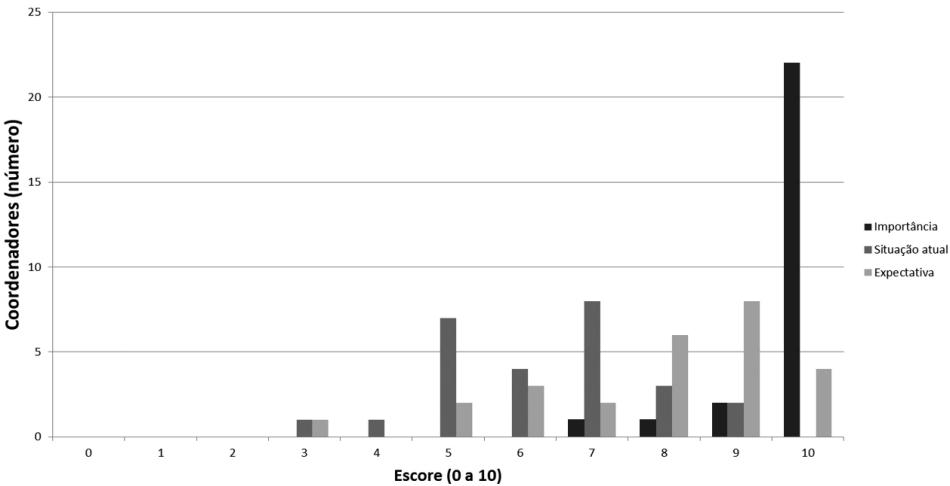
Os dados referentes à Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, à Rede de Banco de Leite

Humano e às Campanhas de Mobilização pelo Aleitamento Materno comportam-se de maneira parecida, apresentando elevada importância, situação atual que se concentra em notas iguais ou superiores a 5 e uma média de expectativa de melhora em torno de 8.

Apesar da unanimidade atribuída à elevada importância da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), os coordenadores sinalizam certa dificuldade nessa implantação, já que a média da situação atual é de 5,9, com expectativa de melhora modesta.

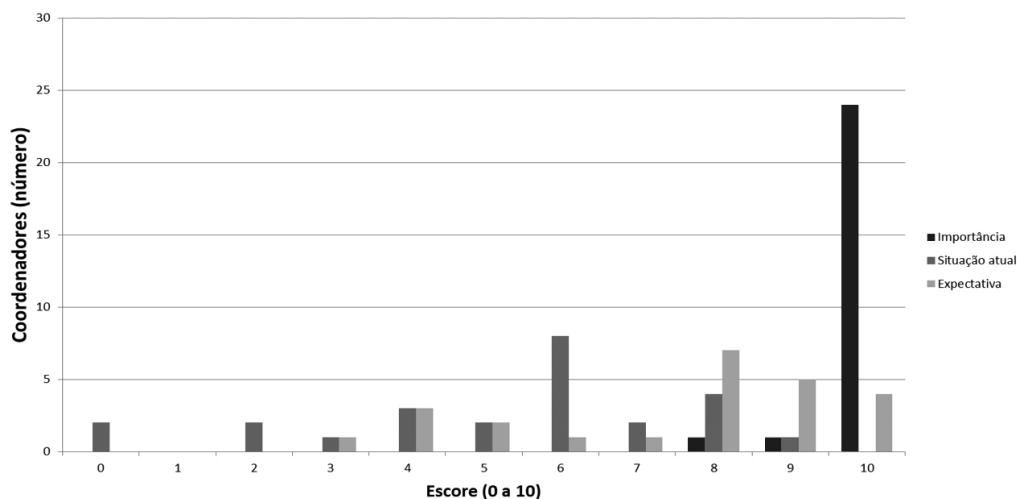
Bloco 4: Atenção Neonatal

Gráfico 13. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Qualificação e ampliação de leitos neonatais



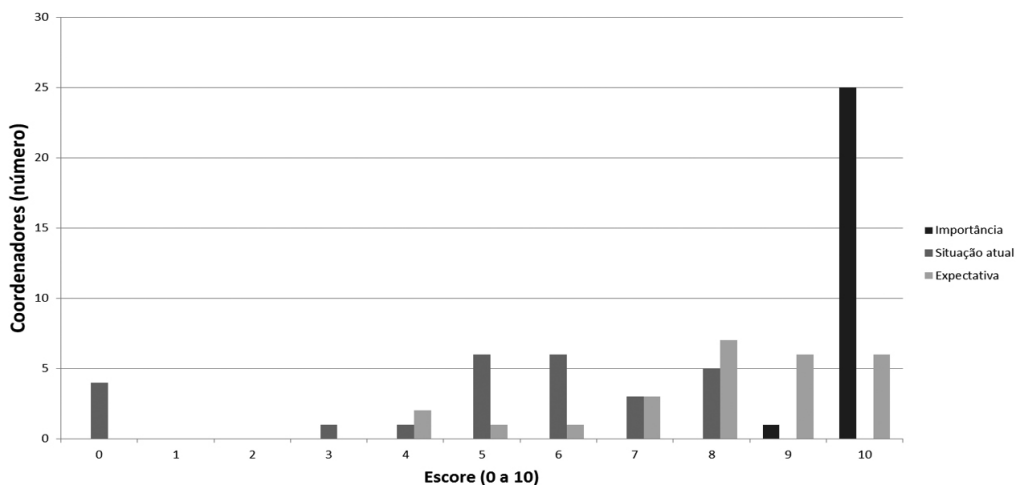
Nota: Elaboração própria

Gráfico 14. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Implementação do ambulatório de seguimento do Recém-Nascido (RN) de risco



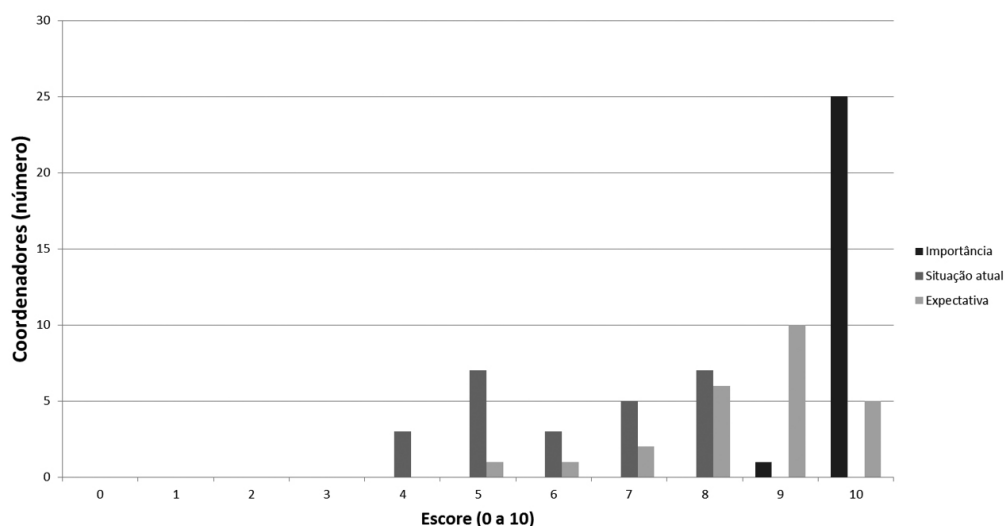
Nota: Elaboração própria

Gráfico 15. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: AIDPI Neonatal



Nota: Elaboração própria

Gráfico 16. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Iniciativas em capacitação de profissionais em reanimação neonatal



Nota: Elaboração própria

Tabela 4. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em seu estado, quanto à Atenção Neonatal

	Importância	Situação	Expectativa
Qualificação e ampliação de leitos neonatais	9,7 \pm 0,7	6,0 \pm 1,8	7,6 \pm 2,1
Implementação do ambulatório de seguimento do RN de risco	10,0 \pm 0,2	5,0 \pm 2,6	7,3 \pm 2,2
AIDPI Neonatal	10,0 \pm 0,2	5,1 \pm 2,6	8,1 \pm 1,8
Iniciativas em capacitação de profissionais em Reanimação neonatal	10,0 \pm 0,2	6,3 \pm 1,5	8,5 \pm 1,3

Nota: Elaboração própria

Quanto à qualificação da Atenção Neonatal, pode-se observar que os coordenadores estaduais atribuíram elevada importância a todos os temas acima relacionados, com média de 10 para quase todos os temas, exceto para o tema relacionado com a qualificação e ampliação de leitos, cuja média, nesse aspecto, foi de 9,7.

Ao analisarmos os gráficos, podemos observar, entretanto, que as iniciativas em capacitação de profissionais em reanimação neonatal apresentaram melhores índices sobre a situação atual e maiores expectativas de melhora.

É interessante notar que a implementação do ambulatório de seguimento do RN de risco e a iniciativa do AIDPI Neonatal (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) apresentam maiores dificuldades de implantação, sendo os únicos que receberam notas zero referentes à situação atual. Entretanto, há considerável expectativa de melhora, se considerarmos o deslocamento em relação à situação atual.

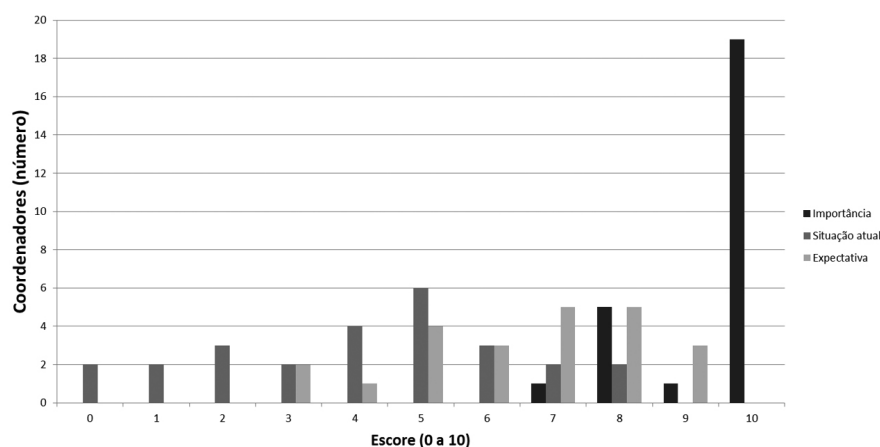
Sobre a expectativa de melhora, nota-se também que as médias atribuídas pelos coordenadores tanto para o AIDPI Neonatal como

para as iniciativas em capacitação de profissionais em reanimação neonatal são superiores aos outros dois itens do bloco. Esse dado pode decorrer da proximidade entre as duas iniciativas, já que ambas estão centradas na capacitação e que dispõem de recursos específicos do Ministério da Saúde (MS) para sua execução. Por outro lado, a qualificação e ampliação de leitos neonatais e a implementação

do ambulatório de seguimento do RN de risco dependem da elaboração de projeto local e da disponibilidade de recursos, como a contratação de pessoal e aquisição de suprimentos e equipamentos, o que poderia explicar a menor expectativa de melhora para esses itens.

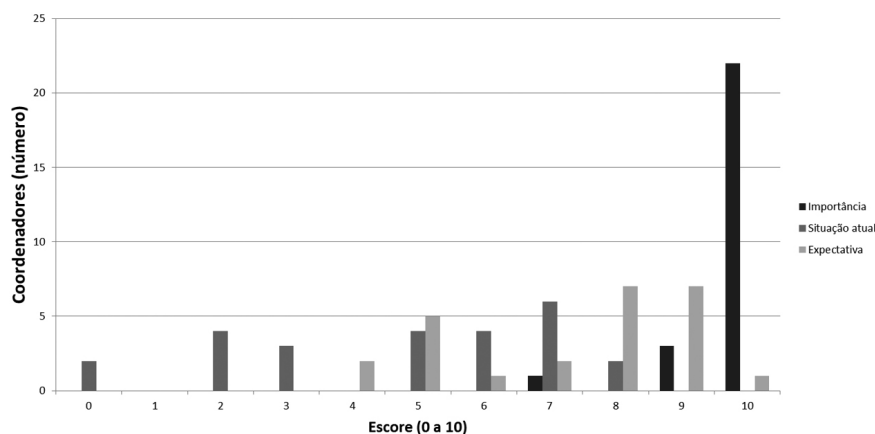
Bloco 5: Redes de Atenção

Gráfico 17. Percepção dos coordenadores estaduais de Saúde da Criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Implementação das ações de saúde da criança da Rede de Atenção Psicossocial (Raps)



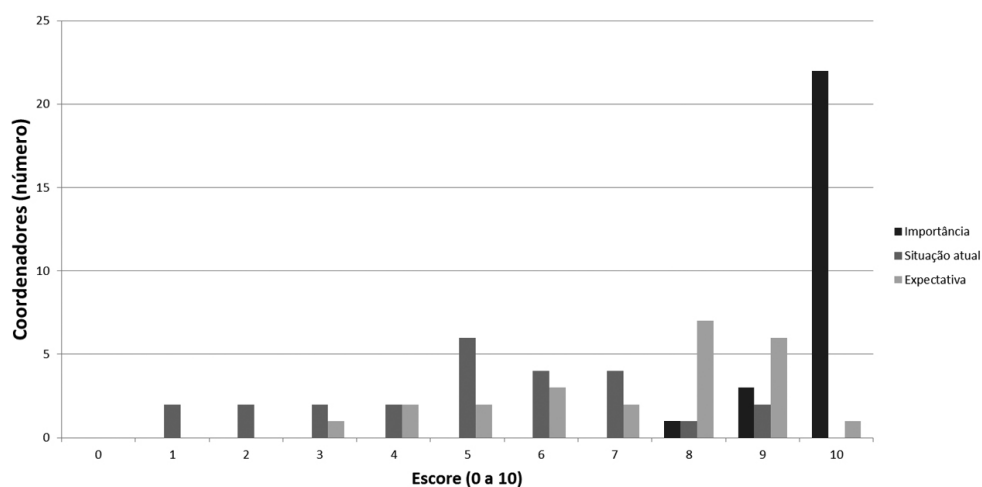
Nota: Elaboração própria

Gráfico 18. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Implementação das ações de saúde da criança da Rede de Urgência e Emergência (RUE)



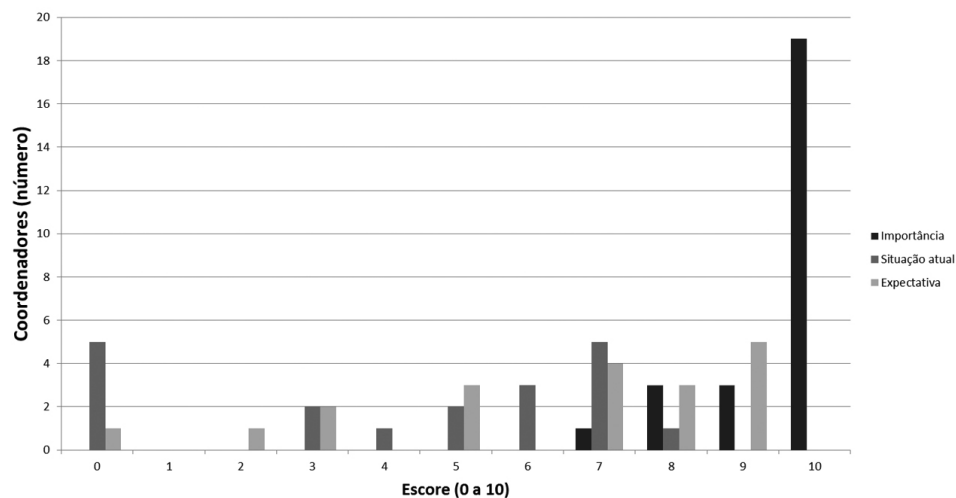
Nota: Elaboração própria

Gráfico 19. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Implementação das ações de saúde da criança da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência



Nota: Elaboração própria

Gráfico 20. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Linha de cuidado do trauma



Nota: Elaboração própria

Tabela 5. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em seu estado, quanto às Redes de Atenção*

	Importância	Situação	Expectativa
Implementação das ações de saúde da criança da Rede de Atenção Psicossocial (Raps)	9,6 \pm 0,8	4,0 \pm 2,2	6,4 \pm 1,8
Implementação das ações de saúde da criança da Rede de Urgência e Emergência (RUE)	9,8 \pm 0,6	4,5 \pm 2,6	7,2 \pm 1,8

Tabela 5. (cont.)

Implementação das ações de saúde da criança da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	9,8 ± 0,5	4,8 ± 2,4	7,2 ± 1,9
Linha de cuidado do trauma	9,5 ± 0,9	4,0 ± 2,9	6,2 ± 2,6

Nota: Elaboração própria

*Por sua importância e centralidade na saúde da criança, a Rede Cegonha foi avaliada por meio de suas diversas iniciativas, discutidas nos demais blocos temáticos

Embora os coordenadores estaduais tenham atribuído elevada importância à implementação das Redes de Atenção, pode-se observar que esse conjunto de itens apresenta maior variabilidade de respostas, cujas notas atribuídas variaram de 7 a 10.

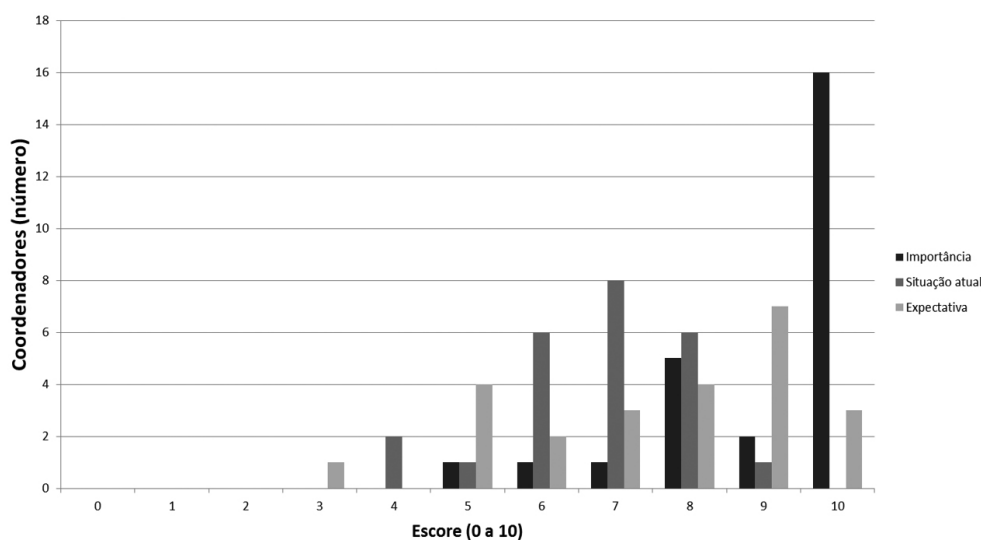
As médias atribuídas pelos coordenadores à situação atual concentram-se em torno de 4,3, com bastante variabilidade entre os estados, o que denota dificuldades na implantação dessas Redes de Atenção. Vale ressaltar, no entanto, que se trata de estratégias relativamente novas no cenário nacional e cuja implantação depende de investimentos em ações intersetoriais e da articulação interfederativa, o que demandaria modificações no modelo de municipalização presente no

Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, a articulação de redes requer a superação do modelo fragmentado de atenção à saúde que tem se perpetuado há décadas no Brasil.

A dificuldade na implantação das redes também poderia estar associada ao fato de elas transversalizarem todos os ciclos de vida, não tendo sido formuladas exclusivamente para as crianças, o que demanda, dos coordenadores das redes e dos serviços, a necessidade de considerar a especificidade da criança nesse contexto.

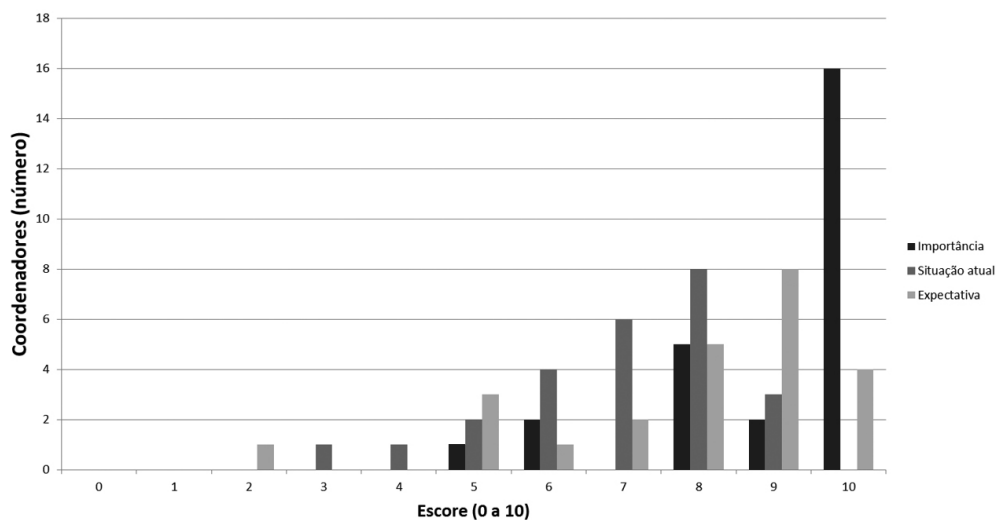
Bloco 6: Brasil Carinhoso e Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil

Gráfico 21. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Programa de Suplementação de Ferro (Brasil Carinhoso)



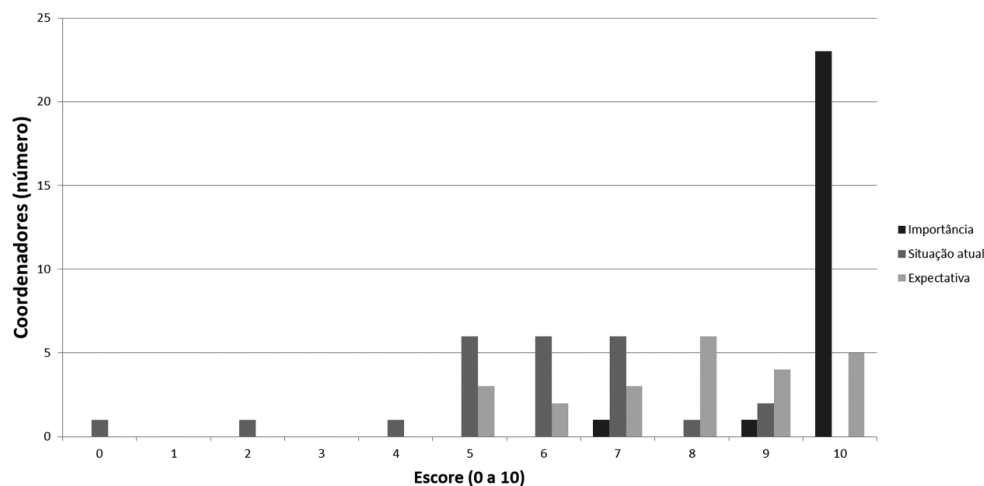
Nota: Elaboração própria

Gráfico 22. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Programa de Suplementação de Vitamina A (Brasil Carinhoso)



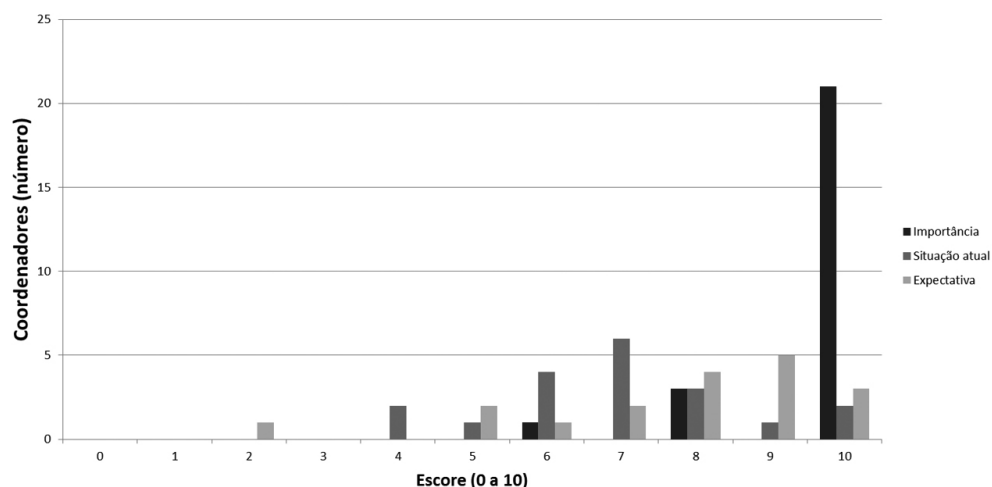
Nota: Elaboração própria

Gráfico 23. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Programa Saúde na Escola (PSE) incluindo expansão para creches e pré-escolas (Brasil Carinhoso)



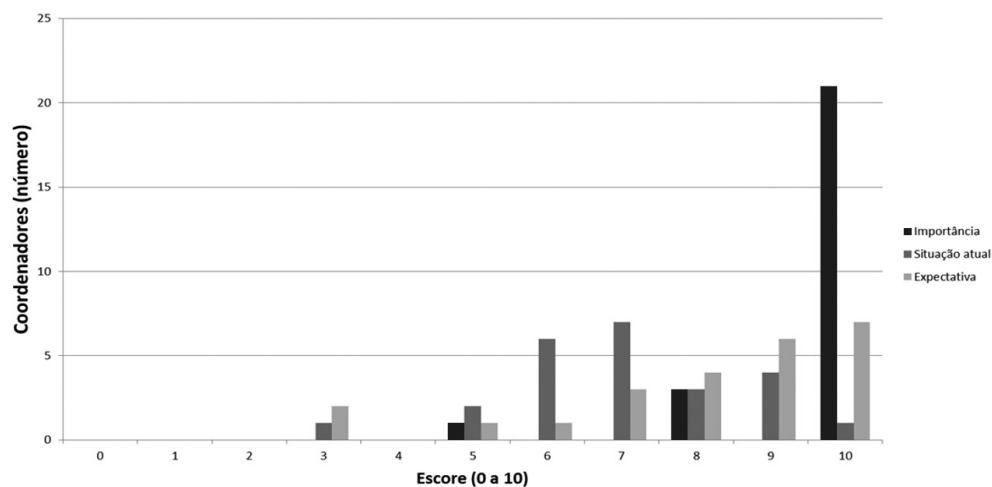
Nota: Elaboração própria

Gráfico 24. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Programa de Fornecimento Gratuito de Medicamentos para Asma na Farmácia Popular do Brasil (Brasil Carinhoso)



Nota: Elaboração própria

Gráfico 25. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativa de avanços em: Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (Andi)



Nota: Elaboração própria

Tabela 6. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em seu estado, quanto ao Brasil Carinhoso e Andi

	Importância	Situação	Expectativa
Programa de Suplementação de Ferro (Brasil Carinhoso)	9,1 \pm 1,4	6,7 \pm 1,3	7,6 \pm 2,0

Tabela 6. (cont.)

Programa de Suplementação de Vitamina A (Brasil Carinhoso)	9,0 ± 1,5	6,9 ± 1,6	7,9 ± 2,0
Programa Saúde na Escola (PSE) incluindo expansão para creches e pré-escolas (Brasil Carinhoso)	9,8 ± 0,6	5,8 ± 2,0	7,9 ± 1,7
Programa de Fornecimento Gratuito de Medicamentos para Asma na Farmácia Popular do Brasil (Brasil Carinhoso)	9,6 ± 1,0	6,6 ± 2,3	7,7 ± 2,1
Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (Andi)	9,6 ± 1,2	7,1 ± 1,7	8,2 ± 2,1

Nota: Elaboração própria

A análise desses temas revela maior variabilidade da importância atribuída em comparação com os outros blocos (as notas variam amplamente, com vários coordenadores atribuindo notas 5, 6, 7, 8 e 9, gerando maior desvio-padrão das variáveis). No que diz respeito ao Programa de Suplementação de Vitamina A e ao Programa de Suplementação de Ferro, a variabilidade pode refletir a falta de consenso em relação à relevância dessas suplementações.

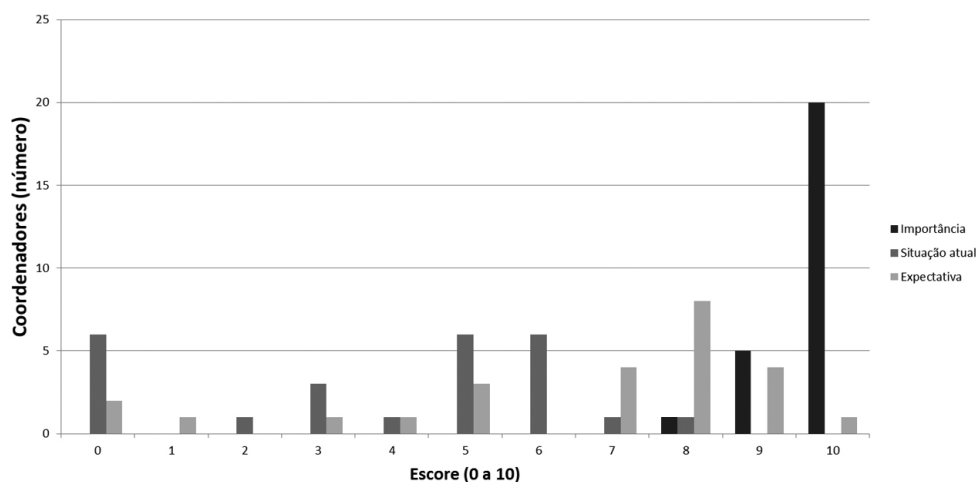
O Programa Saúde na Escola apresenta a maior média de importância atribuída pelos coordenadores. Em contrapartida,

apresentou a média mais baixa em relação à situação atual de implantação. Uma hipótese é que isso se deva à dificuldade na implantação de ações intersectoriais.

Apesar da variabilidade apresentada entre os territórios, os coordenadores apontam importante expectativa de melhora em todos os itens

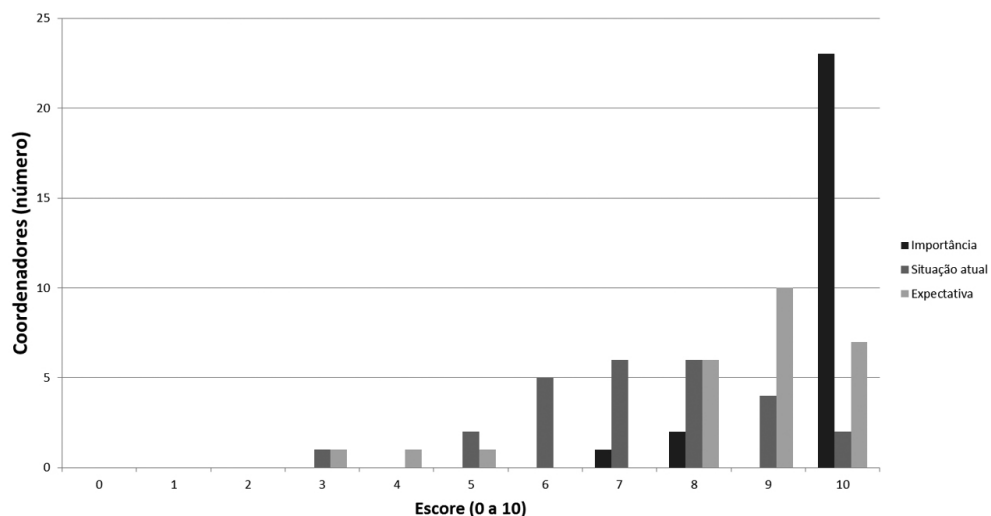
Bloco 7: Desenvolvimento na Primeira Infância, Caderneta de Saúde da Criança e diretrizes da Política Nacional de Humanização

Gráfico 26. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Iniciativas de Programas de Visitas Domiciliares para promoção do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)



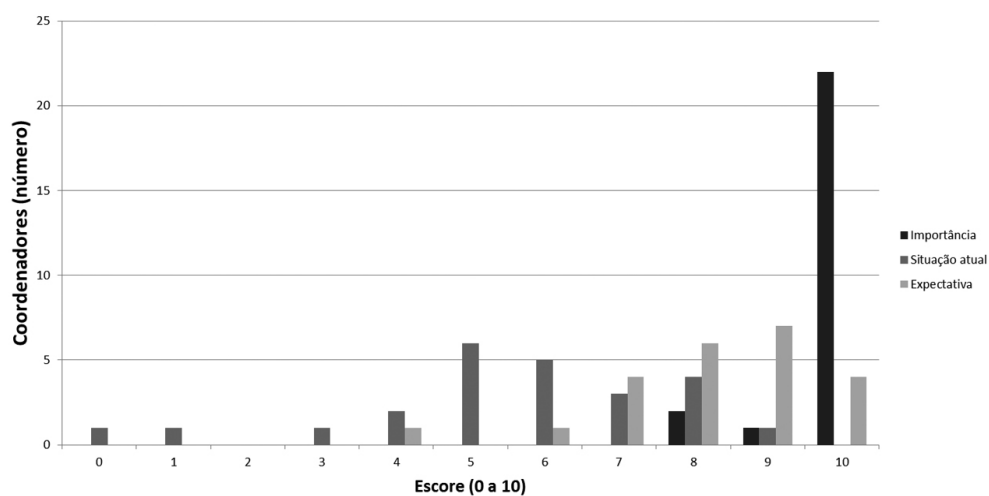
Nota: Elaboração própria

Gráfico 27. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Iniciativas para melhor distribuição e uso da Caderneta de Saúde da Criança



Nota: Elaboração própria

Gráfico 28. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Apropriação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH na Atenção Integral à Saúde da Criança



Nota: Elaboração própria

Tabela 7. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em seu estado, quanto ao DPI, Caderneta e PNH

	Importância	Situação	Expectativa
Iniciativas de Programas de Visitas Domiciliares para promoção do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)	9,7 \pm 0,5	3,6 \pm 2,7	6,4 \pm 2,9
Iniciativas para melhor distribuição e uso da Caderneta de Saúde da Criança	9,7 \pm 0,8	7,2 \pm 1,6	8,5 \pm 1,8
Apropriação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH na Atenção Integral à Saúde da Criança	9,8 \pm 0,6	5,4 \pm 2,3	8,1 \pm 1,5

Nota: Elaboração própria

Os coordenadores estaduais atribuem elevada importância às iniciativas de visitas domiciliares para a promoção do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI), às iniciativas para melhor distribuição e uso da Caderneta de Saúde da Criança e à apropriação dos princípios, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), ainda que as notas tenham variado de 7 a 10.

Porém, avaliam que há dificuldades na implantação das iniciativas de visitas domiciliares para a promoção do DPI, chamando atenção a incidência de notas zero atribuídas pelos coordenadores para a situação atual, bem como a baixa expectativa de melhora nesse tema. Esses achados podem estar relacionados com o fato de que a realização dessas visitas domiciliares requer investimentos estruturais e articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde da criança.

É importante destacar que esse tema não trata de qualquer visita domiciliar, apenas para acompanhamento das condições biológicas da criança, mas de visita que se ocupa do cuidado de forma mais abrangente, incluindo a questão do vínculo familiar, da importância

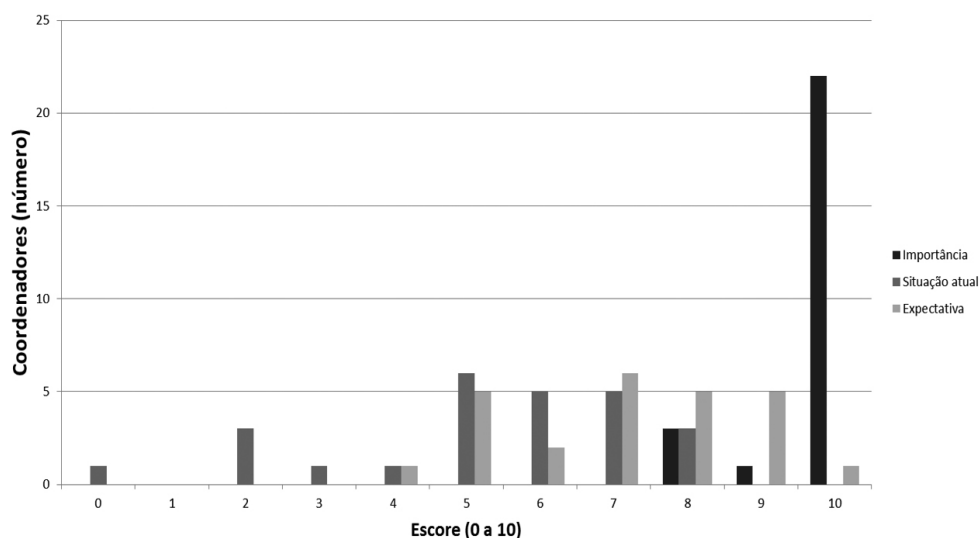
do lúdico para o bebê, visando ao desenvolvimento pleno da infância. Essa constatação parece estar em consonância com os dados encontrados sobre as dificuldades na articulação das Redes de Atenção.

Os coordenadores de saúde dos estados avaliam positivamente as iniciativas para melhor distribuição e uso da Caderneta de Saúde da Criança, tanto no que se refere à situação atual, quanto à expectativa de melhora. A estratégia de registro e monitoramento de dados sobre a saúde da criança, especialmente no que diz respeito à imunização e ao crescimento e desenvolvimento, encontra-se historicamente consolidada na Atenção Básica (AB), o que poderia explicar esse resultado.

Os dados sobre a situação atual apontam para dificuldades na apropriação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH. Entretanto, verifica-se uma importante expectativa de melhora, o que tende a contribuir para a consolidação das demais iniciativas analisadas neste bloco.

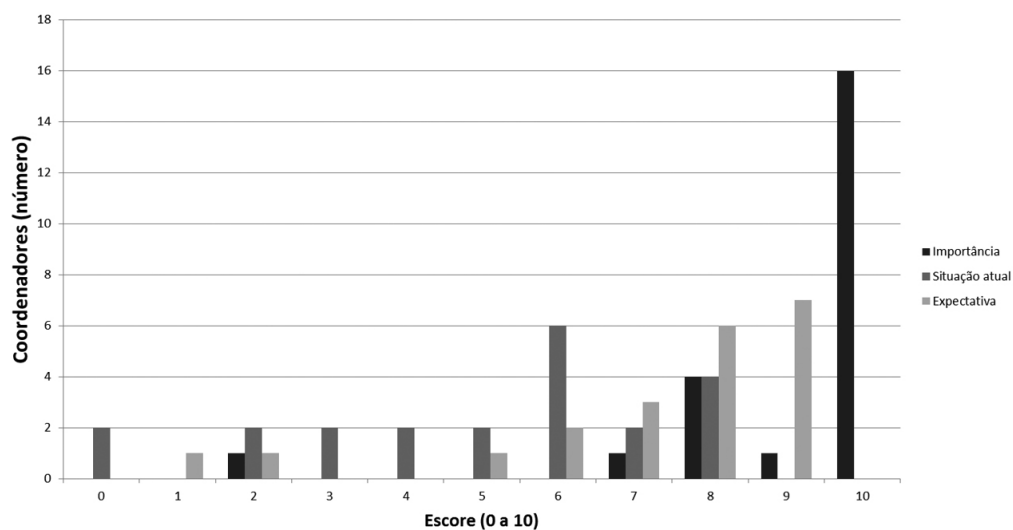
Bloco 8: Crianças em situação de vulnerabilidade

Gráfico 29. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Iniciativas relacionadas à implementação da linha de cuidado às crianças e famílias em situação de violência



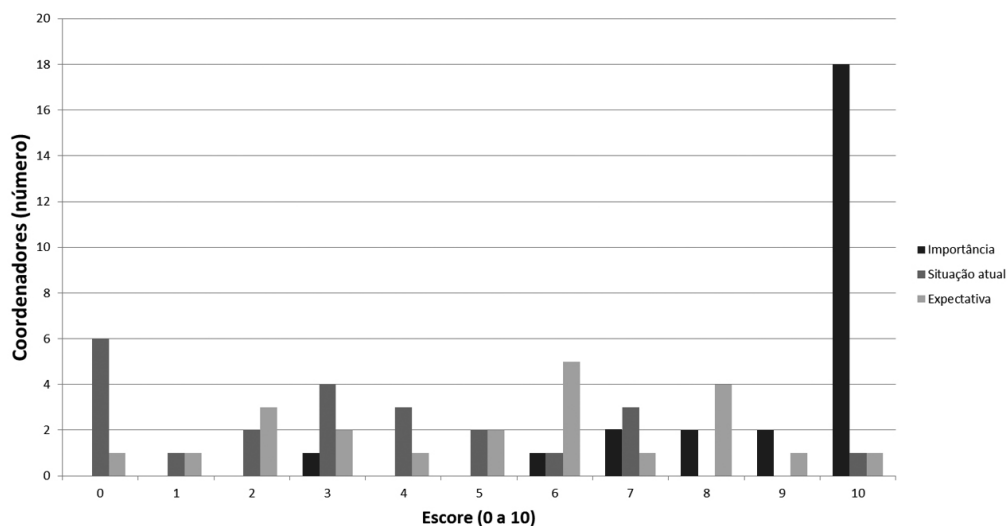
Nota: Elaboração própria

Gráfico 30. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Iniciativas em parceria com a saúde indígena



Nota: Elaboração própria

Gráfico 31. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Iniciativas voltadas a crianças filhas de mulheres privadas de liberdade



Nota: Elaboração própria

Tabela 8. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em seu estado, quanto às crianças em situação de vulnerabilidade

	Importância	Situação	Expectativa
Iniciativas relacionadas à implementação da linha de cuidado às crianças e famílias em situação de violência	9,7 \pm 0,7	5,2 \pm 2,2	7,2 \pm 1,6
Iniciativas em parceria com a saúde indígena	9,2 \pm 1,8	4,8 \pm 2,5	7,1 \pm 2,2
Iniciativas voltadas a crianças filhas de mulheres privadas de liberdade	9,2 \pm 1,7	3,3 \pm 2,8	5,4 \pm 2,7

Nota: Elaboração própria

As iniciativas relacionadas com a implementação da linha de cuidado às crianças e famílias em situação de violência configuram estratégias cuja implantação dependem tanto da discussão sobre os valores da sociedade a este respeito como da articulação de um elevado número de atores e de investimentos na intersetorialidade, prevendo trabalho que inclua os órgãos de assistência social, justiça e segurança pública. O elevado número de variáveis a serem consideradas na implantação dessas iniciativas pode explicar as dificuldades na situação atual e a modesta expectativa

de melhora, que no gráfico se apresenta por meio de uma curva achatada à esquerda.

A distribuição de dados encontrada no gráfico referente às iniciativas voltadas a crianças filhas de mulheres privadas de liberdade destaca-se por fugir do padrão encontrado nos demais gráficos analisados até então. Apesar da importância atribuída ser relativamente elevada, com média de 9,2, ressalta-se a ampla variabilidade das respostas dos coordenadores, sendo que alguns atribuíram notas 3 e 6 nesse aspecto, o que é qualitativamente significativo. Da mesma forma,

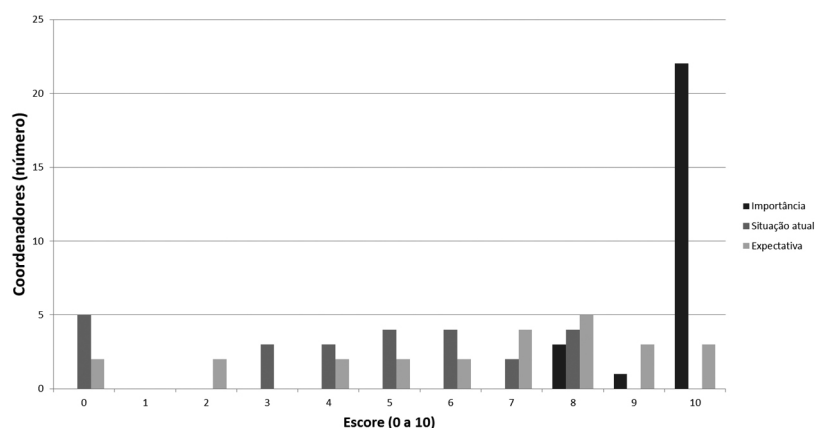
muitos coordenadores atribuíram nota zero na situação atual, e a expectativa de melhora aparece distribuída por todo o eixo horizontal, diferentemente do padrão habitual, que apresenta concentração dos dados relativos à expectativa de melhora à direita do eixo. Esse posicionamento dos coordenadores pode configurar um reflexo de como a discussão da política prisional se dá na sociedade.

Os dados referentes às iniciativas em parceria com a saúde indígena, no que se refere à importância atribuída e à situação atual,

mantêm um padrão semelhante ao das iniciativas voltadas a crianças filhas de mulheres privadas de liberdade. Contudo, apresentam maior expectativa de melhora, o que pode apontar para a modificação da relação e/ou maior aproximação entre os órgãos responsáveis pela saúde indígena e os demais setores da saúde, nas diversas esferas de governo.

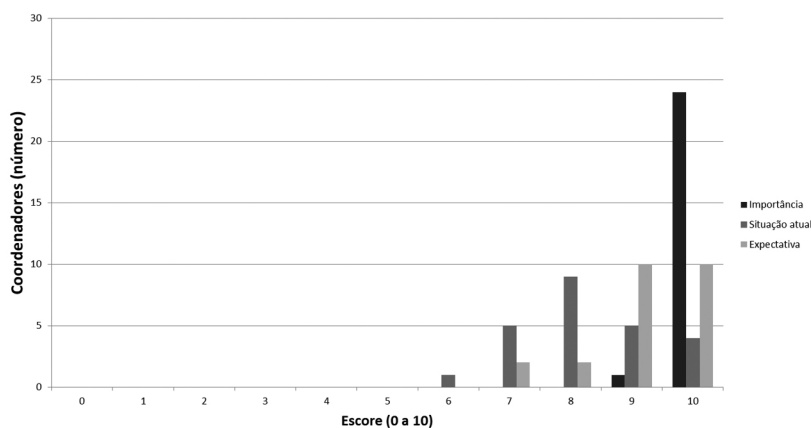
Bloco 9: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância e imunização

Gráfico 32. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)



Nota: Elaboração própria

Gráfico 33. Percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual nos seus estados e expectativas de avanços em: Programa Nacional de Imunização



Nota: Elaboração própria

Tabela 9. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em seu estado, quanto ao AIDPI e imunização

	Importância	Situação	Expectativa
Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)	9,7 \pm 0,7	4,4 \pm 2,8	6,3 \pm 3,0
Programa Nacional de Imunização	10,0 \pm 0,2	8,2 \pm 1,1	9,2 \pm 0,9

Nota: Elaboração própria

Ambas as iniciativas — AIDPI e Programa Nacional de Imunização (PNI) — são desenvolvidas majoritariamente pela AB e contribuem significativamente para a redução da mortalidade infantil. No entanto, as notas atribuídas pelos coordenadores ao PNI são superiores às atribuídas ao AIDPI, para a importância e, ainda mais, para a situação atual e expectativa de melhora.

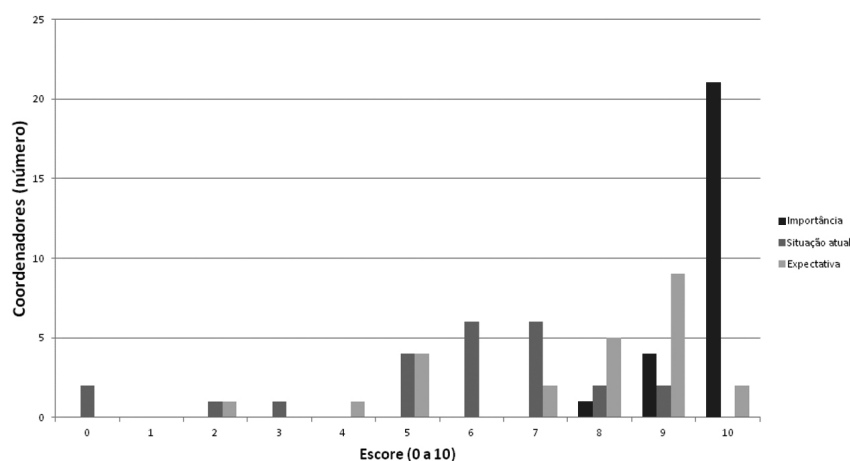
Vale ressaltar que o PNI está consolidado no cenário nacional e vai ao encontro da tradição preventivista que prevaleceu por décadas na saúde coletiva, enquanto o AIDPI incorpora ações assistenciais às de promoção de saúde e de prevenção de agravos, no âmbito da AB. Essa poderia ser uma das possíveis explicações para as dificuldades de implantação e para a modesta expectativa de melhora

relatada pelos coordenadores para o AIDPI. Outra possibilidade é de que a melhora das condições socio sanitárias e a mudança no perfil dos agravos mais comuns da infância tenham afetado a valorização dessa estratégia, refletindo em sua situação atual e expectativa de avanço.

Estudo da percepção dos coordenadores de saúde da criança das capitais sobre os temas da PNAISC

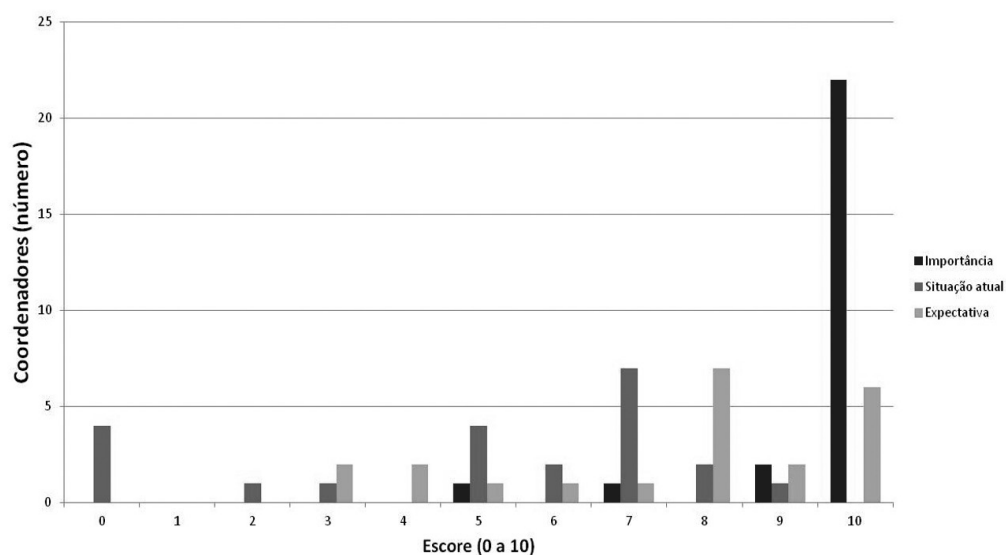
Bloco 1: Boas Práticas Obstétricas e Neonatais

Gráfico 34. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativas de avanços em: Boas Práticas Obstétricas e Neonatais nas maternidades



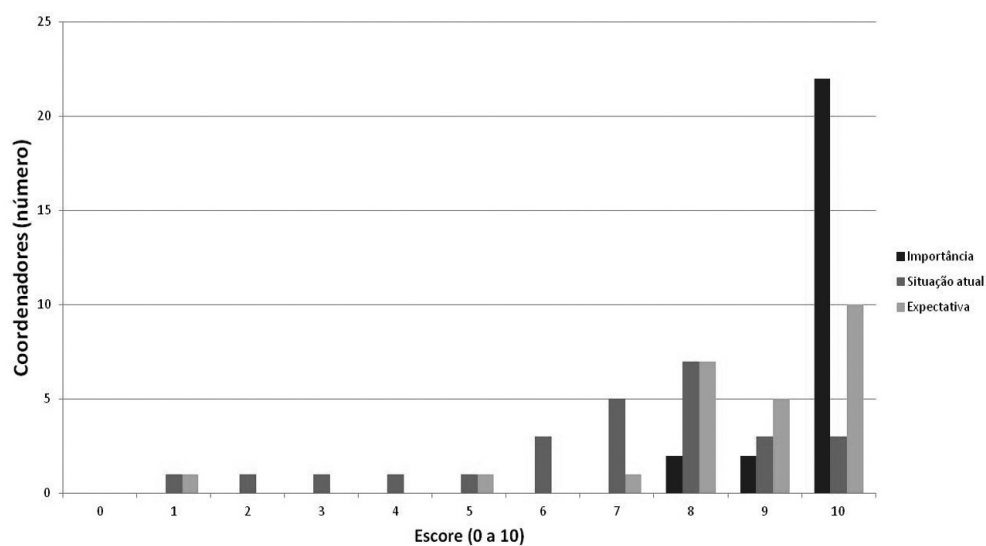
Nota: Elaboração própria

Gráfico 35. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativas de avanços em: Método Canguru



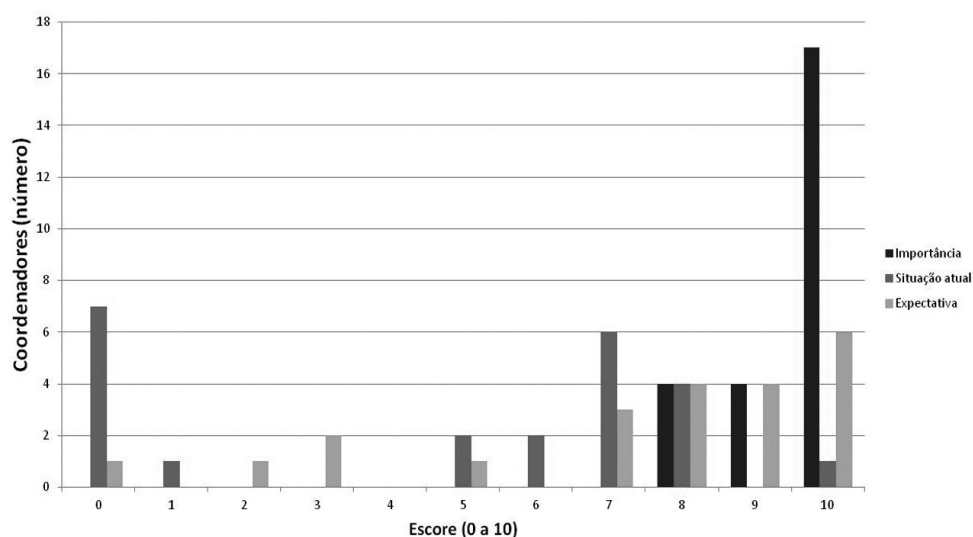
Nota: Elaboração própria

Gráfico 36. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativas de avanços em: Vigilância de Óbitos Neonatais e Infantis



Nota: Elaboração própria

Gráfico 37. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativas de avanços em: Fórum Perinatal



Nota: Elaboração própria

Tabela 10. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em sua capital, a respeito das Boas Práticas Obstétricas e Neonatais nas maternidades, Método Canguru, Vigilância de Óbitos Neonatais e Infantis e Fórum Perinatal

	Importância	Situação	Expectativa
Implementação das Boas Práticas Obstétricas e Neonatais nas maternidades	9,7 \pm 0,6	5,6 \pm 2,1	7,5 \pm 1,9
Método Canguru	9,5 \pm 1,3	5,4 \pm 2,6	7,3 \pm 2,4
Vigilância de Óbitos Neonatais e Infantis	9,7 \pm 0,7	7,0 \pm 2,3	8,4 \pm 2,2
Fórum Perinatal	9,4 \pm 0,8	4,7 \pm 3,5	7,0 \pm 3,1

Nota: Elaboração própria

Os coordenadores das capitais consideraram importantes todos os itens referentes às Boas Práticas Obstétricas e Neonatais. Para a implementação das Boas Práticas Obstétricas e Neonatais e Vigilância de Óbitos Neonatais e Infantis, as notas atribuídas variaram de 8 a 10. O Fórum Perinatal apresenta a menor média do bloco sobre a importância, e embora as respostas tenham variado de 8 a 10, maior número de coordenadores atribuiu notas 8 e 9. Ainda quanto à importância, o Método Canguru apresentou maior variabilidade nos

territórios, tendo sido atribuídas notas 5, 7, 9 e 10 pelos coordenadores.

Apesar da importância referida, os coordenadores apontam dificuldades para a implantação desses dispositivos, como se pode observar pelas médias das notas atribuídas para a situação atual. Destaca-se as dificuldades para implantação do Fórum Perinatal, que além de apresentar a menor média sobre a importância, também apresentou menor média sobre situação atual, sendo que sete coordenadores atribuíram nota zero neste aspecto.

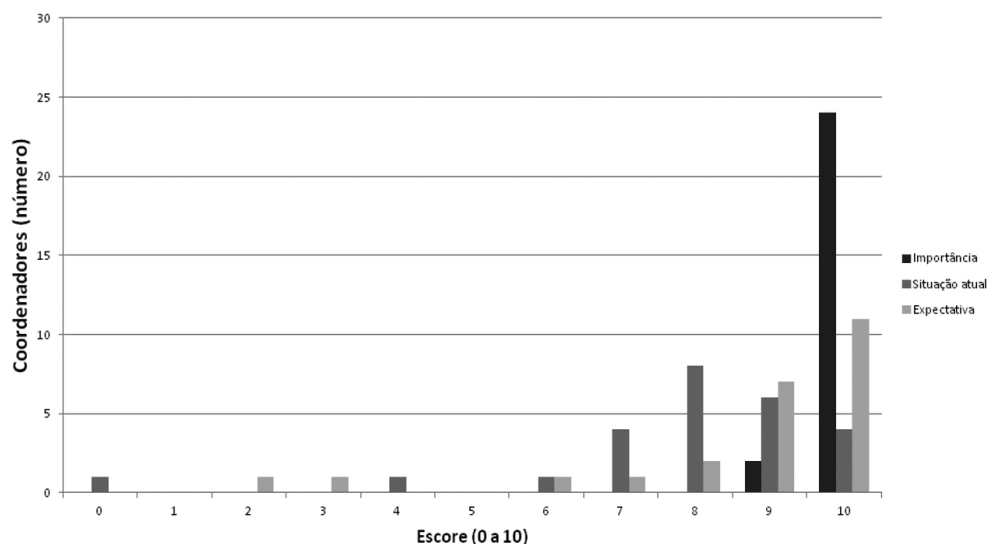
Essa dificuldade pode decorrer do fato de que a implantação do Fórum Perinatal depende do incremento de participação de diferentes atores sociais envolvidos nesta temática.

No entanto, nota-se que existe uma

importante expectativa de melhora para todos os dispositivos mencionados.

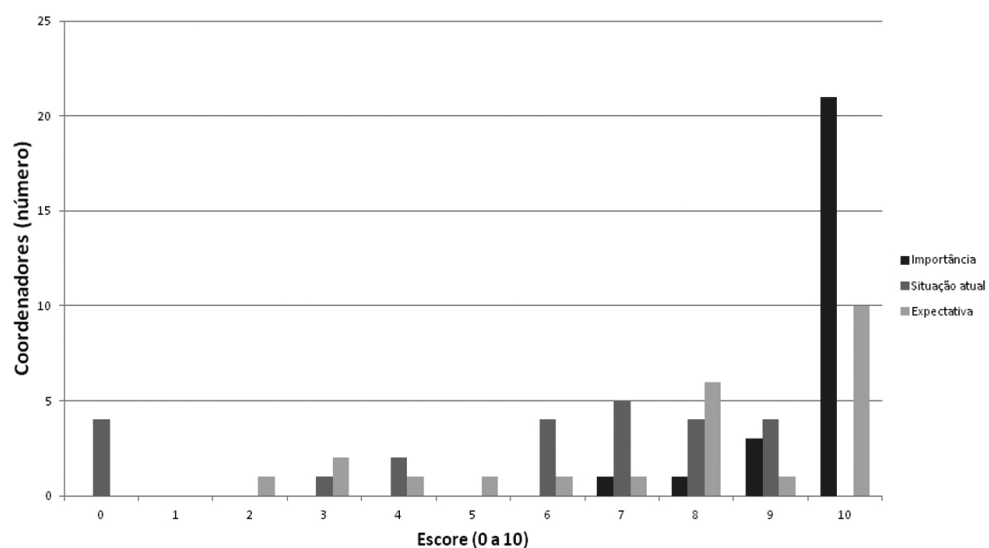
Bloco 2: Triagem Neonatal

Gráfico 38. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços sobre a: Triagem Neonatal (teste do pezinho)



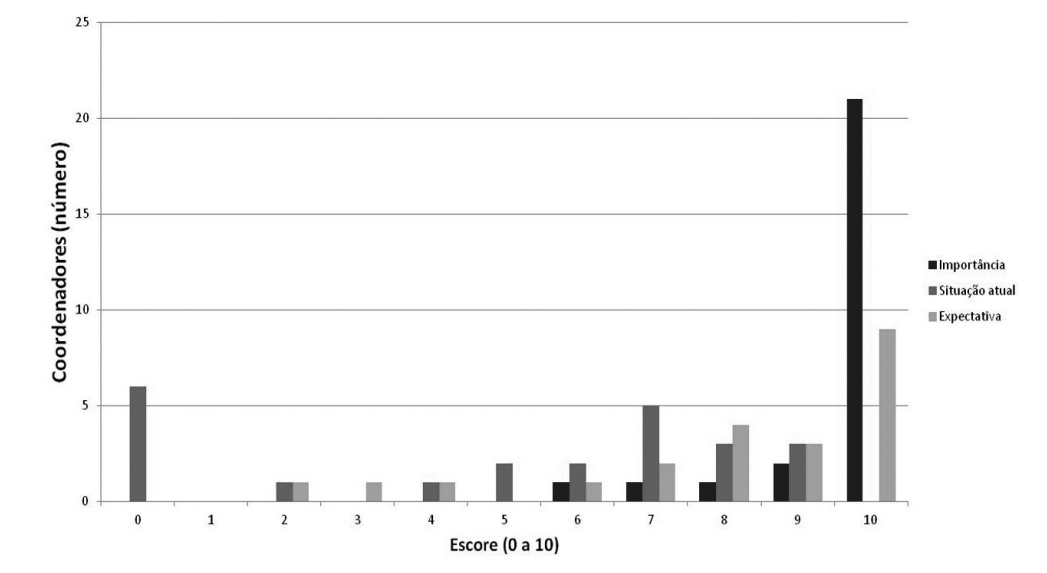
Nota: Elaboração própria

Gráfico 39. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços sobre a: Triagem Neonatal (teste da orelhinha)



Nota: Elaboração própria

Gráfico 40. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços de: Triagem Neonatal (teste do olhinho)



Nota: Elaboração própria

Tabela 11. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em sua capital, a respeito da Triagem Neonatal (teste do pezinho, teste da orelhinha e teste do olhinho)

	Importância	Situação	Expectativa
Triagem Neonatal (teste do pezinho)	9,9 \pm 0,3	8,2 \pm 1,1	8,5 \pm 2,4
Triagem Neonatal (teste da orelhinha)	9,7 \pm 0,8	5,8 \pm 3,1	7,5 \pm 2,8
Triagem Neonatal (teste do olhinho)	9,5 \pm 1,1	5,1 \pm 3,3	7,8 \pm 2,6

Nota: Elaboração própria

Observamos que os três testes referentes à Triagem Neonatal são reconhecidos como importantes pelos coordenadores de saúde da criança das capitais, sendo o teste do pezinho o mais reconhecido entre eles. Vale ressaltar que a variação no desvio padrão mostra maior variabilidade de notas nos testes da orelhinha e do olhinho, que receberam também notas entre 6 e 8.

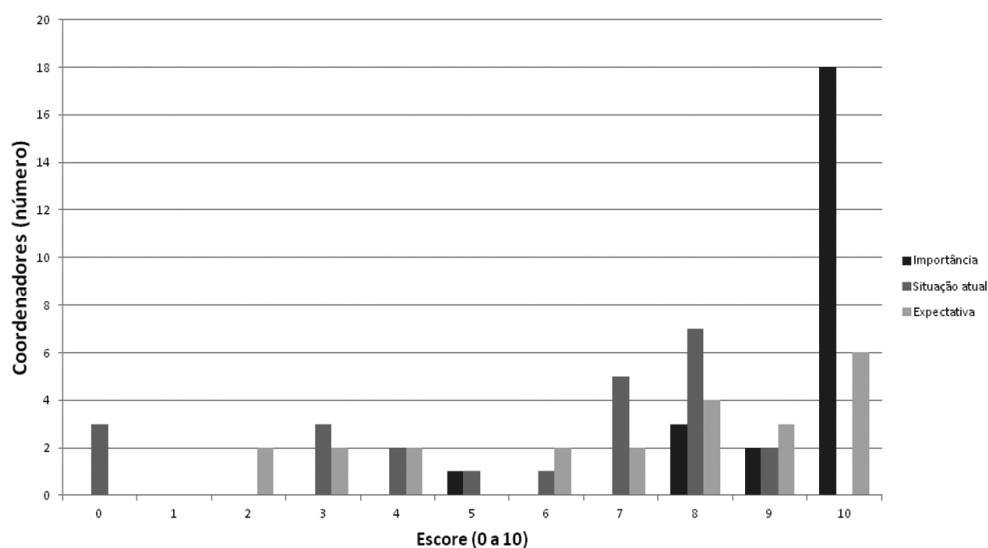
No que se refere à situação atual, verifica-se que, na percepção dos coordenadores, o teste do pezinho encontra-se em melhores condições de implantação, em relação aos testes da orelhinha e do olhinho. O teste da orelhinha e o teste do olhinho receberam

mais notas zero quanto à sua implantação nas capitais, se comparados ao teste do pezinho.

Os coordenadores apontam expectativa de melhora em toda a triagem neonatal. Em números absolutos, a média da expectativa de melhora em relação ao teste do pezinho é a maior em relação às dos outros dois testes. Porém, se considerarmos o deslocamento em relação à média da situação atual de implantação, o teste da orelhinha e o teste do olhinho apresentam uma expectativa de melhora maior do que o teste do pezinho. Esses dados podem ser atribuídos ao fato da implantação do teste do pezinho estar mais bem consolidada.

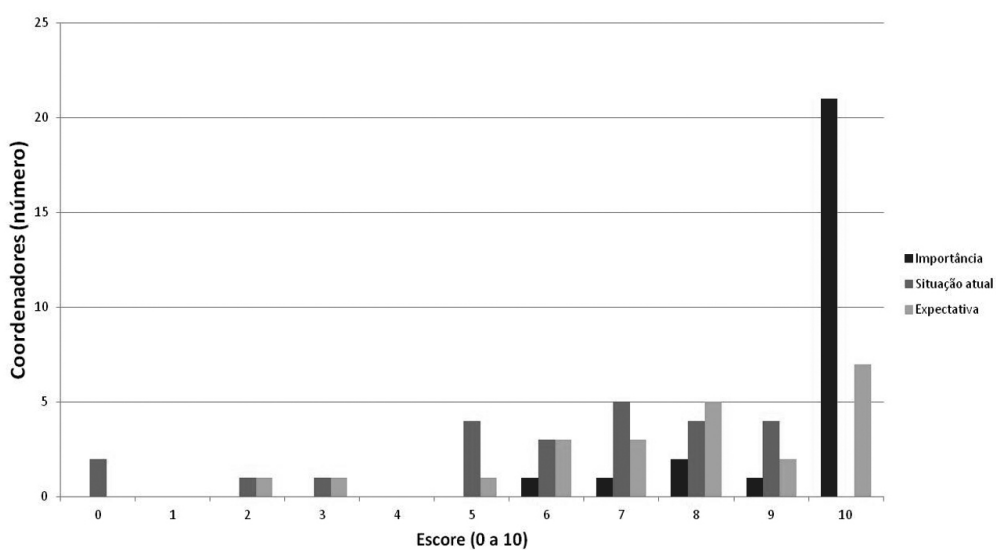
Bloco 3: Aleitamento Materno

Gráfico 41. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços sobre a: Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)



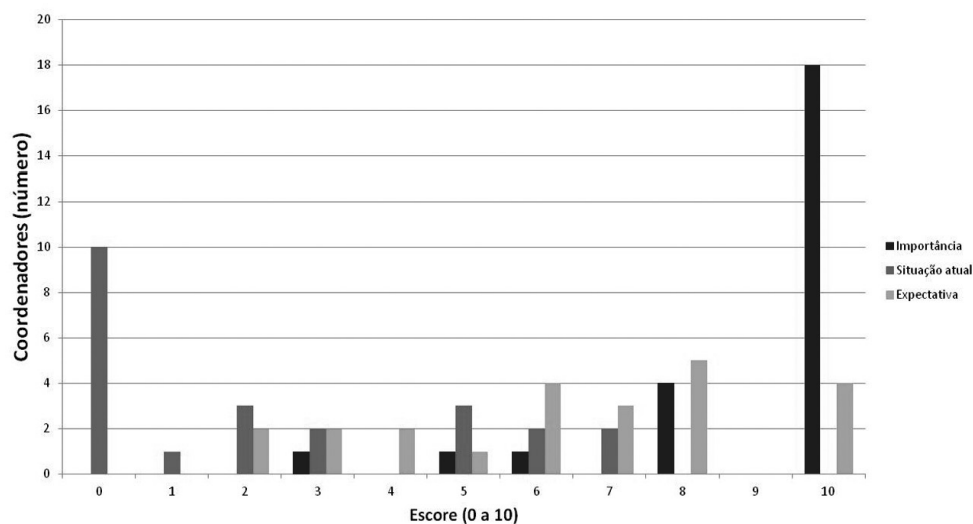
Nota: Elaboração própria

Gráfico 42. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços de: Rede de Bancos de Leite Humano



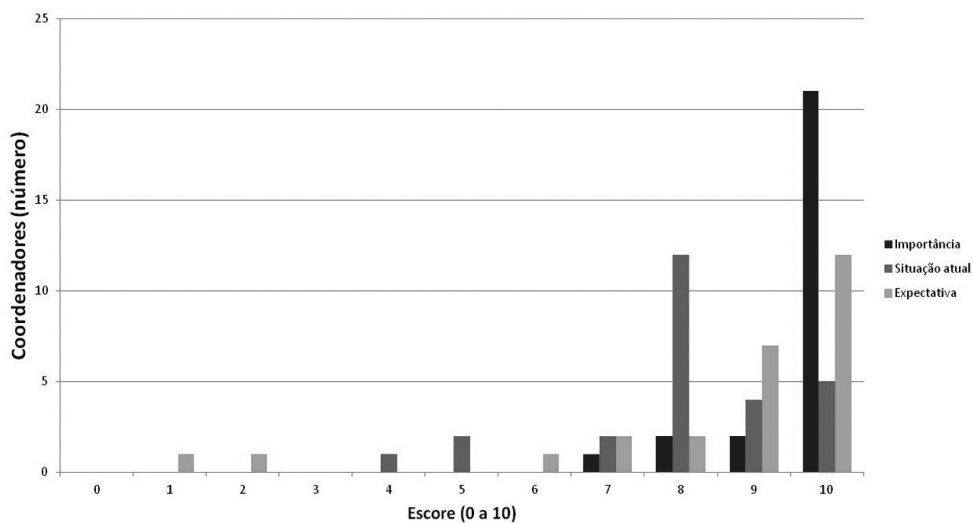
Nota: Elaboração própria

Gráfico 43. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços de: Mulher Trabalhadora que Amamenta



Nota: Elaboração própria

Gráfico 44. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços de: Campanhas de Mobilização pelo Aleitamento Materno



Nota: Elaboração própria

Tabela 12. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em sua capital, quanto ao Aleitamento Materno

	Importância	Situação	Expectativa
Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)	9,3 \pm 1,3	5,5 \pm 2,8	6,8 \pm 2,7
Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	9,5 \pm 1,2	5,3 \pm 2,3	7,9 \pm 1,8
Rede de Bancos de Leite Humano	9,5 \pm 1,2	6,3 \pm 1,9	7,4 \pm 2,3
Mulher Trabalhadora que Amamenta	8,8 \pm 2,0	2,1 \pm 2,4	6,2 \pm 2,6
Campanhas de Mobilização pelo Aleitamento Materno	9,6 \pm 0,9	7,9 \pm 1,6	8,2 \pm 2,6

Nota: Elaboração própria

O Programa Mulher Trabalhadora que Amamenta é avaliado pelos coordenadores de saúde da criança das capitais como apresentando muita dificuldade em sua implantação, com a maioria das notas da situação atual igual ou menor que 3 e com elevada frequência de notas zero. Também em relação à importância atribuída a essa estratégia, a avaliação difere da tendência geral dos outros temas, apresentando grande variação no território nacional, incluindo notas 3, 5 e 6.

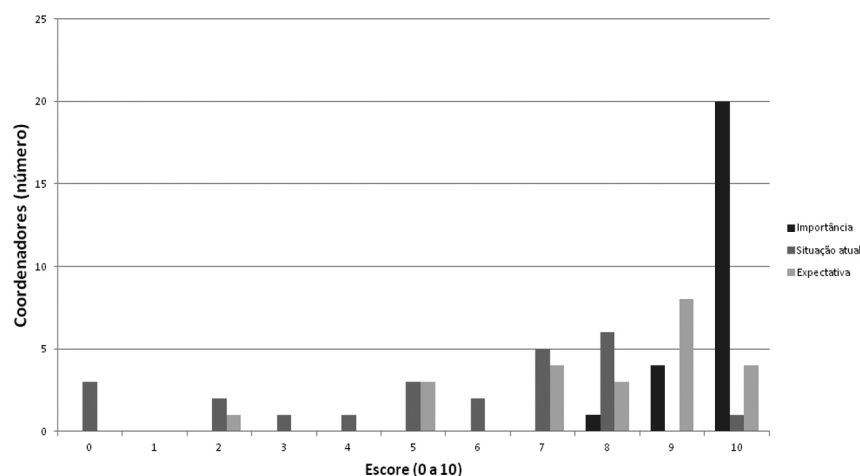
A avaliação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, da Rede de Banco de Leite Humano e das Campanhas de Mobilização pelo Aleitamento Materno é parecida,

apresentando média de importância em torno de 9,5, situação atual que se concentra em notas iguais ou superiores a 5 e uma média de expectativa de melhora em torno de 7,8. Vale ressaltar que o desvio padrão é elevado, o que denota grande variabilidade de implantação nos territórios.

Quanto à IHAC, os coordenadores atribuíram a segunda menor média de importância do bloco e sinalizam dificuldade em sua implantação, com média da situação atual de 5,5 e modesta expectativa de melhora.

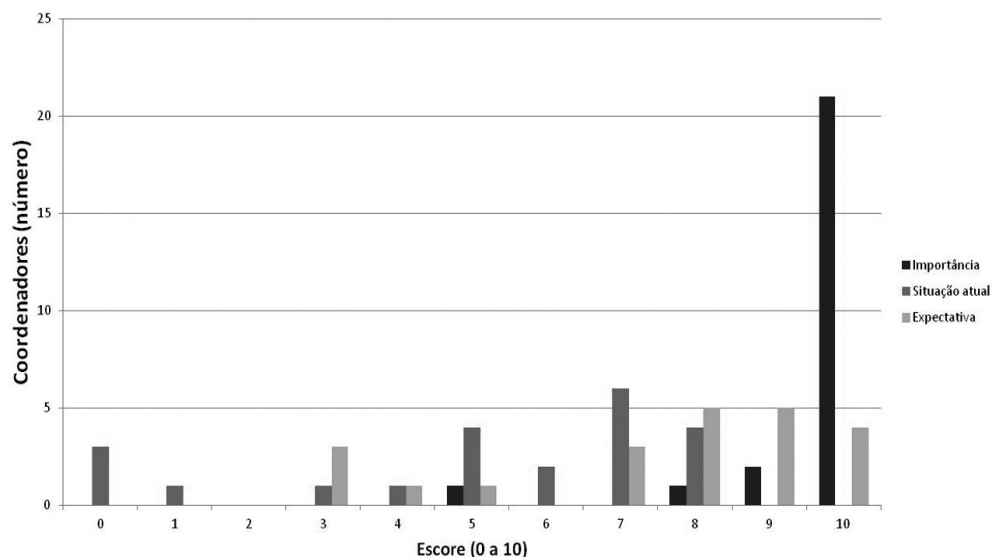
Bloco 4: Atenção Neonatal

Gráfico 45. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços sobre a: Qualificação e ampliação de leitos neonatais



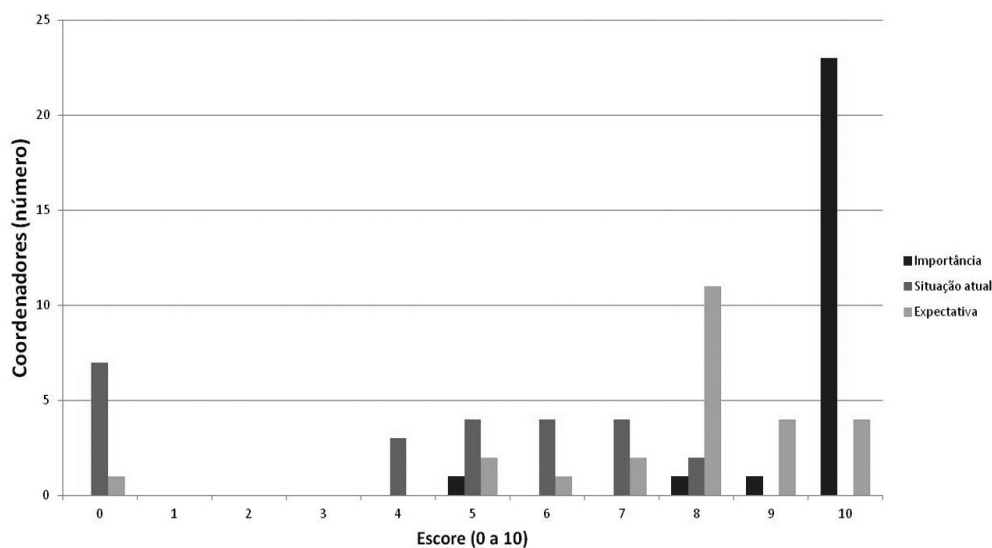
Nota: Elaboração própria

Gráfico 46. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços de: Implementação do ambulatório de seguimento do RN de risco



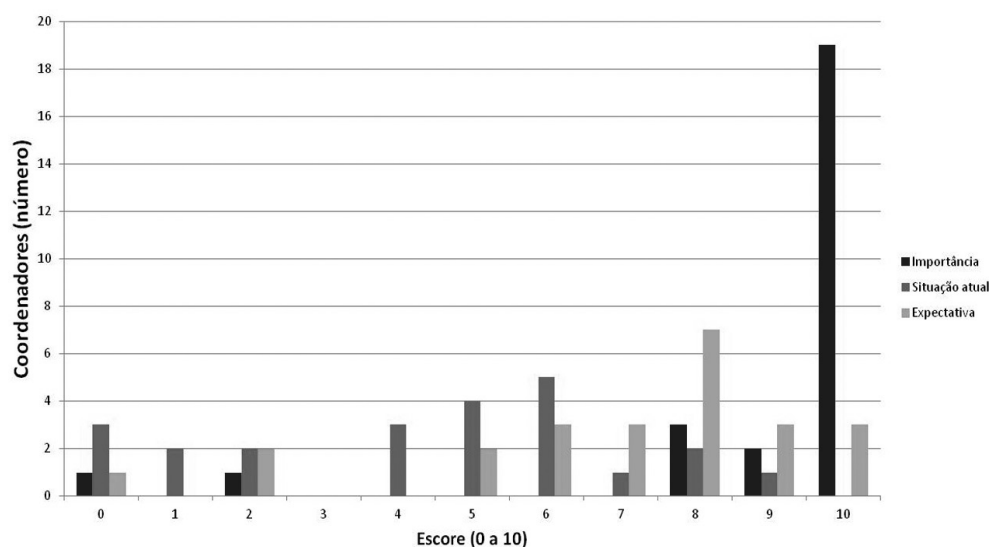
Nota: Elaboração própria

Gráfico 47. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços em: AIDPI Neonatal



Nota: Elaboração própria

Gráfico 48. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços em: Iniciativas em capacitação de profissionais em reanimação neonatal



Nota: Elaboração própria

Tabela 13. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em sua capital, quanto à Atenção Neonatal

	Importância	Situação	Expectativa
Qualificação e ampliação de leitos neonatais	9,7 \pm 0,6	5,4 \pm 2,9	7,8 \pm 1,6
Implementação do ambulatório de seguimento do RN de risco	9,5 \pm 1,2	5,3 \pm 2,8	7,0 \pm 2,4
AIDPI Neonatal	9,6 \pm 1,2	4,0 \pm 3,1	7,3 \pm 2,2
Iniciativas em capacitação de profissionais em reanimação neonatal	8,7 \pm 2,8	4,3 \pm 2,7	6,5 \pm 2,7

Nota: Elaboração própria

Neste bloco, o componente relacionado com a qualificação e ampliação dos leitos neonatais foi o que recebeu dos coordenadores as maiores notas quanto à importância. Embora a situação atual esteja aquém da importância atribuída, com elevada variabilidade nos territórios, apresenta considerável expectativa de melhora nos próximos dois anos. Esses resultados podem estar associados aos crescentes incentivos federais disponibilizados nos últimos anos.

A implementação do ambulatório de

seguimento do RN de risco e do AIDPI Neonatal apresentam comportamentos parecidos no que se refere à importância atribuída, com médias em torno de 9,5 e com elevada variação entre os territórios. No entanto, apesar da importância atribuída, os coordenadores referem dificuldades para a implantação desses temas, especialmente para o AIDPI Neonatal, que apresentou sete notas zero e a menor média do bloco para situação atual.

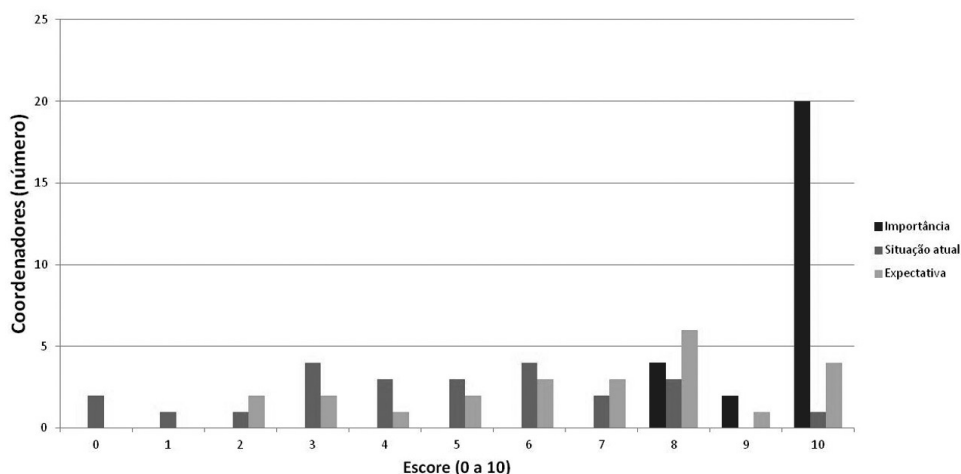
A importância referida pelos coordenadores ao tema das iniciativas em capacitação

de profissionais em reanimação neonatal apresenta média de 8,7, a menor do grupo. Vale ressaltar que essa média pode ter sido influenciada pela atribuição de uma nota zero e de uma nota 2, deslocando a média para baixo. A dificuldade de implantação dessa iniciativa nos territórios e a reduzida expectativa de melhora chamam a atenção. Como se trata de

uma ação que depende menos de recursos financeiros dos estados e capitais, e para a qual o MS tem oferta sistemática de cursos, poder-se-ia esperar que os coordenadores tivessem apresentado menores dificuldades na implantação e maior expectativa de melhora.

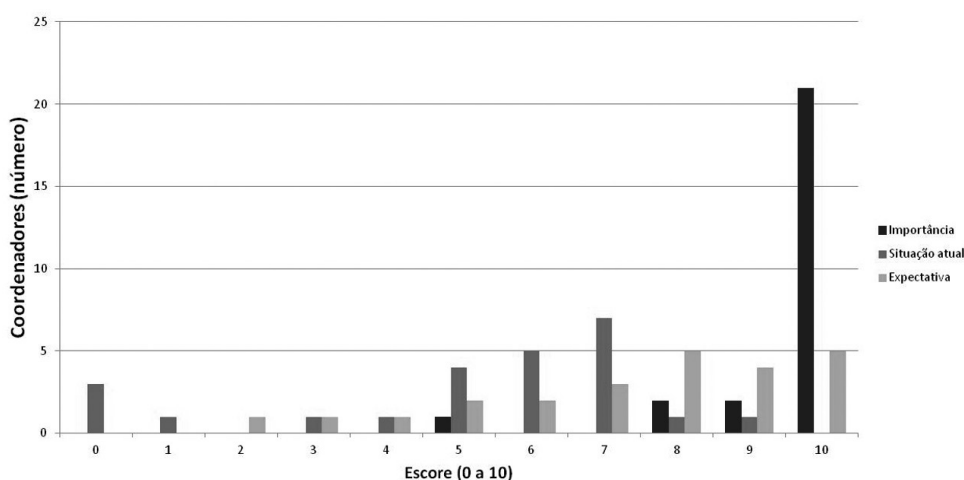
Bloco 5: Redes de Atenção

Gráfico 49. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços de: Implementação das ações de saúde da criança da Rede de Atenção Psicossocial (Raps)



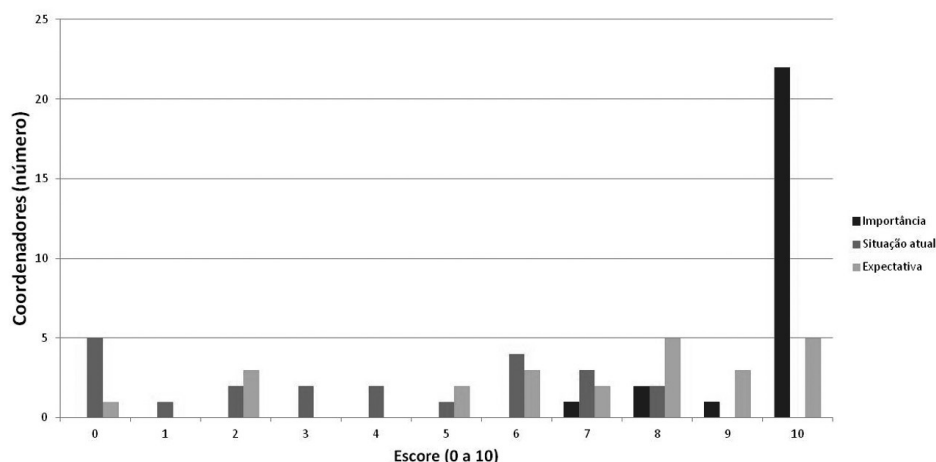
Nota: Elaboração própria

Gráfico 50. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços de: Implementação das ações de saúde da criança da Rede de Urgência e Emergência (RUE)



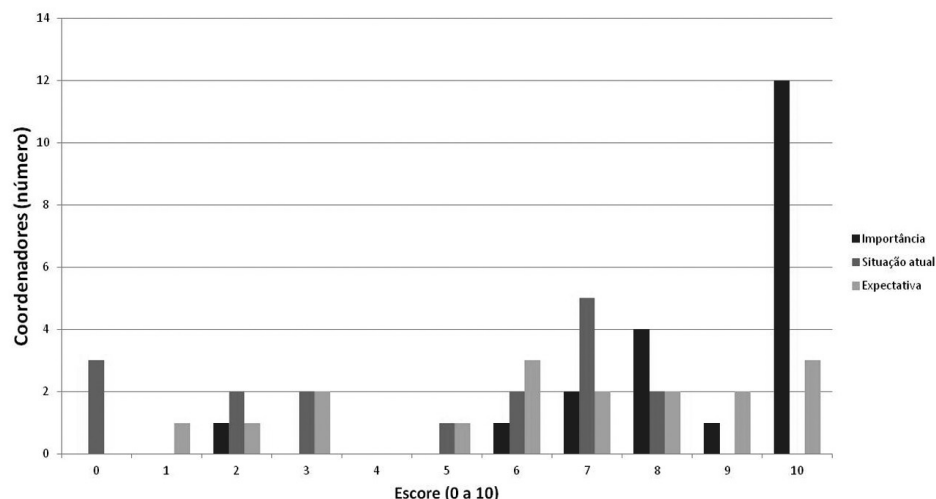
Nota: Elaboração própria

Gráfico 51. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços de: Implementação das ações de saúde da criança da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência



Nota: Elaboração própria

Gráfico 52. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços em: Linha de cuidado do trauma



Nota: Elaboração própria

Tabela 14. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em sua capital, quanto às Redes de Atenção*

	Importância	Situação	Expectativa
Implementação das ações de Saúde da Criança da Rede de Atenção Psicossocial (Raps)	9,7 \pm 0,7	4,6 \pm 2,9	6,3 \pm 2,7
Implementação das ações de Saúde da Criança da Rede de Urgência e Emergência (RUE)	9,5 \pm 1,2	5,2 \pm 2,6	7,1 \pm 2,4

Tabela 14. (cont.)

Implementação das ações de saúde da criança da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	9,7 ± 0,8	4,2 ± 2,9	6,5 ± 3,2
Linha de cuidado do trauma	8,3 ± 2,2	4,5 ± 3,1	6,1 ± 3,0

Nota: Elaboração própria

*Por sua importância e centralidade na saúde da criança, a Rede Cegonha foi avaliada por meio de suas diversas iniciativas, discutidas nos demais blocos temáticos

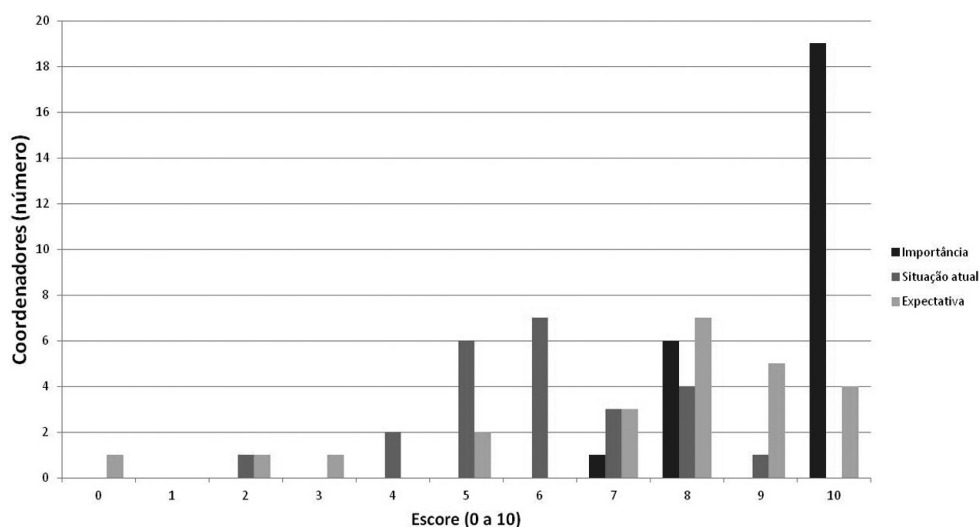
Embora os coordenadores das capitais tenham atribuído elevada importância à implementação das Redes de Atenção, a linha de cuidado do trauma apresenta menor média de importância e maior variabilidade nos territórios.

Os dados apontam dificuldades na implementação das Redes de Atenção: as médias atribuídas pelos coordenadores quanto à situação atual concentram-se em torno de 4,6,

com grande variabilidade entre as capitais. A implantação das Redes constitui estratégias relativamente novas no cenário nacional e depende de ações intersetoriais, articulação interfederativa e superação do modelo fragmentado de atenção à saúde.

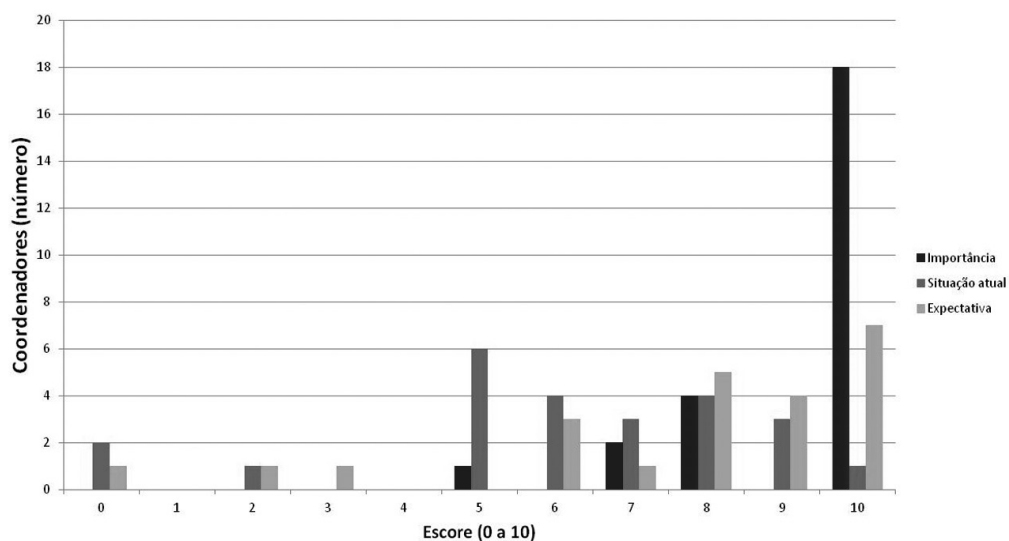
Bloco 6: Brasil Carinhoso e Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil

Gráfico 53. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços de: Programa de Suplementação de Ferro (Brasil Carinhoso)



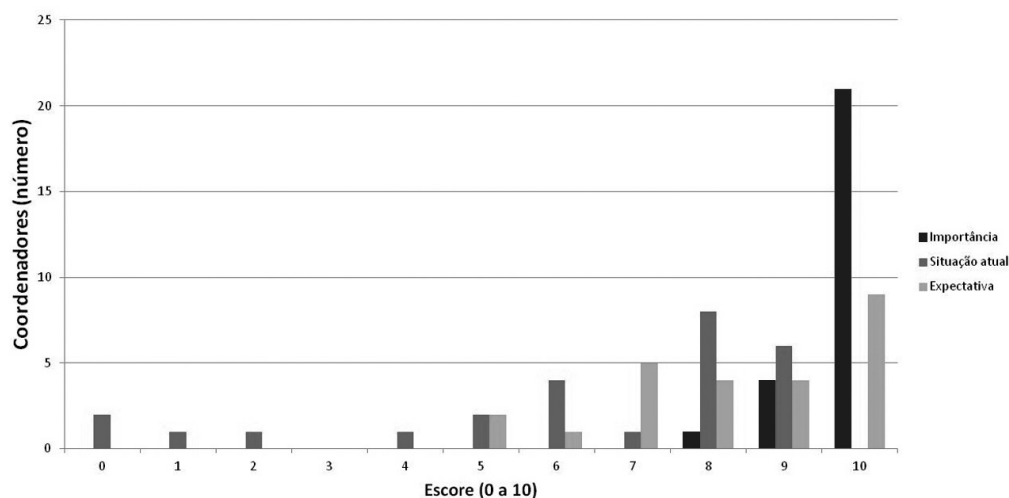
Nota: Elaboração própria.

Gráfico 54. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços de: Programa de Suplementação de Vitamina A (Brasil Carinhoso)



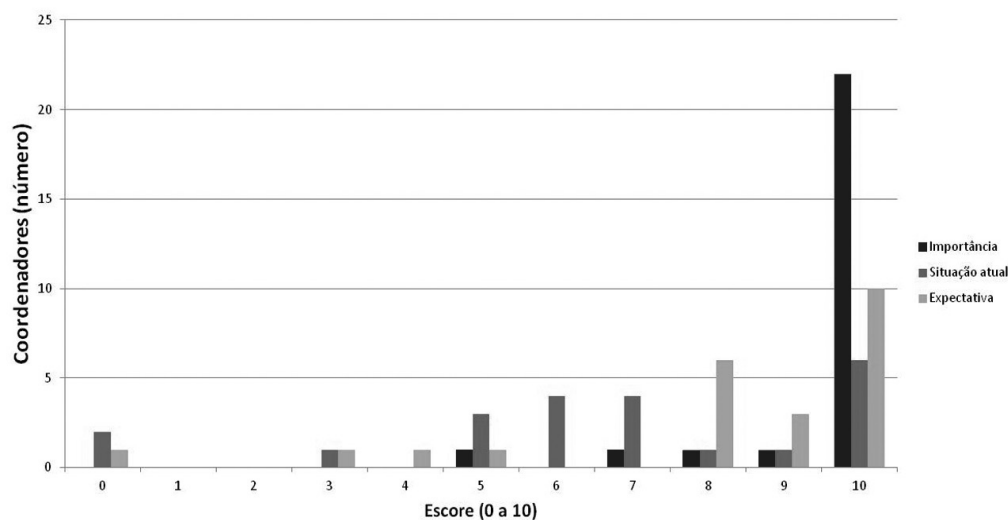
Nota: Elaboração própria

Gráfico 55. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços de: Programa Saúde na Escola (PSE) incluindo expansão para creches e pré-escolas (Brasil Carinhoso)



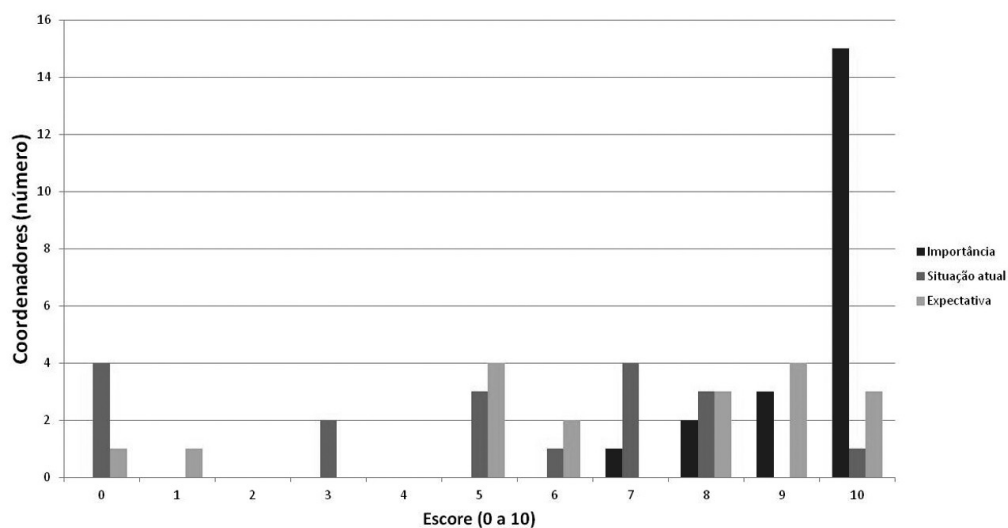
Nota: Elaboração própria

Gráfico 56. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativa de avanços de: Programa de Fornecimento Gratuito de Medicamentos para Asma na Farmácia Popular do Brasil (Brasil Carinhoso)



Nota: Elaboração própria

Gráfico 57. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativa de avanços de: Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (Andi)



Nota: Elaboração própria

Tabela 15. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em sua capital, quanto ao Brasil Carinhoso e Andi

	Importância	Situação	Expectativa
Programa de Suplementação de Ferro (Brasil Carinhoso)	9,4 \pm 1,0	6,2 \pm 1,4	6,9 \pm 2,8
Programa de Suplementação de Vitamina A (Brasil Carinhoso)	9,1 \pm 1,5	5,9 \pm 2,9	7,1 \pm 3,0
Programa Saúde na Escola (PSE) incluindo expansão para creches e pré-escolas (Brasil Carinhoso)	9,8 \pm 0,6	6,8 \pm 2,6	8,3 \pm 1,7
Programa de Fornecimento gratuito de medicamentos para Asma na Farmácia Popular do Brasil (Brasil Carinhoso)	9,5 \pm 1,3	6,9 \pm 2,9	7,8 \pm 3,0
Agenda de Intensificação Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (Andi)	9,4 \pm 1,0	4,6 \pm 3,0	6,7 \pm 2,4

Nota: Elaboração própria

Os gráficos referentes ao Programa de Suplementação de Ferro e de Vitamina A e ao de Fornecimento Gratuito de Medicamentos para Asma tendem a se comportar de modo parecido, com média de importância em torno de 9,3, situação atual que aponta para variabilidade de implantação entre os territórios e considerável expectativa de melhora.

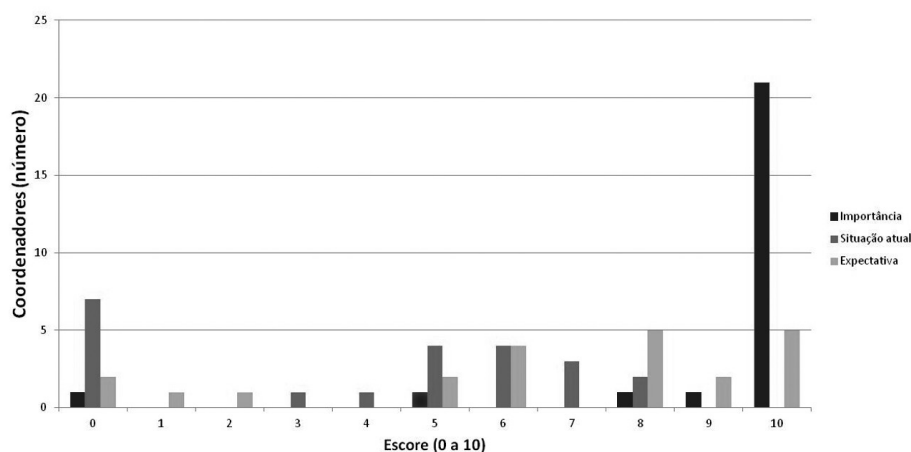
Em relação aos demais, o Programa Saúde na Escola chama atenção por apresentar a maior importância e a maior expectativa de melhora atribuída pelos coordenadores. É importante ressaltar que a implantação do PSE

depende de ações intersetoriais.

A Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (Andi) apresenta a menor média de situação atual, sendo que metade dos respondentes atribuiu notas iguais ou menores que 5, o que aponta para dificuldades em sua implantação.

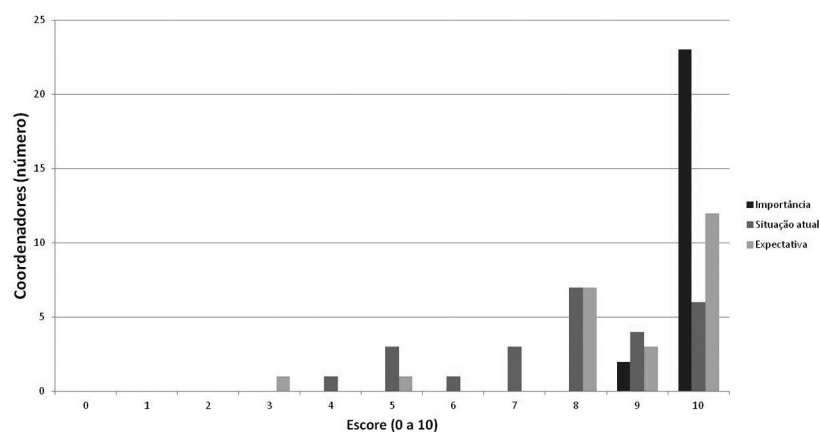
Bloco 7: Desenvolvimento na Primeira Infância, Caderneta de Saúde da Criança e diretrizes da Política Nacional de Humanização

Gráfico 58. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços de: Iniciativas de Programas de Visitas Domiciliares para promoção do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)



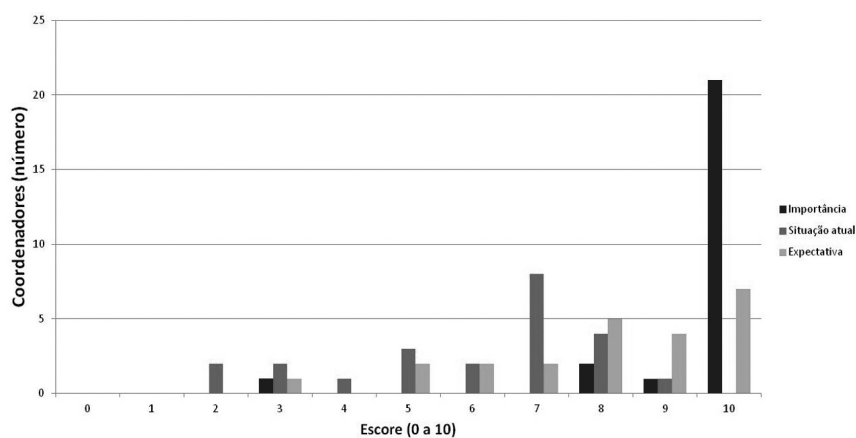
Nota: Elaboração própria

Gráfico 59. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços de: Iniciativas para melhor distribuição e uso da Caderneta de Saúde da Criança



Nota: Elaboração própria

Gráfico 60. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços em: Apropriação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH na Atenção Integral à Saúde da Criança



Nota: Elaboração própria

Tabela 16. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em sua capital, quanto ao DPI, Caderneta e PNH

	Importância	Situação	Expectativa
Iniciativas de Programas de Visitas Domiciliares para promoção do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)	9,1 \pm 2,5	4,2 \pm 3,0	6,1 \pm 3,5
Iniciativas para melhor distribuição e uso da Caderneta de Saúde da Criança	9,9 \pm 0,3	7,9 \pm 1,9	8,6 \pm 1,9
Apropriação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH na Atenção Integral à Saúde da Criança	9,4 \pm 1,6	6,3 \pm 1,8	8,0 \pm 2,0

Nota: Elaboração própria

Os coordenadores das capitais atribuem elevada importância às iniciativas para melhor distribuição e uso da Caderneta de Saúde da Criança. Para os itens referentes a visitas domiciliares para a promoção do DPI e à apropriação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH, embora sejam consideradas importantes, apresentam menores médias, maior variabilidade entre os territórios e incluem notas zero e 3.

Avaliam que há relevante dificuldade na implantação das iniciativas de visitas domiciliares para a promoção do DPI. O fato de vários coordenadores atribuírem nota zero para a situação atual e a baixa expectativa de melhora chamam a atenção. Como afirmamos anteriormente, esse tema não trata da visita

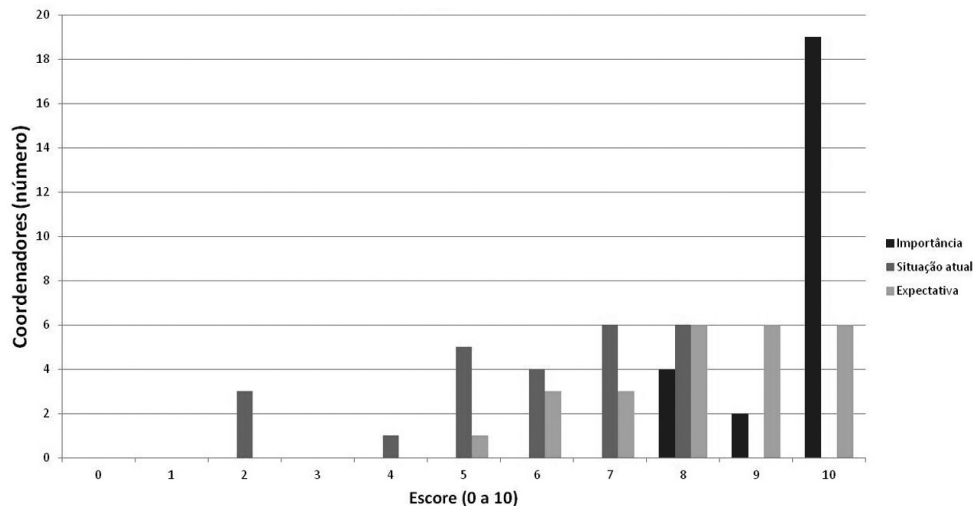
domiciliar corriqueira, direcionada apenas ao acompanhamento biomédico das crianças; o conceito de DPI envolve o cuidado ao bebê e sua família de forma mais abrangente.

As iniciativas para melhor distribuição e uso da Caderneta de Saúde da Criança parecem estar mais bem estabelecidas e com importante expectativa de melhora.

Quanto à apropriação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH, encontramos uma grande variação na avaliação da situação atual. Os coordenadores de saúde das capitais apontam expectativa de melhora importante.

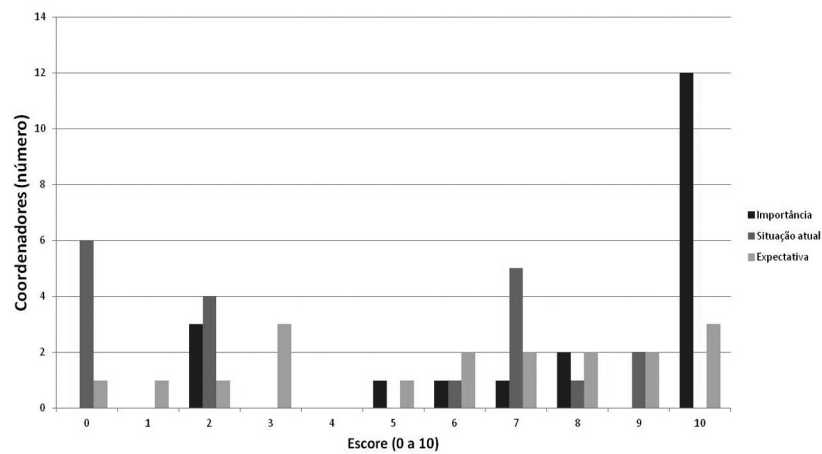
Bloco 8: Crianças em situação de vulnerabilidade

Gráfico 61. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços de: Iniciativas relacionadas à implementação da linha de cuidado às crianças e famílias em situação de violência



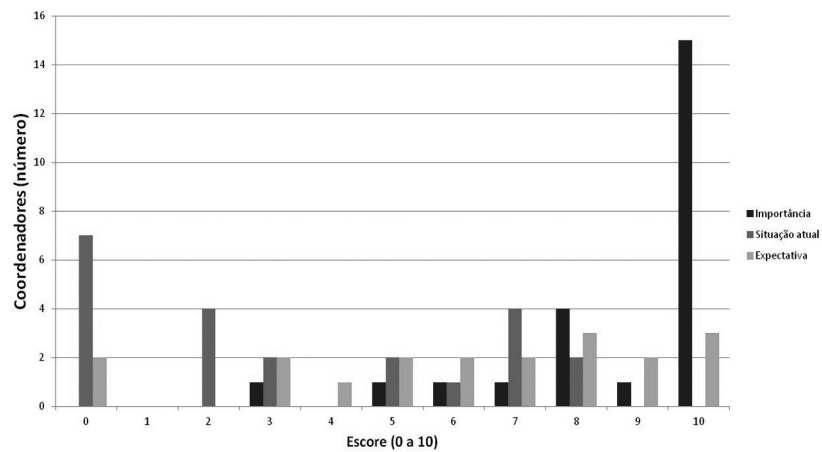
Nota: Elaboração própria

Gráfico 62. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços em: Iniciativas em parceria com a saúde indígena



Nota: Elaboração própria

Gráfico 63. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços em: iniciativas voltadas a crianças filhas de mulheres privadas de liberdade



Nota: Elaboração própria

Tabela 17 . Média ± Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em sua capital, quanto às crianças em situação de vulnerabilidade

	Importância	Situação	Expectativa
Iniciativas relacionadas à implementação da linha de cuidado às crianças e famílias em situação de violência	9,5 ± 0,8	6,1 ± 1,8	8,1 ± 1,4
Iniciativas em parceria com a saúde indígena	7,5 ± 3,2	3,8 ± 3,8	5,4 ± 3,4
Iniciativas voltadas a crianças filhas de mulheres privadas de liberdade	8,5 ± 2,0	3,3 ± 3,1	5,9 ± 3,3

Nota: Elaboração própria

Este bloco inclui alguns dos temas mais difíceis de abordar em nossa sociedade, pois dizem respeito às iniciativas referentes ao cuidado e à atenção às populações mais vulneráveis, historicamente marginalizadas e excluídas da atenção das políticas públicas: crianças e famílias em situação de violência, crianças filhas de mulheres privadas de liberdade e populações indígenas.

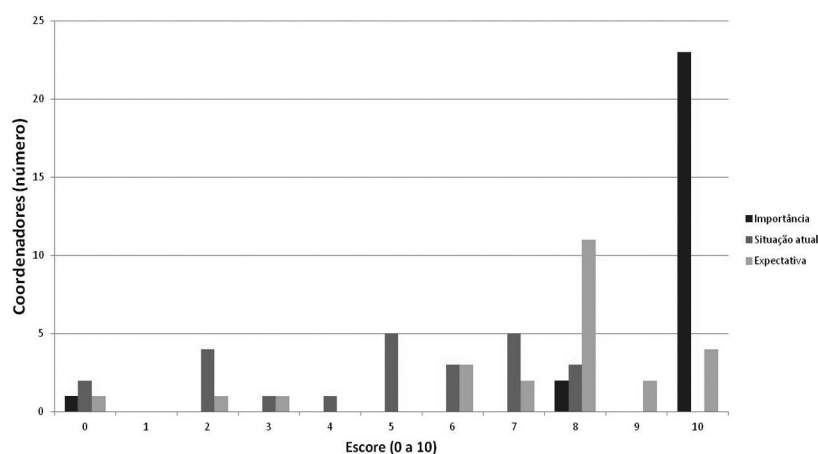
A implantação dessas iniciativas depende da discussão sobre os valores da sociedade a esse respeito e da articulação de um elevado

número de atores e de investimentos na inter-setorialidade, prevendo trabalho que inclua os órgãos de educação, assistência social, justiça e segurança pública.

Assim, não é de estranhar que elas sejam menos bem avaliadas pelos coordenadores de saúde da criança.

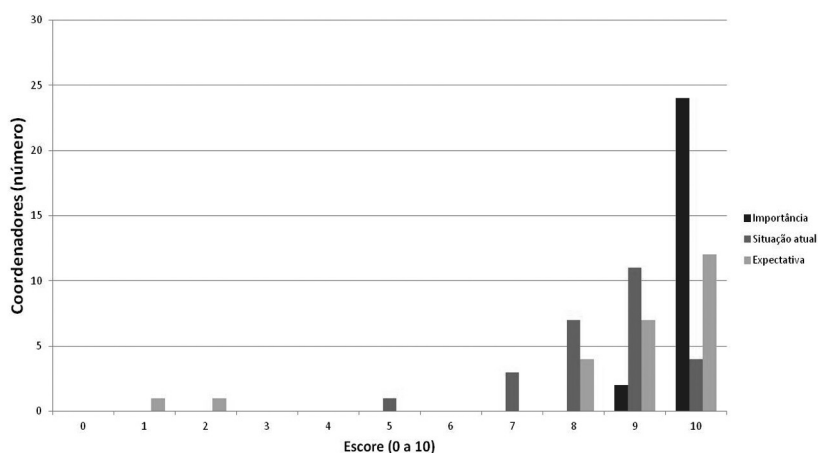
Bloco 9: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância e imunização

Gráfico 64. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços em: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)



Nota: Elaboração própria

Gráfico 65. Percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual em sua capital e expectativa de avanços em: Programa Nacional de Imunização



Nota: Elaboração própria

Tabela 18. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em sua capital, quanto ao AIDPI e imunização

	Importância	Situação	Expectativa
Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)	9,3 \pm 2,3	4,6 \pm 2,5	6,9 \pm 2,6
Programa Nacional de Imunização	9,9 \pm 0,3	8,4 \pm 1,2	8,3 \pm 2,5

Nota: Elaboração própria

O comportamento destas variáveis entre os coordenadores de saúde da criança das capitais é muito parecido com aquele observado entre os coordenadores dos estados. Embora ambos sejam majoritariamente desenvolvidos no âmbito da AB, o PNI é muito bem avaliado, enquanto o AIDPI possui uma avaliação menos satisfatória. O PNI é um dos programas mais bem consolidados no panorama da saúde pública brasileira e vai ao encontro de sua tradição preventivista. Por outro lado, o AIDPI incorpora ações assistenciais ao elenco que a AB deve ofertar, competindo com as ações de promoção e prevenção.

Na análise da percepção dos coordenadores quanto aos fatores estruturais e organizacionais que podem afetar sua Coordenação, os dados referentes às Coordenações estaduais e às Coordenações das capitais serão apresentados conjuntamente.

Os 16 fatores estruturais e organizacionais avaliados pelos coordenadores foram agrupados em quatro blocos, por proximidade temática, que se referiam, respectivamente: à inserção da Área de Saúde da Criança nas secretarias; à capacitação e contratação de pessoal; à disponibilidade de recursos estruturais e financeiros e à articulação da saúde da criança com outras áreas.

Fatores estruturais e organizacionais que podem afetar a Coordenação

Bloco 10: Inserção da Área de Saúde da Criança nas secretarias

Tabela 19. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em seu estado, quanto à inserção da Área de Saúde da Criança na Secretaria

	Importância	Situação	Expectativa
Valorização da Área de Saúde da Criança na Secretaria	9,8 \pm 0,5	6,4 \pm 1,8	7,4 \pm 2,2
Adequação da situação da Área de Saúde da Criança no organograma formal da Secretaria	9,7 \pm 0,8	6,6 \pm 2,4	6,9 \pm 3,0
Sua governabilidade na Área de Saúde da Criança na Secretaria	9,8 \pm 0,5	6,9 \pm 1,5	7,4 \pm 2,3
Estabilidade da ocupação dos cargos na Área de Saúde da Criança na Secretaria	9,4 \pm 1,1	6,3 \pm 3,4	6,8 \pm 3,2

Nota: Elaboração própria

Tabela 20. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em sua capital, quanto à inserção da Área de Saúde da Criança na Secretaria

	Importância	Situação	Expectativa
Valorização da Área de Saúde da Criança na Secretaria	9,8 \pm 0,7	6,2 \pm 2,0	7,5 \pm 2,5
Adequação da situação da Área de Saúde da Criança no organograma formal da Secretaria	9,3 \pm 1,3	5,9 \pm 3,0	6,6 \pm 2,7
Sua governabilidade na Área de Saúde da Criança na Secretaria	9,7 \pm 0,6	6,8 \pm 1,6	7,2 \pm 2,5
Estabilidade da ocupação dos cargos na Área de Saúde da Criança na Secretaria	9,5 \pm 0,9	5,8 \pm 2,6	7,2 \pm 3,0

Nota: Elaboração própria

Os coordenadores consideraram importantes todos os fatores associados à inserção da Área da Saúde da Criança na Secretaria, quais sejam, valorização da área, adequação no organograma, governabilidade e estabilidade da ocupação dos cargos.

Para os coordenadores estaduais, a estabilidade da ocupação dos cargos foi o fator com menor pontuação para os aspectos importância, situação atual e expectativa de melhora. Para os coordenadores das capitais, além do fator estabilidade, o fator referente à adequação do organograma também apresentou

pontuação baixa e maior variabilidade entre os territórios nos três aspectos.

Os coordenadores de saúde da criança, tanto dos estados como das capitais, apontam maior expectativa de melhora em relação à situação atual nos fatores valorização da Área de Saúde da Criança e sua governabilidade na Secretaria, o que pode estar relacionado com o momento histórico da saúde da criança no País.

Bloco 11: Capacitação e contratação de pessoal

Tabela 21. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em seu estado, quanto à equipe de saúde da criança na Secretaria

	Importância	Situação	Expectativa
Capacitação da equipe nos diversos temas pertinentes à Área de Saúde da Criança	9,9 \pm 0,4	7,0 \pm 2,3	7,7 \pm 2,1
Possibilidade de contratar pessoal qualificado para a equipe da Coordenação de Saúde da Criança	9,8 \pm 0,6	3,2 \pm 2,6	4,8 \pm 3,4

Nota: Elaboração própria

Tabela 22. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em sua capital, quanto à equipe de saúde da criança na Secretaria

	Importância	Situação	Expectativa
Capacitação da equipe nos diversos temas pertinentes à Área de Saúde da Criança	9,2 \pm 2,3	6,0 \pm 2,3	7,8 \pm 2,5

Tabela 22. (cont.)

Possibilidade de contratar pessoal qualificado para a equipe da Coordenação de Saúde da Criança	9,1 ± 1,8	4,2 ± 3,2	5,0 ± 3,3
---	-----------	-----------	-----------

Nota: Elaboração própria

Os coordenadores das capitais dão menor importância para esses fatores em relação aos coordenadores dos estados. Ambos referem dificuldades para efetuar contratação de pessoal qualificado para a Área da Saúde da Criança, o que pode estar relacionado com a baixa autonomia de contratação, que depende sobremaneira da política de pessoal dos estados e municípios e da realização de concursos públicos e/ou de remanejamentos internos.

Em relação à capacitação da equipe nos

diversos temas pertinentes à Área de Saúde da Criança, observamos melhor situação atual e maior expectativa de melhora, o que pode estar relacionado com a maior governabilidade dos coordenadores dos estados e das capitais para desenvolver processos de formação com as equipes.

Bloco 12: Recursos estruturais e financeiros

Tabela 23. Média ± Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em seu Estado, quanto aos recursos estruturais e financeiros da Área de Saúde da Criança na Secretaria

	Importância	Situação	Expectativa
Disponibilidade de recursos financeiros para possibilitar a atuação	9,6 ± 1,0	4,9 ± 2,3	6,3 ± 2,7
Disponibilidade de espaço físico adequado para o trabalho da equipe	9,6 ± 0,9	5,8 ± 2,3	6,4 ± 2,6
Disponibilidade de recursos de comunicação eficientes (telefonia, internet etc.)	9,9 ± 0,6	6,7 ± 2,2	7,2 ± 2,2
Facilidade de locomoção para atuação no território	9,8 ± 0,5	6,8 ± 2,4	7,3 ± 2,3
Disponibilidade de materiais e insumos básicos de consumo	9,7 ± 0,7	6,9 ± 1,9	7,6 ± 2,0

Nota: Elaboração própria

Tabela 24. Média ± Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em sua capital, quanto aos recursos estruturais e financeiros da Área de Saúde da Criança na Secretaria

	Importância	Situação	Expectativa
Disponibilidade de recursos financeiros para possibilitar a atuação	9,5 ± 1,1	3,7 ± 2,9	5,1 ± 3,2
Disponibilidade de espaço físico adequado para o trabalho da equipe	9,4 ± 1,0	6,2 ± 2,3	6,7 ± 2,7
Disponibilidade de recursos de comunicação eficientes (telefonia, internet, etc.)	9,4 ± 1,2	6,9 ± 2,3	7,6 ± 2,4
Facilidade de locomoção para atuação no território	9,3 ± 1,2	6,7 ± 1,9	7,1 ± 2,6
Disponibilidade de materiais e insumos básicos de consumo	9,3 ± 1,3	6,2 ± 2,2	7,1 ± 2,2

Nota: Elaboração própria

Todos os dados referentes à infraestrutura da Área de Saúde da Criança na Secretaria, na percepção dos coordenadores, são considerados importantes, porém sua situação atual de implantação está bem abaixo da importância atribuída e com pequena expectativa de melhora.

As maiores dificuldades relatadas pelos

coordenadores estaduais e das capitais estão vinculadas à disponibilidade de recursos financeiros, que apresentou as piores médias em relação à situação atual e à expectativa de melhora.

Bloco 13: Articulação com outras áreas

Tabela 25. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores estaduais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em seu estado, quanto à articulação com outras áreas

	Importância	Situação	Expectativa
Articulação com a Atenção Básica na sua Secretaria	9,9 \pm 0,4	7,7 \pm 1,4	8,2 \pm 2,0
Articulação com a Área de Saúde da Mulher na sua Secretaria	9,9 \pm 0,6	8,3 \pm 1,6	8,5 \pm 2,0
Articulação com outras áreas da saúde na sua Secretaria	9,5 \pm 1,8	6,9 \pm 1,3	7,8 \pm 1,6
Atuação em parceria com outros órgãos e secretarias do Poder Público	9,8 \pm 0,6	6,5 \pm 1,8	8,0 \pm 1,9
Atuação em parceria com entidades e organizações não governamentais	9,7 \pm 0,8	5,7 \pm 2,4	7,4 \pm 2,0

Nota: Elaboração própria

Tabela 26. Média \pm Desvio-Padrão das Notas Atribuídas à percepção dos coordenadores municipais de saúde da criança a respeito da importância, situação atual e expectativas de avanços em sua capital, quanto à articulação com outras áreas

	Importância	Situação	Expectativa
Articulação com a Atenção Básica na sua Secretaria	9,8 \pm 0,5	8,2 \pm 1,4	8,2 \pm 2,4
Articulação com a Área de Saúde da Mulher na sua Secretaria	9,9 \pm 0,5	8,4 \pm 1,4	8,9 \pm 1,4
Articulação com outras áreas da saúde na sua Secretaria	9,6 \pm 0,9	7,0 \pm 1,6	7,9 \pm 2,0
Atuação em parceria com outros órgãos e secretarias do Poder Público	9,3 \pm 1,1	7,1 \pm 1,6	8,0 \pm 2,1
Atuação em parceria com entidades e organizações não governamentais	9,2 \pm 1,4	5,9 \pm 2,7	7,4 \pm 2,1

Nota: Elaboração própria

Do conjunto de fatores relacionados com a articulação da saúde da criança com outras áreas, os coordenadores dos estados e das capitais percebem melhor articulação com a Área de Saúde da Mulher, seguida da AB. Esse resultado pode ser atribuído à convergência dos seguintes elementos: histórica relação de proximidade da Área de Saúde da Criança com a Saúde da Mulher, em virtude da afinidade

temática; reconhecimento da importância da AB para a efetivação da Atenção Integral à Saúde da Criança; definição do Fórum de Coordenadores de Saúde da Criança, com a CGSCAM/MS e pela ênfase nas ações da saúde da criança na Rede Cegonha.

No que se refere à articulação com outras áreas de saúde, outros órgãos e secretarias do Poder Público e com entidades e organizações

não governamentais, a situação atual é mais mal avaliada, embora exista importante expectativa de melhora atribuída pelos coordenadores. Essa tendência pode indicar um progressivo reconhecimento da importância da articulação da área com os outros órgãos e setores para lidar com a complexidade inerente à produção de saúde.

Síntese conclusiva

A pesquisa apresentada proporcionou um importante panorama do desenvolvimento da saúde da criança nos territórios, sob a ótica dos coordenadores dos estados e das capitais, na medida em que, a partir da análise dos dados, tornou possível identificar a percepção desses atores sobre os temas/fatores que apresentaram maiores avanços ou que estão mais bem consolidados, bem como aqueles que permanecem como desafios para a saúde da criança.

Nesse sentido, para identificar os temas que estão mais bem consolidados e que representam avanços da área, utilizamos como critério a média maior que 7,5 no aspecto situação atual.

Utilizando esse critério, verificamos que os temas que se incluem nesta condição, tanto para as Coordenações dos estados como das capitais, são: Triagem Neonatal (teste do pezinho), Programa Nacional de Imunização e Campanhas de Mobilização pelo Aleitamento Materno.

Já para as Coordenações das capitais, as iniciativas para melhor distribuição e uso da Caderneta de Saúde da Criança também preencheram o critério utilizado e podem ser consideradas como um dos temas bem consolidados.

Analogamente, utilizamos como critério a média menor que 4,0, no aspecto situação atual, para identificar os temas que permanecem como desafios para a Área da Saúde da Criança. Os temas 'Mulher trabalhadora que amamenta' e 'Iniciativas voltadas a crianças

filhas de mulheres privadas de liberdade', de acordo esse critério, representam desafios compartilhados tanto para as Coordenações dos estados como das capitais.

Ainda segundo esse critério, o tema 'Iniciativas de Programas de Visitas Domiciliares para promoção do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)' também configura um desafio para as Coordenações dos estados, ao passo que para as Coordenações das capitais, emerge o tema 'Iniciativas em parceria com a saúde indígena'.

Apesar da ênfase dada pelo MS na articulação de Redes de Atenção, as ações da saúde da criança que se efetivam nas diversas redes (exceto Rede Cegonha) ainda encontram dificuldades na sua implantação, tanto na avaliação dos coordenadores estaduais como na dos coordenadores das capitais, já que a média das notas atribuídas por eles, no aspecto situação atual, para os temas relacionados com as redes situa-se entre 4,0 e 5,0.

Em relação aos fatores estruturais e organizacionais analisados, apesar da diversidade entre os territórios, pode-se inferir que as Coordenações, de modo geral, têm conseguido efetivar sua articulação com a AB e com a Área de Saúde da Mulher e dispõem de autonomia para realizar as capacitações. Entretanto, relatam dificuldades relacionadas com a disponibilidade de recursos financeiros e com a possibilidade de contratar pessoal qualificado para a equipe de saúde da criança.

Por fim, diante da gama de possibilidades de análises proporcionada por este Instrumento da Pesquisa, entendemos que sua aplicação pode ajudar a monitorar as ações e apreender os movimentos que têm sido produzidos nos territórios, como estratégia para promover reflexões que subsidiem as tomadas de decisão e o planejamento de ações. ■

Referências

- AYRES, J. R. C. M. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- . Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 375-418.
- BACKSTROM, C. H.; HURSH-CÉSAR, G. *Survey Research*. 2. ed. New York: Macmillan Publishing, 1981.
- BANDEIRA, M. *Análise de dados, cronograma, orçamento, pertinência, considerações éticas*. Rio de Janeiro: UFSJ, 2011. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapsam/Texto-10--ANALISE%20DE%20DADOS.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.
- CRUZ, R. M. O processo de conhecer em avaliação psicológica. In: CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. M.; SARDA, J. J. *Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 15-24.
- PINTO, C. A. G. *et al.* A pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): trajetória epistemológica e metodológica. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 31-48, mar. 2016.
- SOUZA, E. R. *et al.* Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 133-156.

Estudo dos indicadores epidemiológicos de saúde da criança na Rede Cegonha

Study of the epidemiological indicators of child health in the Stork Network

Carlos Alberto Gama Pinto¹, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay², Juliana de Oliveira Pereira³

¹Médico. Doutor em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Coordenador da pesquisa avaliativa do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
cgamapinto@gmail.com

²Médico. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
nestor@hc.unicamp.br

³Médica. Residência em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
juliana_dop@hotmail.com

RESUMO No final de 2011, o Ministério da Saúde iniciou o processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, orientado por quatro eixos: Articulação Interfederativa, Apoio Institucional, Trabalho em Redes e Intersetorialidade. O Apoio Institucional se deu a partir da incorporação do consultor de saúde da criança nos estados, tendo como prioridade de atuação o trabalho em redes, com ênfase na Rede Cegonha. Esse processo foi acompanhado por pesquisa avaliativa, que utilizou a triangulação de métodos quantitativos e qualitativos, embasada nos referenciais da hermenêutica-dialética. O painel de indicadores epidemiológicos que representam a saúde da criança na Rede Cegonha foi definido em pactuações sucessivas com a participação dos diversos atores envolvidos nesse processo. Esses indicadores estão relacionados com as condições de saúde e com os cuidados recebidos nos períodos da gestação, perinatal e no primeiro ano de vida: Mortalidade infantil e seus componentes (neonatal, neonatal precoce e tardia, pós-neonatal), Percentual de Idade Gestacional (IG) < 37 semanas, Percentual de Peso ao Nascer (PN) < 2.500g, Percentual de Recém-Nascidos (RN) com Apgar de 5º minuto ≤ 7, Percentual de cesariana e incidência de sífilis congênita. Os dados apontam que, concomitantemente ao aumento expressivo do percentual de partos cesárea, ocorreu elevação na proporção de baixo peso ao nascer e de prematuridade, o que poderia levar a aumento da mortalidade dos RN. No entanto, ocorreu redução na proporção de Apgar de 5º minuto ≤ 7, bem como queda da mortalidade infantil e neonatal, apontando para uma melhora nas condições de cuidado aos RN.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da Criança; Mortalidade infantil; Epidemiologia; Política de saúde.

ABSTRACT At the end of 2011, the Ministry of Health started the process of formulation and implementation of the National Policy for Comprehensive Child Health Care, guided by four axes: Inter-federative Articulation, Institutional Support, Networking, and Inter-sectoriality. The Institutional Support happened from the incorporation of the child health consultant in the states, giving priority to networking, with emphasis on the Stork Network. That process was accompanied by evaluative research, which used triangulation of quantitative and qualitative methods, based on the hermeneutics-dialectics framework. The panel of epidemiological indicators that represent child health in the Stork Network was defined in successive pacts with the participation of the many agents involved in that process. Those indicators are related to health conditions and to the care received in the period of pregnancy, perinatal, and in the first year of life: Child mortality and its components (neonatal, early and late neonatal, post-neonatal), Percentage of Gestational Age at Birth (IG) < 37 weeks, Percentage of Newborns with Weight at Birth (PN) < 2.500g, Percentage of Newborns (RN) with Apgar of 5th minute ≤ 7, C-section

Percentage and incidence of congenital syphilis. Data support that, concomitantly to the expressive increase of C-section Percentage, there was elevation in the proportion of low weight at birth and prematurity, which could lead to an increase of mortality of the RN. However, there was a reduction in the proportion of Apgar of 5th minute ≤ 7 and reduction in infant and neonatal mortality, pointing to an improvement in care conditions for RN.

KEYWORDS Child health; Infant mortality; Epidemiology; Health policy.

Introdução

O processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi orientado por quatro eixos: Articulação Interfederativa, Apoio Institucional, Trabalho em Redes e Intersetorialidade.

O Apoio Institucional se deu a partir da incorporação do consultor de saúde da criança nos estados no início de 2012. A Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM/CGSCAM)¹ do Ministério da Saúde (MS) definiu o trabalho em Redes, com ênfase na Rede Cegonha, como prioridade de atuação do consultor estadual, articulado com os coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais.

A Rede Cegonha tem como objetivos promover a implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente perinatal (BRASIL, 2013A).

Indicadores epidemiológicos de saúde da criança relacionados com a Rede Cegonha

O painel de indicadores epidemiológicos que representam a saúde da criança na Rede Cegonha foi definido em pactuações sucessivas envolvendo a equipe de pesquisa, a coordenação da CGSCAM, a coordenação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) e os diversos atores envolvidos no processo de formulação e implantação da PNAISC (técnicos da CGSCAM, tutores da EBBS, consultores nacionais e estaduais, coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais).

Esses indicadores estão relacionados com as condições de saúde e com os cuidados recebidos nos períodos da gestação, perinatal e no primeiro ano de vida: Mortalidade infantil e seus componentes (neonatal, neonatal precoce e tardia, pós-neonatal), Percentual de Idade Gestacional (IG) < 37 semanas, Percentual de Peso ao Nascer (PN) < 2.500g, Percentual de Recém-Nascidos (RN) com Apgar de 5º minuto ≤ 7 , Percentual de cesariana e incidência de sífilis congênita.

Esse painel de indicadores foi elaborado para cada um dos territórios (Brasil, regiões, estados e capitais), de forma a constituir mais um elemento a compor a visão do contexto de implantação da PNAISC.

Neste artigo, trataremos da discussão desses indicadores e da apresentação dos dados referentes ao Brasil e regiões, além de discutir a utilização desses dados pelos atores da saúde da criança nos diversos territórios.

¹ No final de 2013, ocorreu mudança do organograma do Ministério da Saúde, e a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM) passou a ser denominada Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM). Nesta pesquisa, utilizaremos ATSCAM quando nos referirmos a acontecimentos claramente localizados até o momento dessa mudança organizacional. Quando a questão da temporalidade não estiver definida ou o acontecimento for claramente posterior à mudança, utilizaremos a designação CGSCAM.

O uso de indicadores de saúde

O desenvolvimento humano e a qualidade de vida podem ser apreendidos de forma multifacetada por indicadores que revelem as condições de vida, social e econômica de uma determinada população ou país. Indicadores são amplamente utilizados para diagnóstico, intervenção e comparação da saúde de populações em regiões, países e continentes. São medidas sintéticas que contêm informações relevantes sobre dimensões, atributos e aspectos de nossa realidade socioeconômica, demográfica, sanitária etc. Dessa forma, também se relacionam com a saúde da população e com o modelo assistencial (RIPSA, 2008).

Os indicadores de saúde podem ser mensurados durante um determinado espaço de tempo, constituindo séries temporais. Para analisar a variação desses indicadores no decorrer do tempo, podemos construir curvas endêmicas, utilizando parâmetros de avaliação de sua tendência e comportamento (SELLICK JR., 1993).

Neste artigo, trabalhamos os dados referentes aos dez indicadores escolhidos, com a construção de curvas endêmicas de seu comportamento no período de 2000 a 2012. Esses dados nos ajudam a configurar uma avaliação do contexto em que se desenvolveu o processo de formulação e implantação da PNAISC iniciado em 2011. Para isso, eles devem ser analisados em conjunto com os achados do estudo das percepções dos coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais (PINTO ET AL., 2016A), do estudo qualitativo do processo de implantação e formulação da PNAISC (FERRER ET AL., 2016) e do estudo hermenêutico das tradições que informaram esse processo (PINTO ET AL., 2016B). Dessa forma, olhados em conjunto, eles oferecem uma possibilidade de entendimento do panorama da saúde da criança neste

momento histórico no Brasil.

Além disso, eles podem servir como linha de base para o acompanhamento desses indicadores no futuro, oferecendo a possibilidade de avaliar os impactos da implantação da PNAISC, em que pese toda a reflexão acerca do perigo de uma abordagem matemática e reduzida, visando estabelecer relação de causa e efeito, diante de fenômenos tão complexos como a implantação de uma política².

Para construção das curvas endêmicas, utilizamos os dados dos Sistemas Nacionais de Informação, disponíveis no site do Departamento de Informática do SUS (Datasus).

Segundo o Portal da Saúde (Sistema Único de Saúde – SUS), do MS:

O Datasus disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. A mensuração do estado de saúde da população é uma tradição em saúde pública. Teve seu início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (Estatísticas Vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos). Com os avanços no controle das doenças infecciosas (informações epidemiológicas e morbidade) e com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde. (BRASIL, 2015A).

Os dados foram coletados utilizando-se o Tabnet.

O aplicativo Tabnet é um tabulador genérico de domínio público que permite organizar dados de forma rápida conforme a consulta que se deseja tabular. Foi desenvolvido pelo Datasus para gerar informações das bases de dados do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2015B).

² Para uma discussão mais detalhada dos referenciais teóricos, epistemológicos e metodológicos desta pesquisa, ver PINTO ET AL. (2016C).

Os dados foram transportados para planilha Excel®, na qual foram trabalhados para confecção de curvas endêmicas, em que se evidenciam (*gráfico 1*):

- a curva do indicador em questão, a linha da média no período e as linhas dos limites superior e inferior máximos esperados (média \pm 1,96 desvios-padrão) dentro do comportamento endêmico do indicador, de forma a contemplar 95% dos valores em uma distribuição normal do evento (BACKSTROM; HURSH-CÉSAR, 1981; SELICK JR., 1993).

Sistemas nacionais de informação

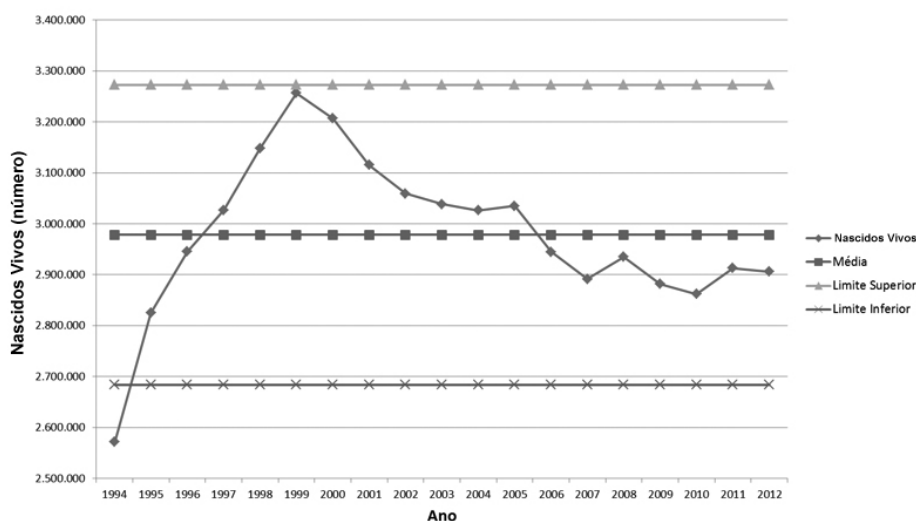
O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) são sistemas nacionais de informação. Estão implantados em todo o território nacional e integram o rol de informações epidemiológicas que devem ser notificadas por todos os entes federados (estados e municípios), de forma compulsória, a partir das Declarações de Nascidos Vivos (DNV)

(SÃO PAULO, 2011) e Declarações de Óbito (DO) (BRASIL, 2006) respectivamente.

Os dados do SIM e do Sinasc são disponibilizados no site do Datasus com atraso de 2 a 3 anos (os dados referentes a 2013 ficaram disponíveis em meados de 2015). O SIM disponibiliza dados desde 1979. O Sinasc está oficialmente implantado desde 1990, e seus dados disponíveis no Datasus abrangem os anos de 1994 em diante. A implantação desses sistemas ocorreu gradativamente no País, com redução de sua subnotificação e melhora do índice de adequação das informações (JORGE; LAURENTY; GOTLIEB, 2007; FRIAS ET AL., 2010, 2014).

De 1994 a 1999, fase inicial de implantação do sistema, o número de Nascidos Vivos (NV) informados cresce rapidamente, de forma a atingir o ápice em 1999, e a partir daí, decresce gradualmente, provavelmente refletindo o fenômeno de redução da taxa de fecundidade em nosso País (*gráfico 1*). Como os indicadores de mortalidade infantil dependem dos dados obtidos no SIM e no Sinasc, optamos por estudá-los a partir de 2000, terminada a fase mais íngreme da curva de implantação do Sinasc.

Gráfico 1. Nascidos Vivos no Brasil - 1994 a 2012



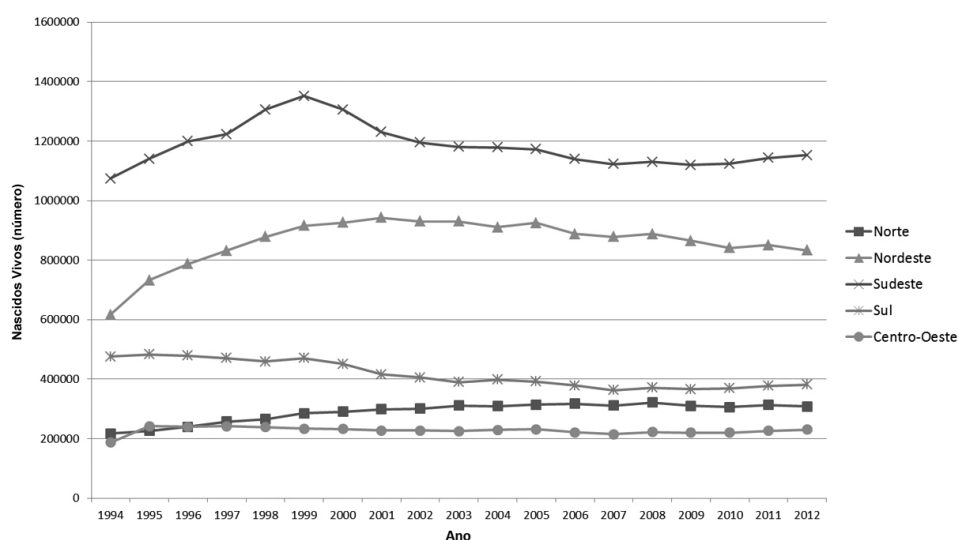
Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

Essa opção que tomamos não é isenta de riscos. Isso porque a velocidade de implantação dos sistemas nacionais de informação não é a mesma em cada território do País, o que se reflete no percentual dos eventos informados e na qualidade dos dados.

Como podemos ver no *gráfico 2*, algumas regiões tiveram uma velocidade de

implantação do sistema maior que outras. Enquanto nas regiões Sul e Centro-Oeste, a curva de notificações de NV já se estabelece em seu patamar mais elevado desde os primeiros anos de implantação do sistema, em 1994-95, o ápice da curva de NV ocorre apenas em 1999 no Sudeste, 2001 no Nordeste e 2008 no Norte.

Gráfico 2. Nascidos Vivos – Regiões do Brasil – 1994 a 2012



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

Existem diversas propostas de avaliação da adequação e completude das informações do SIM e do Sinasc que evidenciam as desigualdades locorregionais na implantação dos sistemas.

Segundo Jorge, Laurenty e Gotlieb:

[...] não há dúvida de que o SIM e o Sinasc vêm melhorando acentuadamente, quer quanto à cobertura quer quanto à qualidade de seus dados, mesmo que, relativamente à causa básica de morte, a informação possa deixar ainda um pouco a desejar. Entretanto, pode-se afirmar que até essa variável apresentou, nas duas últimas décadas, indícios de

sensível melhora. (JORGE; LAURENTY; GOTLIEB, 2007, P. 653).

Os autores ainda afirmam:

Com relação ao futuro, o que se espera é que, nos próximos dez anos, a captação dos eventos pelo SIM e pelo SINASC aproxime-se de 100%. Tendo em vista as facilidades no campo da informática, o aumento de sua abrangência e a possibilidade de seu aprimoramento tornam-se mais factíveis. Entretanto, é preciso motivar os gestores municipais nessa questão e sensibilizá-los e orientá-los quanto ao uso dos dados de mortalidade e de

nascidos vivos na construção de indicadores apropriados, capazes de fornecer subsídios para análise adequada da situação de saúde, no nível local. Nesse aspecto, considera-se que a RIPSa tenha um papel absolutamente fundamental. (JORGE; LAURENTY; GOTLIEB, 2007, P. 653).

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) foi criada em 1996, tendo como propósito promover a disponibilidade adequada e oportuna de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências, visando aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas pertinentes (RIPSA, 2008).

Para compor a Ripsa, foram identificadas entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análise de dados (produtores de informações estrito senso, gestores do sistema de saúde e unidades de ciência e tecnologia)³.

O Comitê Técnico Interdisciplinar (CTI) Natalidade e Mortalidade da Ripsa

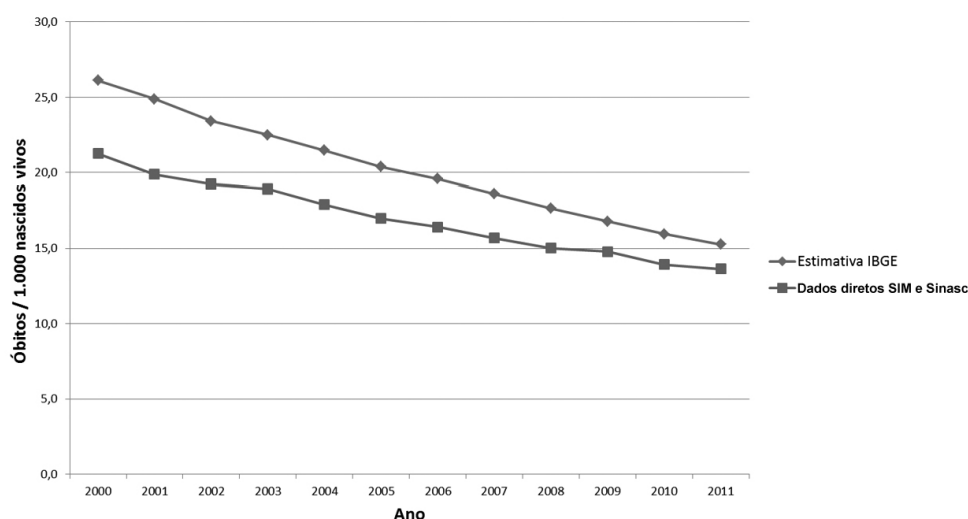
tem recomendado que sejam feitos ajustes nos dados encontrados nos sistemas SIM e Sinasc, de forma a torná-los mais confiáveis, levando em consideração estudos de avaliação da cobertura, completude e regularidade dos sistemas. Para esses ajustes, são realizados cálculos específicos, a partir de dados obtidos nas Pesquisas Nacionais de Amostra por Domicílio (PNAD) e Pesquisa de Busca Ativa realizada na Amazônia Legal e Nordeste, chegando a dados estimados de mortalidade infantil.

Uso dos dados do SIM e Sinasc versus métodos de estimativa indireta

A diferença entre os dados obtidos diretamente dos sistemas nacionais (SIM e Sinasc) e os dados obtidos de forma indireta, por meio de métodos estimativos, caiu de 4,9 / 1.000 em 2000 para 1,6 / 1.000 em 2011 (gráfico 3).

³ Compõem a Ripsa: representantes do MS, Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Ministério da Previdência Social (MPS), Fundação Seade, Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Abep), Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (Iparades), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade de Brasília (UnB), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Fundação Getúlio Vargas (FGV), Fundação João Pinheiro (FJP) e Universidade Federal de Goiás (UFG).

Gráfico 3. Mortalidade infantil – Brasil – 2000 a 2011 – comparação dos diretos com dados estimados IBGE

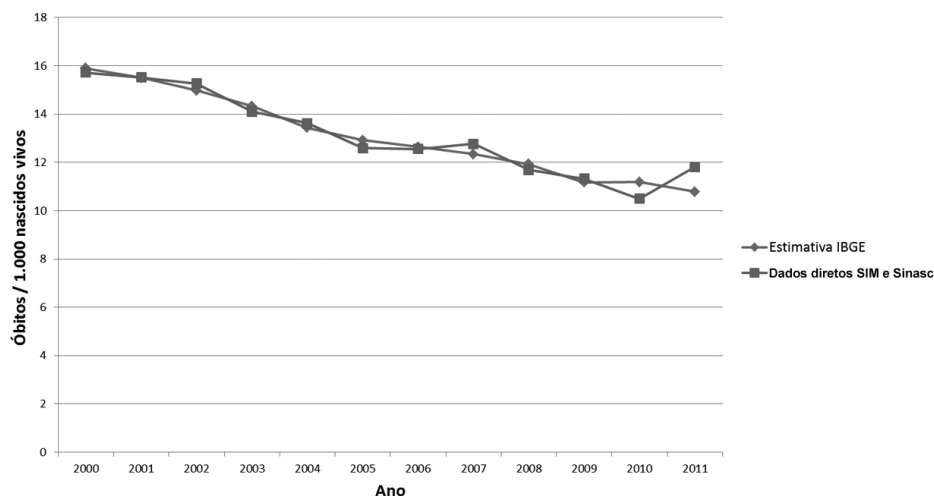


Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)

Como seria de se esperar, em um país tão grande e tão diverso, existe grande heterogeneidade na implantação desses sistemas de informação. Em alguns estados da federação, os dados obtidos diretamente do SIM e Sinasc praticamente

coincidem com os dados obtidos pelos métodos indiretos. Em Santa Catarina, a diferença manteve-se consistentemente menor que 0,5 / 1.000 durante quase todo o período (*gráfico 4*).

Gráfico 4. Mortalidade infantil - Santa Catarina 2000 a 2011 - comparação dos dados diretos com dados estimados IBGE

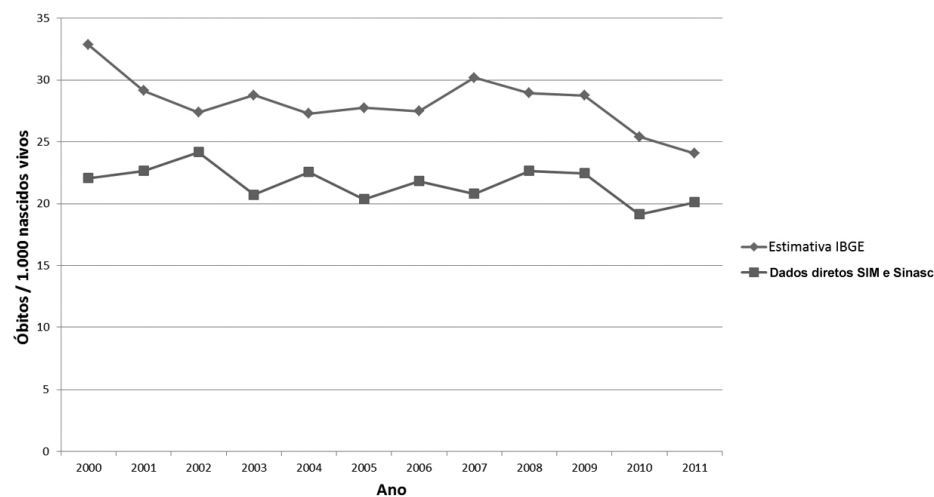


Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)

Em outros estados, os dados são muito divergentes, dependendo da forma como foram obtidos. No Amapá, os dados

mostram uma diferença de 10,8 / 1.000 em 2000, que caiu para 4,0 / 1.000 em 2011 (*gráfico 5*).

Gráfico 5. Mortalidade infantil - Amapá - 2000 a 2011 - comparação dos dados diretos com dados estimados IBGE



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)

De acordo com a Ripsa, as taxas de mortalidade infantil devem ser utilizadas combinando dados diretos nos estados com melhor notificação e indiretos para os estados que apresentam cobertura do Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM. Segundo a Ripsa, essas circunstâncias impõem o uso de estimativas indiretas baseadas em procedimentos demográficos específicos, realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que podem oferecer boa aproximação da probabilidade de morte no primeiro ano de vida.

No entanto, a própria Ripsa admite que esses procedimentos envolvem dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir devido a mudanças da dinâmica demográfica. Essa dificuldade metodológica e a imprecisão decorrente são ainda maiores no caso de pequenas populações (RIPSA, 2008).

Além disso, a utilização dos métodos indiretos constitui procedimento teórico-metodológico complexo, que torna sua obtenção uma tarefa especializada, contribuindo para que os atores diretamente envolvidos com a gestão e com o cuidado na saúde da criança se desresponsabilizem pela obtenção e acompanhamento de seus indicadores.

Frias *et al.* (2010), em estudo da adequação das informações de mortalidade e Nascidos Vivos no estado de Pernambuco, encontraram resultados diferentes daqueles produzidos pelo IBGE, que servem de referência para a Ripsa formular suas recomendações de utilização de dados indiretos e compor seus Indicadores e Dados Básicos (IDB), publicados anualmente.

Os autores afirmam que:

A inconsistência encontrada nas séries

temporais das coberturas dos sistemas de informações vitais estimadas pelo IBGE, ao lado do comportamento temporal em sentido contrário aos investimentos para melhorar a qualidade dos dados vitais, é mais uma evidência dos limites das técnicas de mensuração indireta [...]. (FRIAS *ET AL.*, 2010, P. 675).

Eles ainda afirmam que:

Os resultados observados na presente análise indicam que grande parte da população residente em Pernambuco tem informações adequadas tanto de nascimentos quanto de óbitos e que a cobertura de óbitos estimada pelo IBGE em 60% está provavelmente muito subestimada. Os achados sugerem a necessidade de uma discussão acerca dos métodos adotados pelo Ministério da Saúde para o cálculo da mortalidade infantil e da cobertura das informações vitais. (FRIAS *ET AL.*, 2010, P. 675).

Em outro estudo, avaliando os sistemas de informações sobre Nascidos Vivos e óbitos no Brasil na década de 2000, Frias *et al.* encontraram evidências de que a notificação avançou nos dois sistemas, quando compararam o triênio 1999-2001 com 2008-2010. Este índice passou de 73,9 para 89,1 no SIM e de 80,5 para 90,9 no Sinasc, abrangendo de forma significativa todas as unidades federativas, mas com maior destaque para as regiões Norte e Nordeste (FRIAS *ET AL.*, 2014). Os autores concluem que:

[...] grande parte dos municípios e da população total reside, atualmente, em UF que dispõem de informações adequadas, tanto de nascimentos quanto de óbitos. (FRIAS *ET AL.*, 2014, P. 2075).

[...] os dados vitais brasileiros encontram-se, hoje, em nível satisfatório para a construção de indicadores de desenvolvimento e para avaliar políticas de saúde, salvo

poucas exceções. (FRIAS ET AL., 2014, P. 2078).

Concordando com os autores, temos declarado nossa divergência com a postura mais positivista, baseada na crença da ‘verdade dos números’. Segundo essa crença, formulações matemáticas complexas, levando em consideração estudos específicos feitos por especialistas e com utilização de modelos teóricos elaborados ‘cientificamente’, poderiam melhorar a validade e confiabilidade de indicadores com problemas em sua notificação, como no caso do SIM e do Sinasc. Esse tipo de posicionamento privilegia a postura de centralização da responsabilidade pela elaboração das informações e desautoriza a utilização dos dados diretos, sem o tratamento metodológico mais acurado.

Ayres aponta a relação do discurso epidemiológico com o espaço público da saúde:

Ao formalizar-se, o discurso epidemiológico apreende este espaço por meio de uma lógica instrumentalista que exclui de seu horizonte descritivo (e prescritivo) o traço propriamente público da saúde. Não há na epidemiologia formalizada um lugar epistemologicamente ativo – ainda que o epidemiologista, individualmente, possa estar profundamente atento em relação a estes aspectos – para os valores, a intersubjetividade, a politicidade envolvidos nas concepções e práticas de saúde, aspectos com os quais os fenômenos de que se ocupa a epidemiologia guardam estreitas relações. (AYRES, 2008, P. 97).

Em nosso trabalho, seguindo a linha de pensamento teórico, epistemológico e metodológico do conjunto de nossa pesquisa, vamos privilegiar uma leitura mais compreensiva dos dados epidemiológicos referentes à mortalidade infantil e seus componentes. Optamos por utilizar os dados obtidos diretamente do SIM e Sinasc para todos os territórios

(Brasil, Regiões, Estados, Distrito Federal e Municípios).

Entendemos que a utilização desses dados pelos atores envolvidos com a gestão e com o cuidado é a melhor maneira de comprometê-los com a notificação adequada dos eventos e com o diagnóstico e a intervenção em saúde coletiva. Autorizar e incentivar os atores da Área da Saúde da Criança a utilizarem os seus dados e indicadores disponíveis nos Sistemas de Informação Nacionais nos parece uma forma importante de promover a melhoria da qualidade das informações fornecidas.

Essa postura é a que melhor se coaduna com a posição epistemológica que assumimos no decorrer de toda a pesquisa. Ela também coincide com a postura adotada pelo MS nos últimos anos, quando passou a incentivar as coordenações de saúde da criança dos estados a utilizarem dados de notificação ainda em fase de consolidação e não validados, disponibilizando-os no ‘Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal’, do Datasus. Este painel consolida e disponibiliza os dados informados de forma oportuna, sem atraso da informação, ainda que isto traga algum grau de imprecisão aos dados ofertados, uma vez que esses dados terão que ser validados posteriormente. Nesse painel, podemos notar que os dados de óbitos infantis, necessários para o cálculo dos indicadores de mortalidade infantil e seus componentes, têm um atraso esperado de cerca de 4 a 5 meses. Após este período, eles tendem a se aproximar dos dados consolidados e disponibilizados oficialmente ao público ao final de 2 a 3 anos, no site do Datasus. Esse painel apresenta o número absoluto de óbitos infantis, a proporção dos notificados em tempo oportuno, a proporção dos óbitos investigados e dos investigados em tempo oportuno. Ele não disponibiliza taxas de mortalidade infantil, que necessitam dos dados de NV em seu denominador para serem

formuladas. ‘O Pannel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal’ pode ser acessado em: <http://svs.aids.gov.br/dashboar/mortalidade/infantil.show.mtw>.

Painel de indicadores epidemiológicos da saúde

da criança na Rede Cegonha

No *quadro 1*, apresentamos a descrição dos dez indicadores escolhidos para compor o painel dos indicadores epidemiológicos da saúde da criança na Rede Cegonha.

Quadro 1. Indicadores de saúde da criança na Rede Cegonha

Indicador	Numerador	Denominador	Cálculo
Mortalidade infantil	Óbitos de NV antes de completar 1 ano de idade (entre 0 e 364 dias de vida completos) em determinado período e local de residência	NV num determinado período e local de residência da mãe	(Numerador / denominador) x 1000
Mortalidade neonatal	Óbitos de NV entre 0 e 27 dias de vida completos em determinado período e local de residência	NV num determinado período e local de residência da mãe	(Numerador / denominador) x 1000
Mortalidade neonatal precoce	Óbitos de NV entre 0 e 6 dias de vida completos em determinado período e local de residência	NV num determinado período e local de residência da mãe	(Numerador / denominador) x 1000
Mortalidade neonatal tardia	Óbitos de NV entre 7 e 27 dias de vida completos em determinado período e local de residência	NV num determinado período e local de residência da mãe	(Numerador / denominador) x 1000
Mortalidade pós-neonatal	Óbitos de NV entre 28 e 364 dias de vida completos em determinado período e local de residência	NV num determinado período e local de residência da mãe	(Numerador / denominador) x 1000
Percentual de prematuridade (< 37 semanas de IG)	NV com IG < 37 semanas em determinado período e local de residência da mãe	NV num determinado período e local de residência da mãe (excluídos os NV sem informação sobre IG)	(Numerador / denominador) x 100
Percentual de PN < 2.500g	NV com PN < 2.500g em determinado período e local de residência da mãe	NV num determinado período e local de residência da mãe (excluídos os NV sem informação sobre PN)	(Numerador / denominador) x 100
Percentual de RN com Apgar de 5º minuto ≤ 7	NV com Apgar de 5º minuto ≤ 7 em determinado período e local de residência da mãe	NV num determinado período e local de residência da mãe (excluídos os NV sem informação sobre Apgar de 5º minuto)	(Numerador / denominador) x 100
Percentual de Cesariana	NV de parto cesariana em determinado período e local de residência da mãe	NV de parto vaginal + cesariana num determinado período e local de residência da mãe	(Numerador / denominador) x 100

Quadro 1. (cont.)

Incidência de sífilis congênita	Número absoluto de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (entre 0 e 364 dias de vida completos) em determinado período e local de residência	Número absoluto
---------------------------------	--	-----------------

Nota: Elaboração própria. Dados extraídos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)

Mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil é um indicador clássico de saúde da população, utilizado para avaliar a qualidade das condições de vida de uma população, de seu desenvolvimento econômico e infraestrutura ambiental, além do acesso e qualidade dos serviços de atenção à saúde materno-infantil (RIPSA, 2012A).

Esse indicador possibilita analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos

específicos; contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, possibilitando comparações nacionais e internacionais; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil (RIPSA, 2012A).

As principais causas da mortalidade infantil variam de acordo com a faixa etária. O *quadro 2* apresenta as causas de óbitos no período neonatal no ano de 2013, de acordo com os dados do SIM.

Quadro 2. Causas de óbitos neonatais – Brasil - 2013

Causa do óbito	Percentual
Afecções originadas no período perinatal, incluindo: - septicemia bacteriana do recém-nascido; - desconforto respiratório do recém-nascido; - transtornos relacionados com a prematuridade e baixo peso ao nascer; - causas relacionadas com as afecções maternas, específicas da gravidez ou não, incluindo transtornos hipertensivos maternos; - afecções da placenta, cordão umbilical ou membranas; - asfixia ao nascer; etc.	78%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	19%
Doenças infecciosas e parasitárias	1%
Todas as outras	2%

Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

O *quadro 3* mostra as causas de óbitos no período pós-neonatal no ano de 2013. Chama a atenção que 40% desses óbitos

foram causados por malformações congênitas e afecções originadas no período perinatal.

Quadro 3. Causas dos óbitos pós-neonatais – Brasil – 2013

Causa do óbito	Percentual
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	26%
Doenças do aparelho respiratório	17%
Afecções originadas no período perinatal	14%
Doenças infecciosas e parasitárias	14%
Causas externas	8%
Todas as outras	21%

Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

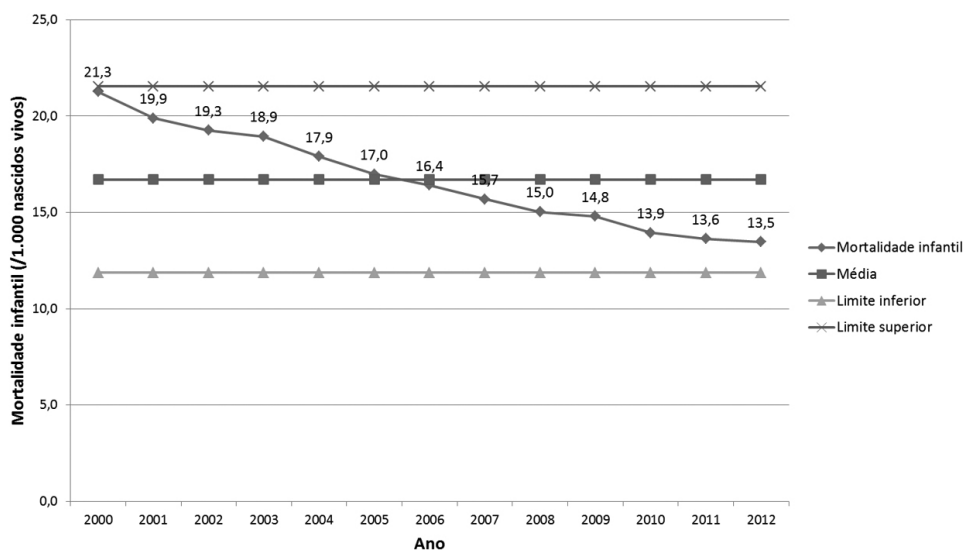
O uso desses indicadores poderia sinalizar a adoção de intervenções diferenciadas de acordo com o componente da mortalidade infantil a ser enfrentado. Na abordagem da mortalidade neonatal, priorizar as intervenções na qualidade da atenção à gestação, parto e nascimento. Na mortalidade pós-neonatal, combinar essas intervenções já mencionadas com medidas sobre o ambiente e atenção à saúde da criança, como puericultura, aleitamento materno, imunização e atenção às doenças prevalentes na infância (RIPSA, 2012A, 2012B, 2012C, 2012D).

Comportamento da mortalidade infantil no Brasil

A mortalidade infantil apresentou uma diminuição expressiva no período 2000 a 2012. De acordo com os dados indiretos (RIPSA, 2012A), os últimos dados disponíveis apontam 15,3 óbitos / 1.000 NV no ano de 2011⁴.

O gráfico 6 mostra a curva endêmica da mortalidade infantil no Brasil, no período de 2000 a 2012, de acordo com os

Gráfico 6. Mortalidade infantil – Brasil – 2000 a 2012



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

⁴ IDB-2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm>.

dados diretos dos sistemas nacionais de informação. A curva mostra um padrão de diminuição progressiva e contínua da taxa, de forma que, a partir de 2006, todos os valores do indicador estão abaixo da média.

Embora tenhamos conseguido uma

diminuição tão expressiva da mortalidade infantil em nosso País, notamos a ocorrência de grande diversidade no comportamento desse indicador nas diferentes regiões (*gráfico 7*), e mesmo entre unidades da federação de uma mesma região (*tabela 1*).

Tabela 1. Mortalidade infantil - Brasil, Regiões e Estados - 2000 a 2012

Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Região Norte	25,1	23,3	21,7	21,5	20,7	19,6	19,5	18,5	17,6	18,0	17,3	16,2	16,6
Rondônia	23,1	23,6	21,5	21,4	19,8	18,6	19,3	19,4	16,3	17,4	18,5	13,3	13,7
Acre	31,3	24,1	21,5	20,4	20,6	20,9	20,7	22,1	17,9	19,1	17,4	14,4	16,4
Amazonas	27,6	23,6	22,8	21,5	18,7	18,3	18,3	17,0	16,8	16,8	15,9	15,4	16,8
Roraima	18,6	17,0	13,0	15,8	19,2	18,1	21,2	17,1	16,6	18,3	12,9	12,7	16,5
Pará	24,9	23,8	21,9	22,3	22,2	20,8	20,0	18,8	18,2	18,4	18,0	17,4	17,0
Amapá	22,1	22,7	24,2	20,7	22,5	20,3	21,8	20,8	22,6	22,5	19,1	20,1	20,4
Tocantins	22,6	21,9	20,1	19,7	18,8	17,0	17,8	17,5	15,4	16,5	16,3	15,6	14,2
Região Nordeste	26,5	23,9	23,9	23,3	21,4	20,4	19,3	18,4	17,1	17,0	15,7	15,3	15,0
Maranhão	18,8	20,2	20,6	19,3	17,5	18,9	17,5	17,0	16,4	16,6	15,6	16,0	14,7
Piauí	22,9	21,3	22,3	22,0	19,7	19,8	19,6	19,8	18,5	17,9	16,9	16,9	16,6
Ceará	26,5	21,3	24,2	25,0	22,4	18,3	18,1	16,1	15,7	15,5	13,1	13,6	12,7
Rio Grande do Norte	21,4	19,5	21,2	17,5	18,5	16,3	14,6	15,8	14,6	13,8	13,4	13,3	14,0
Paraíba	32,2	21,2	23,0	22,1	21,0	18,9	18,0	18,3	16,6	15,2	14,5	14,4	14,5
Pernambuco	29,9	26,7	25,9	26,2	22,7	21,5	18,7	18,7	17,0	17,2	15,2	14,0	14,2
Alagoas	30,8	31,8	30,2	27,3	24,2	24,2	21,5	21,5	18,6	19,2	16,9	15,7	15,2
Sergipe	28,6	31,1	28,7	26,0	23,4	23,9	21,2	18,6	17,7	16,7	15,0	16,1	16,3
Bahia	26,6	24,4	22,8	23,0	22,0	21,7	21,7	19,8	18,4	18,6	18,0	16,8	17,0
Região Sudeste	18,7	17,5	16,5	16,3	15,6	14,8	14,5	13,8	13,5	13,2	12,6	12,4	12,2
Minas Gerais	20,8	18,7	18,0	17,6	16,9	16,5	16,3	14,9	14,7	14,0	13,1	13,1	12,7
Espírito Santo	18,8	17,9	16,1	16,4	15,0	15,6	15,4	13,9	14,5	12,0	11,9	11,9	11,5
Rio de Janeiro	19,7	18,2	17,9	17,7	17,2	16,0	15,3	14,8	14,4	14,4	14,0	13,9	13,8
São Paulo	17,3	16,5	15,3	15,2	14,5	13,5	13,4	13,1	12,6	12,5	11,9	11,6	11,5

Tabela 1. (cont.)

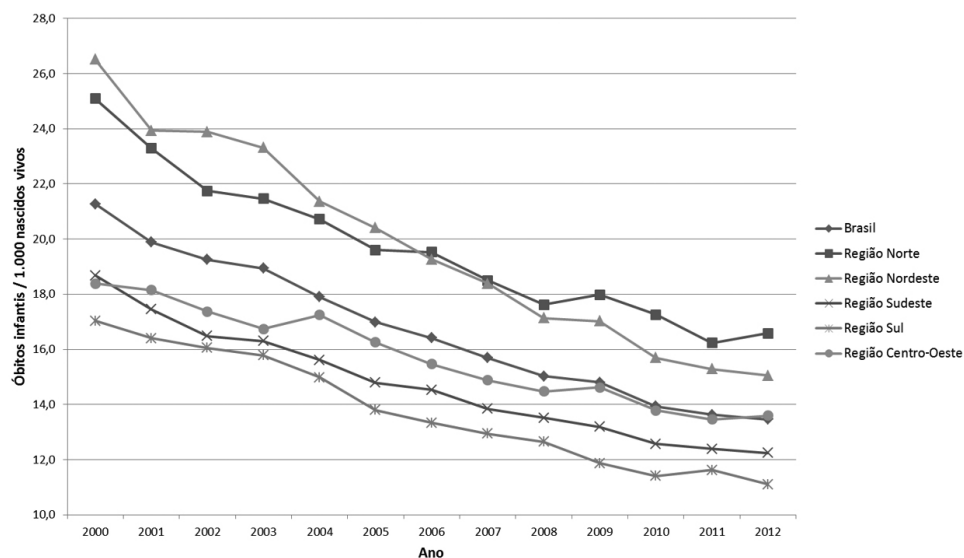
Região Sul	17,0	16,4	16,0	15,8	15,0	13,8	13,3	12,9	12,6	11,9	11,4	11,6	11,1
Paraná	19,6	17,5	16,8	16,5	15,5	14,5	14,0	13,2	13,1	12,5	12,1	11,6	11,7
Santa Catarina	15,7	15,5	15,3	14,1	13,6	12,6	12,6	12,8	11,7	11,3	10,5	11,8	10,6
Rio Grande do Sul	15,1	15,8	15,6	16,0	15,2	13,7	13,1	12,8	12,8	11,5	11,2	11,5	10,8
Região Centro-Oeste	18,4	18,1	17,4	16,7	17,2	16,3	15,5	14,9	14,5	14,6	13,8	13,5	13,6
Mato Grosso do Sul	23,8	24,0	20,3	20,1	21,3	19,3	18,8	19,2	16,5	18,3	15,7	13,2	13,4
Mato Grosso	22,7	21,2	20,6	18,7	18,9	18,5	16,7	16,3	16,1	16,4	15,1	14,4	14,0
Goiás	15,8	15,5	16,3	16,0	16,1	14,9	14,7	14,1	13,9	13,3	12,7	14,0	14,4
Distrito Federal	14,4	15,2	13,6	13,3	13,9	13,6	12,8	11,1	11,9	11,9	12,6	11,5	11,6
Brasil	21,3	19,9	19,3	18,9	17,9	17,0	16,4	15,7	15,0	14,8	13,9	13,6	13,5

Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

As menores taxas de mortalidade infantil são encontradas nas regiões Sul e Sudeste, seguido da região Centro-Oeste, e as maiores taxas nas regiões Norte e Nordeste. Enquanto a região Sul já havia

alcançado 16,4 óbitos / 1.000 NV em 2001, a região Norte só vai alcançar 16,6 óbitos / 1.000 NV em 2012, mais de uma década após (gráfico 7).

Gráfico 7. Mortalidade infantil - Brasil e Regiões - 2000 a 2012



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Componentes da mortalidade infantil

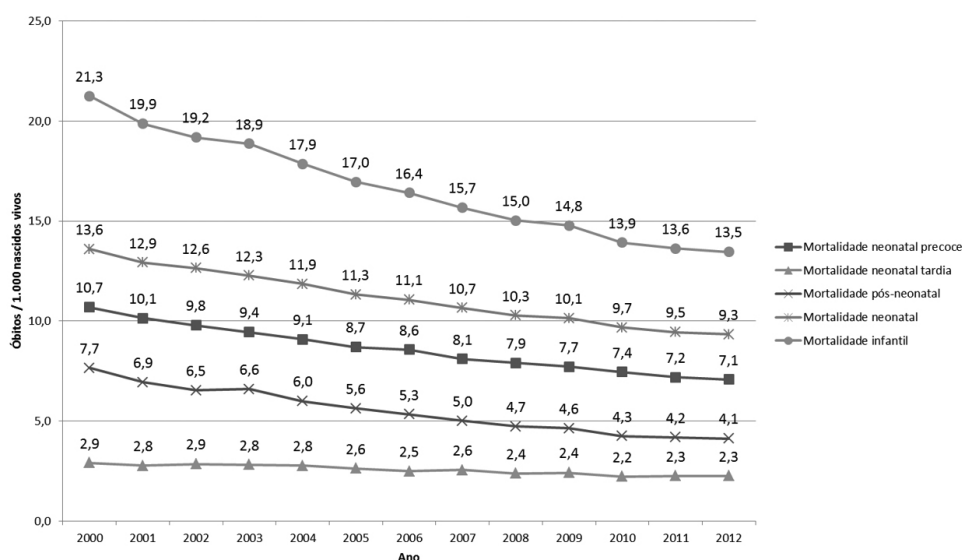
Conforme evidenciado no *gráfico 8*, no Brasil, no período de 2000 a 2012, podemos notar uma redução da mortalidade infantil de 21,3 para 13,5 óbitos / 1.000 NV (redução de 37%).

Essa redução se deu em todos os componentes da mortalidade infantil: na mortalidade neonatal (13,6 para 9,3 óbitos / 1.000 NV – redução de 32%) e ainda mais

acentuadamente na pós-neonatal (7,7 para 4,1 óbitos / 1.000 NV – redução de 47%).

Entre os componentes da mortalidade neonatal, a redução foi mais acentuada na mortalidade neonatal precoce (queda de 10,7 para 7,1 óbitos / 1.000 NV – redução de 34%) que na mortalidade neonatal tardia (queda de 2,9 para 2,3 óbitos / 1.000 NV – redução de 21%).

Gráfico 8. Mortalidades infantis por faixa etária – Brasil 2000 a 2012



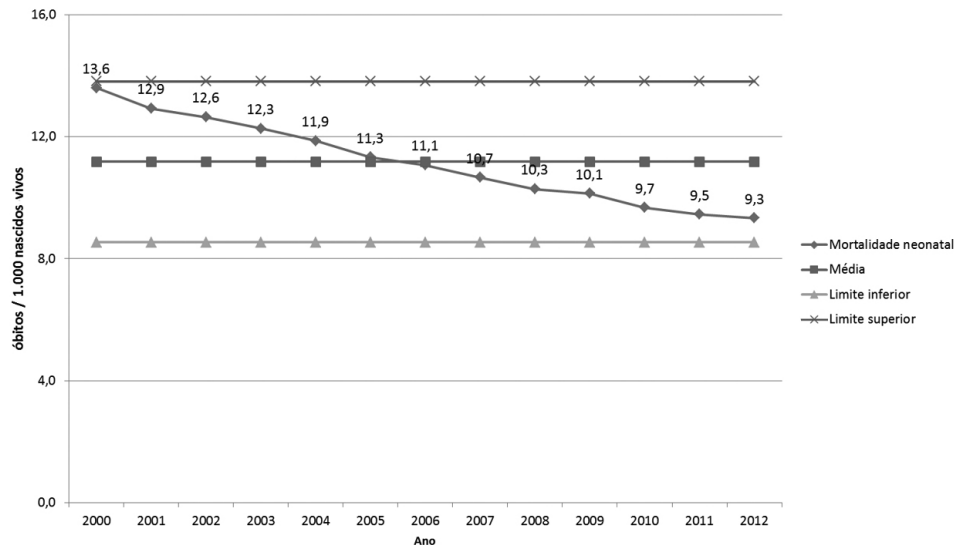
Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Mortalidade neonatal

A mortalidade neonatal mostra tendência de queda constante no período de 2000 a

2012, caindo de 13,6 para 9,3 óbitos / 1.000 NV, o que significou uma redução de 32% no indicador (*gráfico 9*).

Gráfico 9. Mortalidade neonatal – Brasil 2000 a 2012



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Esse comportamento de queda na mortalidade neonatal pode ser visto em todas as regiões do Brasil (gráfico 10) e em

quase todos os estados, com poucas exceções (tabela 2).

Tabela 2. Mortalidade neonatal - Brasil, Regiões e Estados – 2000 a 2012

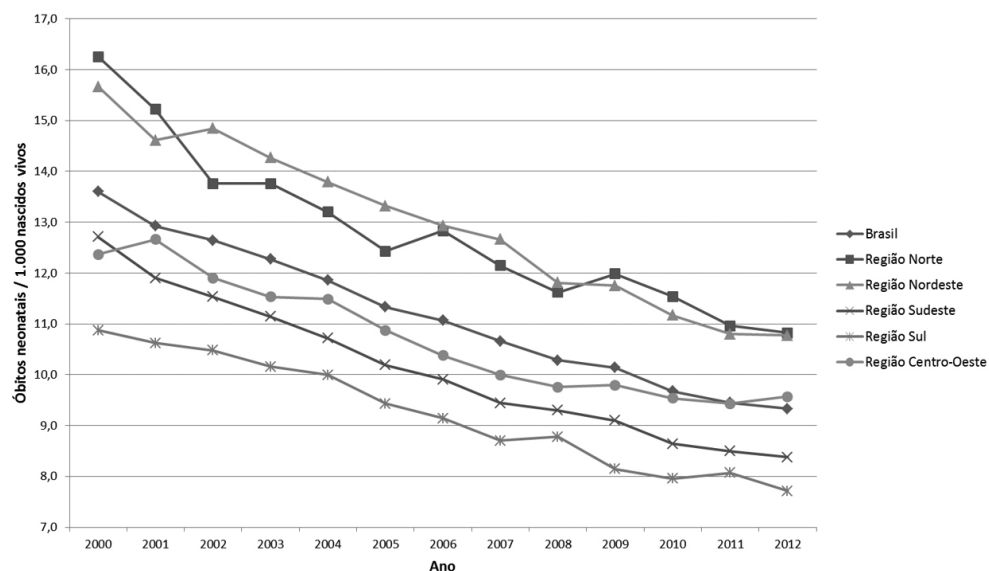
Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Região Norte	16,2	15,2	13,8	13,8	13,2	12,4	12,8	12,1	11,6	12,0	11,5	11,0	10,8
Rondônia	16,1	15,9	14,5	14,9	13,5	12,9	14,1	12,5	10,8	11,7	12,9	8,5	8,9
Acre	17,6	14,6	12,4	12,3	10,7	10,9	10,8	13,4	10,3	10,9	11,0	8,4	9,5
Amazonas	17,2	14,7	13,7	12,6	10,4	10,5	10,8	10,2	10,2	10,8	9,6	10,1	10,3
Roraima	11,0	10,0	8,2	8,6	10,1	9,8	12,0	10,4	9,9	9,9	7,5	8,1	9,3
Pará	16,4	15,9	14,0	14,8	14,7	13,6	13,6	12,7	12,5	12,9	12,8	12,5	11,8
Amapá	18,1	17,0	17,5	15,5	18,8	17,2	20,0	18,0	17,7	16,6	13,5	14,2	14,6
Tocantins	13,6	13,3	12,6	11,9	11,9	10,3	10,5	10,9	9,7	9,8	9,8	8,6	8,3
Região Nordeste	15,7	14,6	14,8	14,3	13,8	13,3	12,9	12,7	11,8	11,8	11,2	10,8	10,8
Maranhão	10,7	11,6	12,2	11,0	10,6	11,1	10,7	11,2	11,1	11,3	10,7	11,1	10,2
Piauí	15,0	14,0	14,5	14,3	13,5	13,8	14,1	14,4	13,5	13,0	12,3	12,5	12,3
Ceará	15,6	12,9	15,1	15,3	14,8	11,9	11,8	10,8	10,6	10,8	9,4	9,4	9,0
Rio Grande do Norte	13,1	13,2	13,9	11,6	12,6	11,4	9,6	10,8	10,4	9,9	9,5	9,2	10,2
Paraíba	17,8	13,5	14,3	13,8	13,5	12,3	12,8	13,1	11,3	10,7	10,4	10,1	10,7

Tabela 2. (cont.)

Pernambuco	16,7	15,5	14,9	14,8	13,5	13,6	12,1	12,1	11,1	11,6	10,6	9,4	10,0
Alagoas	17,1	16,6	16,7	13,9	13,3	14,5	12,9	13,8	12,2	11,9	11,5	10,6	9,8
Sergipe	18,8	20,0	19,9	16,8	16,2	16,0	15,0	12,9	12,8	11,2	10,6	11,1	11,4
Bahia	16,4	15,8	15,1	15,5	15,2	15,0	15,6	14,6	13,2	13,1	13,2	12,5	12,7
Região Sudeste	12,7	11,9	11,5	11,1	10,7	10,2	9,9	9,4	9,3	9,1	8,6	8,5	8,4
Minas Gerais	14,3	12,8	12,6	12,1	11,8	11,5	11,2	10,4	10,5	9,9	9,3	9,4	8,9
Espírito Santo	12,5	11,4	11,7	10,9	9,9	10,4	10,4	9,4	10,1	8,3	8,5	8,4	7,8
Rio de Janeiro	13,6	12,8	12,7	12,2	11,8	11,2	10,5	10,0	9,6	9,6	9,3	9,1	9,1
São Paulo	11,7	11,2	10,6	10,3	9,9	9,2	9,1	8,8	8,6	8,7	8,1	7,9	7,9
Região Sul	10,9	10,6	10,5	10,2	10,0	9,4	9,1	8,7	8,8	8,1	8,0	8,1	7,7
Paraná	12,9	11,5	11,5	11,0	10,5	10,1	9,7	9,1	9,2	8,8	8,8	8,2	8,2
Santa Catarina	9,6	10,2	9,9	9,2	8,8	8,6	8,8	8,6	8,1	7,6	7,3	8,1	7,6
Rio Grande do Sul	9,5	10,0	9,6	9,8	10,1	9,2	8,8	8,3	8,7	7,8	7,5	7,8	7,3
Região Centro-Oeste	12,4	12,7	11,9	11,5	11,5	10,9	10,4	10,0	9,8	9,8	9,5	9,4	9,6
Mato Grosso do Sul	15,8	15,9	12,9	12,7	13,3	12,7	12,5	12,2	11,3	11,9	10,4	9,0	8,7
Mato Grosso	15,2	14,9	14,3	12,5	12,7	11,9	10,8	10,8	10,6	10,4	9,8	9,7	9,7
Goiás	10,6	11,0	11,3	11,5	11,2	10,4	10,0	9,6	9,5	9,1	9,1	10,1	10,4
Distrito Federal	10,0	10,9	9,7	9,6	9,1	9,0	8,9	7,9	7,9	8,7	9,2	8,2	8,5
Brasil	13,6	12,9	12,6	12,3	11,9	11,3	11,1	10,7	10,3	10,1	9,7	9,5	9,3

Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Gráfico 10. Mortalidade neonatal - Brasil e Regiões - 2000 a 2012



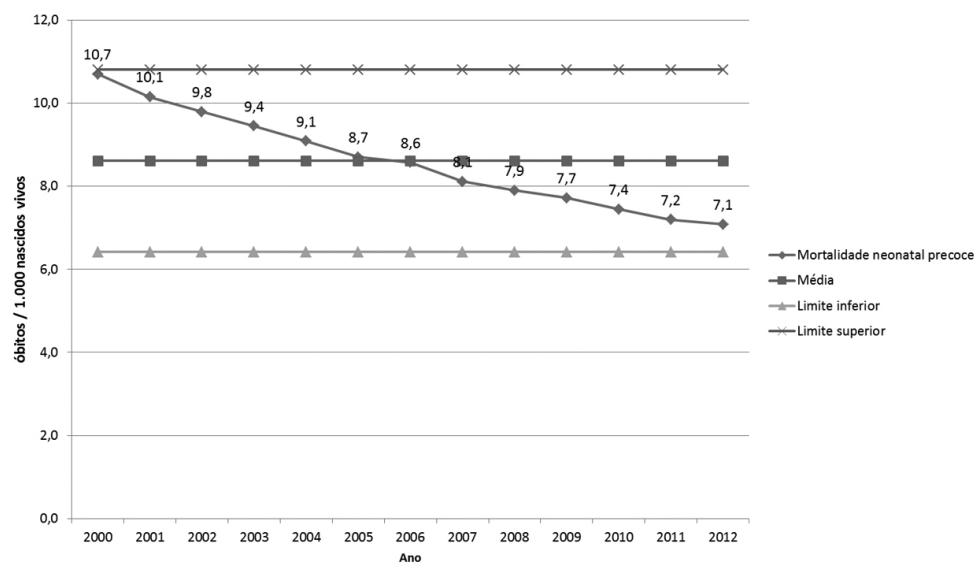
Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Mortalidade neonatal precoce

queda contínua no período 2000 a 2012, caindo de 10,7 para 7,1 óbitos / 1.000 NV – redução de 34% (gráfico 11).

A mortalidade neonatal precoce apresenta

Gráfico 11. Mortalidade neonatal precoce - Brasil - 2000 a 2012



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

A queda da mortalidade neonatal precoce pode ser vista em todas as regiões do Brasil (*gráfico 12*) e em praticamente todos os estados (*tabela 3*).

Tabela 3. Mortalidade neonatal - Brasil, Regiões e Estados - 2000 a 2012

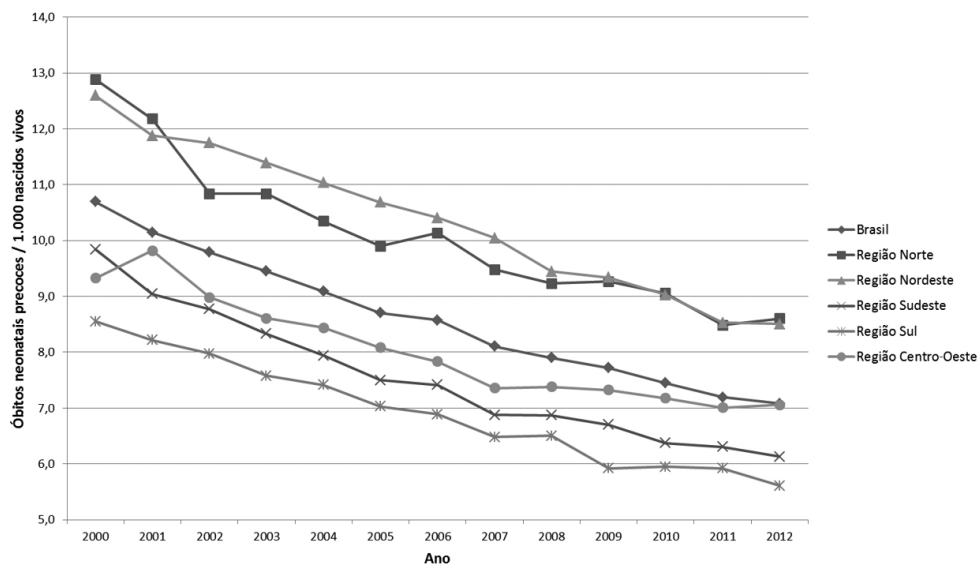
Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Região Norte	12,9	12,2	10,8	10,8	10,3	9,9	10,1	9,5	9,2	9,3	9,1	8,5	8,6
Rondônia	13,6	13,6	12,5	12,6	11,2	10,2	11,1	9,7	8,2	8,7	10,4	6,7	7,2
Acre	14,5	12,5	9,4	9,9	8,6	8,8	8,6	10,9	7,9	8,4	8,2	6,9	8,1
Amazonas	13,1	11,2	10,7	9,6	8,0	8,4	8,4	7,8	7,9	8,5	7,4	7,9	8,1
Roraima	7,0	8,1	5,2	6,8	6,8	7,2	8,5	7,8	8,3	6,7	6,2	6,5	8,1
Pará	12,9	12,6	11,0	11,6	11,5	10,9	10,9	10,0	10,2	10,2	10,2	9,6	9,6
Amapá	15,3	13,6	13,3	11,8	14,8	14,0	15,1	13,6	12,4	10,8	9,2	10,3	11,0
Tocantins	11,2	11,3	9,9	9,8	9,5	7,9	8,6	8,4	7,7	7,5	7,4	7,1	6,5
Região Nordeste	12,6	11,9	11,7	11,4	11,0	10,7	10,4	10,0	9,4	9,3	9,0	8,5	8,5
Maranhão	8,7	9,3	9,5	8,8	8,3	9,0	8,8	9,0	9,2	9,1	9,0	9,0	8,5
Piauí	12,4	11,7	11,9	11,8	11,1	11,2	11,2	11,7	10,5	10,3	9,6	9,7	9,6
Ceará	11,8	9,7	11,0	11,5	11,2	9,4	9,1	8,2	8,4	8,6	7,5	7,2	7,0
Rio Grande do Norte	10,8	10,3	11,3	9,4	10,0	9,1	8,0	8,7	8,3	8,0	7,6	7,6	7,5
Paraíba	14,2	11,0	11,4	10,8	10,8	9,7	10,2	10,1	8,5	7,9	7,9	7,3	8,0
Pernambuco	13,3	12,8	11,8	11,7	11,0	10,9	9,9	9,7	8,7	9,0	8,4	7,4	7,8
Alagoas	13,5	13,0	12,4	10,7	10,5	11,5	9,9	10,1	9,3	9,5	8,9	8,1	7,4
Sergipe	14,9	16,9	17,0	13,3	12,4	11,7	10,7	10,1	9,9	8,6	8,8	8,7	8,7
Bahia	13,6	13,3	12,4	12,9	12,7	12,4	12,9	11,9	10,9	10,7	10,9	10,2	10,3
Região Sudeste	9,8	9,0	8,8	8,3	7,9	7,5	7,4	6,9	6,9	6,7	6,4	6,3	6,1
Minas Gerais	11,7	10,3	10,0	9,6	9,2	9,0	8,8	7,8	8,3	7,9	7,3	7,2	6,9
Espírito Santo	9,9	8,9	9,0	8,3	7,2	7,5	7,9	7,0	7,5	5,6	6,0	6,2	5,5
Rio de Janeiro	10,2	9,7	9,7	9,1	8,8	8,2	8,0	7,6	7,0	7,2	7,2	6,8	6,5
São Paulo	8,9	8,2	7,8	7,4	7,1	6,6	6,5	6,2	6,1	6,1	5,7	5,7	5,7
Região Sul	8,5	8,2	8,0	7,6	7,4	7,0	6,9	6,5	6,5	5,9	6,0	5,9	5,6
Paraná	10,5	9,2	8,9	8,5	8,0	7,6	7,3	6,9	7,1	6,6	6,8	6,1	6,2
Santa Catarina	7,9	8,1	8,0	7,2	6,6	6,5	6,9	6,6	5,9	5,3	5,3	6,1	5,6
Rio Grande do Sul	6,9	7,3	7,0	6,8	7,2	6,7	6,4	6,0	6,2	5,5	5,4	5,6	5,0

Tabela 3. (cont.)

Região Centro-Oeste	9,3	9,8	9,0	8,6	8,4	8,1	7,8	7,4	7,4	7,3	7,2	7,0	7,1
Mato Grosso do Sul	12,0	12,9	10,3	9,1	10,2	9,6	9,4	9,0	8,4	8,9	8,2	7,0	6,6
Mato Grosso	11,4	11,7	11,3	9,4	9,6	9,1	8,4	8,1	7,9	7,5	7,2	7,2	7,3
Goiás	8,0	8,5	8,3	8,7	8,3	7,7	7,5	7,0	7,3	6,8	7,0	7,5	7,6
Distrito Federal	7,6	7,8	6,9	7,1	6,0	6,4	6,5	5,7	5,9	6,6	6,6	5,7	6,1
Brasil	10,7	10,1	9,8	9,4	9,1	8,7	8,6	8,1	7,9	7,7	7,4	7,2	7,1

Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Gráfico 12. Mortalidade neonatal precoce – Brasil e Regiões – 2000 a 2012



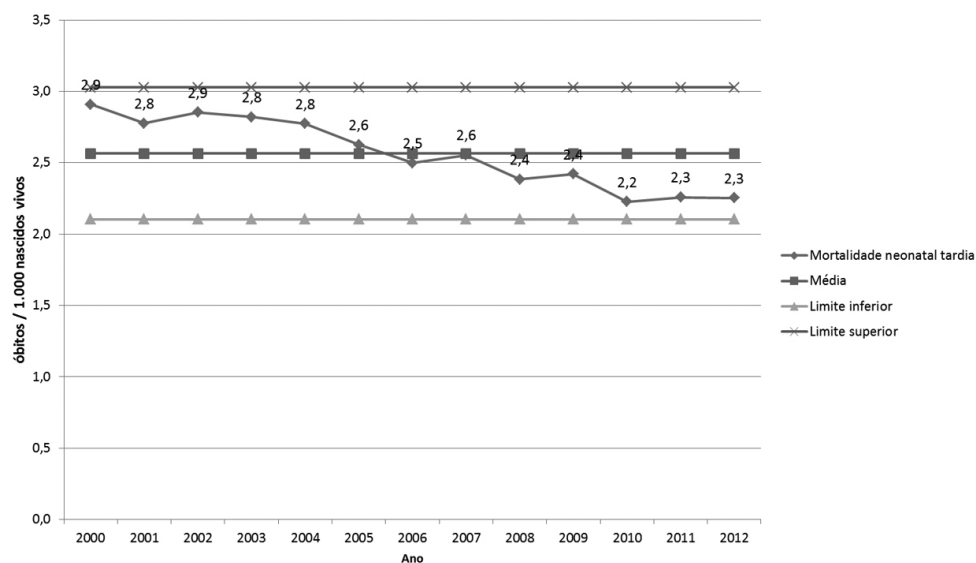
Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Mortalidade neonatal tardia

mortalidade neonatal tardia, no Brasil, no período de 2000 a 2012.

O gráfico 13 mostra o comportamento da

Gráfico 13. Mortalidade neonatal tardia – Brasil – 2000 a 2012



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

A queda da mortalidade neonatal tardia é intercalada com períodos de manutenção da taxa no mesmo patamar e pequenas elevações no indicador de um ano para outro. Esse é o componente que apresentou menor redução no período de 2000 a

2012, indo de 2,9 para 2,3 óbitos / 1.000 NV (21% de redução).

Esse comportamento na curva de mortalidade neonatal tardia pode ser visto em todas as regiões do Brasil (*gráfico 14*) e em vários estados (*tabela 4*).

Tabela 4. Mortalidade neonatal tardia – Brasil, Regiões e Estados – 2000 a 2012

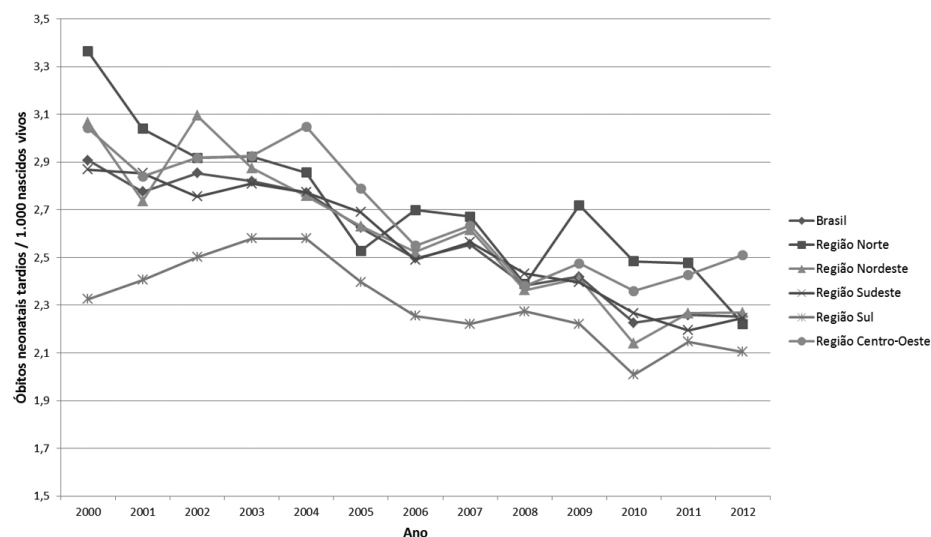
Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Região Norte	3,4	3,0	2,9	2,9	2,9	2,5	2,7	2,7	2,4	2,7	2,5	2,5	2,2
Rondônia	2,5	2,3	2,1	2,3	2,3	2,7	3,0	2,8	2,5	3,1	2,5	1,9	1,7
Acre	3,1	2,1	3,0	2,4	2,2	2,2	2,1	2,5	2,3	2,5	2,7	1,5	1,3
Amazonas	4,1	3,5	3,0	3,0	2,5	2,2	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2
Roraima	4,0	1,9	3,0	1,8	3,3	2,6	3,4	2,6	1,6	3,2	1,3	1,6	1,2
Pará	3,4	3,3	3,0	3,2	3,2	2,7	2,7	2,7	2,3	2,6	2,5	2,9	2,5
Amapá	2,8	3,4	4,2	3,7	4,0	3,2	4,9	4,4	5,2	5,9	4,3	4,0	3,6
Tocantins	2,4	2,0	2,7	2,1	2,4	2,4	2,0	2,5	2,0	2,3	2,4	1,6	1,8
Região Nordeste	3,1	2,7	3,1	2,9	2,8	2,6	2,5	2,6	2,4	2,4	2,1	2,3	2,3
Maranhão	2,0	2,4	2,7	2,1	2,3	2,1	1,9	2,1	1,9	2,2	1,7	2,1	1,8
Piauí	2,6	2,3	2,6	2,5	2,4	2,6	2,9	2,7	3,0	2,7	2,7	2,8	2,7

Tabela 4. (cont.)

Ceará	3,8	3,1	4,1	3,8	3,6	2,6	2,6	2,6	2,2	2,2	1,9	2,2	2,0
Rio Grande do Norte	2,4	2,9	2,6	2,2	2,7	2,3	1,7	2,1	2,1	1,9	1,8	1,6	2,6
Paraíba	3,5	2,4	2,9	3,0	2,8	2,6	2,6	3,0	2,7	2,8	2,5	2,9	2,7
Pernambuco	3,4	2,7	3,1	3,2	2,6	2,6	2,2	2,4	2,3	2,6	2,2	2,1	2,2
Alagoas	3,6	3,6	4,3	3,2	2,9	3,0	3,0	3,7	2,9	2,4	2,6	2,5	2,4
Sergipe	3,9	3,1	2,9	3,5	3,8	4,3	4,3	2,8	2,9	2,6	1,9	2,4	2,7
Bahia	2,7	2,5	2,7	2,6	2,6	2,7	2,7	2,7	2,3	2,5	2,3	2,3	2,4
Região Sudeste	2,9	2,9	2,8	2,8	2,8	2,7	2,5	2,6	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2
Minas Gerais	2,6	2,5	2,6	2,5	2,5	2,4	2,5	2,6	2,2	2,0	2,0	2,2	2,1
Espírito Santo	2,6	2,5	2,7	2,6	2,7	3,0	2,5	2,5	2,6	2,6	2,4	2,3	2,3
Rio de Janeiro	3,4	3,1	2,9	3,1	3,0	3,0	2,5	2,4	2,6	2,4	2,2	2,2	2,6
São Paulo	2,8	3,0	2,8	2,8	2,8	2,7	2,5	2,6	2,5	2,5	2,4	2,2	2,2
Região Sul	2,3	2,4	2,5	2,6	2,6	2,4	2,3	2,2	2,3	2,2	2,0	2,1	2,1
Paraná	2,4	2,3	2,7	2,5	2,5	2,5	2,3	2,2	2,1	2,1	2,0	2,2	2,0
Santa Catarina	1,7	2,1	1,9	2,0	2,2	2,1	1,9	2,1	2,2	2,2	1,9	2,0	2,0
Rio Grande do Sul	2,6	2,7	2,7	3,0	2,9	2,5	2,4	2,3	2,5	2,3	2,1	2,3	2,3
Região Centro-Oeste	3,0	2,8	2,9	2,9	3,0	2,8	2,5	2,6	2,4	2,5	2,4	2,4	2,5
Mato Grosso do Sul	3,7	3,0	2,7	3,6	3,2	3,1	3,1	3,2	2,9	2,9	2,2	2,0	2,1
Mato Grosso	3,9	3,1	3,0	3,1	3,1	2,8	2,3	2,7	2,7	2,8	2,7	2,5	2,4
Goiás	2,7	2,5	3,0	2,8	2,9	2,7	2,5	2,6	2,2	2,3	2,1	2,6	2,8
Distrito Federal	2,4	3,0	2,8	2,5	3,2	2,6	2,4	2,2	2,0	2,1	2,6	2,5	2,4
Brasil	2,9	2,8	2,9	2,8	2,8	2,6	2,5	2,6	2,4	2,4	2,2	2,3	2,3

Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Gráfico 14. Mortalidade neonatal tardia - Brasil e Regiões - 2000 a 2012



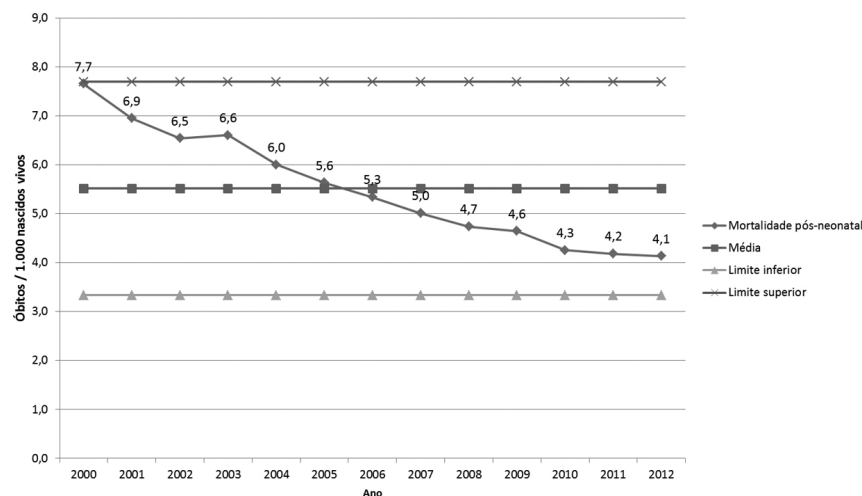
Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Em alguns estados, o comportamento da curva chega a ser errático, sem demonstrar tendência de queda no período, e em outros, a mortalidade neonatal tardia chegou a apresentar tendência de elevação no período.

Mortalidade pós-neonatal

A mortalidade pós-neonatal é o componente da mortalidade infantil que sofreu o maior percentual de queda no período (47%). Nos últimos anos, a queda nos valores desse indicador está diminuindo (gráfico 15).

Gráfico 15. Mortalidade pós-neonatal - Brasil 2000 a 2012



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

A queda na mortalidade pós-neonatal pode ser vista em todas as regiões do Brasil (gráfico 16) e em praticamente todos os

estados (tabela 5), mas a região Norte persiste com esse indicador em patamar mais elevado que nas demais regiões.

Tabela 5. Mortalidade pós-neonatal – Brasil, Regiões e Estados – 2000 a 2012

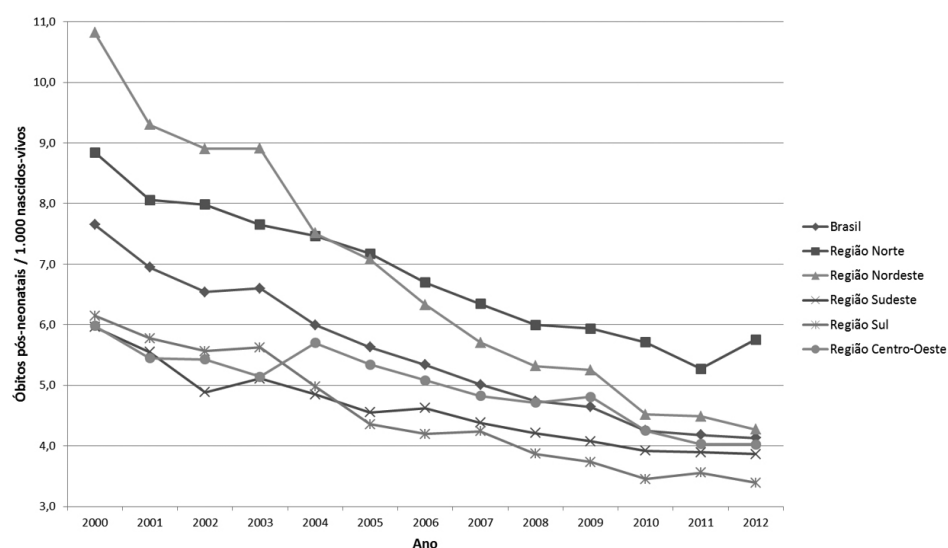
Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Região Norte	8,8	8,1	8,0	7,7	7,5	7,2	6,7	6,3	6,0	5,9	5,7	5,3	5,8
Rondônia	7,0	7,6	7,0	6,3	6,1	5,7	5,2	6,9	5,5	5,6	5,6	4,8	4,8
Acre	13,7	9,5	9,2	8,1	9,8	10,0	9,9	8,7	7,6	8,1	6,4	6,0	6,9
Amazonas	10,3	8,9	9,1	8,9	8,2	7,8	7,5	6,7	6,5	6,0	6,3	5,3	6,5
Roraima	7,6	7,0	4,8	7,3	9,1	8,3	9,2	6,7	6,7	8,3	5,4	4,5	7,2
Pará	8,5	7,8	7,9	7,5	7,5	7,2	6,4	6,1	5,7	5,4	5,2	4,9	5,2
Amapá	3,9	5,6	6,6	5,2	3,7	3,2	1,8	2,8	5,0	5,8	5,7	5,9	5,8
Tocantins	9,0	8,6	7,5	7,8	6,8	6,7	7,3	6,6	5,6	6,7	6,5	7,0	5,9
Região Nordeste	10,8	9,3	8,9	8,9	7,5	7,1	6,3	5,7	5,3	5,2	4,5	4,5	4,3
Maranhão	8,1	8,5	8,2	8,2	6,9	7,8	6,8	5,8	5,3	5,2	4,8	4,9	4,4
Piauí	7,9	7,3	7,7	7,6	6,2	6,0	5,5	5,4	4,9	4,8	4,6	4,4	4,3
Ceará	10,8	8,4	9,1	9,3	7,6	6,4	6,3	5,3	5,1	4,7	3,8	4,3	3,7
Rio Grande do Norte	8,2	6,3	7,2	5,8	5,8	4,8	4,9	5,0	4,3	3,9	3,9	4,1	3,9
Paraíba	14,3	7,7	8,6	8,2	7,3	6,5	5,3	5,1	5,3	4,4	4,0	4,3	3,8
Pernambuco	13,1	11,1	10,8	11,2	9,2	7,9	6,6	6,6	5,9	5,5	4,6	4,5	4,3
Alagoas	13,7	15,2	13,5	13,4	10,8	9,6	8,6	7,7	6,4	7,3	5,5	5,1	5,4
Sergipe	9,7	11,1	8,8	9,2	7,2	7,9	6,2	5,7	5,0	5,5	4,4	5,0	4,9
Bahia	10,3	8,6	7,5	7,5	6,6	6,7	6,1	5,2	5,2	5,5	4,8	4,3	4,4
Região Sudeste	6,0	5,5	4,9	5,1	4,8	4,6	4,6	4,4	4,2	4,1	3,9	3,9	3,9
Minas Gerais	6,5	6,0	5,1	5,3	4,9	4,8	5,1	4,5	4,2	4,1	3,8	3,7	3,8
Espírito Santo	6,4	6,4	4,4	5,4	5,1	5,2	5,0	4,4	4,4	3,7	3,4	3,4	3,7
Rio de Janeiro	6,1	5,5	5,2	5,4	5,4	4,8	4,8	4,7	4,8	4,9	4,6	4,8	4,7
São Paulo	5,6	5,3	4,7	4,9	4,6	4,3	4,3	4,2	4,0	3,8	3,8	3,7	3,6
Região Sul	6,1	5,8	5,6	5,6	5,0	4,4	4,2	4,2	3,9	3,7	3,4	3,6	3,4
Paraná	6,7	6,0	5,3	5,5	5,0	4,4	4,3	4,1	3,9	3,7	3,3	3,4	3,5
Santa Catarina	6,1	5,3	5,3	4,9	4,8	3,9	3,8	4,1	3,6	3,8	3,2	3,7	3,0
Rio Grande do Sul	5,6	5,8	6,0	6,2	5,1	4,5	4,3	4,5	4,0	3,7	3,7	3,6	3,5

Tabela 5. (cont.)

Região Centro-Oeste	60,	5,4	5,4	5,1	5,7	5,3	5,1	4,8	4,7	4,8	4,2	4,0	4,0
Mato Grosso do Sul	8,1	8,0	7,4	7,4	8,0	6,6	6,3	6,9	5,2	6,4	5,3	4,2	4,7
Mato Grosso	7,4	6,3	6,3	6,0	6,3	6,5	5,9	5,4	5,5	6,1	5,3	4,8	4,3
Goiás	5,2	4,5	4,9	4,4	4,8	4,4	4,6	4,4	4,4	4,2	3,6	3,9	4,0
Distrito Federal	4,3	4,3	3,9	3,7	4,8	4,6	3,9	3,2	4,0	3,2	3,4	3,3	3,1
Brasil	7,7	6,9	6,5	6,6	6,0	5,6	5,3	5,0	4,7	4,6	4,3	4,2	4,1

Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Gráfico 16. Mortalidade pós-neonatal - Brasil e Regiões - 2000 a 2012



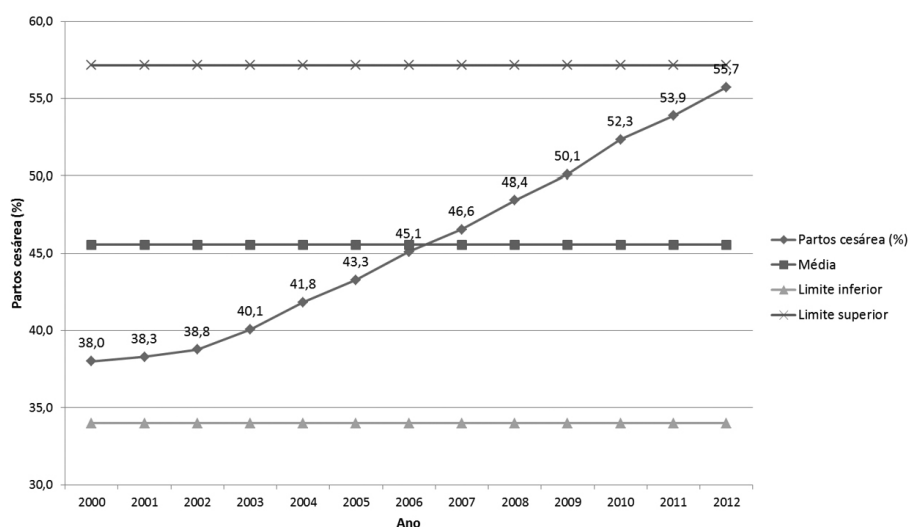
Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Percentual de partos cesárea

O percentual de partos cesárea no Brasil é muito alto, em comparação com dados

internacionais (YE *et al.*, 2014). Apesar de já se encontrar em patamar elevado desde o início do período estudado, esse indicador apresentou elevação constante e expressiva, representado 38% dos partos em 2000 e 56% em 2012 (gráfico 17).

Gráfico 17. Percentual de partos cesárea – Brasil – 2000 a 2012



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Esse aumento é consistentemente encontrado nas cinco regiões do País (gráfico 18) e em vários estados da federação (tabela 6).

Tabela 6. Percentual de Cesárea – Brasil, Regiões e Estados – 2000 a 2012

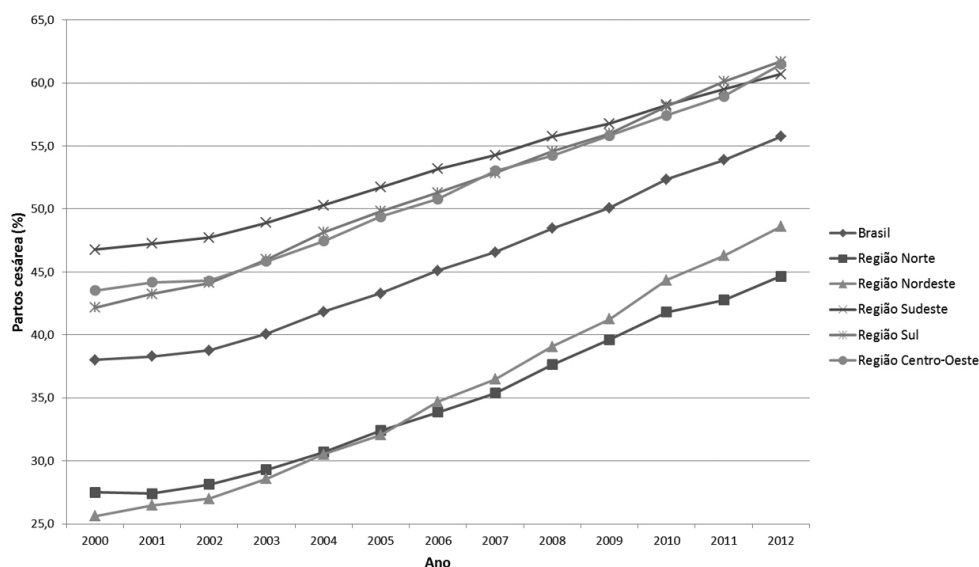
Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Região Norte	27,5	27,4	28,1	29,3	30,7	32,4	33,9	35,4	37,6	39,6	41,8	42,8	44,7
Rondônia	43,6	45,7	47,0	49,6	51,6	54,0	55,4	56,0	59,4	61,2	64,1	63,8	65,6
Acre	23,4	23,4	23,4	24,3	25,5	28,8	28,9	29,3	29,8	30,7	32,7	29,4	33,4
Amazonas	25,3	23,6	23,4	24,7	28,0	29,8	32,1	33,6	34,8	35,5	37,7	37,3	38,1
Roraima	22,3	25,1	22,6	23,4	21,6	22,3	25,1	28,5	34,0	36,2	35,8	31,9	32,3
Pará	26,7	27,1	28,5	29,2	29,8	31,2	32,8	34,7	37,1	39,8	42,3	45,3	47,6
Amapá	14,4	17,4	17,2	21,2	22,8	24,3	24,3	25,5	27,5	29,1	29,9	31,1	31,6
Tocantins	29,5	28,4	29,1	30,1	31,2	33,7	35,9	38,1	39,2	42,0	44,0	42,9	47,1
Região Nordeste	25,6	26,5	27,0	28,6	30,5	32,1	34,7	36,5	39,1	41,3	44,4	46,3	48,6
Maranhão	24,0	23,4	22,5	23,2	24,4	25,9	28,1	29,3	30,8	32,8	34,4	36,6	38,8
Piauí	29,3	28,8	29,2	31,8	34,6	36,9	39,1	40,4	41,2	43,9	46,4	48,3	50,0
Ceará	27,3	28,9	29,9	32,3	34,5	35,2	37,5	40,0	42,7	44,7	49,1	52,2	55,8
Rio Grande do Norte	27,6	28,4	28,7	29,9	34,4	36,3	39,2	40,4	44,3	47,2	51,2	52,9	56,1
Paraíba	33,3	32,3	33,0	35,2	37,9	39,2	42,5	45,3	46,7	49,0	51,9	53,2	56,0
Pernambuco	29,5	30,6	31,2	33,2	34,2	35,6	38,9	40,6	45,0	47,1	50,1	51,0	52,3
Alagoas	29,5	30,6	31,2	33,2	34,2	35,6	38,9	40,6	45,0	47,1	50,1	51,0	52,3

Tabela 6. (cont.)

Sergipe	19,1	21,2	23,1	24,8	26,1	26,1	28,4	29,2	31,7	33,0	35,7	38,1	41,0
Bahia	21,4	22,7	23,0	24,1	25,9	27,5	30,4	32,2	34,4	35,8	38,6	40,3	42,3
Região Sudeste	46,8	47,2	47,7	48,9	50,3	51,7	53,2	54,3	55,7	56,8	58,3	59,5	60,7
Minas Gerais	40,7	40,6	41,7	43,4	44,9	46,3	48,0	49,0	50,6	52,1	54,2	55,7	57,7
Espírito Santo	43,6	44,3	44,6	45,3	46,1	48,1	50,9	53,8	57,5	58,2	60,8	64,5	66,9
Rio de Janeiro	49,2	49,6	48,8	50,0	51,1	53,1	54,6	55,3	56,9	58,4	60,7	61,2	62,1
São Paulo	48,8	49,7	50,3	51,4	52,8	53,9	55,2	56,2	57,4	58,0	58,9	60,0	61,0
Região Sul	42,2	43,3	44,1	46,0	48,2	49,8	51,3	52,8	54,6	56,0	58,1	60,1	61,7
Paraná	43,6	44,9	45,1	47,0	49,0	50,2	51,9	53,5	55,2	56,5	58,4	60,6	62,0
Santa Catarina	41,6	42,2	43,8	46,3	48,3	50,3	51,6	53,1	54,7	55,7	57,7	59,0	60,8
Rio Grande do Sul	41,0	42,1	43,2	44,8	47,2	49,1	50,5	52,0	53,7	55,7	58,1	60,3	62,0
Região Centro-Oeste	43,5	44,2	44,3	45,8	47,4	49,4	50,8	53,0	54,2	55,8	57,4	58,9	61,5
Mato Grosso do Sul	42,9	42,8	43,5	46,5	47,7	48,5	51,1	52,7	53,5	54,1	55,8	57,8	60,1
Mato Grosso	44,9	45,3	45,5	47,0	48,3	50,1	50,3	51,2	52,7	54,9	56,1	57,6	60,6
Goiás	45,0	45,5	44,7	45,7	47,5	50,2	51,9	54,9	56,8	59,1	61,6	63,3	66,1
Distrito Federal	39,7	41,5	42,9	44,3	46,1	47,6	48,7	51,8	51,6	52,0	52,0	52,8	53,9
Brasil	38,0	38,3	38,8	40,1	41,8	43,3	45,1	46,6	48,4	50,1	52,3	53,9	55,7

Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Gráfico 18. Percentual de partos cesárea – Brasil – 2000 a 2012



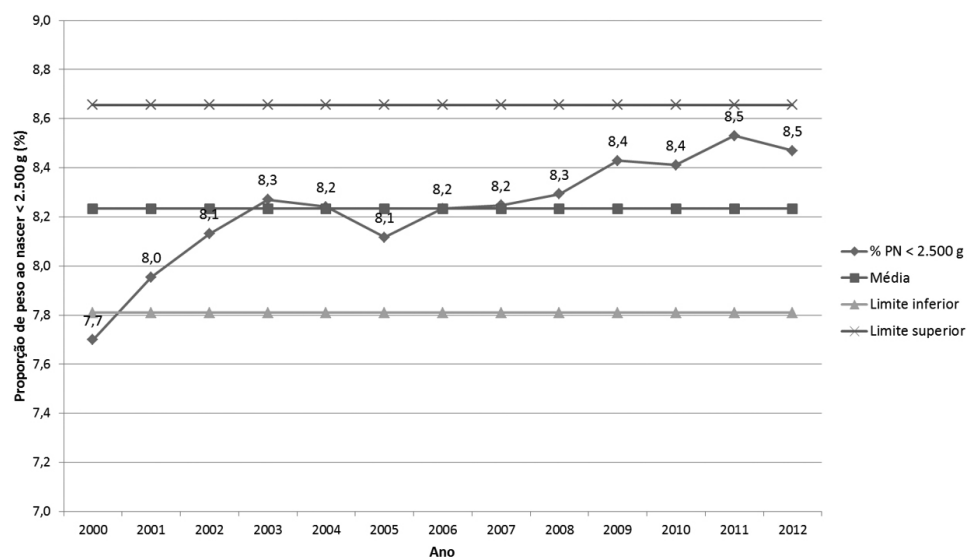
Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

No *gráfico 18*, podemos notar que o percentual de partos cesárea é maior nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (acima de 60% nestas três regiões, em 2012) e um pouco menor, embora também esteja elevado, nas regiões Norte (45%) e Nordeste (49%). O percentual de cesáreas que as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste tinham em 2000 só é alcançado pelas regiões Norte e Nordeste em 2012.

Proporção de peso ao nascer < 2.500 g

De acordo com os dados dos sistemas nacionais de informação (SIM e Sinasc), o percentual de PN < 2.500g apresenta tendência crescente no período de 2000 a 2012, passando de 7,7% para 8,5% dos RN. Esta elevação de quase 1 ponto percentual significa um aumento de 9,1% do valor em 2000. O indicador apresenta elevação de 2000 a 2003. De 2003 a 2008, ele tende a ficar estabilizado, quando volta a apresentar comportamento de elevação, embora menos acelerada que no período anterior a 2003 (*gráfico 19*).

Gráfico 19. Proporção de peso ao nascer < 2.500g – Brasil – 2000 - 2012



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

No *gráfico 20*, podemos notar que, desde 2002, nas regiões Sul e Sudeste a proporção de PN < 2.500g está estabilizada, sofrendo apenas pequenas flutuações. A curva desse indicador nas regiões

Norte, Nordeste e Centro-Oeste é muito parecida com a do Brasil. Os dados das proporções de PN < 2.500g discriminados por estado são apresentados na *tabela 7*.

Tabela 7. Percentual de RN com PN < 2.500g – Brasil, Regiões e Estados – 2000 a 2012

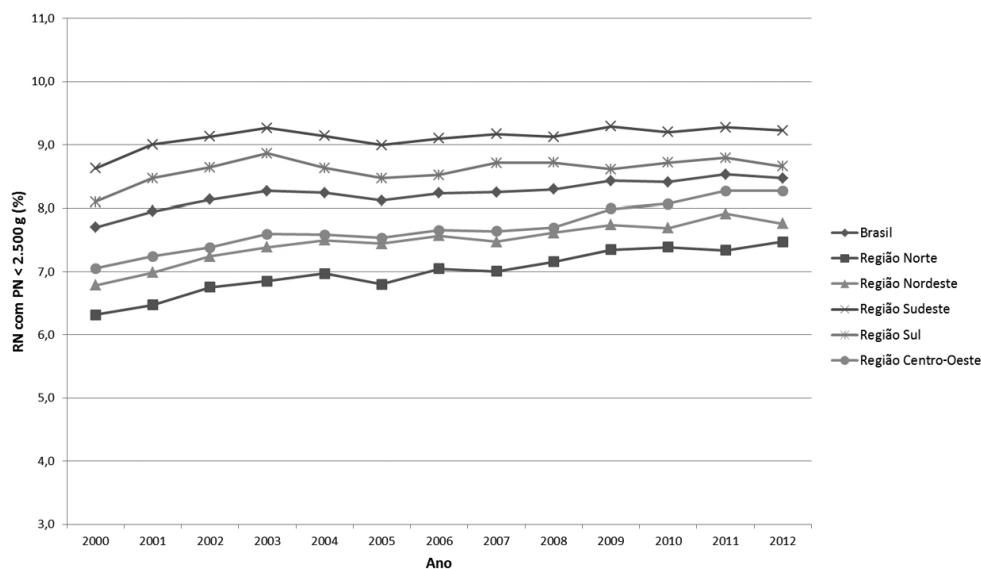
Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Região Norte	6,3	6,5	6,8	6,8	7,0	6,8	7,0	7,0	7,2	7,3	7,4	7,3	7,5
Rondônia	4,1	5,4	6,0	6,2	6,3	6,1	6,8	6,7	6,5	6,9	7,2	6,8	6,8
Acre	6,9	6,7	6,5	7,1	7,0	6,9	7,5	7,5	7,1	7,7	7,6	7,5	7,9
Amazonas	7,2	6,8	7,5	6,9	7,2	6,9	7,3	7,3	7,4	7,5	7,4	7,3	7,4
Roraima	6,7	7,4	7,1	7,3	7,6	7,8	7,3	7,1	7,1	7,4	7,5	7,6	7,6
Pará	6,2	6,2	6,5	6,8	6,9	6,8	7,0	6,8	7,1	7,3	7,4	7,4	7,5
Amapá	7,2	8,3	8,0	7,9	8,0	7,8	7,9	8,3	8,6	8,6	8,0	8,3	8,6
Tocantins	6,3	6,6	6,4	6,7	6,8	6,4	6,3	6,5	6,6	6,7	6,8	7,0	7,1
Região Nordeste	6,8	7,0	7,2	7,4	7,5	7,4	7,6	7,5	7,6	7,7	7,7	7,9	7,8
Maranhão	7,0	7,1	6,9	6,7	6,9	7,2	6,9	7,0	7,0	7,2	7,2	7,4	7,1
Piauí	6,4	6,4	6,5	6,8	7,0	6,9	7,4	6,9	7,1	7,6	7,4	7,8	7,4
Ceará	6,0	6,5	6,8	7,3	7,4	7,3	7,5	7,4	7,8	7,9	7,7	7,9	7,6

Tabela 7. (cont.)

Rio Grande do Norte	6,9	7,4	7,6	7,6	7,6	7,3	7,7	7,6	7,7	7,8	7,8	8,3	8,0
Paraíba	6,4	6,1	6,1	6,3	6,5	6,7	7,2	7,2	7,1	7,1	7,0	7,2	7,2
Pernambuco	7,1	7,1	7,6	7,5	7,7	7,6	7,7	7,6	7,6	7,7	7,7	7,9	7,8
Alagoas	6,5	6,5	7,0	7,4	7,2	7,4	7,1	7,3	7,2	7,6	7,6	7,7	7,6
Sergipe	6,8	7,3	7,7	7,8	7,8	7,9	7,9	7,3	7,9	7,5	7,6	8,1	7,8
Bahia	7,3	7,5	7,9	8,1	8,1	7,9	8,1	8,0	8,2	8,3	8,2	8,4	8,4
Região Sudeste	8,6	9,0	9,1	9,3	9,1	9,0	9,1	9,2	9,1	9,3	9,2	9,3	9,2
Minas Gerais	8,8	9,2	9,5	9,6	9,6	9,4	9,5	9,6	9,6	9,6	9,5	9,6	9,4
Espírito Santo	7,4	7,6	7,7	7,4	7,6	7,4	7,9	7,8	7,8	7,9	7,9	8,4	8,0
Rio de Janeiro	8,6	9,1	9,2	9,3	9,1	8,9	9,0	9,2	9,0	9,3	9,1	9,1	9,1
São Paulo	8,7	9,0	9,1	9,3	9,1	8,9	9,1	9,1	9,1	9,3	9,2	9,3	9,3
Região Sul	8,1	8,5	8,6	8,9	8,6	8,5	8,5	8,7	8,7	8,6	8,7	8,8	8,7
Paraná	7,9	8,3	8,3	8,6	8,5	8,3	8,3	8,6	8,4	8,4	8,5	8,6	8,4
Santa Catarina	7,2	7,8	7,9	8,2	7,7	7,8	8,0	8,0	8,0	7,9	7,9	8,1	7,9
Rio Grande do Sul	8,8	9,0	9,4	9,5	9,3	9,1	9,1	9,3	9,5	9,3	9,4	9,5	9,4
Região Centro-Oeste	7,1	7,2	7,4	7,6	7,6	7,5	7,7	7,6	7,7	8,0	8,1	8,3	8,3
Mato Grosso do Sul	7,0	6,8	7,3	7,3	7,4	7,1	7,5	7,5	7,5	7,7	7,8	7,9	7,8
Mato Grosso	6,4	6,3	6,4	6,7	6,7	6,8	6,8	6,9	6,8	7,1	7,2	7,4	7,4
Goiás	6,8	7,1	7,2	7,4	7,5	7,5	7,5	7,6	7,5	7,7	8,1	8,3	8,4
Distrito Federal	8,3	8,7	8,9	9,2	9,0	8,8	9,0	8,7	9,2	9,7	9,3	9,7	9,5
Brasil	7,7	8,0	8,1	8,3	8,2	8,1	8,2	8,2	8,3	8,4	8,4	8,5	8,5

Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Gráfico 20. Proporção de RN com peso ao nascer < 2.500g – Brasil e Regiões – 2000 a 2012



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

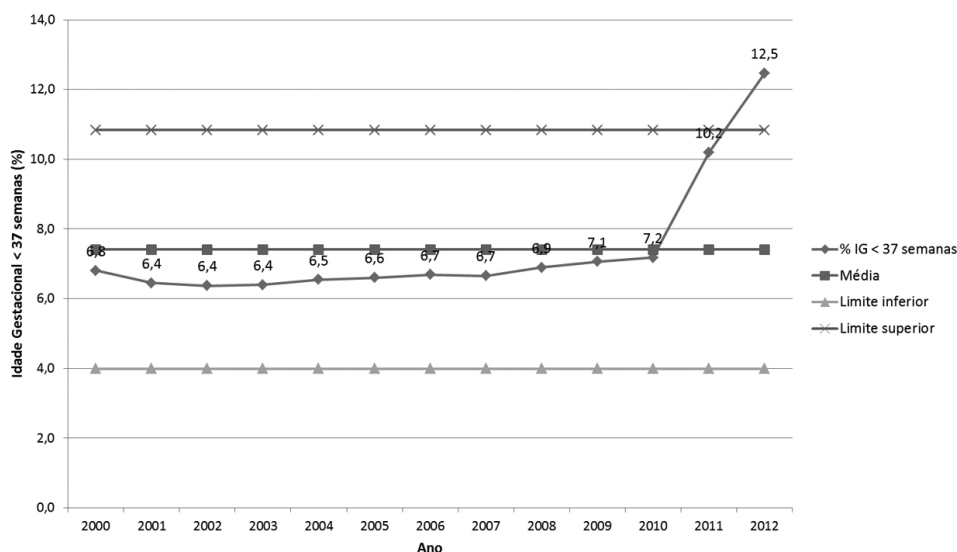
Percentual de prematuridade: Idade Gestacional (IG) < 37 semanas

Analisando o gráfico com a curva endêmica do percentual de RN com IG < 37 semanas, no período de 2000 a 2012, podemos verificar que esse indicador apresenta tendência de crescimento contínuo e estável, com pequenas flutuações até 2010. Em 2011, o indicador sofre um aumento brusco que continua em 2012 (*gráfico 21*). Este aumento coincide com a mudança na forma de coleta desse indicador, ocorrida no ano de 2011, fazendo que os dois períodos não sejam comparáveis.

Até 2010, essa variável era informada como variável categórica, de acordo com faixas de idade gestacional (< 22 semanas, 22 a 27 semanas, 28 a 31 semanas, 32 a 36 semanas, 37 a 41 semanas, 42 semanas ou mais e ignorado). A partir de 2011, com a utilização do novo formulário da DNV, ela passou a ser informada como variável contínua, sendo declarada a Data da Última Menstruação (DUM), utilizada como método preferencial de cálculo da IG (BRASIL, 2013B).

Os anos de 2011 e 2012 são anos de implantação dessa mudança, com utilização progressiva do novo modelo de formulário, tornando os dois períodos incomparáveis; assim, optamos por analisar esse indicador apenas de 2000 a 2010.

Gráfico 21. Proporção de Idade Gestacional < 37 semanas - 2000-2012

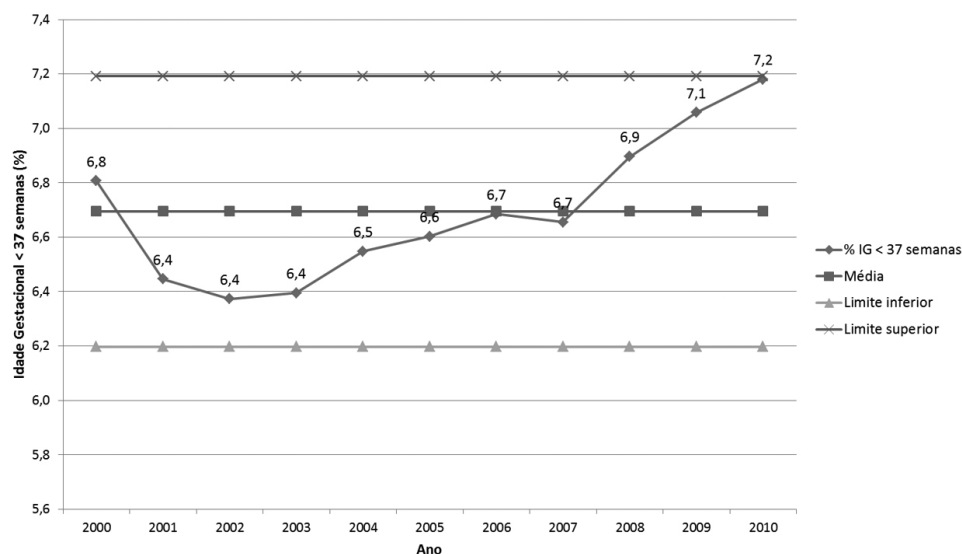


Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Analisando o comportamento da proporção de IG < 37 semanas apenas no período de 2000 a 2010 (gráfico 22), vemos que o indicador apresenta um crescimento contínuo a partir de 2003, indo de 6,8% em 2000, 6,4% de 2001 a 2003, para

7,2% em 2010. Este valor encontrado em 2010 aproxima-se do limite máximo esperado (média + 1,96 desvios-padrão). Infelizmente, com a mudança na forma de coleta do indicador, não temos como avaliar o seu comportamento em 2011 e 2012.

Gráfico 22. Proporção de Idade Gestacional < 37 semanas - 2000-2010



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

No entanto, esse comportamento não é comum a todas as regiões do País (*gráfico 23*). A elevação constante da proporção de RN com IG < 37 semanas no período 2000 a 2010 pode ser vista nas regiões Sudeste e Sul, mas não ocorre nas demais regiões

(Norte, Nordeste e Centro-Oeste). Por outro lado, a mudança abrupta na direção da curva, com elevação do valor do indicador a partir de 2011, acontece em todas as regiões e estados da federação (*tabela 8*).

Tabela 8. Proporção de IG < 37 semanas – Brasil, Regiões e Estados – 2000 a 2012

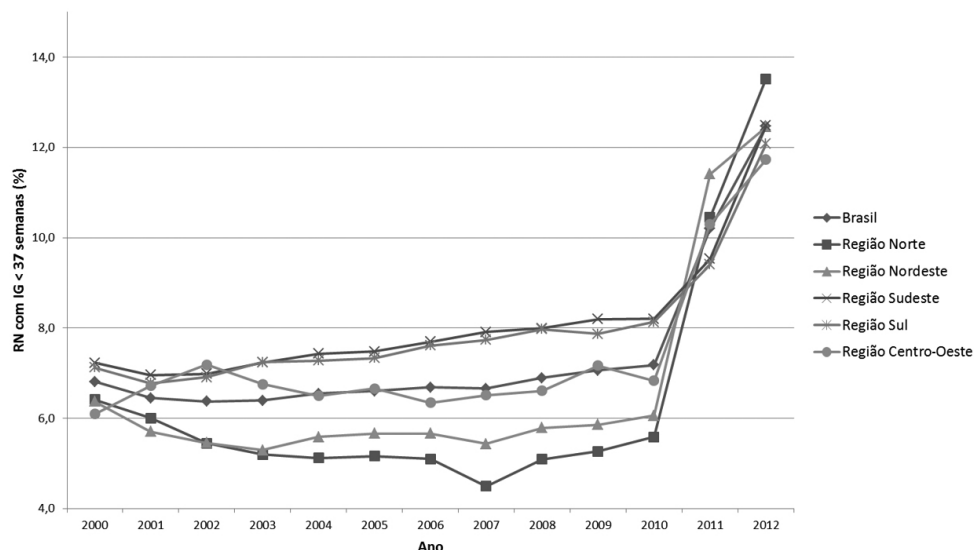
Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Região Norte	6,4	6,0	5,4	5,2	5,1	5,2	5,1	4,5	5,1	5,3	5,6	10,4	13,5
Rondônia	4,2	4,9	5,0	5,1	4,6	4,6	5,2	5,0	5,5	5,8	6,6	8,9	11,4
Acre	5,7	4,9	4,3	4,4	2,9	3,3	4,4	4,2	4,7	3,7	5,0	10,1	15,2
Amazonas	6,9	5,9	5,7	5,3	5,6	5,1	5,1	5,0	5,2	5,7	5,6	13,8	14,0
Roraima	3,8	5,1	3,8	3,7	3,8	5,0	7,1	5,2	8,4	9,2	8,6	15,3	16,9
Pará	7,2	6,4	5,7	5,6	5,6	5,5	5,1	4,4	5,0	5,1	5,2	8,3	13,2
Amapá	4,1	6,1	6,4	4,0	4,2	6,9	4,6	2,6	3,6	3,4	5,4	13,5	14,0
Tocantins	6,9	6,0	4,5	4,8	4,4	4,5	4,9	4,3	4,6	5,1	6,0	10,9	13,4
Região Nordeste	6,4	5,7	5,5	5,3	5,6	5,7	5,7	5,4	5,8	5,9	6,1	11,4	12,5
Maranhão	8,6	7,1	6,4	5,9	5,7	5,9	4,3	3,9	4,1	5,0	4,9	9,9	12,5
Piauí	5,0	4,5	3,9	4,5	4,8	4,9	4,5	4,3	4,9	5,4	4,8	11,3	11,6
Ceará	5,4	5,3	5,0	5,1	5,2	5,5	5,7	5,3	5,8	5,8	6,4	10,0	12,4
Rio Grande do Norte	5,1	5,8	5,4	5,5	5,7	5,6	5,9	5,7	6,3	6,4	6,5	13,1	13,6
Paraíba	8,4	6,5	5,6	5,3	7,7	8,7	10,1	10,1	10,5	9,6	9,5	11,0	11,8
Pernambuco	5,2	4,9	5,2	4,9	5,3	5,4	5,5	5,5	5,8	5,8	6,2	12,7	12,8
Alagoas	4,9	4,1	4,2	3,9	3,8	4,4	4,8	4,7	4,5	4,1	5,0	12,8	13,4
Sergipe	5,8	4,9	5,1	5,6	6,0	6,2	6,2	5,6	6,5	6,4	6,5	10,9	9,4
Bahia	7,6	6,6	6,2	5,8	5,9	5,4	5,7	5,4	5,7	5,8	5,9	11,8	12,7
Região Sudeste	7,2	7,0	7,0	7,2	7,4	7,5	7,7	7,9	8,0	8,2	8,2	9,5	12,5
Minas Gerais	7,2	6,6	6,7	6,8	7,0	7,0	7,2	7,5	7,6	7,6	7,6	9,9	12,7
Espírito Santo	5,5	5,2	5,2	5,2	5,1	5,4	5,9	6,1	6,2	6,5	6,4	10,3	11,1
Rio de Janeiro	7,2	7,0	7,1	7,7	7,8	7,6	7,7	7,9	8,0	8,1	8,0	9,8	12,4
São Paulo	7,4	7,3	7,2	7,5	7,7	7,8	8,1	8,2	8,3	8,6	8,7	9,2	12,5
Região Sul	7,1	6,8	6,9	7,2	7,3	7,3	7,6	7,7	8,0	7,9	8,1	9,4	12,1
Paraná	6,9	6,4	6,4	6,5	6,5	6,2	6,6	6,8	6,9	7,1	7,3	7,2	12,1
Santa Catarina	6,3	6,0	6,1	6,5	6,6	7,1	7,3	7,4	7,8	7,4	7,4	9,2	11,5

Tabela 8. (cont.)

Rio Grande do Sul	7,8	7,6	7,9	8,4	8,5	8,7	8,9	9,0	9,3	9,1	9,5	12,0	12,4
Região Centro-Oeste	6,1	6,7	7,2	6,8	6,5	6,7	6,3	6,5	6,6	7,2	6,8	10,3	11,7
Mato Grosso do Sul	5,9	7,7	9,3	8,5	8,5	7,2	8,4	6,8	7,1	6,8	6,4	9,1	12,5
Mato Grosso	5,8	5,3	5,2	5,1	5,5	5,7	5,9	6,4	6,3	5,9	7,3	11,6	11,3
Goiás	5,9	5,9	5,9	5,4	5,2	5,4	5,2	6,0	6,0	6,2	6,3	9,7	11,6
Distrito Federal	6,8	9,1	9,9	9,6	8,4	9,7	7,2	7,3	7,7	10,8	7,8	11,2	11,8
Brasil	6,8	6,4	6,4	6,4	6,5	6,6	6,7	6,7	6,9	7,1	7,2	10,2	12,5

Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Gráfico 23. Proporção de RN com IG < 37 semanas – Brasil e Regiões – 2000 e 2012



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Proporção de Apgar do 5º minuto ≤ 7

No Brasil, no período de 2000 a 2012, a proporção de Apgar do 5º minuto ≤ 7 diminuiu expressivamente, caindo de 4,6% para 2,5% dos NV (redução de 46%). A curva endêmica desse indicador mostra tendência contínua de queda (gráfico 24).

A diminuição na proporção de Apgar 5º minuto ≤ 7 é encontrada em todas as regiões do País (gráfico 25) e em quase todos os estados (tabela 9), sendo mais expressiva na região Nordeste (redução de 56%), Centro-Oeste (51%) e Norte (50%), e menor nas regiões Sudeste (34%) e Sul (29%).

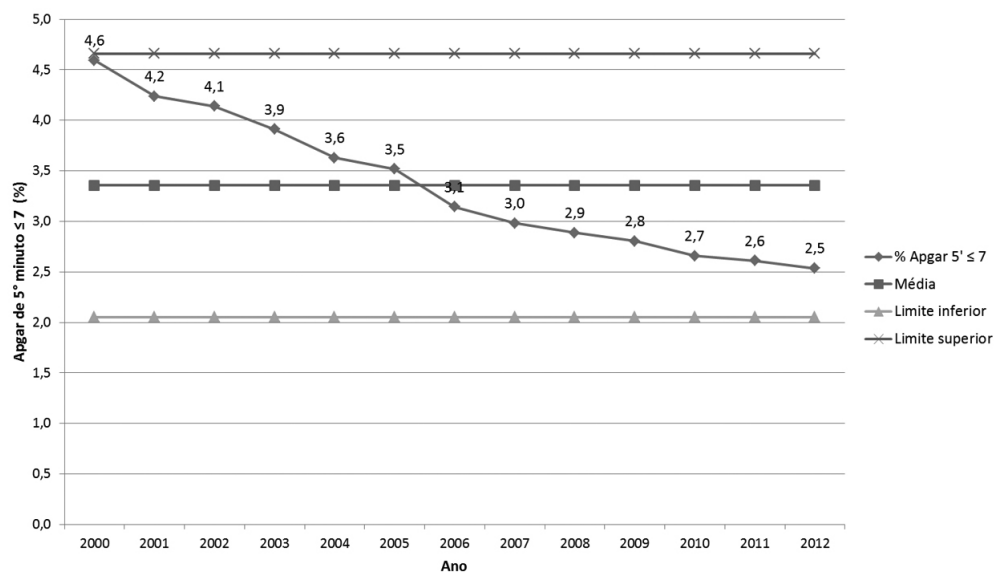
Tabela 9. Percentual de Apgar de 5º minuto ≤ 7 – Brasil, Regiões e Estados – 2000 a 2012

Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Região Norte	5,2	5,0	4,4	4,4	4,0	4,0	3,5	3,1	3,3	3,1	2,9	3,0	2,6
Rondônia	4,6	4,7	4,0	4,3	3,8	3,0	3,3	2,8	2,3	2,4	2,3	1,9	1,7
Acre	3,9	4,7	5,0	4,0	3,9	5,7	3,0	2,7	2,0	2,4	1,8	1,7	1,8
Amazonas	5,6	5,2	4,1	3,5	3,1	3,0	2,7	2,3	2,3	2,2	2,0	2,1	2,1
Roraima	2,0	3,8	3,4	3,3	2,7	3,5	3,6	3,1	2,7	2,8	1,7	2,9	2,4
Pará	5,6	5,3	4,9	5,3	4,6	4,7	4,0	3,7	3,9	3,8	3,8	3,9	3,1
Amapá	3,9	3,8	3,8	3,6	3,8	3,6	3,5	3,4	5,3	3,0	2,7	2,8	2,7
Tocantins	5,7	4,6	3,6	3,5	3,3	3,1	2,8	2,5	3,1	3,5	2,4	1,9	2,0
Região Nordeste	7,1	6,1	6,1	5,7	5,2	4,8	4,1	3,7	3,6	3,5	3,2	3,2	3,1
Maranhão	15,8	11,7	9,5	9,1	7,2	7,8	5,7	4,9	4,8	5,0	4,4	4,4	3,7
Piauí	11,6	10,6	9,8	7,2	7,2	7,6	3,4	3,2	3,0	2,8	2,8	3,0	2,6
Ceará	7,6	6,7	5,0	4,8	4,3	3,8	3,3	3,4	3,3	3,3	3,1	3,2	3,0
Rio Grande do Norte	4,1	4,2	4,2	4,0	4,0	4,0	3,6	3,2	3,2	3,1	2,9	2,8	2,9
Paraíba	6,9	6,0	5,8	4,8	5,0	4,0	3,6	3,3	3,2	2,8	2,7	2,6	2,4
Pernambuco	4,7	4,3	4,3	4,2	4,6	3,6	3,0	2,8	2,7	2,7	2,6	2,7	2,6
Alagoas	4,5	3,4	7,3	6,0	5,2	4,7	4,6	4,2	3,0	2,3	2,3	2,2	1,9
Sergipe	5,3	3,9	4,8	5,0	4,2	4,1	3,7	3,4	3,3	3,1	3,1	3,3	3,5
Bahia	6,7	5,9	6,7	6,6	5,3	5,0	5,0	4,3	4,2	4,2	3,8	3,4	3,7
Região Sudeste	3,5	3,4	3,4	3,1	3,0	3,0	2,7	2,7	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3
Minas Gerais	4,0	3,8	3,7	3,1	3,0	3,1	2,8	2,6	2,6	2,6	2,3	2,3	2,3
Espírito Santo	3,7	3,2	3,4	4,0	3,0	2,8	2,5	2,4	2,8	2,4	2,8	4,0	3,8
Rio de Janeiro	4,7	4,9	4,8	4,2	4,1	4,1	3,6	3,6	3,2	3,2	3,0	2,9	2,9
São Paulo	2,9	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0	2,0
Região Sul	3,1	2,9	2,9	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4	2,4	2,2	2,2	2,2	2,2
Paraná	3,1	2,9	3,0	2,8	2,8	2,6	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,1
Santa Catarina	3,5	3,3	3,0	2,8	2,8	2,8	2,5	2,5	2,5	2,2	2,1	2,1	2,1
Rio Grande do Sul	2,9	2,8	2,7	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3	2,1	2,3	2,3	2,3
Região Centro-Oeste	4,7	3,7	3,4	3,3	2,9	2,8	2,6	2,6	2,6	2,4	2,4	2,2	2,3
Mato Grosso do Sul	3,4	3,5	3,2	3,0	2,6	2,7	2,5	2,2	2,4	2,3	2,2	2,1	2,2

Tabela 9. (cont.)

Mato Grosso	5,1	4,1	3,5	3,5	2,9	2,7	2,5	2,3	2,3	2,3	2,3	2,0	2,2
Goiás	4,8	3,8	3,7	3,4	3,2	3,0	2,9	3,1	2,9	2,6	2,6	2,4	2,6
Distrito Federal	5,1	3,4	3,1	3,2	2,8	2,6	2,3	2,4	2,4	2,2	2,2	2,1	2,1
Brasil	4,6	4,2	4,1	3,9	3,6	3,5	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5

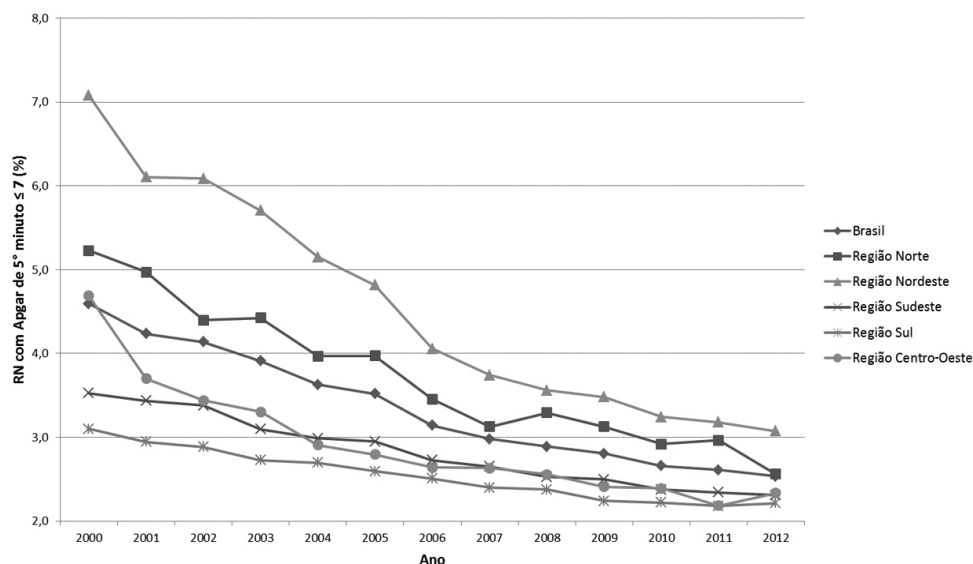
Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Gráfico 24. Proporção de Apgar de 5º minutos ≤ 7 - 2000-2012

Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

De acordo com esses dados, em 2012, esse indicador alcançou 2,2% na região Sul, 2,3% nas regiões Sudeste e

Centro-Oeste, 2,6% na região Norte e 3,1% na região Nordeste.

Gráfico 25. Proporção de RN com Apgar de 5º minutos ≤ 7 – Brasil e Regiões – 2000 a 2012

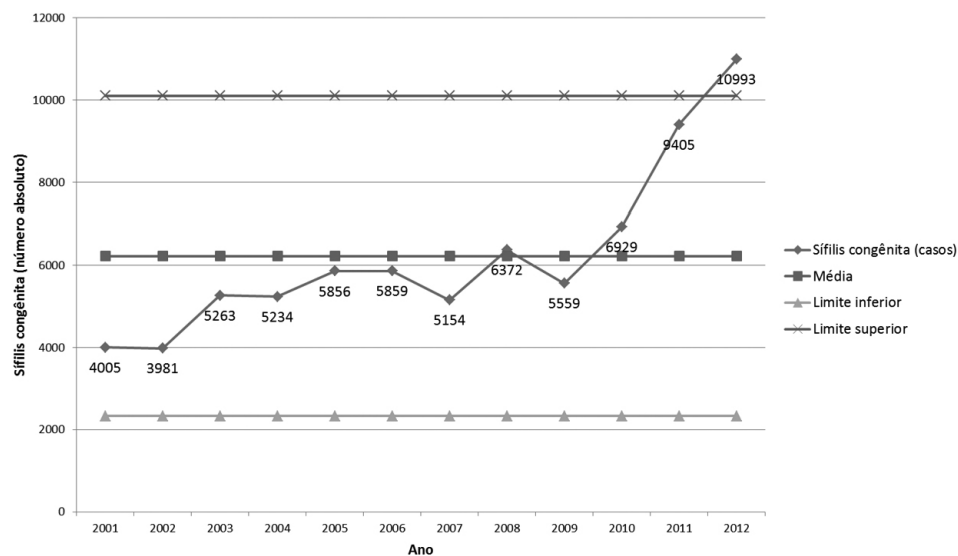
Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Sífilis congênita

A curva de incidência de casos confirmados de sífilis congênita, no Brasil, mostra

elevação do número absoluto de casos de 2001 a 2010, quando acontece uma inflexão na curva, que ultrapassa o limite máximo esperado em 2012.

Gráfico 26. Incidência de sífilis congênita – Brasil – 2001 a 2012



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

O aumento do número de casos notificados de sífilis congênita acontece em todas as regiões (*gráfico 27*) e estados da federação (*tabela 10*).

Tabela 10. Casos de sífilis congênita – Brasil, Regiões e Estados – 2001 a 2012

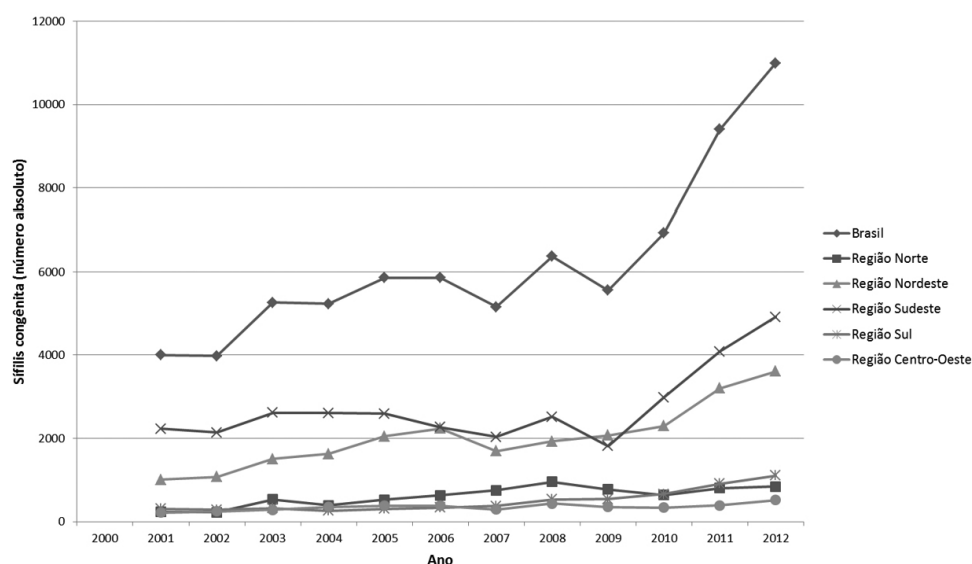
Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Região Norte	234	223	533	387	523	635	751	957	772	641	806	841	
Rondônia	2	0	7	4	4	9	10	12	6	18	32	45	
Acre	0	3	2	10	14	68	119	108	49	18	22	34	
Amazonas	23	26	70	112	127	183	144	221	162	99	129	154	
Roraima	8	9	18	3	12	17	22	28	27	50	27	39	
Pará	99	67	256	129	266	234	282	408	370	313	434	429	
Amapá	62	82	119	78	33	57	94	80	96	75	72	48	
Tocantins	40	36	61	51	67	67	80	100	62	68	90	92	
Região Nordeste	1008	1080	1510	1629	2049	2236	1699	1927	2073	2302	3204	3612	
Maranhão	90	158	243	224	212	297	150	241	122	116	184	199	
Piauí	16	45	44	65	42	28	36	22	12	30	39	81	
Ceará	38	55	114	159	333	422	417	321	658	646	877	904	
Rio Grande do Norte	64	30	75	121	132	143	130	214	212	199	259	276	
Paraíba	51	128	49	77	111	131	68	79	91	116	169	212	
Pernambuco	555	486	651	582	690	629	580	457	386	493	679	721	
Alagoas	27	27	59	114	213	304	49	198	196	217	318	342	
Sergipe	18	9	139	100	72	64	103	142	117	168	223	338	
Bahia	149	142	136	187	244	218	166	253	279	317	456	539	
Região Sudeste	2229	2137	2612	2606	2591	2267	2036	2520	1817	2986	4088	4918	
Minas Gerais	92	51	135	115	156	146	94	265	195	227	309	475	
Espírito Santo	245	251	302	289	242	168	167	153	110	155	170	266	
Rio de Janeiro	1088	1107	1220	1312	1348	1176	930	1028	650	1455	2123	2356	
São Paulo	804	728	955	890	845	777	845	1074	862	1149	1486	1821	
Região Sul	310	288	321	261	309	341	378	535	542	660	913	1105	
Paraná	67	104	102	65	82	93	88	105	119	148	212	294	
Santa Catarina	15	10	23	45	43	33	11	35	40	75	100	94	
Rio Grande do Sul	228	174	196	151	184	215	279	395	383	437	601	717	

Tabela 10. (cont.)

Região Centro-Oeste	220	246	286	350	383	380	290	433	355	340	394	517
Mato Grosso do Sul	23	45	25	49	90	117	54	153	136	106	111	185
Mato Grosso	6	18	32	18	44	60	66	65	56	67	58	108
Goiás	92	89	115	130	107	81	56	105	80	74	104	108
Distrito Federal	99	94	114	153	142	122	114	110	83	93	121	116
Brasil	4005	3981	5263	5234	5856	5859	5154	6372	5559	6929	9405	10993

Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Gráfico 27. Sífilis congênita - Brasil e Regiões - 2001 a 2012



Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Discussão

Estes dados apontam que, concomitante ao aumento expressivo do percentual de partos cesárea, ocorreu uma elevação na proporção de baixo peso ao nascer e de prematuridade, o que poderia levar a

aumento da mortalidade dos RN (*quadro 4*).

No entanto, a proporção de Apgar de 5º minuto ≤ 7 caiu expressivamente, acompanhando a queda da mortalidade infantil e neonatal, apontando para uma melhora nas condições de cuidado aos RN.

Quadro 4. Comparação dos indicadores epidemiológicos – Brasil – 2000 e 2012

Indicador	Valores	Tendência
Mortalidade infantil	21,3 para 13,5 / 1000 NV	Redução de 37%
Mortalidade neonatal	13,6 para 9,3 / 1000 NV	Redução de 32%
Mortalidade neonatal precoce	10,7 para 7,1 / 1000 NV	Redução de 34%
Mortalidade neonatal tardia	2,9 para 2,3 / 1000 NV	Redução de 21%
Mortalidade pós-neonatal	7,7 para 4,1 / 1000 NV	Redução de 47%
Asfixia (Apgar ≤ 7) no 5º minuto	4,6% para 2,5%	Redução de 46%
Baixo peso ao nascer < 2.500 g	7,7% para 8,5%	Aumento de 10%
Prematuridade (IG < 37 semanas)*	6,8% para 7,2%	Aumento de 6%
% de Parto cesárea	38% para 56%	Aumento de 47%
Sífilis congênita (número absoluto)	4005 para 10993 casos	Aumento de 175%

Nota: Elaboração própria

*Os dados de prematuridade foram analisados do ano 2000 ao 2010, pois, a partir de 2011, houve mudança importante na forma de coleta do peso ao nascer, impedindo comparações entre os dois períodos

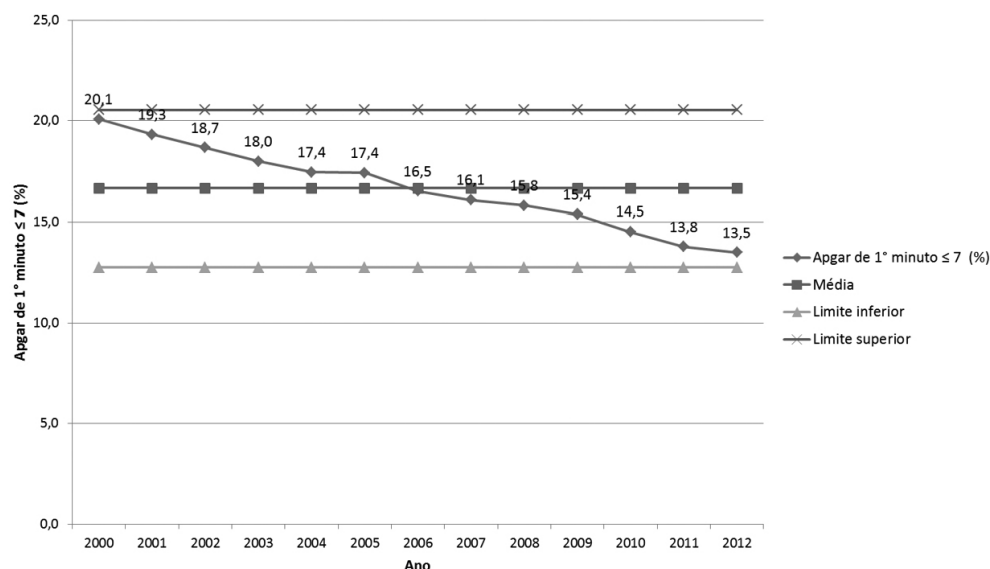
Esses dados parecem configurar certo paradoxo. É razoável supor que com o aumento da proporção de cesáreas poderia ocorrer um aumento da prematuridade e do baixo peso ao nascer. Contudo seria de esperar que, com este quadro, encontrássemos uma elevação na proporção de RN com dificuldade respiratória.

No entanto, a proporção de Apgar de 5º minuto ≤ 7 caiu no mesmo período. Para explicar esse fato, ficamos imaginando que a diminuição da proporção de Apgar de 5º minuto ≤ 7 poderia revelar uma melhora na qualidade da assistência ao RN, que fosse mais importante que o aumento

da proporção de RN com dificuldade respiratória.

Diante desse quadro, decidimos pesquisar a proporção de RN com Apgar de 1º minuto ≤ 7 , imaginando que este indicador revelaria melhor as condições de nascimento dos RN, sem sofrer influência da qualidade do cuidado dispensado.

No entanto, ao contrário de nossas expectativas, que seria de haver uma elevação na proporção de RN com Apgar de 1º minuto ≤ 7 , podemos verificar que este indicador também apresenta comportamento de queda no período, indo de 20,1% em 2000 para 13,5% em 2012 (*gráfico 28*).

Gráfico 28. Proporção de Apgar de 1º minuto ≤ 7 – Brasil 2000-2012

Nota: Elaboração própria. Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

A pesquisa Nacer no Brasil realizou estudo de coorte de 23.940 gestantes, com 24.061 NV, representativo dos nascimentos no Brasil, sendo encontrados 268 óbitos neonatais (mortalidade neonatal de 11,1 óbitos / 1.000 NV). Após aplicação de modelo de regressão logística múltipla, as variáveis que se mantiveram associadas ao óbito neonatal foram, em ordem decrescente segundo a magnitude da associação: muito baixo peso ao nascer (em especial menores de 1.500 gramas e com ausência de UTI neonatal no hospital), ventilação mecânica, malformação congênita, asfixia ao nascer, intercorrências maternas na gestação, apresentação pélvica, gemelidade, baixa escolaridade materna, regiões Norte e Nordeste, natimorto prévio, peregrinação para o parto, não utilização do partograma durante o trabalho de parto, inadequação do pré-natal, mãe sem companheiro, prematuro prévio, hospital de referência para gestação de alto risco, sexo masculino (LANSKY ET AL., 2014). O estudo não encontrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,31$) da mortalidade

neonatal entre os partos vaginais (12,3 / 1.000 NV) e os partos cesáreos (10,1 óbitos / 1.000 NV).

Em estudo comparando a evolução temporal do percentual de cesárea com as taxas de mortalidade infantil, neonatal e materna, de 19 países industrializados, no período de 1990 a 2010, Ye *et al.* (2014) encontraram aumento do percentual de partos cesáreos e diminuição da mortalidade materna, infantil e neonatal.

Nesse estudo, a correlação dos dados de percentual de cesárea com as mortalidades infantil e neonatal, sem ajuste de acordo com os indicadores socioeconômicos, mostra que o efeito protetor da cesárea se estende até próximo a taxas de cesariana de 30%.

No entanto, em relação à mortalidade materna, a elevação da taxa de cesárea mostra-se protetora apenas até próximo a 15%, e aumentos superiores a este percentual passam a elevar essa taxa.

Os autores afirmam que:

[...] diretrizes baseadas em evidência sobre a

taxa de cesariana adequada é urgentemente necessária. Entretanto, determinar uma taxa de cesárea apropriada é uma tarefa muito desafiadora, particularmente, quando fatores culturais são levados em consideração. Do ponto de vista médico, entretanto, a taxa de cesárea necessária ainda permanece por ser estabelecida. (YE ET AL., 2014, P. 241).

Esse mesmo estudo, quando se ajustam as correlações de acordo PIB e IDH, revela que elevações do percentual de cesárea até 15% foram acompanhados por redução das taxas de mortalidade materna, infantil e neonatal, e elevações superiores da taxa de cesárea não tiveram efeito benéfico sobre as mortalidades ajustadas. Os autores concluem que:

[...] nossos achados, com base na associação ecológica da taxa de cesariana e resultados perinatais, corroboram a noção de que taxas de cesarianas (em nível de população) acima 10 a 15%, dificilmente podem ser justificadas do ponto de vista médico. (YE ET AL., 2014, P. 243).

Considerações

Ao elaborarmos este painel de indicadores, nos deparamos com diversos paradoxos, possibilidades de interpretação e construção de pretensões de validade argumentativa.

Como explicar que o aumento do percentual de cesáreas, da prematuridade e do baixo peso ao nascer seja acompanhado de redução da mortalidade infantil e neonatal e diminuição da proporção de asfíxia neonatal? A melhoria na assistência ao neonato poderia explicar parte desse fenômeno? Os problemas de notificação dos dados nos sistemas de informações vitais (SIM e Sinasc) podem estar interferindo nos indicadores?

A partir desses achados, surgem novas

questões. A elevação do percentual de prematuridade e baixo peso ao nascer verificada no Brasil pode ser objeto de intervenção? A prevenção e identificação precoce dos grupos de maior risco e vulnerabilidade podem ser mais bem equacionadas nos territórios? O acompanhamento e terapêutica podem ser otimizados? Como o elevado percentual de cesáreas pode ser mais bem abordado?

Embora estejamos lidando com dados quantitativos, referentes a uma série de indicadores epidemiológicos relativos à saúde da criança, nossa opção foi utilizar uma abordagem desses dados menos positivista e mais hermenêutica. Assim, nossa tentativa foi de leitura compreensiva do comportamento de cada indicador, mais do que tentar verificar correlações entre as variáveis.

Segundo Ayres *et al.* (2006):

[...] é correto afirmar, por outro lado, que as análises de risco e de vulnerabilidade são, de certa forma, inversas: enquanto as análises de risco trabalham com uma racionalidade analítica na qual os fenômenos em estudo precisam ser partidos, isolados, discriminados, as análises de vulnerabilidade trabalham com uma racionalidade sintética, na qual se privilegia a construção de significados, a agregação de elementos diversos que contribuam para que os fenômenos em estudo sejam compreendidos como uma totalidade dinâmica e complexa. (AYRES ET AL., 2006, P. 399).

E continua:

Nesse sentido, o que para análises de risco consistentes deve ser cuidadosamente deixado 'de fora' é o que constitui a quintessência dos estudos de vulnerabilidade – a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço. (AYRES ET AL., 2006, P. 400).

Assim como descrito por Ayres em sua discussão sobre as abordagens do risco e da vulnerabilidade (AYRES, 2008, 2008A), entendemos que nossa abordagem aposta em uma leitura mais abrangente e compreensiva. A abordagem do risco aposta na certeza, na exatidão e perde em possibilidade de abrangência e de compreensão. A abordagem da vulnerabilidade aposta na sua possibilidade de abranger os diversos fenômenos e compreendê-los em conjunto, sem a tentativa de exatidão ou certeza em seus enunciados.

Para MINAYO, “a compreensão não é um procedimento mecânico e tecnicamente fechado: nada do que se interpreta pode ser entendido de uma vez só e de uma vez por todas” (MINAYO, 2002, p. 86).

Este estudo, por meio do painel de indicadores epidemiológicos, nos ajuda a compor o contexto de formulação e implantação da PNAISC. Ele deve ser analisado em conjunto com os achados do estudo das percepções dos coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais (PINTO ET AL., 2016A), do estudo qualitativo do processo de implantação e formulação da PNAISC (FERRER ET AL., 2016) e do

estudo hermenêutico das tradições que informaram este processo (PINTO ET AL., 2016B).

Entendemos que estes achados devem nos instigar a novos estudos, que possam melhorar nossa compreensão a respeito desses fenômenos.

Aspectos éticos da pesquisa

Na realização desta pesquisa, foram observados os preceitos éticos para os estudos que envolvem seres humanos, com base na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 96/1996 (BRASIL, 1996A). A pesquisa foi cadastrada no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-RJ), do MS, CAAE:15263513.9.0000.5269.

A pesquisa foi financiada por Convênio de Cooperação Técnica entre o MS e a Fiocruz (TC 102/12 – Projeto–IFF–003–LIV.2012, TC 100/13 – Projeto–IFF–002–FIO2013 e TC 116/14 – Projeto–IFF–011–FIO2013). ■

Referências

AYRES, J. R. C. M. *Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia*. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde: a propósito da avaliação. In: ONOCKO CAMPOS, R. et al. (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narrativa*. São Paulo: Hucitec, 2008a. p. 27-67.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 375-418.

BACKSTROM, C. H.; HURSH-CÉSAR, G. Processing data. In: BACKSTROM, C. H.; HURSH-CÉSAR,

G. *Survey Research*. 2. ed. New York: Macmillan Publishing Company, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – 2011*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/Consolida_Sinasc_2011.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Declaração de óbito: documento necessário e importante*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 40 p.

_____. Ministério da Saúde. *Informações de Saúde (TABNET)*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov>.

- br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 2 out. 2015a.
- _____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Sistema de informações sobre Mortalidade (SIM)*. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/>. Acesso em: 2 mar. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância. *Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN)*. Disponível em: <http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>. Acesso em: 2 mar. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância. *Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN net)*. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sinan_net/default.asp>. Acesso em: 2 mar. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância. *Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos*. Disponível em: <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>. Acesso em: 2 mar. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. *Tutorial TABNET*. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/APRESENTACAO/TABNET/Tutorial_tabNet_FINAL.pptx_html/html/index.html#2>. Acesso em: 2 out. 2015b.
- _____. Ministério da Saúde. *O que é a Rede Cegonha*. Ministério da Saúde: SAS – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.
- FERRER, A. L. *et al.* Tecendo a história da construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) na visão dos sujeitos envolvidos: o desenho qualitativo da pesquisa com utilização da técnica de grupo focal. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 84-117, mar. 2016.
- FRIAS, P. G.; SZWARCOWALD, C. L.; LIRA, P. I. C. Avaliação dos sistemas de informação sobre nascidos vivos e óbitos no Brasil na década de 2000. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2068-2080, out. 2014.
- FRIAS, P. G. *et al.* Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no estado de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 671-681, abr. 2010.
- LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, supl. 30, p. S192-S207, 2014.
- JORGE, M. H. P. M.; LAURENTY, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v. 12, n. 3, p. 643-654, maio/jun. 2007.
- MINAYO, M. C. S. *Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social*. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 83-107 (Coleção Criança, Mulher e Saúde).
- PINTO, C. A. G. *et al.* Estudo da percepção dos coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais sobre os temas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 118-171, mar. 2016a.
- PINTO, C. A. G. *et al.* Estudo das tradições que informam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 49-83, mar. 2016b.
- PINTO, C. A. G. *et al.* A pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): trajetória epistemológica e metodológica. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 31-48, mar. 2016c.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). *Indicadores básicos para saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
- _____. *Taxa de mortalidade infantil – C.1 - 2012*. 2012a.

Disponível em: <http://fichas.RIPSA.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR>. Acesso em: 4 ago. 2015.

_____. *Taxa de mortalidade infantil* – C.1.1 – 2012. 2012b. Disponível em: <http://fichas.RIPSA.org.br/2012/c-1-1/?l=pt_BR>. Acesso em: 4 ago. 2015.

_____. *Taxa de mortalidade infantil* – C.1.2 – 2012. 2012c. Disponível em: <http://fichas.RIPSA.org.br/2012/c-1-2/?l=pt_BR>. Acesso em: 4 ago. 2015.

_____. *Taxa de mortalidade infantil* – C.1.3 – 2012. 2012d. Disponível em <http://fichas.RIPSA.org.br/2012/c-1-3/?l=pt_BR>. Acesso em: 4 ago. 2015.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Declaração de Nascido Vivo. *Manual de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2011. 24 p.

SELLICK JR., J. A. The use of statistical process control charts in Hospital Epidemiology. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Cambridge, v. 14, n. 11, p. 649-656, nov. 1993.

YE, J. *et al.* Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth*, Malden, v. 41, n. 3, sept. 2014.

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

HG Design Digital

Design de capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão de texto e tradução

Normalization, proofreading and translation

Ana Luisa Moreira Nicolino (inglês)

Frederico Azevedo (normalização)

Lucas Rocha (normalização)

Luiza Nunes (normalização)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Impressão

Printing

Imos Gráfica e Editora

Tiragem

Number of Copies

5.000 exemplares/*copies*

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel Offset LD 90 g/m²

Cover in ensocoat card LD 250 g/m²

Core in Offset LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Divulgação em Saúde para Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1989) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2016.

n. 55; 27,5 cm

ISSN 0103-4383

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1