



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA COM ASSOCIAÇÃO DE IES AMPLA

FRANCISCA MARIA OLIVEIRA ANDRADE

**O VALOR SOCIAL DA CRIANÇA PARA O GOVERNO:
MOTIVAÇÕES DOS GESTORES PÚBLICOS DO CEARÁ PARA PRIORIZAR
A SAÚDE INFANTIL**

FORTALEZA

2016

FRANCISCA MARIA OLIVEIRA ANDRADE

**O VALOR SOCIAL DA CRIANÇA PARA O GOVERNO:
MOTIVAÇÕES DOS GESTORES PÚBLICOS DO CEARÁ PARA PRIORIZAR A
SAÚDE INFANTIL**

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade Federal do Ceará (UFC), com Associação de IES – Ampla, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Tavares Machado

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- A567v Andrade, Francisca Maria Oliveira.
O Valor Social da Criança para o Governo : Motivações dos Gestores Públicos do Ceará para Priorizar a Saúde Infantil / Francisca Maria Oliveira Andrade. – 2017.
188 f.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado.
1. Crianças. 2. Saúde da Criança. 3. Mortalidade infantil. 4. Motivações. 5. Políticas públicas. I. Título.
CDD 362.1
-

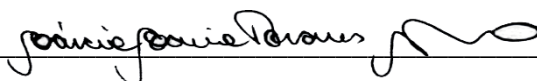
FRANCISCA MARIA OLIVEIRA ANDRADE

**O VALOR SOCIAL DA CRIANÇA PARA O GOVERNO:
MOTIVAÇÕES DOS GESTORES PÚBLICOS DO CEARÁ PARA PRIORIZAR A
SAÚDE INFANTIL**

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade Federal do Ceará (UFC), com Associação de IES – Ampla, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 28 / 11 / 2016

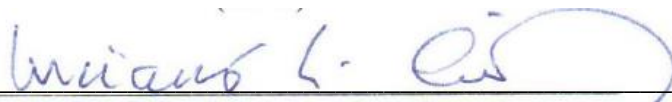
BANCA EXAMINADORA



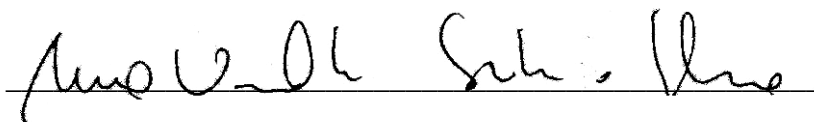
Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Tavares Machado – Universidade Federal do Ceará - UFC
(orientadora)



Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite – Universidade Federal do Ceará - UFC



Prof. Dr. Luciano Lima Correia - Universidade Federal do Ceará - UFC



Prof.^a Dr.^a Ana Valeska Siebra e Silva – Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof.^a Dr.^a Jocileide Sales Campos – Centro Universitário UNICHRISTUS

Ao Senhor Deus, nosso pai, pelo dom da vida e a Quem dedico toda honra, glória e poder,
Ao meu pai, Bernardo Alves de Oliveira, e à minha mãe, Maria Francisca Gomes de Oliveira
(*in memoriam*), pelos ensinamentos e exemplos que orientam o meu caminhar,
Ao meu marido Antonio Barbosa Andrade Júnior, pelo amor, o companheirismo e a parceria,
Aos nossos filhos muito amados, Carolina e Bernardo, por me darem as maiores alegrias,
Aos meus irmãos, Cícero, Cristiana e Eremita, pela amizade, a solidariedade e por tudo que
aprendemos juntos.

Dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Márcia Machado, não apenas por me haver orientado durante o doutorado, mas por ter sido a maior incentivadora durante todo o curso. Seu interesse em me ensinar, seu apoio, paciência, compreensão, amizade e respeito aos meus limites foram fundamentais para que eu concluísse este trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Sousa, pelo incentivo e pelas valiosas orientações, sempre me animando durante a coorientação na elaboração desta Tese. Sua doçura, ao me ensinar, me fazia esquecer as dificuldades da jornada.

Aos ex-governadores do Ceará, Tasso Ribeiro Jereissati, Ciro Ferreira Gomes e Lúcio Gonçalo de Alcântara, pela gentileza e atenção com as quais me receberam e pelo cuidado de recordar cada detalhe ao me relatarem suas experiências.

Aos ex-secretários estaduais de saúde do Ceará, Carlile Lavor, Marco Antonio Penaforte, César Augusto Forti, Frederico Augusto de Lima e Silva, Anamaria Cavalcante e Silva, Anastácio de Queiroz Sousa e Jurandí Frutuoso Silva, que me atenderam com todo o carinho, responderem a todas as perguntas da entrevista e se colocarem à disposição para dar mais alguma informação, caso fosse necessário.

À minha grande amiga e irmã em Cristo, Rita Erotildes Maranhão Mariano, que foi de uma dedicação indescritível, indo muito além do que eu poderia imaginar ao fazer uma revisão completa e cuidadosa deste trabalho.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR e aos professores das três Universidades, pela preocupação em oferecer aos alunos um programa de muita qualidade, com excelentes disciplinas e várias oportunidades de bolsas, estágios, participação em congressos, além dos inúmeros conhecimentos que nos proporcionaram.

Às amigas-irmãs de todas as horas, Lúcia Macedo Sales, Metilde Ferreira e Ieda Pires, por estarem sempre ao meu lado, pelas sugestões, palavras de incentivo e os conselhos. Amigas, com vocês, tudo fica mais fácil.

Aos colegas do escritório do UNICEF em Fortaleza, Prof. Dr. Rui Aguiar, Boris Diechtiareff, Aline Andrade, Sidney, Dayanne, Otaviano, Edla e Diego, pelo incentivo e por me terem apoiado sempre que eu precisava ausentar-me, mesmo com tantos planos e relatórios para concluir.

À professora da Universidade de Fortaleza, Doutora Ana Maria Fontenelle Catrib, que foi uma das minhas maiores incentivadoras para cursar o Doutorado e com quem aprendi a valorizar ainda mais a promoção da saúde.

Às colegas, Anamaria Cavalcante e Silva e Jocileide Sales Campos, pelo carinho, amizade, apoio, companherismo, por tudo o que já aprendemos juntas e pelos muitos momentos sonhados e compartilhados em defesa da saúde da criança.

Aos colegas Jay Francis McAuliffe, Ennio Svitone, Anastácio Queiroz, Álvaro Madeiro, Luciano Correia e Zenilda Bruno com quem já aprendi muito e continuo aprendendo sobre a arte de pesquisar, ensinar e pensar um sistema de saúde de qualidade para todos.

Aos colegas do Doutorado, que vivenciaram comigo o processo de seleção, as disciplinas, as avaliações e outras atividades que contribuíram para o meu aprendizado com as trocas de experiências proporcionadas pelos professores.

Ao professor Osvaldo Tanaka pelo incentivo e as orientações que me foram prestados na fase de qualificação desta Tese.

Ao professor Fernando José Pires de Souza, pela disponibilidade em me ajudar a entender o mundo das políticas públicas e atenção em me prover vasta literatura sobre o tema.

À Zenaide Queiroz, Dominik Garcia Araujo Fontes e José Hemison de Sousa Magalhães, funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, e à Maírla Pitombeira da Franca Alencar, da Universidade Estadual do Ceará, pela gentileza, atenção, paciência e carinho com que sempre me receberam e me orientaram.

À Ana Almeida, Camila Castro, Renata Soares e Theofilo Gravinis, em cuja sabedoria fui buscar ajuda sobre algumas reflexões desse estudo.

Ao professor Vianney Mesquita, pela revisão cuidadosa da versão final desta Tese, com o cuidado, zelo e dedicação que o fazem ser uma referência neste ofício.

Aos professores Elzenir Coelho da Silva Rolim e Antonio Edson de Alencar Libório, pela cordialidade e disponibilidade para a revisão ortográfica da versão preliminar deste trabalho.

À Marilu Teófilo, Luisa Serpa, João Roberto Ponte Andrade e Denísio Pinheiro, que ajudaram a encontrar um espaço na agenda concorrida dos ex-governadores para que eles tivessem tempo para me atender com tranquilidade e muita atenção.

Ao amigo Rodrigo Bonet, pela atenção e apoio na tradução do abstract.

Somos culpados de muitas faltas e muitos erros, mas o nosso maior crime é abandonar a criança, desprezando a fonte da vida. Muitas coisas das quais precisamos podem esperar, a criança não pode. Exatamente agora é quando seus ossos estão sendo formados, seu sangue está sendo produzido, seus sentidos estão se desenvolvendo. Para ela não podemos dizer amanhã. Seu nome é HOJE”.

Gabriela Mistral
Poetisa Chilena, Nobel de Literatura em 1945
1948

RESUMO

O Brasil e, em especial, o Ceará, tem obtido importante queda na Taxa de Mortalidade Infantil nos últimos 29 anos. Em reconhecimento pelos bons resultados obtidos nesse Estado, sobretudo no período de 1987 a 1990, o Fundo das Nações Unidas para a Infância considerou a experiência cearense um exemplo a ser seguido por outros governos. Apesar de já terem sido publicados alguns trabalhos sobre a experiência do Ceará com a redução da mortalidade infantil, nenhum ensaio abordou às razões que levaram os agentes públicos desse Estado a priorizar a saúde da criança durante suas gestões. O objetivo desta pesquisa foi identificar as motivações que levaram esses atores públicos, que atuaram no Ceará de 1987 a 2006, a adotar uma política centrada prioritariamente na saúde infantil. Além disso, buscou-se conhecer as percepções desses gestores sobre o valor social da criança e as lições aprendidas com a experiência cearense. Esta é uma pesquisa social, avaliativa, de abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com três ex-governadores e sete ex-secretários estaduais de saúde que atuaram no Estado do Ceará, nesse período. O material obtido nas entrevistas foi submetido à Análise de Conteúdo Temática. Os resultados encontrados com relação às principais motivações dos gestores para investir na saúde infantil foram: “por acreditarem que seria possível ou por alguém tê-los convencido de que seria possível reduzir a mortalidade infantil com ações básicas de saúde; pela sensibilidade com a situação epidemiológica da saúde da criança; para dar continuidade a iniciativas de governos anteriores; em virtude da formação do gestor, sua vivência profissional e os conhecimentos de experiências exitosas na área da saúde infantil; pela vontade, decisão política e compromisso assumido de investir na saúde da criança, nas pessoas e no desenvolvimento humano”. Quanto aos resultados referentes ao valor social da criança, as percepções dos gestores são de que: “cuidar da criança traz benefícios para todos, no presente e no futuro; a criança precisa ser priorizada por ser mais vulnerável; a redução da morte de crianças passou a ser um tema de interesse dos gestores; a criança é símbolo de pureza e inocência”. As principais lições aprendidas no estudo foram: “vontade, compromisso e decisão política do gestor são fundamentais para que as políticas públicas sejam implementadas com sucesso; que é necessário ter um bom planejamento, com definição clara e divulgação dos objetivos e metas do governo; que é essencial fazer um bom diagnóstico e criar um sistema de monitoramento e avaliação para comprovar e divulgar os resultados alcançados; que é fundamental ter lideranças e uma equipe tecnicamente competente, integrada, com autonomia, motivada e comprometida; que as políticas públicas que estão apresentando bons resultados precisam ter continuidade”. Finalmente, com base nos

achados desta investigação, foi possível verificar que os gestores públicos podem ser convencidos a priorizar a saúde da criança nos investimentos do governo e obter bons resultados, desde que eles sejam assessorados por técnicos motivados, competentes, com experiência, autonomia e apoio para conduzir as políticas de saúde.

Descritores: Crianças. Saúde da Criança. Mortalidade Infantil. Motivação. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Brazil and, especially, the state of Ceará, have demonstrated a significant reduction in the Infant Mortality Rate in the last 29 years. In recognition of the good results obtained in the State, mainly from 1987 to 1990, the United Nations Children's Fund considered the experience from Ceará an example to be followed by other governments. Although some papers have already been published regarding Ceará's experience in reducing its infant mortality rate, as of yet, no study has truly addressed the managers' reasons for prioritizing children's health during their management. This paper aims to identify the motivations of public authorities, who were in office in Ceará from 1987 to 2006, to prioritize child's health in public policies. Furthermore, this paper also aims at understanding the perceptions of these public authorities regarding the social value of children and the lessons learned with Ceará's experience. This is an evaluative social research, adopting a qualitative approach, conducted by means of semi-structured interviews with three former governors and seven former health secretaries of the State of Ceará, during the above-mentioned period in time. The material obtained from the interviews was submitted to a thematic content analysis. The results obtained, in relationship to the public authorities' main motivation to invest in children's health were: "the belief that it would be possible to do so or someone convinced them that it would be possible to reduce infant mortality rate with basic health measures; being sensitive to the epidemiological situation of the child's health; to continue the initiatives rolled out from previous governments; due to the authorities' background and their successful experience in children's health; political will, political decision and the commitment made to invest in children's health, in people and human development". Concerning the social value of children, the public authorities' perceptions were: "taking care of children benefits everyone, in the present and future; children need to be a priority since they are more vulnerable; reducing child deaths became more relevant for public authorities; a child is a symbol of purity and innocence". The main lessons learned from the study were: "political will, commitment and decision from public authorities are instrumental in order for public policies to be successfully implemented; good planning is necessary, with a clear definition and dissemination of government goals; proper diagnosis is key as well as a monitoring and evaluation system to prove and share the results obtained; the importance of leadership and a competent technical team, that is integrated, has autonomy, and is both motivated and engaged; the public policies that are producing good results should be continued". Finally, based on the findings of this research, it was possible to recognize that public authorities can be convinced to prioritize children's health with in government investment and it is possible to obtain good results as long as the government

receives counseling and support from motivated, competent, experienced and autonomous technicians on how to conduct health policies.

Key words: Children. Child's health. Infant Mortality. Motivation. Public Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CBIA	Centro Brasileiro para a Infância e a Adolescência
CDC	Convenção sobre os Direitos da Criança
CENDES	Centro de Estudos do Desenvolvimento
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CORSAMI	Coordenação de Saúde Materno-Infantil
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DNCr	Departamento Nacional da Criança
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBEM	Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
FFF	<i>Female Education, Family Spacing and Food Supplementation</i>
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
GOBI	<i>Growth Monitoring, Oral Rehydration Therapy, Breastfeeding and Immunization</i>
HIAS	Hospital Infantil Albert Sabin
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMEP	Instituto de Medicina Preventiva
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
IPLANCE	Fundação Instituto de Planejamento do Ceará
IRA	Infecção Respiratória Aguda
JICA	Agência de Cooperação Internacional do Japão
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand – UFC
MIT	Instituto de Tecnologia de Massachusetts
MS	Ministério da Saúde
NE	Nordeste
NV	Nascidos Vivos

ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PESMIC	Pesquisa Estadual de Saúde Materno-Infantil
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PLAMEG	Plano de Metas Governamentais
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNS	Programa de Nutrição em Saúde
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
PROAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PSMI	Programa Nacional de Saúde Materna Infantil
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RNPI	Rede Nacional da Primeira Infância
S.A.M.	Serviço de Assistência a Menores
SESA-CE	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SOCEP	Sociedade Cearense de Pediatria
SRO	Solução de Reidratação Oral
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMM5	Taxa de Mortalidade na Infância ou de Menores de 5 anos
TRO	Terapia de Reidratação Oral
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFC	Universidade Federal do Ceará
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VOC	<i>Value of Children</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 A Experiência do Ceará com a Redução da Mortalidade Infantil.....	20
1.2 Nossa Inserção no Tema da Pesquisa: Experiências que Estabelecem o Diferente ...	23
1.3 O Programa Viva Criança pela Sobrevivência Infantil	24
2 ESTADO DA ARTE	28
2.1 A Infância na História da Humanidade e do Brasil	28
2.1.1 Organização da Assistência à Saúde da Criança no Brasil	35
2.2 O Valor da Criança	38
2.3 O Direito da Criança à Sobrevivência e ao Desenvolvimento	41
2.4 A Importância do Investimento na Saúde da Criança.....	45
2.5 Liderança, Motivação e Definição de Prioridades nas Políticas Públicas	46
2.5.1 Liderança.....	46
2.5.2 Motivação	47
2.5.3 Definição de Prioridades nas Políticas Públicas	48
2.6 A Saúde Infantil no Mundo, no Brasil e no Ceará	54
2.6.1 A Saúde Infantil no Mundo	55
2.6.2 A Saúde Infantil no Brasil	57
2.6.3 A Saúde Infantil no Ceará	61
2.7 As Pesquisas de Saúde Materno-Infantil do Ceará – PESMICs.....	63
3 PERGUNTA CONDUTORA E QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA	71
4 OBJETIVOS	72
4.1 Geral	72
4.2 Específicos	72
5 METODOLOGIA.....	73
5.1 Natureza da Pesquisa	74
5.2 Caracterização da Pesquisa quanto aos Objetivos	74
5.3 Caracterização dos Sujeitos.....	76
5.4 Local do Estudo	76
5.5 Aspectos Éticos.....	76
5.6 Procedimentos Técnicos	77
5.6.1 Coleta dos Dados.....	77

5.6.2 Análise dos dados.....	79
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	82
6.1 Que Fatores Contribuíram para a Motivação dos Gestores Públicos que priorizaram a Saúde Infantil no Ceará, de 1987 a 2006?	82
6.1.1 Fatores Motivacionais na Opinião dos Ex-Governadores	90
6.1.1.1 Alguém o Convenceu de que Era Possível Reduzir a Mortalidade Infantil com Ações Simples, Eficazes e de Baixo Custo	92
6.1.1.2 Cobrança e Argumentos dos Técnicos da Equipe na Campanha e no Governo ..	95
6.1.1.3 Sensibilidade com a Situação Epidemiológica da Saúde da Criança (Mortalidade Infantil e Desnutrição)	100
6.1.1.4 Dar Continuidade a Iniciativas de Governos Anteriores.....	102
6.1.1.5 Vontade e Decisão de investir nas Pessoas e no Desenvolvimento Humano	103
6.1.1.6 Formação Profissional do Gestor e Conhecimento de Experiências Anteriores	104
6.1.2 Fatores Motivacionais na Opinião dos Ex-Secretários Estaduais de Saúde	106
6.1.2.1 Formação, Vivência Profissional, Conhecimento de Experiências exitosas na área da Saúde Infantil.....	107
6.1.2.2 Acreditar que Era Possível ou por Alguém Tê-los Convencido de que Era possível Reduzir a Mortalidade Infantil com Ações Básicas de Saúde.....	110
6.1.2.3 Decisão Política e Compromisso Assumido de Investir na Saúde da Criança pelo Próprio Ex-Secretário de Saúde ou pelo Governador.....	114
6.1.2.4 Compromisso, Consciência da Realidade e Sensibilidade com a Causa da Criança e do Povo Simples do Sertão	122
6.1.2.5 Sensibilidade com a Situação Epidemiológica da Saúde da Criança.....	124
6.1.2.6 Dar Continuidade a Iniciativas de Governos Anteriores Voltadas á Saúde da Criança	126
6.2 Valor Social da Saúde da Criança para o Governo.....	129
6.2.1 Cuidar da Criança Traz Benefícios para Todos, no Presente e no Futuro	130
6.2.2 A Criança Precisa ser Priorizada por Ser Mais Vulnerável.....	134
6.2.3 A Redução da Morte de Crianças Passou a Ser um Tema de Interesse dos Gestores	137
6.2.4 A Criança é Símbolo de Pureza e Inocência.....	140
6.3 Lições Aprendidas a Partir da Fala dos Gestores	143
6.3.1 Vontade, Compromisso e Decisão Política do Gestor são Fundamentais para que as Políticas Públicas Sejam Implementadas com Sucesso	144
6.3.2 É Necessário Ter um Bom Planejamento, com Definição Clara e Divulgação dos Objetivos e Metas do Governo	147

6.3.3 É Essencial Fazer um Bom Diagnóstico e Criar um Sistema de Monitoramento e Avaliação para Comprovar e Divulgar os Resultados Alcançados.....	150
6.3.4 É Fundamental Ter Lideranças e uma Equipe Tecnicamente Competente, Unida, Motivada e Comprometida	152
6.3.5 As Políticas Públicas que Estão Apresentando Bons Resultados Precisam ter Continuidade.....	157
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	159
REFERÊNCIAS	165
APÊNDICES	185
APÊNDICE 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA - GOVERNADORES	186
APÊNDICE 2 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA - SECRETÁRIOS	187
APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	188

1 INTRODUÇÃO

O principal objetivo deste estudo foi compreender as motivações dos gestores públicos que atuaram no Ceará, de 1987 a 2006, para priorizar a saúde infantil.

Para melhor compreensão deste objetivo optou-se por começar apresentando as principais características e resultados da experiência do Ceará, os quais culminaram com uma redução expressiva da mortalidade infantil, em especial no período de 1987 a 1990, sendo considerada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como exemplo para o resto do mundo (UNICEF, 1993).

1.1 A Experiência do Ceará com a redução da Mortalidade Infantil

Nos últimos 40 anos, em especial desde os anos 1990, vêm sendo alcançados progressos importantes nas taxas de sobrevivência infantil e nas condições de saúde das crianças em vários países, inclusive nos mais pobres. Segundo relatório do UNICEF de 2013, os notáveis avanços conquistados por muitos países em desenvolvimento na redução das mortes infantis, ao longo das últimas décadas, devem ser bastante celebrados. As causas das mortes infantis e as soluções para esses problemas são bem conhecidas e existem intervenções simples, confiáveis e financeiramente acessíveis para salvar a vida de milhões de crianças. O desafio é garantir que essas ações – aplicadas por meio de cuidados continuados à saúde da mãe e da criança – cheguem a milhões de crianças e famílias frequentemente esquecidas (UNICEF, 2013).

O Ceará apresentou uma significativa queda na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) nos últimos 27 anos. Segundo Silva *et al.* (2015), a redução da TMI desse Estado foi maior do que a obtida nas demais unidades federadas, em torno de 73% de 1980 a 2007, tempo durante o qual está incluído o período estudado nesta pesquisa, de 1987 a 2006.

O Governo e o povo cearenses receberam o prêmio Maurice Pate, do UNICEF, pela redução da mortalidade infantil de 1987 a 1990 e pelo Programa de Agentes de Saúde (PAS), que foi uma das principais estratégias adotadas no Ceará para alcançar este resultado (SILVA *et al.*, 1999; SVITONE *et al.*, 2000). Esta foi a primeira vez que um governo (e não uma pessoa) da América Latina ganhou esse reconhecimento do UNICEF, desde a instituição do prêmio em 1966.

Consoante Souza (1993), Silva *et al.* (1999) e Machado (2005), ocorreu uma grande mobilização no Ceará, coordenada pelo Governo do Estado e apoiada por organizações não governamentais, visando a melhorar as condições de vida e de saúde das crianças. Para esses

autores, a melhoria nos indicadores da população materno-infantil foi resultado, especialmente da atuação de agentes de saúde nas comunidades e do esforço de profissionais de áreas diversas que implementaram soluções viáveis, efetivas e de baixo custo.

Freedheim (1993) relata que, mesmo com limitações de recursos financeiros e com o País apresentando uma inflação alta nesse período, uma grande ação de saúde pública que envolveu mais de sete mil trabalhadores comunitários de saúde levou informações de higiene e cuidados com as crianças para oitocentas mil famílias, a partir de 1988. Esses agentes de saúde tiveram um treinamento de curta duração, recebiam um salário mínimo e eram supervisionados por enfermeiros contratados pelos municípios.

Para sistematizar e documentar melhor o que aconteceu no Ceará, de 1987 a 1990, o UNICEF apoiou a realização de um estudo de caso destacando o PAS como uma das principais estratégias utilizadas para a redução da mortalidade infantil. Entre as características da experiência do Ceará, ressaltadas nesta pesquisa, estavam: o investimento prioritário nos recursos humanos, a descentralização administrativa, o aumento da participação social, a educação formal aliada a campanhas de comunicação de massa, a disseminação das informações sobre a situação das crianças e a utilização de métodos inovadores para a capacitação dos profissionais. Ainda segundo essa fonte, as principais ações desenvolvidas objetivavam a busca intensiva pela melhoria da cobertura e da qualidade, tanto da oferta como da demanda por serviços públicos de saúde. O mesmo relatório recomendava ser necessário ampliar o número de gestões municipais que assumissem o compromisso com a sobrevivência, o desenvolvimento, a educação e a proteção especial das crianças (MINAYO; D'ELIA; SVITONE, 1992).

Svitone *et al.* (2000) descrevem que as ações de atenção primária de saúde implementadas no Ceará no período de 1987 a 1990 e que visavam à promoção da equidade foram desenvolvidas em um período no qual programas semelhantes estavam tendo dificuldade para se manter, em virtude dos ajustes econômicos que estavam acontecendo em muitos países como consequência da chamada Reforma do Estado.

As ações de saúde pública implementadas de 1987 a 1990 foram ampliadas em 1994, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, que teve início nesse ano no Ceará, sendo constatadas nos anos seguintes outras melhorias relevantes nos indicadores de saúde desse Estado, incluindo a redução das mortes infantis por doenças diarreicas e por infecções do aparelho respiratório (ANDRADE *et al.* 1998).

O trabalho voltado para a promoção da saúde infantil continuou sendo desenvolvido sem interrupções no período estudado, o que manteve a redução expressiva da mortalidade

infantil nas últimas três décadas. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) analisados pelo UNICEF (2008b), o Ceará foi o estado brasileiro que apresentou a maior queda da mortalidade infantil de 1991 a 2006, passando de 71,1/1000 Nascidos Vivos (NV) em 1991 para 30,8/1000 NV em 2006, representando uma queda de 56,7%.

De acordo com os dados mais recentes do Datasus (Ministério da Saúde), a Taxa de Mortalidade Infantil – TMI do Ceará para o ano de 2014 foi de 12,3/1000 NV, sendo a mais baixa do Nordeste e estando abaixo da TMI dessa região que foi de 14,5/1000 e a do Brasil, de 12,9/1000 NV (BRASIL, 2016).

Para Silva *et al.* (1999), mais do que uma decisão para reduzir a mortalidade infantil, o que ocorreu no Ceará durante esse período foi um movimento de prioridade para a saúde das crianças, que resultou, inclusive, na abertura de um escritório do UNICEF no Estado, em 1988, atendendo a uma demanda do então Governador, o que não era fácil de acontecer nessa época.

Essa experiência do Ceará com a redução da mortalidade infantil foi motivo de matérias jornalísticas em vários meios de comunicação, inclusive em revistas internacionais, como a *Time* (Estados Unidos) e a *Newsweek* (Inglaterra). Governos de vários estados e até de outros países enviaram suas delegações para terras cearenses a fim de conhecer a experiência com a redução das mortes infantis (SILVA *et al.*, 1999).

Como relata Tandler (1998), o Estado do Ceará teve bom exemplo de governo na gestão dos governadores Tasso Jereissati (1987 a 1990) e Ciro Gomes (1991 a 1994). Essa autora e seus alunos do Instituto de Tecnologia de Massachusetts (MIT) avaliaram quatro iniciativas públicas desenvolvidas no Ceará, sendo uma delas o PAS, como uma das estratégias utilizadas nesse Estado para reduzir a mortalidade infantil.

Na opinião de Freedheim (1993), uma das alunas da Professora Tandler, apesar das dificuldades da máquina pública e dos entraves políticos que, em geral, comprometem os resultados desse tipo de iniciativa, o PAS do Ceará conseguiu ser um exemplo de programa governamental efetivo. Ainda segundo essa autora,

[...] o mais impressionante é que o programa contribuiu para reduzir a mortalidade infantil em uma região extremamente pobre do Brasil, com um legado de distribuição de renda muito desigual, secas recorrentes, corrupção política e um sistema de saúde que historicamente negligenciava a população mais necessitada. (FREEDHEIM, 1993, p. 8).

Além das fontes mencionadas anteriormente, outros trabalhos foram publicados fazendo referência à experiência dos agentes de saúde e à redução da mortalidade infantil no Ceará (BARROS; VICTORA, 1991; STEGEMAN, 1997; SVITONE *et al.*, 2000), porém nenhum estudo descreveu as motivações que levaram os gestores do Ceará a investir prioritariamente na saúde infantil.

Dado o exposto até aqui, não somente em virtude dos resultados obtidos, mas também em termos das estratégias utilizadas, a experiência do Ceará torna-se muito relevante para que as lições aprendidas nesse Estado sejam estudadas, compartilhadas e possam continuar beneficiando as crianças cearenses e de outros lugares.

1.2 Minha inserção no Tema da Pesquisa: Experiências que fizeram a diferença

Desde que escolhi estudar Medicina, já decidi que queria cuidar das crianças porque era nessa função que eu me sentiria mais útil e ficaria mais realizada, pessoal e profissionalmente. Durante a graduação, tive contato com um vasto conteúdo e com projetos interessantes, mas foi durante a Residência Médica em Pediatria, no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), nos anos 1984 e 1985, que passei pelas duas experiências mais enriquecedoras. Uma delas foi colaborar com a implantação do Serviço de Terapia de Reidratação Oral (TRO) do Albert Sabin. No final dos anos de 1980, era muito elevado o número de crianças admitidas seriamente desidratadas na emergência do HIAS. Muitas já chegavam tão graves, que pouco podia ser feito por elas. No serviço de TRO, atendíamos os casos que não eram tão graves e também aqueles que melhoravam com uma fase rápida de hidratação venosa, e muitas vidas foram salvas graças a esse serviço. Outra experiência que tive em 1985, foi participar da organização do XXV Congresso Brasileiro de Pediatria, liderado pela Dra. Anamaria Cavalcante e Silva, então Presidente da Sociedade Cearense de Pediatria (SOCEP) e preceptora da Residência dessa especialidade no HIAS. Jamais havia participado da organização de um evento tão abrangente e importante. O Congresso foi um sucesso, com grande repercussão nacional. Além de muitos pediatras, autoridades do Ministério da Saúde (MS) e do UNICEF prestigiaram o evento. Pela primeira vez um congresso de pediatras discutia em profundidade as questões sociais que afetavam as crianças.

Outro fato marcante aconteceu no final de 1985: quando estava terminando a Residência em Pediatria, eu recebi da Dra. Anamaria um relatório do UNICEF chamado Situação Mundial da Infância. Esta é uma publicação do UNICEF que, a cada ano, traz um tema pertinente

relacionado à infância. O tema do relatório no referido ano era a sobrevivência infantil. Fiz uma leitura minuciosa do documento que trazia a proposta da revolução para salvar as crianças, utilizando ações básicas de saúde conhecidas internacionalmente como GOBI (referente à *Growth Monitoring, Oral Rehydration Therapy, Breastfeeding and Immunization*, o que corresponde respectivamente a monitoramento do crescimento, TRO, aleitamento materno e imunização) e, posteriormente, acrescidas pelo FFF (*Female Education, Family Spacing and Food Supplementation*, referente à educação das mulheres, planejamento familiar e à suplementação alimentar) (UNICEF, 1985). O documento também relatava experiências de países africanos, asiáticos e latino-americanos que tinham reduzido a mortalidade infantil com essas ações simples, acessíveis, comprovadamente eficazes e de baixo custo. Naquele momento cheguei à conclusão de que, se aqueles países tão pobres tinham conseguido reduzir a mortalidade infantil, nós do Brasil, inclusive do Ceará, também poderíamos.

No ano de 1986, as pediatras Anamaria Cavalcante, Jocileide Campos, Maria Gurgel e Altani Paiva haviam tentado fazer um trabalho fora dos muros do Hospital infantil Albert Sabin (HIAS) visando a melhorar a atenção básica de saúde das crianças e, assim, reduzir os casos graves que chegavam ao HIAS. Apesar dos esforços dessas pediatras, o trabalho não teve continuidade, nem os resultados esperados foram alcançados, pois faltava decisão política.

1.3 O Programa Viva Criança pela Sobrevivência Infantil

Em novembro de 1986, o empresário Tasso Jereissati foi eleito governador do Ceará e alguns profissionais de saúde foram convidados para participar da finalização do plano de governo. Uma das prioridades era a redução da mortalidade infantil, o que começaria com a implantação de um Programa de Agentes de Saúde. Em março de 1987, fui convidada a participar da coordenação do Programa de Redução da Mortalidade Infantil, que foi chamado de Viva Criança. Esse programa foi instalado no Hospital Albert Sabin e não mais na sede da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE), onde a Coordenação da Saúde Materno-Infantil ficava até então. Outra mudança importante era de que essa coordenação, que existia até aquela data, seria dividida em duas: a da Saúde da Mulher, que seria coordenada pela ginecologista e obstetra Vilalva Lopes, na SESA-CE; e a de Saúde da Criança, seria liderada pela equipe que ficava no HIAS, cuja diretora era a Dra. Anamaria. A proposta era de que, estando à equipe estadual responsável pela saúde da criança dentro do principal hospital infantil de referência do Estado, seria mais fácil envolver mais médicos no programa e fazer do HIAS verdadeira unidade sentinela para acompanhar a evolução das internações hospitalares de

crianças e, conseqüentemente, da saúde infantil. Antes do início da implementação do programa Viva Criança, no final de 1986, eu, a Dra. Anamaria e a Dra. Emair Silva Borges fomos para o Estado de Alagoas participar de um treinamento organizado pelo Ministério da Saúde sobre as ações básicas de atenção à saúde da criança. O curso era sobre as mesmas estratégias propostas pelo UNICEF, o que me fez lembrar o que havia lido naquele relatório em 1985.

Para subsidiar o planejamento e, posteriormente, avaliar os resultados do programa Viva Criança, foram realizadas duas grandes Pesquisas de Saúde Materno-Infantil (PESMIC) – a PSMIC 1, em 1987 e a PSMIC 2, em 1990, descritas com detalhes ao longo deste documento. Foram realizadas capacitações para os profissionais de saúde e campanhas educativas; adquiridos equipamentos, medicamentos e outros insumos, e houve uma grande articulação com outras organizações, visando à melhoria da saúde das crianças e conseqüente redução da mortalidade infantil. A equipe do programa Viva Criança participou ativamente da definição do Programa de Agentes de Saúde, que selecionou e treinou pessoas simples da comunidade para o desenvolvimento de ações de educação em saúde da gestante e da criança, uma vez que a prioridade desses trabalhadores era a redução das mortes dos menores de um ano. Foi um trabalho intenso, sempre com apoio incondicional e permanente da Dra. Anamaria, dos secretários estaduais de saúde e uma atenção especial do Governador, que sempre perguntava como estava o trabalho, demonstrando interesse e determinando prioridade para as ações voltadas para as crianças. Um dos exemplos dessa prioridade foi a produção, logo no início da gestão, de um milhão de cartões da criança para monitorar o crescimento, o desenvolvimento e a situação vacinal dos menores de cinco anos. Outra situação que mostra uma decisão política de priorizar a criança era o fato de o secretário de saúde do Estado solicitar, em primeiro lugar, à equipe do programa Viva Criança, a lista dos medicamentos que seriam fundamentais para a atenção aos agravos de saúde infantil e, só posteriormente, com o restante dos recursos, eram adquiridos os remédios necessários para os outros segmentos da população. Para avaliar os resultados obtidos com o trabalho realizado durante os quatro anos do governo, no final de 1990, foi realizada a PSMIC 2 e os resultados desse estudo foram comparados aos obtidos na PSMIC 1, realizada em 1987, sendo comprovada uma redução da TMI em 32%, além de vários outros avanços na saúde infantil.

Além disso, o setor de imunização do Estado foi reestruturado, passou a organizar os serviços de saúde e intensificar suas ações sob a liderança da Dra. Jocileide Campos e veio a ser uma das áreas que obteve os maiores avanços.

Foi gratificante comprovar o resultado do trabalho feito no Ceará, de 1987 a 1990,

e uma satisfação maior ainda quando o UNICEF concedeu o prêmio *Maurice Pate* ao povo e ao Governo do Ceará pela redução da mortalidade infantil. Esse reconhecimento internacional é concedido pelo UNICEF, desde 1966, à pessoas ou organizações que tenham desenvolvido trabalhos inovadores, obtido resultados significativos para a melhoria da vida das crianças e adolescentes e que tenham o potencial para multiplicar esses efeitos.

A experiência do Ceará foi um dos destaques do Relatório do UNICEF - Situação Mundial da Infância de 1993 - e que é distribuído para cerca de 180 países, em vários idiomas. Esse era o mesmo relatório que havia me levado a dedicar minha vida profissional quase exclusivamente à causa da sobrevivência infantil, decisão essa tomada quando recebi essa mesma publicação da Dra. Anamaria, em 1985.

Em 1992, o Governo do Piauí solicitou formalmente ao UNICEF o apoio para realizar um programa semelhante ao do Ceará, visando à redução da mortalidade infantil e eu fui contratada como consultora do UNICEF para ir trabalhar nesse Estado. É oportuno destacar o fato de que não foi somente o Governo do Piauí que manifestou interesse pela experiência do Ceará. Vários outros estados vieram conversar com a equipe responsável pela saúde infantil cearense; jornalistas estrangeiros queriam saber o que havia se passado no Ceará e o Ministério da Saúde resolveu implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em vários outros estados. Passei um ano trabalhando no Piauí e lá apoiamos a elaboração de um plano intersetorial voltado para a atenção integral à infância.

Desde 2003, trabalho na equipe do UNICEF em Fortaleza, como responsável pelo tema da saúde e desenvolvimento infantil. Nesta função tive a oportunidade de colaborar diretamente com a elaboração do relatório Situação Mundial da Infância, o mesmo que me influenciou a querer fazer parte da equipe do UNICEF. Esse trabalho me dá a oportunidade de manter contato com prefeitos, secretários municipais e técnicos de vários municípios.

Em razão desta experiência surgiu a intenção de desenvolver um trabalho científico para responder à seguinte indagação: o que pode ser feito para motivar os gestores a fim de que invistam em políticas públicas voltadas para a saúde das crianças de maneira prioritária e efetiva? Espero que os resultados deste estudo ajudem a responder a essa pergunta e que seja útil às instituições públicas, assim como às organizações da sociedade civil, para que se obtenham melhores resultados com relação à saúde e à qualidade de vida das crianças.

Destaco, ainda, que, ao começar a discutir a possibilidade de realização desse estudo com minha orientadora, a primeira impressão foi de que a história da experiência do Ceará com a redução da mortalidade infantil já tinha sido suficientemente contada, e que não

haveria nada mais a estudar. Depois de algumas conversas e revisão de literatura, a possibilidade de pesquisar sobre o valor social da saúde da criança para o governo trouxe uma nova motivação para o estudo. Um fato que contribuiu para essa motivação, além do entusiasmo da minha orientadora, foi conhecer o conceito de valor da criança para os pais, que será mais bem explicado nos capítulos seguintes.

2 ESTADO DA ARTE

Para descrever o estado da arte, pesquisou-se sobre os temas mais relacionados ao objeto desta pesquisa *O valor social da criança para os governos: motivações dos gestores públicos do Ceará para investir na Saúde Infantil*. Vários trabalhos científicos foram consultados em busca de informações acerca do valor social da saúde infantil para os gestores. Ficou evidente, entretanto, a escassez de bibliografias sobre este objeto de estudo. Convém registrar o fato de que foram encontradas pesquisas que descrevem o valor das crianças para as famílias, em especial, as razões que levam os pais a definir o número desejado de filhos.

Visando a qualificar a pesquisa e refletir sobre o valor social da saúde infantil para os governos foi fundamental também estudar sobre a importância que a criança teve e tem na história da humanidade, no contexto brasileiro e internacional. Decidiu-se também, descrever os aspectos relativos aos direitos da criança na área da saúde, contextualizando a evolução histórica desses direitos. Outro tema estudado foi como as políticas de saúde da criança são desenvolvidas no Brasil. Também foi realizada a revisão da bibliografia referente à gestão de políticas públicas, mais especificamente, os critérios e razões que justificam a escolha das prioridades nessas políticas, além dos temas da motivação, liderança e tomada de decisão. Para concluir esta revisão, foi descrita a situação da saúde infantil no mundo, no Brasil e no Ceará.

2.1 A Infância na História da Humanidade e do Brasil

Antes de discorrer sobre a prioridade da criança nas políticas públicas atuais, é necessário conhecer como a infância tem sido tratada ao longo da história da humanidade, no mundo e no Brasil. Como escreveu Del Priore (2013, p. 8),

Não será a primeira vez que o saudável exercício de “olhar para trás” ajudará a iluminar os caminhos que agora percorremos, entendendo melhor o porquê de certas escolhas feitas por nossa sociedade.

O conceito de infância que existe atualmente, o qual significa um período de rápido crescimento, desenvolvimento inigualável, com estatuto de sujeito, dignidade de pessoa e prioridade absoluta, foi construído historicamente ao longo dos últimos anos (ROSEMBERG; MARIANO, 2010).

Kramer *et al.* (1999, p. 85), compreendem que a infância

[...] trata de um sujeito histórico, que nasce num tempo, numa classe social e num determinado contexto sociocultural. Sendo assim, ela não pode ser um cidadão pleno no futuro, se não a concebermos como um sujeito no presente.

A palavra infância vem do latim *infantia* e é traduzida como incapacidade de falar. Por isso, durante muitos séculos, a criança foi considerada como um ser inferior, sem voz, sem direitos, frágil, incompleto e incapaz. O tratamento dado à infância foi mudando ao longo dos anos e era bem diferente nas diversas civilizações (FROTA, 2007).

Peter Stearns (2006), no seu livro *A infância*, relata como várias civilizações tratavam suas crianças. Nesta revisão, porém, procurou-se descrever, somente alguns exemplos, de acordo com esse autor e outros estudiosos do tema.

Conforme relata Stearns (2006), enquanto os homens primitivos não se fixavam na terra e tinham que migrar em busca de alimento, as crianças eram consideradas como um fardo pesado para as famílias, pois era difícil carregá-las em grandes caminhadas, quando mudavam o local de suas moradias. Essas civilizações também não enterravam suas crianças, se essas morressem antes dos cinco anos de idade. A maior preocupação era com a sobrevivência dos membros adultos da comunidade, que poderiam caçar e pescar, garantindo assim a alimentação do coletivo. Com o início da produção de alimentos pelo homem, a criança começou a ser vista como mão de obra para a agricultura e o número de nascimentos aumentou.

Na China, segundo o Confucionismo, quando as crianças morriam, os pais eram orientados a não demonstrar emoção, pois as crianças não mereciam nenhuma atenção especial. Além da alta mortalidade entre as crianças chinesas da área rural, a Dinastia *Qin* autorizava os pais a matarem os bebês que nascessem com alguma deficiência, como também a venda das crianças como escravas. Por outro lado, nesse mesmo período, foi elaborado um dos primeiros guias de que se tem notícia, com informações sobre a saúde das crianças pequenas (STEARNS, 2006).

O Alcorão descreve sociedades nas quais as mulheres e as crianças eram consideradas seres inferiores aos homens adultos. Desde tempos bastante longínquos, antes mesmo da ascendência do Cristianismo, civilizações, como a greco-romana, tratavam mulheres e crianças como pessoas sem cidadania, praticamente sem direitos jurídicos e quase nenhuma vida política nas cidades (SANTOS, 1987).

Para Kohan (2003, p. 1), “há quatro traços principais do conceito de infância, no marco mais ampliado do projeto filosófico e político de Platão”. São eles:

- 1) como possibilidade (as crianças podem ser qualquer coisa no futuro);
- 2) como inferioridade (as crianças - como as mulheres, estrangeiros e escravos – eram inferiores em relação ao homem adulto cidadão);
- 3) como superfluidade (a infância não era necessária à *polis*) e
- 4) como material da política (a utopia se constrói a partir da educação das crianças).

Ainda segundo Kohan (2003, p. 45), apesar de Aristóteles não ter se dedicado especificamente aos estudos da infância, para esse filósofo, “toda criança é uma criança em ato e, ao mesmo tempo, um adulto em potência, um ser que só alcançará sua completude e finalidade na adultez [*sic*]”.

Uma das fontes mais citadas sobre a história da família e da criança, Philippe Ariès (2012) descreve que, na Época Medieval, não havia a consciência sobre o significado da infância. Logo que a criança deixava de necessitar da ajuda constante da mãe ou da babá (depois que passava pela fase da alta mortalidade), era logo incluída no mundo dos adultos, sem nenhum privilégio especial, mesmo estando em uma fase tão importante de crescimento e desenvolvimento. Nos vários trabalhos artísticos até o século XII, a criança era retratada como uma miniatura do adulto, sem nenhuma característica que lembrasse a infância, além do tamanho. Isso leva a concluir que a infância era considerada como algo transitório e sem muita importância (ARIÈS, 2012).

Continuando com Ariès (2012), verifica-se que no século XIII começaram a surgir nas artes, imagens com traços que se aproximam mais da criança que retratamos nos dias atuais, em geral nas figuras de anjos, do Menino Jesus, da Virgem Maria e de outros santos católicos na fase da infância. A criança era considerada como um brinquedo, algo engraçado que divertia os adultos. A alma que deixava o corpo dos mortos era retratada como uma criança, em geral nua e sem definição do sexo. Para esse autor, foi no século XIII que começou a descoberta da infância.

Nos séculos XV e XVI, a criança passou a estar mais nas artes, especialmente na pintura. Nesse período, ela era sempre retratada no meio dos adultos, porém desde o século XVII a infância é mostrada separadamente do mundo adulto (ARIÈS, 2012). Seguindo com o relato desse autor, os pais não costumavam se “apegar” muito às crianças porque a mortalidade infantil era alta, e a sua perda era quase inevitável. No País Basco, as famílias enterravam a criança morta, na casa ou no jardim e sem ser batizada. Isso poderia significar que essa criança não tinha muita importância e que nem mesmo sua alma poderia vir assustar a família. Esse autor relata ainda que sociedades como a romana e a chinesa abandonavam crianças recém-nascidas. A

justificativa para essa pouca importância e essas atitudes era a questão demográfica daqueles tempos (ARIÈS, 2012).

Continuando com a descrição de Ariès (2012), desde o século XVI, começam a aparecer nos túmulos, imagens de crianças mortas, seja ao lado de professores, da família e depois sozinhas, demonstrando um sentimento e uma maior consideração por essa criança que partira precocemente. No século XVII, a criança aparece sozinha nas pinturas de vários artistas que retratavam as famílias reais ou os burgueses ricos. A partir do século XVII, surgem nas artes muitas expressões de crianças nuas, o que pode ser entendido como um maior interesse pelo tema da infância, dando à criança um lugar mais privilegiado nas artes e na sociedade. No século XVIII, com a ampliação das medidas contraceptivas, com a redução do número de nascimentos e do aparecimento do malthusianismo¹, a concepção da morte infantil inevitável, que era predominante até então, começa a desaparecer. Esse autor destaca o fato de que um maior interesse pela criança surgiu pelo menos um século antes da redução no número de nascimentos, portanto, que não haveria relação direta entre esses dois fatos. Há referências do final do século XIX, a respeito da preocupação em vacinar as crianças contra a varíola, o que teve impacto positivo, com a consequente redução das mortes infantis (ARIÈS, 2012).

De acordo com Del Priore (2013), a partir do século XIX, a infância passou a ser ainda mais valorizada, tanto pela continuidade da espécie, como por se reconhecer quão específica é esta etapa da vida do ser humano, necessitando, portanto, de uma atenção especial.

Vale ressaltar o fato de que, apesar de Philippe Ariès ainda ser uma das principais fontes sobre a história da infância e que merece ser bastante citada, suas teses têm recebido muitas críticas. Nos últimos anos, a obra de Colin Heywood vem-se destacando (KUHLMANN JR., 2005). Segundo Kuhlmann Jr. (2005), Heywood afirma que não é tão simples dizer se a infância era valorizada ou não em determinados momentos da história. Para esse último autor, o mais importante é buscar as várias compreensões que existiram a respeito das crianças nos distintos períodos.

Heywood (2013) considera que Ariès apresenta em suas teses uma infância mais relacionada à Europa do século XII e que não era somente a infância que não estava suficientemente retratada nesse período da história, mas vários outros grupos. De qualquer

¹ Malthusianismo ou Teoria Populacional Malthusiana, desenvolvida por **Tomas Robert Malthus** (1766-1834), economista e demógrafo inglês, que exorta à prática da continência sexual voluntária, “sujeição moral”, invocando a disparidade entre o crescimento demográfico e a produção de alimentos, sendo a primeira teoria demográfica a relacionar o crescimento da população com a fome. Segundo Malthus, a população mundial cresce em progressão geométrica, enquanto a produção de alimentos em progressão aritmética. Esta teoria foi definida por Malthus no livro Ensaio sobre o princípio da população, escrito em 1798 (ALVES, 2002).

modo, é interessante salientar que a obra de Ariès tem sido primordial, porque é a partir dela que os vários outros autores partem quando estudam a infância ao longo da trajetória da humanidade (KUHLMANN JR., 2005; PRADO, 2009).

O processo histórico permite visualizar a maneira como as infâncias e as crianças foram, ao longo do tempo, envolvidos em relações de agressões e maus-tratos por diversas instituições sociais. As gradativas transformações socioculturais, incluindo a caracterização desse grupo social como “sujeitos de direito”, exigiram a mobilização de diferentes segmentos da sociedade pública e civil (FALEIROS; FALEIROS, 2007).

Em capítulos posteriores, são apresentadas, em detalhes, as argumentações sobre os direitos e também o valor das crianças e adolescentes em anos mais recentes (especialmente durante o século XX) e ao longo da história no mundo e no Brasil.

Mary Del Priore (2013), em seu livro *História das crianças no Brasil*, relata sobre o grande sofrimento e a violência que ocorria nos navios portugueses que vieram para o Brasil no início do Período da Colonização. As crianças que embarcavam para o nosso país eram utilizadas como mão de obra e chamadas de “órfãs do Rei”. A função das meninas era casar com portugueses que serviam a Coroa. As crianças eram as que mais sofriam nas embarcações, com toda forma de violência, em virtude das más condições a que eram submetidas nas longas viagens marítimas. A mortalidade da população embarcada era muito alta (quase 40%), porém assustava muito mais o risco de morrer em Portugal, onde as condições de higiene e a situação socioeconômica eram muito precárias, além das doenças e da falta de comida que colocavam a saúde e a vida das crianças também em alto risco.

Del Priore (2013) relata que, por volta do século XVII, existia uma crença de que as bruxas chupavam o sangue das crianças e as deixavam enfraquecidas. Essa autora continua descrevendo que as principais doenças infantis no Brasil naquela época eram: o mal dos sete dias, tinha, sarna, impingem, sarampo, bexiga e lombrigas. Nesse período, a morte de uma criança não era considerada como algo tão grave, uma vez que outra criança nasceria para tomar o seu lugar, portanto ela “não faria falta”. Essas crianças, que nem chegavam a ser batizadas, sendo chamadas de anjinhos, eram sepultadas em lugares pouco visíveis, sem que o poder público ou as igrejas tomassem conhecimento da sua existência.

Segundo Del Priore (2013), a alta mortalidade no período colonial não poupou nem mesmo as crianças da Família Real. Três dos sete filhos de Dom Pedro I e Dona Leopoldina morreram durante a infância. No caso dos filhos de Dom Pedro II e Dona Teresa Cristina, somente as duas meninas sobreviveram, tendo os dois meninos morrido ainda pequenos.

Costa (2011) relata que as primeiras ações assistenciais mais estruturadas e voltadas para a população infantil foram implantadas no período colonial, lideradas por instituições religiosas vinculadas à Igreja Católica, atendendo crianças que não tinham famílias, filhos de escravos e outros em situação de vulnerabilidade.

Como explicam Dorigo e Nascimento (2007, p. 22),

[...] no Brasil, no final do século XIX, as crianças pobres da zona rural, órfãs ou abandonadas, estiveram ao longo da história sob os cuidados das ‘criadeiras’, também chamadas de ‘fazedoras de anjos’. Eram assim chamadas devido à alta mortalidade das crianças em decorrência da precariedade das condições sanitárias. Já na zona urbana, os filhos ilegítimos de moças pertencentes a famílias com prestígio social eram recolhidos nas “rodas de expostos”.

A iniciativa da “roda dos expostos” surgiu no Brasil em 1726 e permaneceu até os anos 1950. Essa estratégia, além de acolher os bebês, também visava a manter em segredo a identidade dos pais das crianças e o seu destino. Muitas das crianças morriam precocemente porque não havia alimentação suficiente para todas, além das más condições de higiene (ARANTES, 2004).

Dorigo e Nascimento (2007) referem que o médico Moncorvo Filho instaurou, em 1899, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância no Rio de Janeiro. Wadsworth (1999) relata que essa instituição deveria fiscalizar o trabalho das amas de leite, avaliar em que condições viviam as crianças pobres, prevenir o abuso e a negligência com as crianças, supervisionar escolas, o trabalho das mulheres, das crianças e dos adolescentes nas fábricas. Além disso, o Instituto era responsável por realizar as campanhas de vacinação, divulgar informações sobre as principais doenças infantis, entre outras atividades de proteção à infância. O trabalho dessa organização trouxe muitos benefícios para as crianças no final do século XIX.

Em 1921, o Governo Brasileiro criou o Serviço de Assistência e Proteção à Infância Abandonada, resultando no surgimento dos juízos de menores (DEZEM; AGUIRRE; FULLER, 2012).

A partir de 1927, passou a vigorar o Código de Menores, de Mello Matos, que estabelece as leis de assistência e proteção aos menores de 18 anos. Após 20 anos de reflexão sobre a situação das crianças, essa legislação trazia esperança de avanços para as infâncias brasileiras. O objetivo era definir as responsabilidades do Poder Público e das famílias para com as crianças e os jovens em várias situações, como os expostos e/ou abandonados, os delinquentes e os trabalhadores (CASTRO; ABRAMOVAY, 2002).

As políticas de proteção e assistência à infância implementadas durante o Estado Novo surgiram a partir da criação de dois órgãos: o Departamento Nacional da Criança (DNCR) em 1940, que era responsável pelas ações de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, e o Serviço de Assistência a Menores (S.A.M.) em 1941, vinculado ao Ministério da Justiça. Esse órgão tinha como objetivo acolher as crianças de baixa renda, abandonadas ou que haviam cometido ato infracional, funcionando como uma penitenciária para jovens (BULCÃO, 2006).

Kramer (2007) relata que, ao longo dos anos 1940, o DNCR continuou o seu trabalho, desenvolvendo vários programas para combater a desnutrição, vacinação das crianças, ampliação dos leitos hospitalares e de assistência ao parto, oferta de cursos para as famílias e implantação dos Clubes de Mães. Esses clubes foram criados para valorizar o trabalho da mulher e seu papel na educação dos filhos.

Após a extinção do S.A.M., onde existia denúncia de várias formas de violência, foi criada a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), em 1964, com o propósito de evitar a internação dos adolescentes, que só deveria acontecer como última alternativa para conter a violência da época. A proposta da FUNABEM incluía ações preventivas, punitivas e repressivas. Ao mesmo tempo, nos Estados, foram criadas as Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor (FEBEM), órgãos executivos que seguiam as orientações da FUNABEM (COSTA, 2011).

Em 1980, a FUNABEM foi extinta, sendo criado, para substituí-la o Centro Brasileiro para a Infância e a Adolescência (CBIA). O CBIA tinha como objetivo a modernização da assistência social prestada à criança e ao adolescente, a partir de um novo paradigma proposto pela sociedade civil, liderada pelos movimentos sociais, especialistas e técnicos, além de organismos internacionais (LONGO, 2010).

O CBIA e as FEBEMs só tiveram sua proposta modificada a partir da aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 (BRASIL, 2010).

2.1.1 Organização da Assistência à Saúde da Criança no Brasil

Para efeito deste trabalho, foi considerado o período acerca da atenção à saúde da criança no Brasil, a partir da primeira reforma sanitária brasileira, liderada por Carlos Chagas, em 1923. Essa reforma promoveu ações de educação em saúde, diferenciando-se da estratégia de campanhas que eram desenvolvidas anteriormente por Oswaldo Cruz (SILVA *et al.*, 2010).

Silva *et al.* (2010, p. 4) destacam que nesse período

Com a difusão do ideário da Escola Nova, em que a criança era considerada o centro de tudo, e os avanços da biologia e da psicologia, as crianças e adolescentes passaram a ser a população preferencial a receber, através das escolas e postos de saúde, os princípios da higiene para manterem-se saudáveis.

Segundo uma publicação do Ministério da Saúde sobre a história da atenção a saúde da criança no Brasil (*Gestões de gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história*), desde o Estado Novo (período de 1937 a 1945), a Divisão de Amparo à Maternidade e a Infância, unidade do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde passou a desenvolver um programa nacional de proteção à maternidade e à infância (BRASIL, 2011). Não obstante ser um período de limitação dos direitos individuais, o programa estimulava a participação de representantes da sociedade como médicos, professores, autoridades públicas e mulheres envolvidas no movimento feminista (PEREIRA, 1999).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), em 1940, as ações de saúde materno-infantil passaram a ser conduzidas pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr), órgão ligado ao Ministério da Educação e Saúde. O DNCr foi instituído por meio de um Decreto-lei do Presidente Getúlio Vargas e tinha como responsabilidade o desenvolvimento de ações nos estados e municípios. De acordo com a publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 10-11), as atribuições do DNCr, previstas no Decreto-Lei, eram:

1. realizar inquéritos e estudos relativos à situação em que se encontrava, em todo país, o problema social da maternidade, da infância e da adolescência;
2. divulgar todas as modalidades de conhecimentos destinados a orientar a opinião pública sobre o problema da proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
3. estimular e orientar a organização de estabelecimentos estaduais, municipais e particulares destinados à proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
4. promover a cooperação da União com os Estados, o Distrito Federal e o Território do Acre, mediante a concessão do auxílio federal para a realização de serviços destinados à proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
5. promover a cooperação da União com as instituições de caráter privado, mediante a concessão de subvenção federal destinada a manutenção e ao desenvolvimento dos seus serviços de proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
6. fiscalizar, em todo o país, a realização das atividades que tivessem por objetivo a proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

Até 1969, a assistência materno-infantil no Brasil estava sob a responsabilidade do DNCR, que definia as normas para a assistência às gestantes e aos bebês, com ênfase nas áreas de nutrição e vacinação, além de apoio técnico e financeiro para estados e municípios. Em 1970, passou a existir no Ministério da Saúde uma Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI) com as funções de planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar a atenção às gestantes, às crianças e aos adolescentes (BRASIL, 2011).

Em 1971, foi elaborado o documento “Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil”, que detalhava melhor as ações que deveriam ser desenvolvidas, porém, somente em 1975, foi criado oficialmente o Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil (PSMI). O PSMI tinha como prioridade a segurança alimentar infantil, buscando a redução dos óbitos de menores de um ano, que era considerado alto em vários estados brasileiros (CASSIANO *et al.*, 2014).

Um novo Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI) foi criado em 1975 e tinha como principal objetivo a redução da mortalidade das gestantes e dos menores de um ano (BRASIL, 2011). De acordo com essa mesma fonte, o PNSMI era composto por seis subprogramas:

- Assistência Materna;
- Assistência à Criança e ao Adolescente;
- Expansão da Assistência Materno-Infantil;
- Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde (PNS), do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN);
- Educação para a Saúde e
- Capacitação de Recursos Humanos.

Em 1976, foi instituída a Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, do MS, e com a missão de coordenar as ações nacionais de saúde da mulher, da criança e do adolescente (BRASIL, 2011).

Nos anos de 1980, como resultado da pressão dos movimentos sociais, surgiram novas leis, políticas públicas e programas de saúde voltados à atenção às mães e às crianças, que contribuíram fortemente para a organização do sistema de saúde, e alguns avanços nos indicadores de saúde materno-infantil nas décadas seguintes. Apesar desses avanços, a manutenção de altos índices de mortes maternas e infantis indicava que era imperativo rever as estratégias, de modo a obter melhores resultados (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

Dessa data em diante ocorreram muitos fatos importantes para a saúde desses segmentos populacionais listados a seguir, com base na retrospectiva histórica realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011):

- 1983 - Estruturação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), objetivando aumentar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.
- 1984 - Divisão do PAISMC em dois programas: 1) Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e 2) Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).
- 1990 – Ocorrência de uma mudança de Divisão para Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), composta por dois serviços: 1) Assistência à Saúde da Mulher e 2) Assistência à Saúde da Criança.
- 1996 – Extinção da CORSAMI e o surgimento de duas coordenações: 1) Coordenação de Saúde da Mulher e 2) Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente.
- 1998 – Mudança no nome das Coordenações que passaram a se chamar de áreas técnicas e foram separadas em três: 1) Saúde da Mulher, 2) Saúde da Criança e Aleitamento Materno e 3) Saúde do Adolescente e do Jovem, como está até a data atual.

Vale a pena destacar também a criação do Programa Nacional de Imunizações em 1973 (TEMPORAO, 2003).

Essa evolução da organização da atenção à saúde da mulher, criança, adolescente e do jovem ocorreu em momentos políticos diversos, utilizando diferentes estratégias e obtendo resultados mais expressivos ou limitados, que foram influenciados pelo tipo de apoio que as equipes técnicas receberam das gestões públicas.

Outras informações sobre a atenção à saúde da criança no Brasil em anos mais recentes são apresentadas em capítulos posteriores deste trabalho.

2.2 O Valor da Criança

*“Criança, no meu tempo de criança,
não valia mesmo nada.
A gente grande da casa
usava e abusava
de pretensos direitos
de educação.”*

Cora Coralina
(1889-1985)

“Criança, no meu tempo de criança, não valia mesmo nada” (CORALINA, 2015, p.23). Assim Cora Coralina descreveu a sua impressão sobre a infância no Brasil no final do século XIX. E, hoje, qual é o valor das crianças para as famílias, as comunidades e os governos? Pode parecer estranho fazer essa pergunta e causou surpresa ao encontrar a expressão “o valor das crianças” durante a pesquisa bibliográfica para a realização deste trabalho. O valor atribuído às crianças tem uma grande correlação com a forma como essa criança é tratada nos vários espaços sociais, seja na família, na comunidade, no município, no estado, seja no País.

Durante toda a sua vida, o indivíduo faz escolhas, como por exemplo: o que vai comer, para onde vai, o que vai falar. Nesse processo de escolha, é levado a pensar se algo é bom ou ruim, justo ou injusto e, conseqüentemente, atribui um determinado valor a tudo o que o rodeia. A atribuição do valor depende de muitos fatores. Varia, por exemplo, de acordo com a sua necessidade, com seus princípios éticos, morais e culturais. Esta é a razão pela qual a atribuição de valor depende de pessoa para pessoa e do contexto no qual esta valorização está sendo atribuída. Atribuir um valor a algo ou a alguém ou emitir um julgamento é fazer uma escolha, é assumir uma posição diante desse objeto ou pessoa; por isso, não há indiferença, o que seria a negação do valor (DOMINGUES; CHAVES, 2005).

Este trabalho teve como objetivo estudar o valor social da saúde das crianças para os governos a partir da experiência da redução da mortalidade infantil no Ceará, analisando a motivação dos gestores que lideraram essa redução no período de 1987 a 2006. Como não foi encontrada qualquer referência na literatura pesquisada sobre esse valor social da saúde infantil para os governos, a descrição do tema fundamentou-se no que foi identificado nas publicações que tratavam sobre o valor das crianças para a sociedade e, especialmente, para a família, em complementação ao que já foi descrito sobre a infância na história da humanidade e do Brasil.

Conforme visto anteriormente, na concepção de Del Priore (2013), a alta taxa de mortalidade infantil, decorrente das más condições de higiene, da precária atenção à saúde e da difícil situação socioeconômica verificada na Europa, durante a Idade Média e nos anos seguintes, teve influência direta na forma como os adultos se relacionavam com as crianças, principalmente entre as famílias mais pobres. Nessas casas, as crianças eram tratadas quase como animais, sendo inclusive exploradas no trabalho. Ainda de acordo com essa autora, essa desvalorização da vida infantil estimulava o Governo a utilizar a mão de obra das crianças pobres das áreas urbanas.

A Bíblia também traz relatos de como as crianças eram tratadas. O Evangelho de Mateus 2:16-18 (BÍBLIA, 2012) descreve que o rei da Judeia, Herodes, ordenou que todos os meninos menores de dois anos fossem mortos. Excetuando a resistência de Maria e José para salvar o Menino Jesus e da mãe de Moisés, apesar de esta ser uma ordem absurda, não há relatos na Bíblia ou em outro registro da história de que tenha havido alguma reação da população contra essa mortandade. É certo que o Rei era senhor absoluto naquela época e praticamente ninguém ousaria contrariar uma ordem real. Todavia, ainda assim, este fato mostra o pouco valor da vida humana, em especial das crianças naqueles tempos. Esse fato histórico e vários outros descritos neste trabalho mostram como a vida da criança não tinha muito valor, especialmente aquelas das famílias mais pobres. Posteriormente serão descritas nesse trabalho outras referências sobre as crianças na Bíblia.

Kagitcibasi (1998) relata que uma definição de valor das crianças (VOC - da sigla em inglês *Value of Children*) foi proposta pela primeira vez para representar as motivações dos pais para gerar, criar, cuidar, amar, educar e proteger uma criança. O valor das crianças é apresentado, relacionando demografia e desenvolvimento econômico.

Apesar de este estudo não aprofundar a discussão sobre demografia e desenvolvimento, considera-se fundamental abordar essa questão, uma vez que esse tema tem relação com o valor social da saúde das crianças para os governos, que é o principal objeto deste estudo.

Alves e Corrêa (2003) consideravam que o crescimento populacional (ou seja, o nascimento de mais crianças) é bom (como causa e consequência) para o desenvolvimento, em especial o econômico. Já Becker (1960) relata teorias de que é necessário controlar as taxas de natalidade para melhorar a renda de forma expressiva.

Estudo feito por Headey e Hodge (2009) acentua que o crescimento econômico é impactado positivamente pelo aumento da população adulta, porém, se o crescimento é da população jovem, o impacto é negativo. Não fica claro nessa referência consultada a que faixa

etária o termo população jovem se refere. Por outro lado, uma corrente de cientistas sociais rejeita correlacionar, de forma generalizada, crescimento populacional e desenvolvimento, uma vez que existem muitas variáveis que interferem nessa relação sendo, portanto, conveniente estudar cada situação em particular (BIRDSALL, 1988).

Apesar da divergência entre os cientistas, é comum existirem debates sobre esse tema, e a partir daí, entende-se que, quase sempre prevalece o ponto de vista de que as famílias pobres deveriam limitar o número de filhos, o que parece ser uma posição, no mínimo, preconceituosa.

Voltando ao valor das crianças para os pais, segundo Fawcett (1988) e Hoffman e Hoffman (1973), existem estudos que divergem com relação a esses valores. Alguns acham que, para os pais, ter filhos os ajuda a alcançar determinados objetivos ou projetos de vida. Para outros autores, ter filhos atrapalha o alcance de algumas metas dos pais. Outras pesquisas (SEAVER; KIRCHNER; STRAW; VEGEGA, 1990) aprofundaram essa questão buscando analisar, além dos custos, os aspectos demográficos e psicológicos relacionados ao nascimento de um filho (JANSEN; LIEFBROER, 2006; CAVALLI; ROSINA, 2011).

Um dos primeiros estudos sobre o valor das crianças foi publicado por Hoffman e Hoffman em 1973. Essa pesquisa listou as principais consequências decorrentes de ter filhos, agrupando-as em três categorias. A primeira diz respeito às recompensas sociais, como a conquista do *status* de adulto. A segunda trata dos aspectos emocionais e psicológicos, como se sentir competente e capaz de procriar. Trata também do desenvolvimento pessoal e da melhoria da relação do casal. A terceira refere-se à questão econômica e social, uma vez que os filhos, quando adultos, podem manter e cuidar dos pais (LIEFBROER, 2005).

Outro autor, Fawcett (1988) analisava as consequências de ter filhos da seguinte forma: os maiores benefícios de ter filhos são psicológicos e emocionais, porém há desvantagens do ponto de vista financeiro e comprometimento do crescimento profissional. Esse autor destaca que ter filhos aumenta as despesas com alimentação, vestuário, educação e lazer. Fawcett (1988) também acreditava que o casal com filhos tem menos tempo livre, tem a liberdade e a flexibilidade comprometidas, mais preocupação e um aumento de tarefas direcionadas à atenção às crianças e aos adolescentes.

É conveniente destacar que esses estudos citados foram realizados em contextos diferentes do atual, pois era um período em que os governos buscavam alternativas para reduzir as motivações dos pais para terem filhos e, assim, contribuir para uma redução no aumento populacional.

Ainda hoje a criança é tratada de forma diferente pelas diversas sociedades. Em algumas aldeias africanas, por exemplo, ela é o bem mais precioso, sendo cuidada e protegida por todos. Há um provérbio africano que defende o seguinte “é preciso uma aldeia inteira para educar uma criança”, destacando a importância não somente da família, mas também de toda a comunidade na educação e proteção da infância (MEZMUR, 2009). No entanto, em outras comunidades, a criança é objeto de todo tipo de violência, da negligência às formas mais perversas de exploração.

É fundamental fazer um trabalho social sobre a importância da infância na sociedade para que a criança seja bem cuidada e protegida por todos.

2.3 O direito da criança à Sobrevivência e ao Desenvolvimento

A definição e a legitimação dos direitos das crianças avançaram progressivamente à medida que foram delineados os direitos humanos em geral. O reconhecimento desses direitos foi influenciado positivamente pelos avanços científicos e lutas sociais (BRITO NETO, 2008).

De acordo com Volpi e Amaral (2008), uma das referências mais antigas sobre o direito dos seres humanos é o conjunto de leis conhecido como Código de Hamurabi. Escrito por volta de 2.000 a.C., na Babilônia, determinava, por exemplo, que as crianças filhas de escravos também deveriam permanecer na escravidão.

Del Priore (2013) descreve que o século XX é considerado o tempo da descoberta, valorização, defesa e proteção da criança. Nesse século, ocorreram avanços significativos com relação aos direitos básicos das crianças, período em que elas passaram a ser reconhecidas como seres humanos especiais, com características específicas e direitos próprios.

Para contextualização deste trabalho, foram identificados os principais avanços que ocorreram a partir do início do século XX. Conforme Gomes, Caetano e Jorge (2008) e Junior (2012), os principais fatos históricos que traduzem esses avanços foram:

- 1919 - a Sociedade das Nações criou o Comitê de Proteção da Infância (Londres);
- 1920 - surgiu a União Internacional de Auxílio à Criança (Genebra);
- 1924 - a Sociedade das Nações adotou a Declaração dos Direitos da Criança de Genebra; e
- 1946 – foi criado o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância - Atualmente Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF.

Em 1948, foi aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Essa Declaração dos direitos essenciais

de todos os seres humanos é o principal marco legal para a defesa da igualdade entre os povos, da dignidade das pessoas e para a liberdade fundamental. A Declaração Universal dos Direitos Humanos representou grande conquista para a humanidade, e sua violação deve resultar em punição, pois combate a opressão e a discriminação de qualquer tipo, seja de raça, cor, gênero, idioma, nacionalidade, religião, orientação sexual ou opção política (BRASIL, 2009).

Segundo Gomes, Caetano e Jorge (2008, p 62.), a Declaração dos Direitos da Criança foi aprovada em novembro de 1959, pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Consoante esse documento, as crianças têm direito:

- à igualdade, sem distinção de raça, religião ou nacionalidade;
- à especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social;
- à um nome e a uma nacionalidade;
- à alimentação, moradia e assistência médica adequadas para a criança e a mãe;
- à educação e a cuidados especiais para a criança física ou mentalmente deficiente;
- ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade;
- à educação gratuita e ao lazer infantil;
- à ser socorrida em primeiro lugar, em caso de catástrofes;
- à ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho;
- à crescer dentro de um espírito de solidariedade, compreensão, amizade e justiça,

entre os povos (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008, p. 62).

Em novembro de 1989, foi aprovada a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) pelos líderes mundiais presentes à Assembleia Geral da ONU. Nestes últimos 27 anos, a Convenção tem sido utilizada para promover os direitos das crianças à sobrevivência e ao desenvolvimento; à proteção contra a violência, o abuso e a exploração; ao respeito por suas opiniões; e à garantia de que todas as ações que a afetam, priorizem seu melhor interesse. A CDC é o tratado mais reconhecido na área dos direitos humanos em toda a história (UNICEF, 2009).

A aprovação da CDC influenciou as legislações dos vários países signatários desse importante tratado internacional. A CDC afirma o valor das crianças e dos adolescentes como “herdeiros” da família, da comunidade e da espécie humana, assim como reconhece sua vulnerabilidade e garante o direito à proteção integral da família, da sociedade e do Estado, por meio de políticas públicas de qualidade (MATIAS; FONTAINE, 2013).

Mesmo antes de aprovada a Convenção, na Constituição Federal (CF) de 1988, o Brasil já garantia às suas crianças e aos adolescentes a prioridade absoluta e o direito a uma

vida plena, traduzidos no artigo 227 da CF (BRASIL, 1991, p. 101):

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que regulamenta o artigo 227 da CF, em seu artigo 7.º (BRASIL, 2010, p. 13), estabelece que

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

O artigo 227 da CF e o ECA, ao definirem a prioridade absoluta para a criança e o adolescente, estão atribuindo um valor máximo para esses grupos dentro das políticas públicas, valor que deve ser considerado pela família, a sociedade e o Estado.

O Estatuto é uma das leis de proteção dos direitos da criança e do adolescente mais avançadas do mundo. Essa legislação está em consonância com os marcos legais internacionais de defesa dos direitos da infância e da adolescência, consolidando a doutrina da proteção integral e da prioridade absoluta (UNICEF, 2014a).

No contexto internacional, em 1990, foi celebrada a I Cúpula Mundial de Presidentes em favor da infância. Nesse encontro, foi aprovado um Plano de Ação para o decênio 1990-2000.

Em setembro do ano 2000, os líderes de 189 países, entre eles o Brasil, firmaram um pacto durante a Cúpula do Milênio promovida pela ONU, em Nova York. Os chefes dessas nações se comprometeram a desenvolver esforços globais para reduzir a pobreza, melhorar a saúde, promover a paz, os direitos humanos, o desenvolvimento e a sustentabilidade ambiental (UNICEF, 2002).

A partir desse Pacto, foi elaborado um documento, denominado Declaração do Milênio e definidos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A partir desses oito objetivos, foram estabelecidas 18 metas e 48 indicadores que devem ser acompanhados por todos os países. Na Declaração do Milênio, estavam incluídas metas dirigidas a áreas prioritárias que precisam ser atingidas, dentre elas, melhorar as condições de saúde da gestante e da criança (COBO; SABOIA, 2006).

Os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio foram:

- 1) Acabar com a fome e a miséria;
- 2) Educação básica de qualidade para todos;

- 3) Igualdade entre os sexos e valorização da mulher;
- 4) Reduzir a mortalidade na infância;
- 5) Melhorar a saúde das gestantes;
- 6) Combater a AIDS, malária e outras doenças;
- 7) Qualidade de vida e respeito ao meio ambiente;
- 8) Todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento.

O quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM4) visava a reduzir a mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade. Com relação a esse objetivo, foi estabelecida a Meta 5 - reduzir a mortalidade das crianças menores de cinco anos de idade em dois terços, de 1990 a 2015 (COBO; SABOIA, 2006).

Em termos de acompanhamento da Declaração do Milênio, em especial do ODM4, foram utilizados três indicadores: a taxa de mortalidade na infância (menores de cinco anos), a taxa de mortalidade infantil (menores de um ano) e a proporção de crianças de até um ano de idade vacinadas contra o sarampo (IPEA, 2014).

O Brasil alcançou a meta da redução da mortalidade infantil mais de um ano antes do prazo estabelecido, ainda em 2013 (UNICEF, 2013).

Conforme as Nações Unidas (ONU, 2016), com o final do período para o cumprimento das ODMs, (ano 2015), foi lançado um novo desafio para o ano 2030, com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis - ODS e 169 metas. Dentre esses objetivos e metas vale a pena destacar no caso deste estudo, segundo essa fonte (p.24), o seguinte:

Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades:

- 3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos;
- 3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, pelo menos, 25 por 1.000 nascidos vivos (ONU, 2016).

A garantia dos direitos da criança não é importante somente para seu desenvolvimento e seu bem-estar, mas é também fundamental para que exista um mundo para as crianças cheio de paz, equidade, segurança, respeito pelo meio ambiente e no qual as responsabilidades sejam compartilhadas.

Apesar dos direitos das crianças à sobrevivência e ao desenvolvimento estarem garantidos na lei, e mesmo reconhecendo que ocorreram avanços consideráveis nos últimos 25 anos, muito ainda precisa ser feito para garantir plenamente esses direitos.

2.4 A Importância do Investimento na Saúde da Criança

Várias pesquisas científicas já mostraram que o investimento na primeira infância - período que vai do nascimento até os seis anos de idade - consiste na melhor maneira de garantir a igualdade de direitos, combater a pobreza, promover o desenvolvimento social e construir uma sociedade mais justa, pacífica e sustentável (HACK *et al.*, 2002; UNICEF, 2008a; RNPI, 2010).

Investir na saúde infantil deve ser uma prioridade absoluta dos governos, das famílias e da sociedade em geral. Deixar de garantir às crianças pequenas os cuidados essenciais de saúde, de nutrição e estimulação, para que cresçam e se desenvolvam adequadamente significa condená-las a morte prematura ou a uma vida repleta de vulnerabilidades e riscos. Por outro lado, crianças cujas mães fazem um bom pré-natal, que nascem em condições seguras e humanizadas, que são amamentadas e bem acompanhadas pela família e pelos serviços de saúde, sobrevivem a uma das etapas mais sensíveis da vida que é o primeiro ano, em especial o primeiro mês. Caso essas crianças cresçam recebendo uma boa alimentação, cuidados continuados, amor, proteção e vivam em locais seguros, elas podem desenvolver o seu potencial e adquirir melhores habilidades cognitivas e sociais. Quando começarem a estudar, terão mais sucesso e melhores chances de contribuir social e economicamente com o desenvolvimento de sua comunidade (CORREIA *et al.*, 2005; UNICEF, 2008a).

O investimento na criança é também uma atitude sensata do ponto de vista econômico. Segundo o UNICEF (2008a, p. 3), o Banco Mundial recomenda:

[...] que a imunização e a suplementação de vitamina A são duas das intervenções em saúde pública com melhor relação custo-benefício disponíveis atualmente. A ingestão de quantidade adequada de vitamina A pode fortalecer a resistência da criança a doenças e reduzir a probabilidade de morte infantil. A um custo acessível para a maioria dos governos, a criança pode ser protegida contra a deficiência de vitamina A e contra diversas doenças que podem levar à morte, entre as quais a difteria, coqueluche, tétano, poliomielite, sarampo, tuberculose infantil, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo B, essa última uma causa importante de pneumonia e meningite.

É essencial frisar que a falta de uma atenção adequada na infância compromete não somente o seu crescimento e desenvolvimento, mas também trará prejuízos para a sua vida adulta, inclusive em seu desempenho físico, intelectual, emocional, social e econômico (UNICEF, 2008a).

Independentemente das inúmeras vantagens que existam para a saúde do indivíduo ao longo da vida ao se investir na saúde infantil, mais além de ser um dever legal da família, da sociedade e do poder público, valorizar a saúde e a vida da criança é uma obrigação do ponto de vista moral e ético. Conforme o então Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria, Dioclécio Campos Júnior, a criança é a única fonte de inteligência renovável que existe a qual todos precisam preservar a qualquer custo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

2.5 Liderança, Motivação e Definição de Prioridades nas Políticas Públicas

Este estudo buscou identificar as motivações dos gestores que lideraram um movimento de prioridade pelas crianças do Ceará nas políticas públicas de saúde, em um momento em que se vivia no mundo e no Brasil uma Reforma do Estado. Para facilitar o trabalho de elaboração dos instrumentos da pesquisa, examinou-se na literatura o construto e o significado de liderança, motivação (com ênfase no aspecto organizacional) e definição de prioridades nas políticas públicas, passando brevemente pelos conceitos de Estado, Governo, políticas públicas e pelas características da Reforma do Estado.

2.5.1 Liderança

Conde (2004) explica que as primeiras referências ao tema da liderança datam do ano 2300 a.C. e foram encontradas na história dos egípcios. Nesses relatos, o faraó é descrito como um deus, um ser superior aos humanos e possuidor de qualidades inigualáveis.

O termo liderança está correlacionado à palavra originária do latim *ducere*, que pode ser traduzida como conduzir. Pode-se dizer que liderar significa pôr outras pessoas em movimento, para que alcancem determinados objetivos (GAIDZINSKI; PERES; FERNANDES, 2004). Mais do que conduzir, Hunter (2006, p. 17) defende o argumento de que “liderança é a habilidade de influenciar pessoas para trabalharem entusiasmadamente, visando a atingir objetivos comuns, inspirando confiança por meio da força do caráter.” House e Aditya (1997) trazem também para o conceito de liderança os verbos empoderar, motivar e facilitar a participação dos outros membros da equipe, para a efetividade e sucesso das instituições da qual fazem parte. Liderar significa também inspirar, conquistar e envolver as pessoas para que

se dediquem de corpo, coração e alma a fim de alcançar os objetivos da organização (NANUS; DOBBS, 2000).

De acordo com Penteado (1986), líder é aquele que indica o caminho, guia, orienta, incentiva e influencia um grupo, que dá o exemplo e inspira confiança. Já o Dicionário Houaiss define líder como alguém que está à frente, uma pessoa que atrai seguidores (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2009).

Robbins (2002, p. 304) ressalta que:

As organizações precisam de lideranças fortes e administração forte para atingir sua eficácia ótima. No mundo dinâmico de hoje, precisamos de líderes que desafiem o status, que criem visões de futuro e sejam capazes de inspirar os membros da organização a querer realizar essas visões. Também precisamos de administradores para elaborar planos detalhados, criar estruturas organizacionais eficientes e gerenciar as operações do dia-a-dia.

Para Maquiavel, na sua obra *O Príncipe*, a liderança eficaz é aquela que consegue manter um bom fluxo de informações corretas sobre as quais é preciso tomar decisões, além de considerar as opções mais adequadas para essa tomada de decisão (SMITH; PETERSON, 1994).

Oliveira, Silva e Abreu (2010) defendem a ideia de que, além do bom caráter, o líder precisa demonstrar competência técnica e conquistar a confiança dos seus liderados para obter bons resultados da equipe.

2.5.2 Motivação

Para que o líder cumpra o seu papel, ele tem que motivar sua equipe, de modo a que todos colaborem para o alcance dos objetivos e metas. Antes de continuar esse raciocínio, é pertinente mencionar que Bergamini (2002) postula o argumento de que um líder não tem a capacidade de gerar a motivação de seus liderados, mas que sua eficácia depende de sua competência em liberar a motivação que os liderados já trazem no seu interior. Essa autora justifica a verdadeira motivação como precedente de necessidades internas do ser humano e não de influência externa.

Essa afirmação de Bergamini (2002) é reforçada por Huertas (2001), quando descreve a motivação como um processo psicológico que é influenciado por emoções, como o afeto e que se apresenta de forma diferente a depender do assunto que está em pauta. Seja na vida pessoal ou profissional, as pessoas têm propósitos, sonhos, definem objetivos e estabelecem metas e são essas últimas que, geralmente, mantêm a motivação em alta. No

parecer de Fita (1999), a motivação orienta o sentido que se deve seguir e ativa a conduta, portanto, motivação e liderança estão muito interligadas.

Na literatura, encontram-se diferentes teorias da motivação que são resultantes de quatro movimentos principais: behaviorista, cognitivista, humanista e psicanalítico (PENNA, 2001). Também há relato de diferentes classificações de tipos de motivação. Adotou-se nesta pesquisa a proposta de Huertas (2001), que defende a existência de dois tipos de motivação - a intrínseca e a extrínseca. A primeira tem relação com um objetivo definido internamente e que está fundamentada na autodeterminação, competência e autossatisfação (algo que atrai e interessa) e por que não dizer, na automotivação. Já a motivação extrínseca é influenciada pelas relações e experiências do meio em que se vive e tem a ver com uma situação externa, com algo que vem de fora e está associada a um benefício.

A motivação é um tema fundamental na Administração de Recursos Humanos com vistas a alcançar as metas da organização, tendo em mente também a qualidade de vida e condições de trabalho dos empregados. Ao mesmo tempo em que o entusiasmo dos membros da equipe é muito importante para a obtenção dos resultados, vale reconhecer que não é tarefa simples mantê-los animados todo o tempo.

2.5.3 Definição de Prioridades nas Políticas Públicas

Antes de escrever sobre a definição das prioridades nas políticas públicas, faz-se necessário rever alguns conceitos como os de Estado, Governo, Políticas Públicas e Reforma do Estado.

Para iniciar este capítulo, vale estabelecer a diferença entre Estado e Governo. Höfling (2001, p. 31) defende que,

Estado é o conjunto de instituições permanentes – como órgãos legislativos, tribunais, exército [...] que possibilitam a ação do Governo; e Governo, como o conjunto de programas e projetos que parte da sociedade (políticos, técnicos, organismos da sociedade civil e outros) propõe para a sociedade como um todo, configurando-se a orientação política de um determinado Governo que assume e desempenha as funções de Estado por um determinado período.

Moraes (2016) define Estado como um ente jurídico que tem determinada população e se encontra em um território, possuidor de soberania, tanto no plano nacional como internacional.

É interessante também ressaltar que, segundo Foucault (1995, p. 244), durante o Renascimento, o termo governar não se limitava somente à gestão política e do Estado, mas dizia respeito também “à maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos: governo das crianças, das almas, das comunidades, das famílias, dos doentes”, porém, na atualidade, o uso da palavra governar ficou limitado aos assuntos referentes ao Estado (VEIGA-NETO, 2002).

Na opinião de Jobert e Muller (1987) as políticas públicas podem ser descritas como o “Estado em ação”, ou seja, implementando um programa de governo em diversas áreas e direcionado para os vários segmentos da população.

As políticas públicas também são definidas como as ações de responsabilidade do Estado, visando ao atendimento das necessidades da população, priorizando as áreas e setores da sociedade que mais precisam (AQUINO *et al.*, 2012).

Nem sempre as políticas públicas são implementadas adequadamente, pois existem vários fatores que interferem em seu desenvolvimento e que podem comprometer a obtenção dos resultados esperados. Essas ações são voltadas para diferentes segmentos e seus resultados são afetados por grupos que têm vários interesses e pelas diversas relações sociais de poder (HÖFLING, 2001).

As políticas públicas são constituídas de planos, programas, projetos e ações. No caso específico deste estudo, considera-se oportuno descrever, em especial, o que seja um programa. De acordo com Garces e Silveira (2002, p. 56-57),

[...] um programa é um conjunto articulado de ações (relativas a investimentos, despesas correntes e outras ações não orçamentárias), para o alcance de um objetivo. Esse objetivo é concretizado em resultados - resultado é a solução de um problema ou o atendimento de demanda da sociedade - mensurados pela evolução de indicadores no período de execução do programa, possibilitando, assim, a avaliação objetiva da atuação do governo.

Por meio dos programas, fica mais fácil direcionar as ações do Governo para a solução de problemas prioritários, atender demandas da comunidade, implementar ações intersetoriais e estabelecer parcerias, aumentando as chances de se alcançar os resultados esperados.

O início do período estudado nesta pesquisa foi intensamente influenciado pela Reforma do Estado do começo dos anos 1990, que ocorreu paralelamente à globalização da economia. De acordo com Pereira e Spink (2005), essa reforma tinha como objetivo melhorar a capacidade do poder público para uma gestão mais eficiente. Era necessário fortalecer o Estado

para enfrentar os desafios da globalização e da crise econômica mundial.

Minayo (2010) observa que, por outro lado, a Reforma do Estado resultou na redução da sua atuação direta no campo social, fazendo crescer sua função na formulação de políticas e aumentando a transferência de recursos para o terceiro setor. Seguindo o modelo das empresas da época, o Governo deveria desafiar os serviços públicos para que alcançassem metas, sem ficarem amarrados a tantas normas, regulações e burocracia. A proposta era aumentar a arrecadação, reduzir as despesas e transformar os usuários dos serviços em consumidores que conhecessem seus direitos. O excesso de burocracia deixava a máquina estatal lenta e ineficiente, comprometendo os resultados da gestão, o que era incompatível com uma economia globalizada, em plena era da informação.

A reforma administrativa passou a exigir dos gestores públicos uma melhor avaliação de seu desempenho. Essa nova forma de governar impõe a necessidade de um bom planejamento das ações do governo, com estabelecimento de objetivos e metas claros, o monitoramento e a avaliação de resultados. Além disso, a partir da Constituição Brasileira de 1988, foram criados mecanismos de controle social, por meio de conselhos que incluem membros da sociedade civil e que têm como objetivos: monitorar, avaliar e aprovar os planos governamentais.

Um dos grandes desafios da gestão pública é definir prioridades. Em geral, os gestores alegam que as necessidades são muitas e que os recursos são escassos, não sendo possível enfrentar todos os problemas ao mesmo tempo. Um dos critérios que deve ser utilizado para definir o que vai ser priorizado é buscar cumprir o que manda a legislação com relação àquela determinada política pública, identificar quais os problemas mais comuns, aquelas pessoas que mais precisam, além de buscar reduzir as desigualdades.

Por outro lado, é crucial reconhecer que a gestão pública é influenciada pelos processos políticos e pelas estruturas de poder, portanto, para se entender as políticas públicas, é preciso conhecer essas relações.

De acordo com Amin (2005, p. 33),

Os chefes do executivo são os portadores diretos do poder que, por si sós, ou através de seus delegados de confiança, fazem da administração instrumento de seus propósitos.

Sem entrar no mérito desses propósitos, portanto, de acordo com Amin (2005), o plano do governo, em geral, apesar de depender de vários fatores, é essencialmente o resultado da decisão política do gestor.

Uma estratégia utilizada para definir as prioridades da gestão pública em saúde, por exemplo, é a análise dos dados coletados pelos sistemas de informação oficiais ou obtidos por meio de pesquisas. Essas pesquisas e sistemas de informação têm como objetivo estudar os níveis de saúde da população para determinar quais os agravos prevalentes, grupos etários mais afetados, a partir de critérios epidemiológicos e fazer recomendações em termos de quais são as estratégias e intervenções mais efetivas para o enfrentamento dos problemas identificados (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Permanece, portanto a pergunta: por que um governo decide investir mais em uma área, grupo etário, grupo populacional e região do que em outros?

Que razões, motivações orientam essa decisão? Pode o gestor público decidir sozinho, sem ouvir a equipe técnica do Governo, o Legislativo, as lideranças políticas e comunitárias, os usuários dos serviços públicos e portadores de direitos, enfim, a sociedade? Por que nos últimos anos, mais gestores públicos (seja do plano federal, estadual ou municipal) passaram a falar sobre a mortalidade infantil e, muitos até, a se comprometerem com a redução dessa taxa?

Durante as campanhas eleitorais, muitos políticos prometem cuidar das crianças, porém, depois das eleições, parecem se esquecer das crianças e passam a governar atendendo a demandas dos grandes grupos econômicos. Portanto, não investem prioritariamente em quem mais precisa, o que poderia garantir os direitos legais, assim como contribuir para a redução das desigualdades. Dizer que vai cuidar das crianças parece contribuir para angariar votos, porém não há uma cobrança mais veemente para que as promessas de campanha sejam cumpridas. Há no máximo uma cobrança política da oposição que muitas vezes tem a intenção somente de desestabilizar, desmoralizar e desgastar o partido que está governando e seus representantes que estão no poder devido a razões político-partidárias, muitas vezes também sem nenhum compromisso com as crianças.

O Brasil avançou bastante em termos de marco legal pelos direitos das crianças. Hoje há mecanismos de controle social, por meio dos conselhos dos direitos da criança e do adolescente (nacional, estaduais e municipais) para que a sociedade participe das decisões do Governo. Esses colegiados precisam ser paritários, portanto com metade dos membros do Governo e metade da sociedade civil. O adequado funcionamento desse controle social, portanto, infelizmente ainda depende das condições de funcionamento do Conselho, da capacidade dos seus membros, de modo a que essa instância seja fortalecida e possa cumprir seu papel de deliberar, aprovar, acompanhar e avaliar as políticas públicas para as crianças e adolescentes.

Apesar de se observarem alguns avanços, muitos desses conselhos, depois de 26 anos de aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, ainda funcionam precariamente, na maioria das vezes, aprovando tudo o que o Legislativo apresenta, sem uma análise independente que defenda o melhor interesse da infância e da adolescência. Neste modelo de controle social e de garantia de direitos, há também o Conselho Tutelar² e o Ministério Público, que atuam em defesa dos interesses da sociedade.

É necessário ter gestores comprometidos com as crianças, que cumpram a Convenção dos Direitos das Crianças, o artigo 227 da Constituição Federal de 1988 e, mais especificamente, o ECA. Várias instituições, entre elas o UNICEF e, mais recentemente, a Rede Nacional e as Redes Estaduais pela Primeira Infância³, vêm tentando a garantia dessa prioridade, porém, especificamente na área de saúde, outros grupos etários e até de portadores de determinadas patologias ou condição física e mental (grupos esses formados pelos próprios portadores dos direitos) têm obtido mais prioridade nas políticas públicas. Apesar de se concordar com o fato de que esses grupos têm direitos e sua luta por essa garantia é legítima, cabe aos gestores públicos decidir em que políticas vão investir, de acordo com o que manda a lei e no que seja mais relevante em termos legais, sociais e econômicos.

Vale mencionar o fato de que a Organização Mundial de Saúde, desde 1998, possui um programa chamado WHO CHOICE, que ajuda o gestor de saúde a realizar um planejamento estratégico, elegendo como prioridades as intervenções que têm o melhor custo/efetividade, visando a obter resultados mais significativos para a saúde da população com os recursos disponíveis (WHO, 2014).

Deve-se enfatizar ainda que muitas vezes o que motiva os políticos é investir nas ações de maior visibilidade, como a construção de obras físicas, dificultando o investimento público em programas sociais que, em geral, têm menor apelo na mídia.

Em razão de tudo o que foi exposto, é de suma importância que os gestores públicos, em especial os chefes do Executivo, sejam convencidos a escolher as prioridades de seus governos com base em critérios técnicos, epidemiológicos, sociais e econômicos (em termos de custo-benefício), sem clientelismo e sem favorecimento de pequenos grupos que, em geral, não são os que mais precisam das políticas públicas.

² O Conselho Tutelar é o órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei (Brasil, 2010).

³ A Rede Nacional e as Redes Estaduais pela Primeira Infância são conjuntos de organizações governamentais e não governamentais que atuam em defesa dos direitos das crianças menores de seis anos.

Na opinião de Pereira e Spink (2005, p. 28),

É importante ter governos eficientes capazes de eleger prioridades e agir com eficiência, utilizando metodologias inovadoras e desenvolvendo uma gestão voltada para objetivos e resultados.

Nesse sentido, é fundamental também divulgar os objetivos definidos pelo Governo para a sociedade e, em especial, para os trabalhadores públicos, de modo que todos se sintam motivados e se comprometam com o alcance dos resultados esperados.

Outro aspecto descrito por Osborne e Gaebler (1994) é que os governos em geral apresentam seus relatórios de gestão descrevendo as obras construídas, as atividades realizadas, os serviços oferecidos, porém quase nunca esses relatos trazem os resultados dessas ações. Para avaliar se um resultado de uma ação governamental foi alcançado, é necessário inicialmente ter indicadores definidos para esta avaliação, além de uma metodologia que permita atribuir os resultados a essa intervenção.

As experiências de políticas públicas bem-sucedidas que foram avaliadas nos últimos anos têm apresentado características comuns, tais como: uma maior participação da comunidade, obtendo-se assim maior controle da ação pública pela sociedade, envolvendo os usuários nas tomadas de decisão; uma gestão voltada para resultados, com motivação dos empregados; a descentralização da gestão e a busca por soluções inovadoras e eficientes (OSBORNE; GAEBLER, 1994).

Tanaka e Tamaki (2012) defendem que, para melhorar a capacidade de atuação das instituições é necessário, além de uma boa gestão, as condições adequadas para alcançar as metas estabelecidas. A eficiência de uma gestão também pode ser aperfeiçoada, tornando sua estrutura administrativa mais ágil, investindo nos seus recursos humanos e ouvindo as demandas da sociedade.

2.6 A Saúde Infantil no mundo, no Brasil e no Ceará

*E se somos Severinos
iguais em tudo na vida,
morremos de morte igual,
mesma morte severina:
de fraqueza e de doença
é que a morte Severina
ataca em qualquer idade,
e até gente não nascida.*

*Morte e vida Severina,
João Cabral de Melo Neto*

(DE MELO NETO; DE HOLLANDA, 1969)

Inicialmente, considera-se necessário descrever os fatores determinantes da saúde infantil e como se faz o acompanhamento dos progressos obtidos nessa área, para, em seguida, discorrer sobre a situação da saúde da criança no mundo, no Brasil e no Ceará.

Há muitos fatores que influenciam a saúde da criança, entre os quais, o nível de renda das famílias, as condições nutricionais, o acesso a serviços de saúde, de educação, a água tratada e saneamento, o grau de educação da mãe, enfim, as condições de vida da população.

O UNICEF (2008a) defende que, além dos determinantes sociais e econômicos que tem impacto no estado de saúde, de nutrição e na mortalidade infantil, a estrutura política e de governança também exerce grande influência nesses indicadores.

A mortalidade infantil está associada, portanto, à qualidade das políticas públicas, à situação de dependência de um país a órgãos de financiamento, ao nível de democracia, ao partido político que comanda o Governo, aos ajustes estruturais de desenvolvimento econômico, às diferenças entre as classes sociais, ao nível de transferências econômicas do Estado para a população, ao nível de desigualdade econômica e ao Produto Interno Bruto (PIB). De modo geral, a situação da saúde infantil expressa o desenvolvimento social, econômico e ambiental precários, que levam à desnutrição e às infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade das crianças (UNICEF, 2008a).

A Taxa de Mortalidade Infantil é, portanto, um indicador sensível do desenvolvimento de um país, e uma importante evidência de suas prioridades e de seus valores. A TMI pode ser descrita como o número de óbitos de menores de um ano de idade, expresso por mil nascidos vivos, em determinado local e em certo período. Esse indicador está dividido em dois componentes: o neonatal (que corresponde aos óbitos de menores de 28 dias de idade)

e o pós-neonatal (óbitos a partir de 28 dias de idade até menores de um ano). A mortalidade neonatal por sua vez está dividida em neonatal precoce (de zero a seis dias de vida) e neonatal tardia (de sete a 27 dias de vida) (BRASIL, 2005).

É essencial analisar esses componentes da mortalidade dos menores de um ano uma vez que as causas dos óbitos e as estratégias de intervenção para cada um deles são diferentes. As mortes do período perinatal são decorrentes de problemas relacionados à qualidade do atendimento durante a gravidez, o parto e o primeiro mês de vida. O acompanhamento inadequado nesse período aumenta os riscos de complicações, como prematuridade, baixo peso ao nascer, problemas respiratórios, infecções neonatais que, aliadas às anomalias congênitas, são as principais causas de mortes infantis na atualidade, no Brasil e no Ceará (CEARÁ, 2014).

As taxas de mortalidade infantil são classificadas em altas (50 por 1000 NV ou mais), médias (20 a 49 por 1000 NV) e baixas (menor de 20 por 1000 NV), em função de patamares alcançados em países desenvolvidos (BRASIL, 2005). Valores abaixo de dez por mil NV são encontrados em países ricos, porém nações da América Latina e do Caribe, como Cuba, Chile e Costa Rica também apresentam taxas de mortalidade infantil consideradas baixas (PIOLA; VIANNA, 2009).

Para acompanhar a saúde das crianças, o UNICEF e outras organizações têm utilizado com maior frequência a Taxa de Mortalidade na Infância ou de Menores de cinco anos (TMM5), por considerarem que, ao estimar o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida, essa taxa seria mais útil do que a TMI, que só calcula as mortes referentes ao primeiro ano de vida. Segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)⁴, a TMM5 é influenciada pela composição da mortalidade no primeiro ano de vida (mortalidade infantil), amplificando o impacto das causas pós-neonatais, a que estão expostas também as crianças entre um e quatro anos de idade (RIPSA, 2012).

2.6.1 A Saúde Infantil no Mundo

De acordo com o UNICEF (2008a), no mundo inteiro, até final dos anos de 1990, milhões de crianças morriam sem receber atendimento do sistema de saúde. Muitas delas perdiam a vida em decorrência de infecções, como diarreia e pneumonia, que atualmente já quase não matam nos países ricos. Outras morriam por causa de doenças que podem ser prevenidas com o uso de vacinas. Metade das crianças que iam a óbito com menos de cinco

⁴ A RIPSA é uma Rede Interagencial de Informações para a Saúde que monitora e avalia vários indicadores de saúde (RIPSA, 2012).

anos tinham também desnutrição, que favorecia o aparecimento de outras doenças e comprometia o seu crescimento e desenvolvimento. Fatores ambientais (como água de má qualidade, saneamento e higiene precários), comportamentais e socioeconômicos também contribuem para a mortalidade e a morbidade das crianças.

Ainda de acordo com o UNICEF (2014a), nos últimos anos, em especial desde o final dos anos de 1990, muitos países têm obtido os seus melhores resultados com relação à sobrevivência das crianças. A TMM5 no mundo teve uma redução de 49%, passando de 90 mortes por mil NV, em 1990, para 46 por mil NV, em 2013. Em números absolutos, essa queda significa que 17 mil crianças foram salvas diariamente, em 2013, quando comparado com 1990. Somente em 2012, 6,6 milhões de crianças menores de cinco anos morreram no mundo por causas que poderiam ser evitadas, portanto, muito ainda deve ser feito.

O UNICEF (2014a) destaca, ainda, que a África oriental e o sul desse Continente foram as regiões que apresentaram a maior taxa de redução. Para se ter uma ideia do que significa essa redução, foram evitadas 100 milhões de mortes infantis, que teriam acontecido caso a taxa de mortalidade tivesse se mantido nos níveis dos anos 1990.

O Relatório das Nações Unidas sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (UNITED NATIONS, 2014) descreve também o fato de que todas as regiões, exceto a África Subsaariana e a Oceania, reduziam a TMM5 em mais de 50% e que as mortes infantis estão concentradas nas regiões mais pobres e no primeiro mês de vida. O UNICEF (2014a) destaca ainda que cerca de quatro em cada cinco óbitos de menores de cinco anos que ocorrem no mundo acontecem na África Subsaariana e no Sul da Ásia.

Com relação à causa das mortes infantis, houve redução importante dos óbitos decorrentes de doenças infecciosas, porém a pneumonia, a diarreia e a malária ainda foram responsáveis por dois milhões de mortes de menores de cinco anos de idade, o que corresponde a um terço das 6,3 milhões que ocorreram no mundo em 2013 (UNICEF, 2014a). A imunização contra o sarampo ajudou a prevenir quase 14 milhões de mortes infantis de 2000 a 2012. A maioria dos óbitos, mesmo aqueles do período neonatal, pode ser evitada. No caso da mortalidade neonatal, é necessário que sejam feitos esforços para melhorar a atenção à saúde materna e ao recém-nascido, especialmente na assistência ao pré-natal, ao parto e durante o primeiro mês de vida (UNITED NATIONS, 2014).

Em 2012, todos os países que são membros da ONU foram convidados pela Etiópia, a Índia e os Estados Unidos, juntamente com o UNICEF, para fazerem a adesão a um grande movimento, chamado “A Promessa Renovada”, em favor da Sobrevivência Infantil,

especialmente para reduzir as mortes infantis evitáveis. Um total de 176 governos, dentre eles o do Brasil, assinaram esse compromisso que visava também a contribuir para alcançar o ODM4 (UNICEF, 2014a).

Os resultados alcançados com relação à sobrevivência infantil até 2012 são decorrentes de uma responsabilidade compartilhada e uma conjunção de iniciativas desenvolvidas pelos governos, as empresas e a comunidade. As principais intervenções que têm sido implementadas são reconhecidas como eficientes por cientistas da área da saúde infantil, têm um custo acessível, tais como a prevenção da malária (ainda a principal causa de mortalidade na infância no mundo) pelo uso dos mosquiteiros impregnados com inseticidas, medicamentos para as doenças mais comuns, imunização, amamentação, orientações relativas à segurança alimentar e o tratamento das doenças diarreicas com o soro reidratante oral, além da melhoria do acesso à água potável e saneamento (UNICEF, 2013). É importante destacar que a promoção do aleitamento materno exclusivo tem sido uma excelente intervenção, pois tem o potencial de reduzir em 13% as mortes de menores de cinco anos e uma vez que contribui para a promoção da saúde física, mental e psíquica das crianças (IPEA, 2014).

O UNICEF (2014a) relata que, apesar dos bons resultados obtidos, 223 milhões de crianças menores de cinco anos morreram em todo o mundo, no período de 1990 a 2013 e muitas dessas mortes poderiam ter sido evitadas. Esse fato indica que, mesmo com os avanços de muitos países, entre eles o Brasil, se a situação continuar como está o mundo levará mais 12 anos para alcançar a meta de redução da mortalidade de menores de cinco anos relacionada ao ODM4, que deveria ter sido atingida em 2015.

2.6.2 A Saúde Infantil no Brasil

A Constituição Brasileira de 1988 determina que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (VIANA *et al.*, 2001, p. 18). A Convenção sobre os Direitos da Criança e o Estatuto da Criança e do Adolescente também reforçam a garantia desse direito para a população infantojuvenil e reforçam, para essas populações, a prioridade absoluta, descrita no artigo 227 da Constituição.

De acordo com Leite e Silva (2000), nos anos de 1930, a TMI do Brasil alcançava quase 158 por mil NV. Ainda segundo esses autores, a TMI tem apresentado uma redução importante no Brasil, em especial desde 1990, quando ocorriam 58 mortes de menores de um ano a cada mil NV. Em 2014, de acordo com o Datasus (BRASIL,2016), essa taxa no Brasil foi de 12,9 óbitos a cada mil nascidos vivos.

As mortes no primeiro ano de vida vêm caindo em todo o Brasil, porém o Nordeste vem apresentando um ritmo bastante acelerado dessa redução. É possível mostrar essa situação ao se apresentar o que ocorreu de 1990 a 2000, quando a queda da TMI no âmbito nacional foi de 37,5%, enquanto no Nordeste alcançou cerca de 40%, mostrando que tem havido avanços importantes nessa região. Nesse período, dos estados nordestinos, o Ceará foi o que apresentou a maior redução (45,1%), acompanhado do Piauí (43,1%) (UNICEF, 2008b).

Apesar da importante redução que aconteceu no Nordeste nos anos anteriores, em 2000, a TMI nessa região ainda era de 44,73 por mil nascidos vivos, enquanto no Sudeste era de 21,28, no Sul de 18,87, e no Centro-Oeste de 21,61. Alguns municípios nordestinos continuavam apresentando taxas elevadas de mortalidade infantil, que eram praticamente o dobro das encontradas no sul do País, mostrando a desigualdade regional (UNICEF, 2008b).

Nas duas últimas décadas, e com respeito agora à TMM5, apesar de essa haver caído em todas as regiões brasileiras, o Nordeste foi a região que registrou a maior redução, passando de 87,3 mil óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 19,6, em 2012, portanto um decréscimo de 76%. Entre os estados com maior redução, estão Alagoas, onde a queda foi de 84% e o Ceará, cujo índice diminuiu 82%. Mesmo com essa queda expressiva, tanto o Nordeste quanto o Norte continuam com essa taxa maior do que 20 por mil NV, portanto superior à encontrada nos estados do Sul, mantendo a desigualdade entre as regiões (IPEA, 2014).

Além das disparidades de território, existem diferenças importantes entre os vários tipos de infâncias. As crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer no primeiro ano de vida, quando comparadas às ricas. A mortalidade infantil entre crianças filhas de mães negras é cerca de 40% maior do que os filhos de mães brancas. A criança indígena tem três vezes mais chances de morrer antes de um ano de idade em comparação com a média nacional (UNICEF, 2014b).

No que diz respeito aos componentes da mortalidade infantil no Brasil, as mortes pós-neonatais eram proporcionalmente maiores até final dos anos 1980, porém desde os anos de 1990 e até hoje, com os avanços, por exemplo, nas áreas estruturais relacionadas ao saneamento e acesso à saúde, os óbitos neonatais passaram a predominar (IBGE, 2013). Ao se analisar o período de 2000

a 2010, verifica-se que a taxa de mortalidade pós-neonatal passou de 9,6/1.000 nascidos vivos para 5,0/1.000 nascidos vivos, representando uma redução de 48% nessa década. Por outro lado, a taxa de mortalidade neonatal passou de 17,0/1.000 nascidos vivos para 11,2/1.000 nascidos vivos, reduzindo 34% nesse período. Quando se analisa os óbitos neonatais, encontra-se que a taxa relativa àqueles que ocorrem na primeira semana de vida passaram de 13,4/1.000 nascidos vivos para 8,7. No caso das mortes que acontecem entre o oitavo e o vigésimo oitavo dia depois do nascimento, essas passaram de 3,6/1.000 nascidos vivos para 2,6/1.000 nascidos vivos, portanto uma queda menor (MARANHÃO *et al.*, 2012).

A redução da mortalidade infantil e da mortalidade de menores de cinco anos no Brasil, nas décadas de 1980 e 1990, foi resultante de vários programas, em especial, aqueles que fazem parte de políticas compensatórias de natureza socioinstitucional (LEITE; SILVA, 2000). Dentre as iniciativas implementadas nesse período e na década seguinte, destacam-se: melhores condições de atenção à saúde (em especial, após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) - 1989, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde - 1991, da Estratégia Saúde da Família - 1994, do Pacto da Atenção Básica de Saúde - 1999, do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2004 e da Rede Cegonha em 2011). Além de iniciativas de promoção da segurança alimentar e nutricional, aumento das coberturas vacinais, uso da TRO para evitar as mortes por desidratação, maior cobertura do pré-natal, redução da fecundidade, melhoria no grau de escolaridade das mães, aumento nas taxas de aleitamento materno e melhores condições de saneamento básico (PAIM, 2003; MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; BHUTTA *et al.*, 2010; CAVALCANTI *et al.*, 2013; IPEA, 2014).

Houve também no Brasil uma importante redução na desnutrição (em especial nas formas agudas). Essa redução tem sido atribuída a muitas das ações citadas anteriormente e também às iniciativas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família (PBF-2003) e, mais, recentemente o Brasil Carinhoso - 2012 (PAIVA; FALCÃO; BARTHOLO, 2013).

O Relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), de 2014, sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, destaca que o governo brasileiro tem atendido de forma especial às crianças de baixa renda, tratando-se de uma “nítida inflexão pró-criança nas políticas sociais” e ressalta a valorização da população infantil na forma de calcular os recursos financeiros repassados aos grupos atendidos no programa Bolsa Família (IPEA, 2014).

No caso do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 4 - ODM4, havia sido definida como meta para o Brasil, a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos para 21 por mil nascidos vivos até 2015. Segundo dados do UNICEF, divulgados em setembro

de 2013, o País já tinha atingido a meta estabelecida, mais de um ano antes do prazo previsto. A taxa passou de 53,7 por mil nascidos vivos em 1990 para 17,7 por mil em 2011. Essa organização afirma também que o Brasil teve o melhor desempenho entre os países da América Latina com relação à sobrevivência na infância (UNICEF, 2013).

Atualmente, as principais causas de óbitos entre crianças brasileiras menores de um ano estão associadas às más condições de atenção à gestante, ao parto, nascimento e aos cuidados no primeiro mês de vida. Portanto, é necessário dar atenção prioritária às gestantes e aos recém-nascidos, com o propósito de reduzir a mortalidade materna e neonatal. No caso dos menores de cinco anos, preocupa também as mortes por causas externas como atropelamentos, quedas e outros acidentes (UNICEF, 2013).

É importante reconhecer os bons resultados que vêm sendo obtidos, entretanto quando se compara os dados referentes à TMM5 do Brasil com os de outros países, em 2012, o Brasil ainda ocupava uma posição mediana (120^a) no ranking mundial⁵, com uma mortalidade na infância de 14/1000 nascidos vivos para 2012, e onde o melhor resultado de TMM5 de 2/1000 nascidos vivos é de Luxemburgo, correspondendo à 194^a posição. Na América Latina os melhores resultados são dos seguintes países: Cuba com uma TMM5 de 6/1000 e na 157^a posição, Uruguai, com uma TMM5 de 7/1000 e a 150^a posição, o Chile com a TMM5 de 9/1000 e na 141^a posição, além de Costa Rica com uma TMM5 de 10/1000 e na 136^a posição (UNICEF, 2013).

Outro problema enfrentado pelo Brasil é a elevada taxa de cesarianas, que é um procedimento médico importante nos casos em que é indicado. De acordo com o UNICEF (2014b), citando dados do Ministério da Saúde para o ano 2012, o País tem o maior percentual de cesarianas do mundo, mais de 50%, enquanto, segundo a Organização Mundial de Saúde, este percentual não deve ultrapassar 15%.

Não obstante os avanços obtidos, muitas famílias brasileiras ainda não têm direito a muitas políticas sociais importantes e que são fundamentais para a saúde da criança (IBGE, 2013). Portanto, o nível da mortalidade ainda é considerado preocupante e muito ainda precisa ser feito para a obtenção de melhores resultados, ampliando e melhorando a qualidade das políticas, programas e ações que podem contribuir para a redução da mortalidade na infância (IPEA, 2014).

⁵ O ranking mundial é elaborado pelo UNICEF anualmente para mostrar como está a situação da mortalidade infantil nos vários países e quanto mais alto for o número no ranking que vai de zero a 194, melhor (UNICEF, 2013).

2.6.3 A Saúde Infantil no Ceará

O Ceará foi o Estado que teve a maior redução da TMI de 1991 a 2006. Em 1991, morreram no Ceará 71,1 crianças menores de um ano para cada mil nascidas vivas, tendo essa taxa declinado em 2006 para 30,8 por mil, o que representa uma redução proporcional de 56,7% (UNICEF, 2008b).

A cobertura das principais vacinas para os menores de um ano de idade é outro indicativo de como as crianças estão sendo protegidas contra doenças graves que podem levá-las à morte. No Ceará, com relação às principais vacinas administradas no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde, praticamente todas elas atingiram as metas esperadas em 2013 (CEARÁ, 2014).

Um dos indicadores relacionados à saúde infantil que vem sendo acompanhado de perto pelo Ministério da Saúde e a SESA-CE é a taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda (IRA) de crianças menores de cinco anos. Este indicador é monitorado no Pacto da Atenção Básica, do Ministério da Saúde. Pela análise dos dados, a taxa de internação por IRA em menores de cinco anos vem caindo desde 2001, tanto no Ceará como no Brasil. A taxa do Ceará é maior do que a do Brasil na série analisada, mas a velocidade de redução desse Estado superou a da média nacional de 2001 a 2006 (IPECE, 2010).

A Tabela 1 a seguir mostra que o Ceará vem apresentando, a cada nova década, uma melhoria expressiva nos indicadores de saúde, como a TMI, assim como a média da região Nordeste e do Brasil. Observa-se que as várias taxas de mortalidade para o ano 2011, no Ceará, apresentaram sempre um resultado melhor do que o do Nordeste e igual ou melhor do que o do Brasil. Na tabela original dos dados constata-se que, para esse mesmo ano, o Ceará obteve o melhor índice dentre todos os estados nordestinos, exceto para a mortalidade neonatal tardia, na qual apresentou o terceiro melhor resultado (RIPSA, 2012).

Tabela 1 – Taxa de Mortalidade Infantil, Neonatal, Pós-Neonatal e na Infância, no Ceará Nordeste e Brasil. 1990, 2000, 2011

Ano	1990			2000			2011		
	CE	NE	BR	CE	NE	BR	CE	NE	BR
Taxa de Mortalidade Infantil ⁶	79,5	75,8	47,1	36,8	35,9	26,1	15,2*	18,0	15,3
Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce ⁷	17,3	19,5	17,7	16,5	17,1	13,1	8,0*	10,0	8,1
Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia ⁸	8,2	9,3	5,4	5,2	4,2	3,6	2,4**	2,7	2,5
Taxa de Mortalidade Neonatal ⁹	25,5	28,7	23,1	21,8	21,3	16,7	10,4*	12,7	10,6
Taxa de Mortalidade Pós-neonatal	54,0	47,0	24,0	15,0	14,7	9,4	4,7*	5,3	4,7
Taxa de Mortalidade na infância ¹⁰	91,7	87,3	53,7	42,4	41,2	30,1	17,7*	20,7	17,7

* O Ceará teve a menor taxa do NE

** O Ceará teve a terceira menor do NE: 2,0/1000 no Rio Grande do Norte e 2,3/1000 em Pernambuco

Fonte: RIPSAs (2012), com base nos sistemas:

MS/ Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

No caso da Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (óbitos na idade de sete a 27 dias por 1.000 nascidos vivos), no Ceará, ela passou de 5,2/1000, em 1990, para 2,4/1000, em 2011, ficando nesse ano praticamente igual à do Brasil, que era de 2,5/1000 e um pouco abaixo do que a do Nordeste, que foi de 2,7/1000 (RIPSA,2012).

A mortalidade neonatal referente ao ano 2011, no Ceará, foi de 10,4/1000, semelhante a do Brasil, que foi de 10,6/1000 e abaixo da do Nordeste, que foi 12,7/1000. Esse indicador variou de 25,5/1.000, em 1990, para 21,8/1000, no ano 2000 (RIPSA,2012).

As Taxas de Mortalidade Infantil, Neonatal e Pós-Neonatal do Ceará, para o ano 2013, são apresentadas na Tabela 2, com base nas informações dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, apresentados em relatório da SESA-CE (CEARÁ, 2014).

⁶Taxa de Mortalidade Infantil

⁷Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce

⁸Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia

⁹Taxa de Mortalidade Neonatal

¹⁰Taxa de Mortalidade na infância

Tabela 2 – Taxa de Mortalidade Infantil, Neonatal e Pós-Neonatal no Ceará em 2013*

INDICADOR	VALOR	FONTE
TMI no Ceará (por mil NV)	13,8/1000	MS/SVS/DATASUS - SIM e SINASC
TM neonatal precoce (por mil NV)	7,7/1000 (55,8%)	MS/SVS/DATASUS - SIM e SINASC
TM neonatal tardia (por mil NV)	2,2/1000 (16%)	MS/SVS/DATASUS - SIM e SINASC
TM pós-neonatal (por mil NV)	3.9/1000 (28,2%)	MS/SVS/DATASUS - SIM e SINASC

* Dados sujeitos a revisão

Fonte: Informe Epidemiológico Mortalidade Infantil (CEARÁ, 2014).

Ao se analisar a Tabela 2, constata-se que a mortalidade pós-neonatal corresponde somente a 28, 2% da mortalidade infantil, confirmando o que também ocorre no Brasil, de que a maioria dos óbitos de menores de 01 ano ocorre nos primeiros 27 dias de vida, portanto a mortalidade neonatal corresponde a 71,8% (CEARÁ, 2014).

A Taxa de Mortalidade Infantil – TMI do Ceará para o ano de 2014 foi de 12,3/1000 nascidos vivos, sendo a mais baixa do Nordeste e estando abaixo da TMI dessa região, que foi de 14,5/1000 e do que a do Brasil, que foi de 12,9/1000 nascidos vivos (BRASIL, 2016).

A mortalidade infantil do Ceará tem caído, principalmente devido à redução importante do componente pós-neonatal, que é mais facilmente alterado por ações como a vacinação, incentivo ao aleitamento materno, controle das doenças diarreicas, o uso da TRO, o tratamento adequado das pneumonias, além de ser intensamente influenciada pela redução contínua da fecundidade, melhoria das condições sociais, econômicas, ambientais e o aumento do grau de escolaridade das mães (CEARÁ, 2014).

A seguir são apresentados outros dados referentes à saúde infantil no Ceará, coletados por meio das Pesquisas Estaduais de Saúde Materno-Infantil.

2.7 As Pesquisas de Saúde Materno-Infantil do Ceará – PESMICs

Avanços expressivos têm sido observados nas duas últimas décadas com relação às informações de saúde, em especial aquelas relacionadas à saúde da mulher e da criança no Brasil. Esta mudança tem ocorrido não somente pelo aperfeiçoamento dos sistemas oficiais de informação (como o SIM e o SINASC), mas também pela realização de pesquisas de campo. Dentre essas, destacam-se a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (realizada pelo IBGE), a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) e outros

inquéritos populacionais, como os apoiados pelo UNICEF (as PESMICs realizadas nos Estados do Ceará, Sergipe Rio Grande do Norte e Piauí) e por outras organizações (MONTEIRO, 2000). Nos últimos 20 anos, foram realizadas também pesquisas de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (UNICEF, 2013) .

Na opinião de Monteiro (2000, p. 1), apesar dessas experiências exitosas citadas anteriormente,

[...] ainda são poucos os estudos sequenciais realizados sobre amostras da mesma base populacional, estudos esses que permitiriam estabelecer, com confiança, a tendência temporal de diferentes indicadores de saúde. Ainda mais raros são os estudos sobre a evolução da equidade na distribuição social dos indicadores e sobre os fatores e mecanismos que, em nosso meio, seriam responsáveis pela melhoria ou piora da saúde infantil.

Constata-se, portanto, que ainda existem sérias limitações nos sistemas de informação (cujos dados muitas vezes são coletados, mas não são analisados e nem utilizados para a tomada de decisão), fazendo com que seja necessária a realização de outros estudos, como é o caso das chamadas nutricionais implementadas pelo Governo Federal nos últimos anos. Alguns indicadores, como o uso do soro reidratante oral, nos casos de diarreia, só são coletados em estudos domiciliares, como as PESMICs.

As PESMICs são estudos transversais, de base populacional e abrangência estadual, que têm sido realizados mediante aplicação de um questionário em uma amostra de mulheres em idade fértil, colhendo informações sobre elas e seus filhos menores de três anos (CORREIA *et al.*, 2014).

O Ceará foi o primeiro estado do Brasil a realizar esse tipo de estudo transversal, delineado para fornecer indicadores de sua população materno-infantil. A primeira pesquisa foi realizada em 1987, com apoio técnico e financeiro do UNICEF, e tendo como consultores os professores da Universidade Federal de Pelotas, Cesar Victora e Fernando Barros. Em 1990, o mesmo estudo foi repetido no Ceará, para que fossem comparados os resultados e analisadas as mudanças obtidas com relação à saúde da mulher e da criança (SILVA *et al.*, 1999).

Graças aos resultados positivos na saúde infantil do Ceará, constatados por meio da comparação da PESMIC 1 (1987) com a PESMIC 2 (1990), foi possível comprovar uma redução de 32% na TMI, mostrando assim que era possível fazer essa mudança, essencialmente por meio de ações básicas de saúde nas comunidades (SVITONE *et al.*, 2000; SILVA *et al.*, 1999).

Após 1990, a PESMIC foi repetida em 1994, 2001 e 2007. Poucos estados, ou mesmo países, têm uma riqueza de material como o produzido pelas PESMICs, portanto, estes dados precisam ser amplamente analisados e divulgados para influenciar cada vez mais políticas públicas que garantam os direitos das crianças à saúde. Os principais indicadores analisados em todas as cinco pesquisas realizadas no Ceará foram os delineados na sequência, segundo Correia *et al.*, 2014:

Saúde da Criança

- Taxa de Mortalidade Infantil;
- Prevalência da desnutrição proteico-calórica;
- Prevalência e duração do aleitamento materno;
- Cobertura do programa de controle do crescimento e desenvolvimento;
- Prevalência da diarreia;
- Utilização da TRO em episódios de diarreia;
- Cobertura vacinal;
- Prevalência de Infecções Respiratórias Agudas (IRA) moderadas e graves e
- Utilização dos serviços de saúde.

Saúde da Mulher

- Cobertura da atenção pré-natal;
- Condições da assistência ao parto;
- Cobertura do planejamento familiar e
- Cobertura dos exames de prevenção do câncer ginecológico.

Outros indicadores, como o grau de instrução da mãe, renda familiar e condições de moradia da família, também estão incluídos no questionário das PESMICs.

Por meio desta série de estudos, que mantêm a mesma amostra e mesma metodologia, ao longo de um período de 20 anos, tem sido possível avaliar o impacto das ações básicas de promoção da saúde da gestante e da criança implementadas em mais de duas décadas no Ceará (CORREIA *et al.*, 2014).

A partir das informações obtidas nesses estudos, Silva *et al.* (2015) relatam que os principais resultados obtidos no Ceará, com relação à saúde infantil, de 1987 a 2007 foram:

- a prevalência da diarreia diminuiu de 30% (em 1987) para 21%, (em 2007) enquanto o uso de Soluções de Reidratação Oral (SRO) aumentou de 30% (em 1987) para 40,2% no ano de 2007.
- as internações hospitalares de crianças menores de um ano com diarreia

diminuíram de 4,6% para 1,1% (uma redução de 76%), apesar do aumento da disponibilidade de leitos hospitalares no período;

- a prevalência de Infecção Respiratória Aguda (IRA) entre crianças menores de um ano caiu de 7,9% para 1,8%, uma redução de 77%. O percentual de internações hospitalares de crianças menores de três anos, tendo como causa a pneumonia, nos 12 meses anteriores à entrevista, diminuiu de 3% para 1,1%, uma redução de 63%;

- a proporção de baixo peso ao nascer diminuiu de 10,1% em 1987 para 6,1% em 2001. Em 2007, subiu para 7,3%, possivelmente devido a uma maior taxa de sobrevivência de bebês de muito baixo peso (<1.500g), que ocorreu principalmente na capital do Estado;

- a prevalência de baixo peso (peso/idade<-2SD), entre as crianças com menos de três anos, caiu de 12,5% para 4,7%, uma redução de 62% em 20 anos, enquanto houve uma redução concomitante de déficit altura/idade <-2SD, de 26,3% para 12,3%, de 1987 a 2007;

- a amamentação exclusiva, que foi praticada por menos de 1% das mulheres em 1987, aumentou para 34% em 2007; e

- no caso de crianças de 12 a 23 meses que tinham tomado a vacina BCG, o percentual passou de 58 em 1987 para mais de 94 em 2007.

Os resultados da pesquisa realizada em 1987 indicaram que era necessário ampliar a cobertura da atenção primária de saúde, levando serviços básicos, em especial a educação em saúde para as famílias mais pobres e que moravam longe dos centros urbanos. Tendo como modelo uma experiência desenvolvida anteriormente no município cearense de Jucás (Ceará) e outras iniciativas descritas neste trabalho, em 1988, foi implantado no Ceará o primeiro programa de abrangência estadual de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Brasil (SILVA *et al.*, 2015).

De acordo com Silva *et al.* (1999), no seu livro *Viva Criança - Os Caminhos da Sobrevivência Infantil no Ceará*, esse programa havia sido planejado ainda durante a campanha do empresário Tasso Jereissati a governador do Ceará, em 1986, e foi incluído no plano de governo para o período de 1987 a 1990. Assim, segundo esses autores, em setembro de 1987, por ocasião de mais um quadro de seca no Ceará, como uma medida de emergência, 6113 pessoas do interior do Estado (a maioria mulheres) foram selecionadas para levar, às famílias mais carentes, informações importantes para a saúde das crianças, como a amamentação, cuidados de higiene, uso do soro reidratante nos casos de diarreia, além de uma grande mobilização para a vacinação das gestantes e crianças.

Em outubro de 1988, o Programa oficial de Agentes Comunitários de Saúde do Ceará (PACS) passou a ser gradativamente implantado, sendo criado formalmente em janeiro de 1989 (SILVA *et al.*, 1999).

Pela narrativa de Silva *et al.* (1999), a descrição oficial diz que

[...] os agentes de saúde são pessoas que atuam na comunidade onde residem, realizando tarefas de prevenção e atenção primária à saúde; são remunerados pelo Estado com um salário mínimo ao mês e são capacitados e supervisionados por técnicos da rede de saúde.

Ainda sobre o PACS do Ceará, Freedheim (1993, p. 9) indaga:

[...] como o Estado implementou um programa baseado em práticas não clientelistas em um contexto político baseado no clientelismo?
 [...] por que o Governador do Estado se dispôs a financiar o PAS ao mesmo tempo em que ele realizava os maiores cortes de despesas na história do Estado?
 [...] como o PAS conseguiu ampliar a escala de um pequeno programa piloto até um programa estadual maior, e de mais sucesso no Brasil, enquanto tais programas raramente têm sucesso quando ampliados?

Silva *et al.* (1999) destacam que tanto o Governador do Estado como os secretários de saúde e outros assessores do Governo, tiveram que ser firmes para mostrar às lideranças políticas do Ceará que queriam influenciar a escolha dos agentes de saúde de forma clientelista, que essa prática não seria admitida.

Em 1993, todos os 184 municípios do Estado tinham agentes de saúde e, por volta de 1996, já eram mais de 8.000, representando uma cobertura média de famílias em torno de 77% (SILVA *et al.*, 1999).

A partir da experiência bem-sucedida no Ceará, o Ministério da Saúde, em 1991, tomou a decisão de implantar um programa nacional de agentes de saúde que teve participação efetiva de técnicos cearenses nas definições das normas, diretrizes e nas capacitações (SILVA *et al.*, 1999; SVITONE *et al.*, 2000).

Além da atuação dos ACS, os profissionais das unidades de saúde também foram intensamente mobilizados pela equipe do programa Viva Criança para prestar melhor atenção à saúde das gestantes e crianças. Foram oferecidas capacitações para médicos e enfermeiros, utilizando a metodologia de estudo de casos que havia sido idealizada e era financiada, em grande parte, pelo Programa de Atenção a Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), do Ministério da Saúde. Como uma das principais causas de mortes infantis eram as diarreias, foram organizados espaços físicos nas unidades básicas e nos hospitais onde as crianças poderiam receber a hidratação oral. Paralelamente, uma grande campanha do UNICEF e da

Pastoral da Criança promovia o soro caseiro (solução preparada com água, açúcar e sal), tendo sido distribuídas, na época, um milhão de colheres medidas para o preparo dessa solução. No mesmo período, os envelopes com soro oral industrializado (SRO) eram distribuídos nas unidades de saúde e pelos ACS. Outra atividade realizada, logo no início do programa Viva Criança, foi a confecção e distribuição de um milhão de Cartões da Criança para o acompanhamento da saúde infantil, em especial, do crescimento e do calendário vacinal. Um dos pontos fortes do programa foi a realização de campanhas pelo rádio, TV e várias outras formas alternativas de fazer chegar às famílias informações sobre os cuidados com a saúde das crianças (SILVA *et al.*, 2015).

Como a PESMIC 1 havia mostrado que, em 1987, apenas 40,2% das crianças de 12 a 23 meses haviam tomado a vacina DPT e 65% tinham sido vacinadas contra o sarampo, outro investimento importante que ocorreu no Ceará visava à melhoria nas coberturas vacinais. Uma das primeiras ações implementadas foi melhorar a cadeia de frio e treinar o pessoal das salas de vacinas, de modo a ser possível oferecer esse serviço em todos os dias da semana e no maior número possível de unidades de saúde. A importância e outras informações sobre por que e onde vacinar as crianças foram amplamente divulgadas pelo rádio, televisão, por meio de mensagens em contracheques, sacolas de supermercado, além dos ACS terem sido capacitados para verificar a situação vacinal das crianças. Todo esse esforço resultou em melhoria significativa nas coberturas das principais vacinas infantis no Ceará que, em 1987, tinha a pior situação do País (SILVA *et al.*, 1999, 2015).

Considerando a importância do aleitamento materno para a sobrevivência e a saúde infantil, foram desenvolvidas várias ações para promover essa prática no Ceará, sob a liderança da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), da Universidade Federal do Ceará (UFC) e do Hospital César Cals, da SESA-CE. Entre elas, destaca-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (maternidades que desenvolvem dez passos de apoio à amamentação e passam por uma avaliação e acreditação), tornando o Ceará, o Estado com o maior número de hospitais acreditados no Brasil por vários anos. Outras medidas foram: a capacitação de carteiros, para que entregassem mensagens de incentivo ao aleitamento materno, nas casas visitadas; e a implantação de bancos de leite humano para suprir às necessidades dos bebês, em especial, aqueles internados em unidades de terapia intensiva neonatal (CEARÁ, 2002)

Neste mesmo período em que os agentes de saúde passaram a atuar no Ceará, já eram desenvolvidas no Estado outras experiências de promoção da saúde na comunidade. Uma delas era coordenada pela Igreja Católica, que atuava por meio das líderes da Pastoral da

Criança em terras cearenses, desde 1985. A outra era liderada pela UFC e se tratava do Programa de Ações Integradas de Saúde (PROAIS), que teve início em 1985, sob a liderança do Dr. Galba de Araújo e que, dentre muitas outras atividades, capacitava parteiras leigas e rezadeiras para que prestassem melhor assistência às gestantes e às crianças, especialmente as da zona rural (ANDRADE *et al.* 1998).

Em 1990, a PESMIC 2 comprovou os resultados do trabalho realizado a partir de 1987. Nesse sentido, Silva *et al.* (2015, p. 5) informam que

A taxa de mortalidade infantil caiu 32%, com a proporção de mortes por diarreia diminuindo sensivelmente, de 48% para 32%. As internações por diarreia nos 12 meses anteriores à pesquisa caíram de 4,6% para 3,3%, e o uso de SRO, quer soluções comerciais ou caseiras, aumentou de 23% para 32%.

A PESMIC 2 mostrou que a redução na mortalidade infantil tinha acontecido, em especial, no componente pós-neonatal (portanto, depois dos primeiros 28 dias de vida), tornando o componente neonatal, proporcionalmente, mais importante. Esse achado indicava a necessidade de um maior investimento na assistência ao pré-natal, parto e puerpério. A partir desses achados, em 1992, foi implantado no Estado o programa Viva Mulher, que contribuiu para melhorar os indicadores de saúde materna (SILVA *et al.*, 2015).

As PESMICs seguintes (1994, 2000 e 2007), continuaram comprovando os avanços na saúde infantil e materna. Conforme Silva *et al.* (2015, p. 5),

- foi encontrado que 100% das crianças de um ano de idade, já haviam sido imunizadas contra o sarampo em 2007;
 - o aleitamento materno exclusivo de 0-4 meses de idade os bebês aumentou substancialmente, passando de 2,3% em 1990 para 34% em 2007;
 - o aleitamento materno era praticado por cerca de metade das crianças com idade entre 12-15 meses em 2007, portanto o dobro ao se comparar com apenas 1/4 das crianças em 1987;
 - a prevalência de baixo peso (peso/idade < -2SD) diminuiu significativamente, de 12,5% em 1987 para 4,7% em 2007, uma redução de 62%.

As informações obtidas por meio das cinco PESMICs mostram que, apesar de o Ceará ter obtido avanços importantes com relação ao acesso à água e melhoria no grau de instrução das mães, por outro lado, o percentual de famílias que viviam com renda inferior a um salário mínimo, praticamente não mudou no período desses estudos, quando comparados os dados de 1987 e 2007, respectivamente, 52,5% e 58,1% (SILVA *et al.*, 2015).

A realização dessas cinco pesquisas só foi possível graças ao compromisso e à dedicação de um grupo de profissionais de saúde, muitos deles, pediatras ligados à SESA-CE e à SOCEP, além do UNICEF, de professores do Departamento de Saúde Comunitária e Saúde

Materno-Infantil, da UFC, do Projeto Hope¹¹, do Instituto de Saúde e Desenvolvimento Social (ISDS) e com apoio do poder público.

O trabalho realizado no Ceará, visando à redução da mortalidade infantil, foi prioritariamente baseado na melhoria da assistência à saúde, mas há necessidade de cada vez mais avançar no que diz respeito às condições de vida das famílias, porque não basta sobreviver o primeiro ou até o quinto ano de vida. Como diz o *slogan* da Pastoral da Criança, é fundamental que a criança tenha vida em abundância.

¹¹Projeto Hope (*Health Opportunity for People Everywhere*) - fundado em 1958, tratava-se de uma iniciativa não governamental e filantrópica, e tinha como objetivo compartilhar programas de formação e pesquisas, além de atendimentos à população de países em desenvolvimento. O projeto funcionava a bordo do navio hospital SS HOPE, mais conhecido como navio Esperança, que contava com uma equipe de saúde, voluntária e multiprofissional. Sem fins lucrativos, o Projeto Hope desenvolvia ações humanitárias e promovia o intercâmbio de profissionais de saúde, realizando cruzeiros, de 1960 a 1973 (COSTA *et al.*, 2014).

3 PERGUNTA CONDUTORA E QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA

Os dados da revisão de literatura deste estudo mostram que, apesar de a infância ser prioridade absoluta em vários tratados internacionais e na legislação brasileira, e mesmo existindo conhecimentos científicos sobre a importância do investimento prioritário nessa época da vida e de ações reconhecidas e economicamente viáveis para evitar a maioria das mortes infantis, muitos governos não concedem a devida atenção e prioridade à saúde da criança (UNICEF 2008a).

A experiência do Ceará mostra ser possível reduzir a mortalidade infantil a níveis aceitáveis, mesmo em países pobres, porém muitos governos não agem adequadamente, permitindo que as crianças morram de forma prematura quando poderiam ser salvas.

Este estudo teve como recorte o período compreendido de 1987 a 2006, por coincidir com as duas décadas durante as quais foram realizadas as cinco pesquisas estaduais de saúde materno-infantil, as quais geraram dados relacionados à saúde da criança que permitem identificar como esses indicadores evoluíram. Além disso, foi nesse período que tiveram início e foram consolidadas algumas ações estruturantes para a melhoria da saúde infantil no Ceará, como os programas Viva Criança e de Agentes Comunitários de Saúde, além da Estratégia de Saúde da Família (ANDRADE *et al.* 1998; SILVA *et al.*, 1999).

A realização desta pesquisa teve início com a seguinte pergunta condutora:

Quais foram as motivações que levaram os gestores públicos que iniciaram o processo de mudança de indicadores da saúde infantil no Ceará de 1987 a 2006 a adotar uma política centrada nessa área temática?

Surgem também as seguintes questões norteadoras:

- 1) Que fatores (fatos, pessoas, acontecimentos...) contribuíram para que os gestores públicos do Ceará priorizassem a saúde infantil de 1987 a 2006?
- 2) Quais as percepções dos gestores sobre o valor social da criança?
- 3) Quais as lições aprendidas com a experiência do Ceará?

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Compreender, na perspectiva dos gestores públicos que realizaram o processo de mudança de indicadores da saúde infantil no Ceará de 1987 a 2006, as motivações que os levaram a adotar uma política centrada nessa área temática.

4.2 Específicos

4.2.1 Identificar os fatores que contribuíram para a motivação dos gestores públicos que priorizaram a saúde infantil no Ceará, de 1987 a 2006.

4. 2.2 Descrever as percepções dos gestores sobre o valor social da saúde da criança.

4.2.3 Apresentar as lições aprendidas com a experiência do Ceará.

5 METODOLOGIA

Entende-se a metodologia como o caminho percorrido ao longo da pesquisa, para obter e analisar as informações, de modo a compreender e aprofundar os objetivos propostos. Para a concretização deste estudo, optou-se pela pesquisa social avaliativa, com abordagem qualitativa e descrição do fenômeno estudado, no sentido de avaliar o trabalho realizado no Estado do Ceará para a redução da mortalidade infantil. Acredita-se que as lições aprendidas, em um universo temporal de quase 30 anos nesse Estado, são importantes não somente para aperfeiçoar o que é feito localmente, mas também para servir de exemplo a outros espaços públicos que ainda lutam para reduzir as desigualdades sociais e oferecer uma atenção mais equitativa à sociedade.

A avaliação é um componente fundamental na gestão de políticas, programas e projetos. Tanaka e Melo (2004a), usando o exemplo do setor de saúde, defendem o argumento de que a avaliação é essencial para o desenho e a implementação dessa política setorial, e, conseqüentemente, para a organização da atenção prestada à população.

A avaliação deve ser bem planejada, executada com ética e competência técnica, divulgada amplamente, para que outros se beneficiem com as lições aprendidas e seus resultados devem ser utilizados para a tomada de decisão, melhorando assim essas políticas, programas e projetos.

Do ponto de vista de Bosi e Mercado (2010), as avaliações são usadas para diferentes finalidades e têm um grande poder transformador. Em se tratando da pesquisa social, a avaliação, em geral, é utilizada para estudar a estrutura, o processo, resultado, impacto ou eficiência de uma política pública, programa, projeto ou fenômeno social. Essas avaliações visam a melhorar, aperfeiçoar e até mesmo a reproduzir as experiências estudadas, além da geração de novos conhecimentos.

Segundo Minayo (2010), o mais nobre propósito da avaliação dos programas e projetos sociais é fortalecer o movimento de transformação a favor da cidadania e dos direitos humanos. Essa autora afirma também que, para uma avaliação cumprir esse papel, ela tem que ser útil, viável, ética e tecnicamente precisa.

Uma avaliação bem executada, acerca de uma política, programa ou projeto do setor público, mostra mais claramente para a sociedade como estão sendo aplicados seus recursos, de modo a constatar se estão sendo bem ou mal utilizados. Entre muitas, essa é uma das razões pela qual a avaliação deve fazer parte do cotidiano das instituições, em especial, as do setor público. A avaliação se torna mais desafiante no campo das políticas sociais porque as decisões

de onde investir os recursos são mais complexas e intensamente influenciadas por aspectos da cultura e da política, muitas vezes impregnadas pelo autoritarismo, clientelismo e populismo (MINAYO, 2010).

No entendimento de Tanaka e Tamaki (2012), ao se realizar uma avaliação, faz-se um julgamento de valor sobre aquela intervenção ou um dos seus componentes, visando a melhorar a tomada de decisão por parte dos gestores e contribuindo para aumentar a eficiência do trabalho realizado pela instituição ou pelo serviço avaliado.

De acordo com Deslandes (1997, p. 105),

[...] avaliar é também decodificar conflitos visando ao entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve. Trata-se também de analisar, dialeticamente, os movimentos sociais e a conjuntura histórica de que o serviço/programa participa, seja como porta-voz, interlocutor ou personagem de resistência.

Essa afirmação de Deslandes (1997) é muito importante para este estudo porquanto a avaliação buscou conhecer as motivações dos gestores estaduais dentro de uma cultura e de práticas institucionais, influenciadas por movimentos sociais e conjunturas vigentes na época.

5.1 Natureza da Pesquisa

O componente metodológico deste estudo teve como base a pesquisa social, avaliativa, de abordagem qualitativa. A escolha desse tipo de estudo objetivou compreender as motivações dos sujeitos que foram objetos desta pesquisa de modo mais aprofundado, avaliando as informações coletadas numa perspectiva sócio-histórica, descrevendo e explicando os fatos.

De acordo com Sales (2005), a pesquisa social tem como objetivo estudar a relação entre os diversos atores e compreender suas ações em diferentes contextos, assim como os fatores determinantes das mudanças produzidas nos projetos, programas e políticas públicas. Por meio desse tipo de pesquisa, é possível analisar as motivações, decisões, ações e justificativas dos sujeitos e de suas organizações, à luz de sua inserção social, educacional, econômica, cultural e política. Foi nessa compreensão que este estudo se norteou, assumindo-se como pesquisa social.

A pesquisa social é frequentemente realizada utilizando-se abordagens qualitativas para compreender, interpretar e explicar fatos e resultados, além de avaliar a percepção, as representações sociais, as expressões culturais, motivações, atitudes e conhecimentos (SALES, 2005).

Para Bosi e Mercado (2010), a abordagem qualitativa é aquela que se concentra nos aspectos que não são contemplados pelos números, equações, escalas e indicadores, pelo contrário é direcionada para a produção subjetiva, tornando possível compreender as relações sociais.

Tanaka e Melo (2004a, p. 39) descrevem as características gerais da abordagem qualitativa como aquela que:

- Busca descrever significados que são socialmente construídos, e por isso é definida como subjetiva.
- Tem características não estruturadas, é rica em contexto e enfatiza as interações.
- Pela coleta de dados qualitativos, obtêm-se respostas que são semiestruturadas ou não estruturadas.
- As técnicas de análise são indutivas, orientadas pelo processo, e os resultados não são generalizáveis.

Sobre esse tema, de acordo com Minayo (2012), o verbo principal da análise qualitativa é compreender. Essa autora afirma que a pesquisa qualitativa tem o potencial de responder às indagações que não podem ser quantificadas, permitindo o trabalho com crenças, valores, significados e motivações.

A abordagem qualitativa foi escolhida porque, por meio dela, é possível identificar e valorizar o simbolismo e a multidimensionalidade dos processos e dos discursos, além das percepções, relações e representações dos atores envolvidos na política ou programa avaliado. Esta abordagem enseja também compreender o fenômeno que está sendo analisado de modo mais amplo, considerando o ambiente e as pessoas envolvidas de maneira mais holística (BOSI; MERCADO, 2010).

5.2 Caracterização da Pesquisa quanto aos Objetivos

Apesar de já terem sido publicados alguns trabalhos que exploram aspectos da experiência do Ceará na redução da mortalidade infantil (MINAYO; D'ELIA; SVITONE, 1992; SILVA *et al.*, 1999; SVITONE *et al.*, 2000), em especial, dos resultados obtidos com relação aos indicadores de saúde da criança, nenhum ensaio havia abordado a perspectiva dos atores, sujeitos ativos no processo de mudança da atenção à saúde da criança no Ceará, em especial, com relação às suas motivações para priorizarem a saúde das crianças durante sua gestão.

5.3 Caracterização dos Sujeitos

A pesquisa contou com dez informantes-chave que atuaram como gestores no Ceará, no período de 1987 a 2006. Foram três ex-governadores e sete ex-secretários estaduais de saúde, sendo nove homens e uma mulher. Dos dez entrevistados, somente dois não são médicos. Os informantes-chave foram contatados diretamente pela pesquisadora principal que apresentou os objetivos do estudo e a importância de sua participação como contribuição histórica para o fenômeno estudado

5.4 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Estado do Ceará, localizado na região Nordeste do Brasil. Sua área geográfica é de 148.886,6 km², correspondendo a 9,57% da área do Nordeste e 1,74% da área total do País. O Ceará é o quarto estado em extensão territorial do Nordeste e o 17º do Brasil (IPECE, 2015).

No que diz respeito à população, o Ceará tem mais de 8.400.000 habitantes, sendo 644.700 menores de quatro anos. Mais de 70% das famílias vivem em áreas urbanas. O Estado é o terceiro maior populoso do Nordeste e o oitavo com maior população no Brasil. No que tange à divisão político-administrativa, o Estado é composto atualmente por 184 municípios, distribuídos em 20 regiões administrativas e a capital é Fortaleza, que tem quase 2.500.000 habitantes, sendo a quinta cidade mais populosa do Brasil (IPECE, 2015).

Segundo o IPECE (2015), a Taxa de Mortalidade Infantil para o ano 2014 foi de 12,36/1000. De acordo com esta mesma fonte, a partir de informações coletadas pelos agentes comunitários de saúde em suas áreas de atuação, havia 68,7% de crianças de zero a três meses e 29 dias só mamando, 95,2% de crianças de zero a 11 meses e 29 dias com vacinas em dia e 8,2% de crianças que nasceram com menos de 2.500g, em 2014.

Apesar de muitos avanços econômicos e sociais, o Ceará ainda é um dos estados com menor renda *per capita* do Brasil. Em 2012, o Estado ocupava a vigésima quarta posição no *ranking* nacional (IPECE, 2014).

5.5 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil com CAAE: 47987115.1.0000.5054 e submetido à aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), antes do início da coleta dos dados, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional

de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, relativa à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

Antes da entrevista, todos foram esclarecidos sobre os objetivos e metodologia da pesquisa e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, os informantes-chave da pesquisa foram também comunicados sobre o direito de recusa e desistência de participação da mesma e de só responderem às perguntas com as quais se sentissem confortáveis. Após a análise dos dados e a decisão de incluir os nomes dos entrevistados no documento final do estudo, a pesquisadora voltou a contatar todos os entrevistados que concordaram que seus nomes fossem divulgados uma vez que se trata de um resgate histórico.

Pretende-se apresentar os resultados deste estudo a gestores do Ministério da Saúde e também à equipe da SESA-CE, da SOCEP, da UFC, do UNICEF e outros convidados durante seminário a ser realizado após a defesa da tese. No que diz respeito à comunidade científica, objetiva-se apresentar os resultados em congressos nacionais e internacionais, e por meio de artigos científicos.

5.6 Procedimentos Técnicos

5.6.1 Coleta dos Dados

Os dados de uma pesquisa podem ser coletados de fontes primárias, secundárias ou terciárias, segundo sua natureza.

Dias e Pires (2005) explicam que as fontes primárias são aquelas que contêm informações originais ou novas leituras de fatos ou ideias já conhecidas, como: livros, artigos de periódicos, teses, dissertações e fotografias. Uma das características das fontes primárias é que elas ainda não passaram por estudo ou análise. Para coletá-las, o pesquisador pode utilizar diferentes tipos de questionários, diversos modelos de entrevista, grupo focal, discussão de grupo, observação, entre outros.

No parecer dessas mesmas autoras, as fontes secundárias são caminhos e novas versões das informações primárias. Entre elas, destacam-se os dicionários, as enciclopédias, os manuais etc. As fontes terciárias são coleções, diretórios, índices ou guias de fontes primárias ou secundárias (DIAS; PIRES, 2005).

Este trabalho utilizou como fonte de dados primários a entrevista semiestruturada. A coleta dos dados foi realizada no período de junho a agosto de 2016.

A coleta dos dados primários foi realizada mediante entrevista com informantes-chave que concordaram livremente em participar do estudo, visando a obter dos mesmos as motivações que orientaram suas decisões e ações enquanto estavam no Governo. Esse tipo de abordagem visa a obter informações sobre conhecimentos, atitudes, práticas, motivações, ações ou aspectos do trabalho, da vida pessoal ou social.

A entrevista é uma forma de coleta de informações muito utilizada na avaliação de políticas sociais, pois permite incluir um conjunto de perguntas relacionadas ao assunto da pesquisa. Durante as entrevistas realizadas neste estudo, foi possível observar também outros aspectos relevantes para a pesquisa, como a linguagem corporal do entrevistado. É importante destacar o fato de que, durante uma entrevista, em geral, se estabelece um clima de influência recíproca entre quem entrevista e o entrevistado (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Na literatura, há várias classificações de tipos de entrevistas e de roteiros (TANAKA; MELO, 2004b; LAKATOS; MARCONI, 2008; MINAYO, 2014). A classificação pelo formato ou estruturação da entrevista, de forma bem mais simples, pode ser: estruturada, semiestruturada ou em profundidade (FRASER; GONDIM, 2004).

Neste estudo, optou-se por utilizar a entrevista semiestruturada, porque ela permite uma investigação mais aprofundada sobre o tema pesquisado, possibilita delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, de modo a que os objetivos do estudo sejam alcançados. Além disso, esse tipo de entrevista, assim como a forma aberta, favorece a obtenção de dados referentes a questões mais delicadas como os valores dos informantes que influenciam suas ações (BONI; QUARESMA, 2005).

Na opinião de Triviños (1987) e Manzini (2003), a entrevista semiestruturada contribui para a descrição, explicação e compreensão dos fenômenos sociais. Por outro lado, exige que o pesquisador fique atento durante todo o processo de coleta de dados porque é possível que ele precise intervir em alguns momentos.

Na entrevista semiestruturada, a coleta de dados é realizada utilizando-se um roteiro com perguntas abertas, sendo possível certa flexibilidade na condução das perguntas, o que pode fazer emergir informações de modo mais livre. Nesse tipo de entrevista, as respostas não estão condicionadas a uma padronização de opções como no questionário com perguntas totalmente fechadas (MANZINI, 2003).

Na elaboração do roteiro da entrevista, são incluídas indagações que possam contribuir para os objetivos da avaliação. Também é fundamental que exista uma sequência correta dessas perguntas, que seja feito um pré-teste para analisar se o questionário está adequado, e, se necessário, realizados os ajustes.

Durante a entrevista, além das perguntas previamente elaboradas e que estão no roteiro, o pesquisador deve incentivar o entrevistado a falar livremente sobre o tema principal e outros correlacionados, sem limite previamente determinado de tempo. O pesquisador, contudo, deve delimitar as questões sobre as quais vai tratar na entrevista com base no roteiro já elaborado, para que o entrevistado não se afaste muito do tema (MANZINI, 2003).

As entrevistas semiestruturadas deste estudo foram realizadas, portanto, utilizando-se um roteiro de perguntas pré-testado (ver Apêndice), que incluiu perguntas de caráter subjetivo, visando a obter dos informantes as motivações que os levaram a priorizar a saúde infantil durante sua atuação como gestores no Estado do Ceará. Após a apresentação da pesquisa e prévia autorização dos entrevistados, os depoimentos foram gravados e o conteúdo das entrevistas transcrito. Ao final de cada entrevista, foi concedida a oportunidade para que cada entrevistado pudesse acrescentar o que desejasse e fizesse os comentários adicionais sobre o tema pesquisado.

Antes das entrevistas, todos os informantes foram contatados por telefone e concordaram em participar. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, em local escolhido pelos gestores, em geral, no local de trabalho do mesmo e duraram em média cinquenta minutos. O agendamento da maioria das entrevistas foi fácil, porém no caso de alguns dos entrevistados, em virtude de seus muitos compromissos, foram necessários vários contatos telefônicos para conseguir agendar.

Os entrevistados mostraram muita disposição em responder as perguntas e a maioria pareceu muito feliz de estar tendo a oportunidade de lembrar esse período no qual estiveram na gestão pública.

5.6.2 Análise dos dados

O objetivo desta fase da pesquisa é interpretar as informações obtidas nas entrevistas, identificando em que medida esse conteúdo e sua interpretação respondem às perguntas norteadoras da pesquisa. O objetivo da análise é identificar o significado mais abrangente dessas informações e a conexão com outros conhecimentos já produzidos (SELLTIZ *et al.*, 1974; RAUEN, 1999).

Segundo Gerhardt e Silveira (2009, p. 84),

[...] para analisar, compreender e interpretar um material qualitativo, faz-se necessário superar a tendência ingênua a acreditar que a interpretação dos dados será mostrada espontaneamente ao pesquisador; é preciso penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade.

Para isso, essas autoras apresentam duas opções de análise do material qualitativo: a Análise de Conteúdo e a Análise do Discurso (GERHARDT; SILVEIRA, 2009; MORAES, 1999). No que diz respeito ao material obtido nas entrevistas desta pesquisa, a opção foi pela Análise de Conteúdo, segundo Bardin, por se tratar de um método interdisciplinar que possibilita a descoberta das relações existentes entre o conteúdo da fala dos informantes com o contexto político e social no qual o projeto se desenvolveu, enriquecendo as interpretações.

De acordo com Bardin (2009, p. 42) a Análise de Conteúdo representa

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens.

Para Gerhardt e Silveira (2009), a Análise de Conteúdo em geral pode ser: lexical, de expressão, de relações, temática e de enunciação. De acordo com Gomes (2014), por meio da Análise Temática é possível se identificar os núcleos do sentido que fazem parte da comunicação e que contribuem para entender o objeto em estudo.

Para a análise do material obtido nas entrevistas desta pesquisa decidiu-se pela Análise de Conteúdo Temática, na qual o tema é utilizado como unidade de registro e análise. Trata-se da identificação e quantificação de um ou mais temas ou ideias, a partir de uma codificação determinada anteriormente, de acordo com certos critérios previamente estabelecidos. A unidade de análise é o elemento unitário de conteúdo a ser submetido posteriormente à classificação (CAPPELLE; MELO; GONÇALVES, 2003).

Por meio da Análise Temática tenta-se identificar os temas ou “núcleos dos sentidos” que fazem parte do conteúdo da comunicação e cuja frequência da presença nas falas pode ter alguma relevância para o objetivo do estudo (CAPPELLE; MELO; GONÇALVES, 2003).

Um tema é aquilo que captura um padrão comum e recorrente em todo um conjunto de dados agrupados em torno de um conceito central que possibilita a organização das informações. Um tema se propõe descrever as diferentes facetas de uma ideia específica, demonstrando padronização do assunto no conjunto de dados.

O tema pode ser identificado como palavras, sentenças, frases ou parágrafos e definido como unidades de análise (CAPPELLE; MELO; GONÇALVES, 2003).

Os temas previamente definidos para este estudo foram: motivação para priorizar a saúde da criança na gestão; valor social da criança para o governo; lições aprendidas com a experiência do Ceará.

O material coletado nas entrevistas desse estudo foi analisado seguindo o processo de ordenação, classificação e análise final das informações. Foram obedecidas as seguintes etapas para análise de dados: 1) Pré-análise, que trata da escolha dos documentos que serão analisados (no caso desse estudo, as entrevistas); 2) Exploração do material, que consiste especialmente na leitura e releituras das entrevistas e na atividade de codificação; 3) Tratamento dos resultados das etapas anteriores, inferência e interpretação (CAPPELLE; MELO; GONÇALVES, 2003).

A categorização das informações obtidas nas entrevistas semiestruturadas foi realizada pelo agrupamento dos relatos por afinidade específica, permitindo a organização temática. De acordo com os objetivos deste estudo, os temas mais relevantes foram priorizados e organizados segundo as categorias definidas (MINAYO, 2015).

Todo esse trabalho de análise dos dados procurou chegar às motivações dos gestores para priorizar a saúde infantil, suas percepções sobre o valor social da criança e as lições aprendidas a partir das falas dos gestores entrevistados. Por meio da utilização dos resultados desse estudo em documentos, congressos e matérias jornalísticas pretende-se melhorar as iniciativas de defesa do direito da criança à saúde, visando a condições mais dignas de vida e a um melhor estado de saúde e desenvolvimento para a infância.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando a concentrar a apresentação dos resultados e as discussões nos propósitos deste estudo, os objetivos específicos foram utilizados como referência para organizar este capítulo.

- Identificar os fatores que contribuíram para a motivação dos gestores públicos que priorizaram a saúde infantil no Ceará, de 1987 a 2006.
- Descrever as percepções dos gestores sobre o valor social da saúde da criança.
- Apresentar as lições aprendidas com a experiência do Ceará.

Para facilitar a identificação de cada entrevistado, é apresentado a seguir o quadro geral de todos os ex-governadores e ex-secretários estaduais de saúde do período estudado, destacando os anos de seus mandatos e gestões.

Quadro 1 – Distribuição dos ex-governadores e ex-secretários de saúde do Estado do Ceará entrevistados, segundo os anos de exercício de sua função de 1987 a 2006.

Período do mandato	Ex-governador	Ex-secretário estadual de saúde	Período da gestão
1987 – 1990	Tasso Jereissati	Carlile Lavor Marco Penaforte Frederico Lima e Silva César Forti	17.03.1987 a 19.04.1988 20.04.1988 a 01.04.1990 02.04.1990 a 19.04.1990 20.04.1990 a 14.04.1991
1991 – 1994	Ciro Gomes	Lúcio Alcântara* Anamaria Cavalcante	15.04.1991 a 17.05.1992 18.05.1992 a 31.12.1994
1995 – 1998	Tasso Jereissati	Anastácio Queiroz	01.01.1995 a 31.12.1998
1999 – 2002	Tasso Jereissati	Anastácio Queiroz	01.01.1999 a 31.12.2002
2003 – 2006	Lúcio Alcântara*	Jurandi Frutuoso	01.01.2003 a 31.12.2006

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2016.

*O Dr. Lúcio Alcântara foi governador e secretário estadual de saúde. Para a apresentação dos resultados, apresentamos a sua fala referente ao recorte dos ex-governadores. Em alguns trechos, o ex-governador relata também situações ocorridas na época em que foi secretário de saúde do Estado.

6.1 Que Fatores Contribuíram para a Motivação dos Gestores Públicos que Priorizaram a Saúde Infantil no Ceará, de 1987 a 2006?

O principal objetivo deste estudo foi identificar as motivações que levaram os gestores públicos a priorizar a saúde infantil no Ceará, entre 1987 e 2006. Portanto, essa foi, sem dúvida, a pergunta mais relevante realizada durante as entrevistas. Para melhor explicar essa questão, perguntamos sobre os motivos, pessoas, fatos, experiências vividas ou conhecidas

que influenciaram a decisão desses gestores.

Para facilitar a análise dos resultados é importante rever brevemente os conceitos que estão nesta frase - “Motivação para tomar a decisão de priorizar a saúde da criança no planejamento e implementação das políticas públicas e assim garantir um dos seus mais importantes direitos, a saúde”.

Segundo a Constituição Federal de 1988, todos os brasileiros, independente da condição social, cor, etnia ou religião, possuem direitos que devem ser respeitados, protegidos e garantidos a todos pelo Estado, por meio de políticas públicas de qualidade. O ideal é que os direitos de todos os cidadãos sejam garantidos. O mais fundamental de todos esses direitos é o direito à vida, uma vez que é o primeiro que precisa ser garantido antes dos demais (BRASIL, 2010).

O artigo 227 da Constituição preconiza que a criança e o adolescente devem ser prioridades absolutas nas políticas públicas e a Saúde é destacada como um dos direitos fundamentais (BRASIL, 2010).

Jobert e Muller (1987) descrevem que as políticas públicas podem ser descritas como o “Estado em ação”, ou seja, implementando um programa de governo por meio de planos, projetos e ações, em diversas áreas e direcionados para os vários segmentos da população.

As políticas públicas também são definidas como as ações de responsabilidade do Estado que visam ao atendimento das necessidades da população, priorizando as áreas e os setores da sociedade que mais precisam (AQUINO *et al.*, 2012). Essas ações são desenvolvidas como resultado de uma decisão política liderada pelos gestores públicos e envolvendo diferentes atores. Já as políticas públicas sociais são aquelas direcionadas, inicialmente, para redistribuir os benefícios sociais e contribuir para reduzir as desigualdades na sociedade (HOFLING, 2001).

Sabe-se que ter políticas públicas para garantir todos os direitos previstos na Constituição Federal para a totalidade da população é um dos grandes desafios da gestão pública no Brasil. Em geral, os gestores justificam que as necessidades são muitas e que os recursos são escassos, não sendo possível enfrentar todos os problemas e garantir os direitos ao mesmo tempo. Outro fato é que, na maioria das vezes, os gestores recebem muitas demandas e pressões de vários setores e públicos, em geral de correligionários políticos e grupos privados que reivindicam que seus interesses sejam priorizados. Portanto, para que o governo cumpra a sua função, é necessário, não somente, um bom planejamento, mas também uma boa definição de

prioridades nesse plano, com uma gestão adequada da implementação, que inclui o monitoramento e a avaliação dos resultados. Também é fundamental ao dirigente público, assegurar na sua administração o que é direito da população, priorizando os que mais precisam, usando a informação para a tomada de decisão e cumprindo o que prometeu, antes de se eleger.

Mas afinal, que motivação leva um gestor público a tomar a decisão de escolher, em primeiro lugar, uma área, um grupo etário ou um território prioritário para a atuação do seu governo? Como são escolhidas as prioridades de um governo? Que fatores, motivações, fatos, pressões interferem nessa decisão?

Decisões são processos afetivos e cognitivos complexos. Para tomar uma decisão mais adequada, seja no campo pessoal ou no trabalho, o indivíduo precisa avaliar, comparar e finalmente escolher, antes de decidir em qual direção irá seguir. Em um julgamento, a partir de critérios técnicos, éticos e morais das várias possibilidades, avalia-se, por exemplo, se é bom ou ruim, justo ou injusto, viável ou inviável, técnica e financeiramente. Nesse sentido, informação, emoções, afetos e outros sentimentos interferem nas decisões que ocorrem em meio a vários acontecimentos que vão ser influenciados por essas decisões e que as influenciam (PROCÓPIO, 2012).

Segundo Mintzberg, Raisinghani e Thêorét (1976, p. 246), a decisão pode ser descrita como um “compromisso específico para a ação” e o processo decisório como “um conjunto de ações e fatores que começam com a identificação de um estímulo para a ação e termina com o compromisso específico para a ação”. Nesse mesmo sentido, para Nutt (1984), o processo de decisão se inicia com a definição do problema que se quer enfrentar, a escolha da solução que se vai implementar e finalmente com a ação.

A tomada de decisão é parte integrante e fundamental do cotidiano das pessoas. No caso dos gestores, a tomada de decisão faz parte de sua função e tem grande influência nos resultados.

Alguns dos fatores psicológicos e emocionais - pressões afetivas, motivações, objetivos de realização, expectativas pessoais e ambições - que influenciam o processo decisório são inconscientes, mas estruturam a percepção em um dado momento, interferindo na decisão (MORITZ; PEREIRA, 2006).

Motta (1988) destaca a importância da intuição na tomada de decisão. Para esse autor, isso acontece quando o gestor usa ativamente seus instintos e percepções. Essa decisão intuitiva é importante, porém é necessário seguir certos passos no processo decisório que pode se basear em determinados modelos.

Entre os modelos decisórios, destacam-se o racional, o processual, o anárquico e o político, com base nas definições de Choo (2003).

O modelo racional busca decisões mais lógicas e coerentes, reduzindo as interferências da subjetividade humana no processo decisório (LOUSADA; VALENTIM, 2011). O modelo processual segue uma linha geral de desenvolvimento: começa com a definição e o estudo do problema, segue com o levantamento das possibilidades mais adequadas e termina com a avaliação e a seleção de uma alternativa que precisa ser aprovada (CHOO, 2003). O modelo anárquico é regido pelo acaso e pela sorte, não seguindo nenhum tipo de estrutura e/ou sequência e não tendo uma sistematização na tomada de decisão. Pode ser comparado a uma “lata de lixo”, na qual os problemas e soluções não são claros e as decisões ocorrem quando há uma coincidência entre eles. Já no modelo político, a decisão sofre influência direta dos atores que ocupam diferentes posições, exercem funções diversas, com interesses e objetivos pessoais, resultando em decisões que não traduzem uma escolha racional, mas que privilegiam interesses pessoais (LOUSADA; VALENTIM, 2011).

Todos os modelos de tomada de decisão precisam de informações para a escolha das opções mais apropriadas. A informação orgânica é aquela que é produzida ou coletada internamente, sendo gerada como resultado do trabalho da equipe da organização (LOUSADA; VALENTIM, 2008).

Nessa tomada de decisão, necessária durante o planejamento das políticas públicas, é fundamental que os gestores, em especial o chefe do executivo e seus principais assessores, elejam as prioridades do governo com base em critérios técnicos, sem clientelismo e sem favorecimento de grupos privados que, em geral, não são os que mais precisam das ações governamentais.

Definir prioridades nas políticas públicas é escolher os grupos etários, os territórios, os setores, os problemas e as estratégias, nos quais se fará um maior investimento de recursos humanos, financeiros e de tempo, sem que isso signifique que os outros não priorizados fiquem abandonados. Essa definição de prioridades é sempre necessária para organizar e facilitar o trabalho, porém, em especial, pela limitação dos vários recursos para enfrentar todos os problemas de todos os territórios e em todos os setores ao mesmo tempo (SÃO PAULO, 2009).

A etapa da tomada de decisão sobre as prioridades ou a escolha da melhor solução é influenciada por vários fatores, entre eles os valores, os sentimentos, os conhecimentos, as experiências de vida, a formação profissional e outras motivações dos gestores e das equipes técnicas que apoiam a decisão gerencial (SANTOS; PONTE, 1998).

Essa definição pode ser realizada com base em critérios técnicos, objetivos e isentos de influência política ou baseada nas decisões pessoais e subjetivas dos gestores, muitas vezes influenciadas por motivações políticas ou de minorias privilegiadas. A opção ideal é a utilização de critérios técnicos, buscando beneficiar a maioria da população e reduzindo as desigualdades sociais (SÃO PAULO, 2009).

Segundo relatório da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2009), citando como referência a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), na eleição das prioridades para o investimento em saúde tem sido utilizado o método CENDES-OPS, que usa os critérios de: Magnitude, Transcendência, Vulnerabilidade e Custos. Os três primeiros critérios têm relação direta com o investimento, portanto, quanto maiores eles forem, maior deve ser o investimento. No caso do quarto, a relação é inversa, ou seja, quanto maiores forem os custos, geralmente, menor será o investimento.

Um caminho utilizado para definir as prioridades da gestão pública em saúde deve ser a utilização dos dados coletados pelos sistemas de informação oficiais ou obtidos por meio de estudos. Essas pesquisas e sistemas de informação têm como objetivo estudar os níveis de saúde da população para determinar quais os agravos prevalentes, grupos etários mais afetados e fazer recomendações em termos de quais são as estratégias e intervenções mais efetivas para o enfrentamento dos problemas identificados (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Permanece, entretanto, a pergunta: como um governo decide investir mais ou menos em uma área, grupo etário, grupo populacional e território? O que o motiva?

Segundo Bergamini (1991), a motivação tem influência na tomada de decisão e na escolha das prioridades da gestão.

Apesar de estar tão presente nas teorias da administração, não é fácil entender e explicar a motivação, por sua complexidade, assim como os outros aspectos do comportamento humano. De acordo com Penna (2001), há diferentes teorias da motivação, sendo a maioria delas proveniente de quatro vertentes principais: behaviorista, cognitivista, humanista e psicanalítica. Entre essas, destaca-se a vertente humanista que ressalta o sujeito e suas relações interpessoais, buscando compreender a evolução dos seus processos internos de construção e organização da realidade, em interação social, de forma integrada (SANTOS, 2003).

As teorias da motivação também podem ser agrupadas em duas abordagens distintas: de conteúdo e de processo (LOPES, 2012).

Entre os vários estudiosos da motivação humana, destaca-se Maslow (em 1970), com a proposta da pirâmide das necessidades segundo uma hierarquia de importância, partindo das necessidades mais básicas até a autorrealização. Também é importante citar Herzberg (em 1959), que sugere a existência de dois fatores essenciais para a satisfação no trabalho: a higiene e a motivação; e McGregor (em 1960), com a Teoria do X e do Y. A primeira com argumentos negativos sobre a atuação das pessoas no trabalho e a Y com uma visão mais positiva (ROBBINS, 2002; CHIAVENATO, 2004).

De acordo com Bzuneck (2009), a palavra motivação vem do verbo *movere* (latim), logo motivação é aquilo que move uma pessoa ou que a põe em ação ou a faz mudar o curso. Para Huertas (2001, p. 280), “a motivação é a energia psíquica do ser humano”. Segundo Robbins (2002), ela define para onde, o quanto e como uma pessoa direcionará suas energias para o alcance de seus objetivos.

De acordo com André (2004), as pessoas almejam realização. Mais do que um ato, procuram alcançar um estado de espírito. Para elas, mais importante do que o fato concretizado é a satisfação de tê-lo feito. Ainda segundo essa autora, a motivação é intrínseca do ser humano e ativada por suas necessidades e estímulos. Para Spector (2002), a motivação leva a pessoa a adotar determinado comportamento visando alcançar um objetivo decorrente de uma necessidade ou desejo.

Segundo Pinto (2010, p. 4), Freud descreveu a necessidade humana como

Um estímulo que se manifesta de dentro do organismo do homem, assim, a necessidade nunca atua como um impacto momentâneo, mas sim como uma força persistente ao longo do tempo e toda e qualquer luta contra ela é, absolutamente infrutífera. Apenas a satisfação é o que suplanta a necessidade. A satisfação é o resultado da alteração do status quo, que cessa a fonte do estímulo.

Bergamini (2000) defende que motivação é um processo no qual existe uma vontade de fazer algo para alcançar um objetivo. Em vista disso, se as pessoas tiverem autonomia, elas escolhem fazer primeiro e fazem melhor as atividades para as quais estão motivadas. Isso reforça a ideia de que a motivação do ser humano é uma função essencialmente interna.

Segundo Pinto (2010, p. 1), “alguns autores afirmam que a motivação é exclusivamente intrínseca, inerente ao próprio homem, enquanto outros autores admitem com naturalidade a ocorrência da motivação humana fundamentada em fontes extrínsecas ao indivíduo”.

Para a análise dos resultados deste estudo, consideram-se os autores que defendem haver motivações intrínsecas ou endógenas e extrínsecas ou exógenas (MATURANA; VARELA, 2004; WELCH; WELCH, 2005; TOUS; AMORÓS, 2007). Um desses estudiosos, Pinto (2010), após exaustiva revisão de pesquisadores que publicaram suas ideias, concluiu que a motivação humana tem o seu processo acionado tanto por fontes intrínsecas como por fontes extrínsecas.

Os fatores da motivação intrínseca estão ligados ao próprio indivíduo (BERGAMINI, 1998). As teorias dos **fatores endógenos** têm como base a motivação vista como um fenômeno psicológico, que se processa dentro da mente e influencia seu comportamento. Entre elas, destaca-se a Teoria das Expectativas (GRANT; SHIN, 2013; NOKADA, 2014). A motivação intrínseca é representada pela satisfação, a alegria, a experiência pessoal, o prazer interior e a autorrealização, visando a satisfazer as necessidades do indivíduo (BILHIM, 2009).

A motivação extrínseca é baseada na ideia de que o comportamento humano pode ser moldado, ajustado, por meio de fatores externos, que agem como recompensas ou punições disponíveis no ambiente externo. Dessa maneira, a motivação extrínseca é o resultado de incentivos ambientais e periféricos ao indivíduo (cobrança, alimento, dinheiro) (BERGAMINI, 1997). Entre as teorias **da influência exógena**, destaca-se a Teoria da Fixação de Objetivos. Todavia, embora os autores defendam a existência dos fatores externos, ainda assim admitem que, se esses desaparecem, há maior probabilidade de que a motivação que é desencadeada por eles também chegue ao fim. Por outro lado, quando a motivação é interna, ela continua agindo até que a necessidade interior do indivíduo seja satisfeita (BERGAMINI, 1990; GRANT; SHIN, 2013; NOKADA, 2014).

Há também uma categoria chamada de híbrida, que inclui pontos das teorias endógenas e exógenas, e cuja referência é a Teoria da Autodeterminação. Essa teoria prevê a existência de três necessidades psicológicas: autonomia, competência pessoal e vínculo social. Segundo essa teoria, ao serem atendidas essas necessidades, a pessoa terá mais chances de estar motivada e a comprometer-se com as metas e os objetivos da organização (GRANT; SHIN, 2013; NOKADA, 2014).

Na Teoria da Autodeterminação, considera-se que o fato de o indivíduo conseguir realizar a atividade o que significa a própria recompensa. Nessa teoria, há uma motivação autônoma, que compreende fatores tanto internos quanto externos, enquanto a outra motivação, que é chamada de controlada, engloba fatores extrínsecos, como prêmios ou repreensões (DURSO *et al.*, 2016).

Finalmente, para efeitos da análise que virá a seguir, é importante entender melhor as Teorias das Expectativas e a da Definição de Objetivos.

A Teoria das Expectativas defende que o grau de motivação para atuar de uma determinada forma, depende do nível de expectativa com relação ao resultado esperado com essa ação e da influência que esse resultado tem sobre o indivíduo. O grau de motivação de um indivíduo para agir depende da sua confiança em alcançar o objetivo que busca (MOREIRA, 2013).

De acordo com Moreira (2013) e Locke (1996), na Teoria da Definição de Objetivos, as equipes participam da escolha dos objetivos, juntamente com as lideranças da organização e, dessa forma, os trabalhadores percebem melhor a importância da sua atuação para a obtenção dos resultados da organização, assim como para a satisfação pessoal. A motivação será maior, a medida que mais ousados forem os objetivos.

O que é mesmo necessário para motivar as pessoas? Essa é uma pergunta que há anos é feita por administradores, psicólogos, profissionais de marketing e outros estudiosos. Apesar de ainda não existirem respostas completas a essa pergunta, já há um consenso sobre a necessidade de lideranças nesse processo de motivação.

De acordo com Bergamini (1994), existem diferentes definições de liderança, porém a que predomina é a do líder como um indivíduo que influencia um grupo em torno de objetivos comuns. Para que o líder cumpra o seu papel, ele tem que motivar sua equipe, de modo que todos colaborem para o alcance dos objetivos e das metas previamente estabelecidos.

Portanto, o líder precisa ter uma visão e uma capacidade de persuasão capazes de inspirar, mobilizar e criar um senso de propósito comum que una os liderados.

Chiavenato (1994) define também liderança como a arte da comunicação humana, que visa a convencer as pessoas a realizar, com vontade e dedicação, as ações pelas quais são responsáveis. É a capacidade de influenciar as pessoas a fazer aquilo que devem fazer.

As informações obtidas neste estudo sobre as motivações são organizadas e apresentadas em categorias e subcategorias e discutidas a seguir em dois blocos: um referente às

respostas dos ex-governadores e outro referente aos ex-secretários estaduais de saúde. Essa decisão de separar em dois blocos foi tomada porque, ao se analisar as respostas dos ex-governadores e dos ex-secretários, constatou-se que, apesar de as motivações apresentarem muitas similaridades, a análise é diferente, em virtude das responsabilidades e competências de cada função. Segundo Sousa (2008, p. 154), “as falas dos sujeitos são consequências dos espaços de poder por eles ocupados”.

6.1.1 Fatores Motivacionais na Opinião dos Ex-governadores

Durante o planejamento das políticas públicas (especialmente quando se iniciam os mandatos), os gestores traçam os objetivos e as metas que pretendem alcançar e decidem o que fazer e como fazer para obter êxito, escolhendo as ações prioritárias e definindo os recursos necessários para a sua realização. Essa tomada de decisão é influenciada pelos conhecimentos, valores e compromissos dos dirigentes e assessores, pressões de grupos, obrigações e compromissos assumidos pela organização. Essa decisão tem consequências econômicas, sociais e políticas, para a organização e para a sociedade, as quais podem ser boas ou ruins.

Nessa tomada de decisão, a motivação pode levar a diferentes comportamentos que dependem dos interesses individuais, concluindo-se que pessoas diferentes podem agir na mesma direção, porém por motivos diversos (BERGAMINI, 1997). Essa afirmação pode justificar o porquê de, ao se entrevistar os três ex-governadores que priorizaram a saúde infantil, surgiram diversas razões que foram organizados em seis subcategorias.

No quadro a seguir são apresentadas essas categorias e subcategorias, a partir das respostas dos ex-governadores.

Quadro 2 – Categoria e subcategorias de análise da Motivação na perspectiva dos Ex-governadores

Tema central (Categoria)	Subcategorias Na perspectiva dos ex-governadores
Motivação para priorizar a saúde infantil no governo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alguém o convenceu de que era possível reduzir a mortalidade infantil com ações simples, eficazes e de baixo custo; 2. Cobrança e argumentos dos técnicos da equipe na campanha e no governo; 3. Sensibilidade com a situação epidemiológica da saúde da criança (mortalidade infantil, desnutrição e pobreza); 4. Dar continuidade a iniciativas de governos anteriores; 5. Vontade e decisão de investir nas pessoas e no desenvolvimento humano; e 6. Formação profissional do gestor e conhecimento de experiências anteriores.

Fonte: Dados da pesquisa

A maioria das respostas dos ex-governadores aqui apresentadas refere-se ao início dos seus mandatos, correspondendo à fase de elaboração do plano de governo ou quando ainda estavam na campanha.

Entre os fatores motivacionais informados pelos ex-governadores para priorizar a saúde infantil, observa-se que quatro deles podem ser considerados como intrínsecos, ou seja, têm relação com sentimentos, emoções, vontades, conhecimentos, intenções e atribuições pessoais. São eles:

“Sensibilidade com a situação epidemiológica da saúde da criança (mortalidade infantil, desnutrição e pobreza) ”;

“Decisão de dar continuidade a iniciativas de governos anteriores”;

“Vontade e decisão de investir nas pessoas e no desenvolvimento humano”;

“Formação profissional e conhecimento de experiências anteriores”.

Os outros dois fatores motivacionais referidos foram considerados como extrínsecos, uma vez que tiveram influência de outras pessoas e de informações do meio externo e foram:

“Alguém o convenceu de que era possível reduzir a mortalidade infantil com ações básicas de saúde”;

“Cobrança e argumentos dos técnicos da equipe na campanha e no governo”.

É importante destacar que a própria classificação entre extrínseca e intrínseca pode variar de uma pessoa para outra, e somente o indivíduo que está sendo motivado, e às vezes nem ele, consegue fazer melhor essa classificação.

De acordo com Moritz e Pereira (2006), alguns dos fatores psicológicos e emocionais – sentimentos, pressões afetivas, fatores de realização e expectativas pessoais - que influenciam no processo decisório são inconscientes, mas estruturam a nossa percepção em um dado momento, influenciando a decisão.

Partindo dessa afirmação, e considerando o fato de o ex-governador Tasso Jereissati ter afirmado claramente sua grande sensibilidade com a causa da criança na fala abaixo, pode-se supor que a emoção foi um ingrediente importante para a sua decisão de investir na saúde infantil.

Quando perguntado por que ele decidiu priorizar a criança no seu primeiro governo, sua resposta imediata foi a seguinte:

Para esse tipo de decisão você tem duas áreas de influência que lhe motivam. Uma chamada de subjetiva que é o seu emocional. Tem gente que se emociona mais com idoso, tem gente que se emociona mais com deficiente físico, tem gente que é com criança. Para mim, sempre foi e é até hoje, a criança. É algo que me toca muito profundamente, o tema da infância.

A outra dimensão mencionada por ele e que motiva um gestor é a dimensão do governo, do indivíduo como gestor público, de ter que enfrentar um indicador vergonhoso que era a alta taxa de mortalidade infantil da época, no início de seu primeiro governo, em 1987. Essa dimensão será tratada mais à frente neste capítulo.

A descrição das motivações será feita começando pelos fatores extrínsecos, porque foram eles que pareceram mais expressivos na fala dos ex-governadores.

6.1.1.1 Alguém o Convenceu de que Era Possível Reduzir a Mortalidade Infantil com Ações Simples, Eficazes e de Baixo Custo

A partir da leitura exaustiva das falas dos ex-governadores entrevistados, a motivação que mais chamou a atenção, por meio da ênfase dada pelos ex-governadores, em

especial no período de 1987 a 1994, foi alguém tê-los convencido de que era possível reduzir a mortalidade infantil por causas pós-neonatais, com ações básicas de saúde, simples, eficazes e de baixo custo. Segundo as falas, esse fato foi o que mais contribuiu para que os governadores que atuaram de 1987 e 2002 priorizassem essas ações.

De acordo com a maioria dos entrevistados, o Dr. Carlile Lavor, médico sanitarista, foi a grande liderança que os convenceu para que priorizassem a saúde materno-infantil, conforme relato dos próprios ex-governadores: Tasso Jereissati e Ciro Gomes:

Quem na verdade me disse é possível [...] foi o Carlile quando explicou, é desidratação, e dando soro oral você resolve. Foi ele que deu o estalo, você resolve. É só isso [...]. E para essa desidratação, tem prevenção? [...] na minha visão de não especialista no assunto, era um problema muito mais complexo do que parecia. Realmente foi um estalo muito grande quando o Carlile disse, com isso você resolve. **Pois se é só com isso, vamos fazer!** [grifo nosso] [...]. Normalmente tem toda uma filosofia da fome, das origens da pobreza, isso é histórico [...]. É precisa melhorar o nível de educação, a renda, não sei o que mais. O estalo foi esse, é água, açúcar e sal. (TASSO JEREISSATI, ex-governador).

Oh, é simples. A gente achava dramaticamente impossível ou quase impossível, complicadíssimo. Que teria que reverter à miséria e distribuir melhor a renda e vocês diziam, sim, ok. Mas se atacar determinadas causas muito básicas, muito simples haverá resultados absolutamente surpreendentes. Como assim? (CIRO GOMES, ex-governador).

A proposta que o Dr. Carlile apresentou em 1986, ao então candidato a governador, Tasso Jereissati, tinha como referência uma experiência que ele vivenciara em cidades nos arredores de Brasília e no interior do Ceará. A iniciativa se baseava em experiências internacionais, inclusive defendidas pelo UNICEF, pelas quais seria possível reduzir a mortalidade infantil por meio de ações básicas de saúde promovidas por lideranças da comunidade, treinadas e supervisionadas por profissionais de saúde.

A experiência de Planaltina (cidade-satélite de Brasília) vivenciada e relatada pelo Dr. Carlile é referida na obra de Barbosa *et al.* (1977). Segundo esses autores, membros da comunidade já vinham sendo treinados em várias partes do mundo para promover a saúde e eles eram chamados por diferentes nomes. No caso de Planaltina, havia uma categoria especial de pessoal que foi chamada de auxiliar de saúde, apesar de também atuar na promoção do desenvolvimento social. Esses auxiliares recebiam um treinamento que durava seis meses, com 40 horas semanais, atuavam na zona rural e urbana e eram supervisionados por enfermeiros e assistentes sociais. O programa de agentes de saúde desenvolvido no Ceará e relatado por Svitone *et al.* (2000) tem muita semelhança com a experiência de Planaltina.

Nesse caso específico de motivação dos ex-governadores, havia uma liderança motivada (o Dr. Carlile) e com firme convicção de que era possível reduzir a mortalidade

infantil com ações básicas de saúde na comunidade. Ele convenceu o candidato e depois governador, Tasso Jereissati e também Ciro Gomes (naquele ano -1986 - deputado estadual e depois governador de 1991 a 1994), agindo como uma verdadeira liderança.

Um dos importantes papéis dos líderes que atuam na área social é influenciar políticas públicas, contribuindo para que sejam obtidas mudanças sistêmicas que visem o desenvolvimento humano sustentável e que tragam benefícios para a maior parte da população, especialmente aos que mais precisam (GHANEM, 2007). O Dr. Carlile teve um papel de líder com essa função social.

O líder precisa ter muita influência para que possa convencer não somente a sua equipe, mas também o seu superior de que a sua ideia tem muitas possibilidades de funcionar (LIMA, 2012).

Esse caso pode ser explicado com base na Teoria das Expectativas (MOREIRA, 2013; LOCKE, 1996; LATHAM & PINDER, 2005), pois a motivação do Dr. Carlile para melhorar a saúde da criança era baseada em seu nível de expectativa com relação ao resultado esperado, que era a redução da mortalidade infantil e da influência desse resultado sobre ele.

Mesmo com uma causa justa e uma boa liderança, como se configurava ser o Dr. Carlile, os acontecimentos e as informações só tiveram uma forte influência na tomada de decisão porque existia previamente uma condição favorável (PINTO, 2010) que era a vontade de fazer algo pela criança, como demonstra a fala a seguir do ex-governador Tasso Jereissati.

[...] nós juntamos a vontade que já tínhamos de fazer algo pela criança, com a ideia de focar e perseguir aquele objetivo, já que era possível em termos de custo, implantando o programa sugerido pelo Carlile, da maneira mais simples possível, com o apoio do senhor John Donohue do UNICEF [Representante no Brasil]. (TASSO JEREISSATI, ex-governador).

A fala a seguir mostra que a vontade e a necessidade de avaliar e comprovar os resultados das ações do Governo do Estado também se tornaram determinações políticas, pois havia a constatação de uma dificuldade nessa área pelo relato de experiências anteriores.

Outra dificuldade que vinha da minha própria formação profissional e de vida era como fazer algo que fosse possível avaliar os resultados. [...] e ninguém avaliava o resultado objetivamente. Havia programas, mas ninguém avaliava [...]. Como era que a gente podia fazer uma avaliação objetiva dos resultados daquele trabalho. (TASSO JEREISSATI, ex-governador).

Esse fato chama a atenção, porque no ano de 1987, não era comum identificar governos preocupados em demonstrar os resultados de suas ações. Além disso, havia pouca cobrança da sociedade com relação ao monitoramento das ações públicas.

Isso mudou bastante e nos últimos anos, o conceito de administração pública tem sido cada vez mais relacionado à função fundamental do Estado como executor direto de políticas públicas e da oferta de serviços, com o acompanhamento da sociedade. Esse novo conceito vem sendo reforçado pela ideia da gestão baseada em resultados, que depende de um bom planejamento, implementação, monitoramento e avaliação adequados (BRASIL, 2009).

A gestão por resultados, segundo Porta, Santos e Palm (2015, p. 3),

pode ser entendida como uma ferramenta cultural, conceitual e operacional, que se orienta a priorizar o resultado em todas as ações, e que é capaz de otimizar o desempenho governamental. Trata-se de um exercício de direção dos organismos públicos que procura conhecer e atuar sobre todos aqueles aspectos que afetem ou modelem os resultados da organização.

Nesse modelo de gestão, durante o planejamento, os objetivos são apresentados como resultados que se esperam alcançar, e em toda a coordenação e implementação dos planos, programas e projetos, predomina a orientação por resultados (GOMES, 2009). No caso do Ceará, a preocupação com a avaliação dos resultados da ação do governo já existia desde o seu início, sinalizando para os princípios da gestão por resultados.

Com relação às iniciativas de planejamento governamental no Ceará, é interessante destacar o que relata Lima (2015), segundo o qual o ex-governador Virgílio Távora, logo após ter assumido o seu mandato do período de 1963 a 1966, solicitou a elaboração do I Plano de Metas Governamentais (I PLAMEG), sendo essa a primeira experiência efetiva de planejamento no Ceará, segundo esse autor.

6.1.1.2 Cobrança e Argumentos dos Técnicos da Equipe na Campanha e no Governo

A motivação é um tema fundamental na administração de recursos humanos com vistas a alcançar as metas da organização, tendo em mente também a qualidade de vida e as condições de trabalho dos empregados uma vez que o entusiasmo dos membros da equipe é muito importante para a obtenção dos resultados.

Um aspecto muito presente na fala dos ex-governadores, novamente de forma destacada no período de 1987 a 1994, foi a maneira enfática como os técnicos de saúde (a maioria, médicos e muitos pediatras) falavam, de forma convincente e entusiasmada, do

potencial das ações básicas de saúde para a redução da mortalidade infantil. Essas falas eram entendidas até como uma forma de cobrança, tal era o entusiasmo. A motivação dos técnicos contribuiu, não somente, para a tomada de decisão em priorizar a saúde da criança no início do governo, especialmente a redução da mortalidade infantil, mas também para continuar a priorizar ao longo de toda a gestão. Esse entusiasmo contagiante e os argumentos técnicos podem ser entendidos também como uma forma de convencer que é possível executar.

A fala do ex-governador Tasso Jereissati destaca que a liderança, o entusiasmo e o amor à causa da infância, demonstrados pela equipe técnica, o motivaram e também ao restante da equipe, fazendo-os acreditar que seria possível alcançar os objetivos estabelecidos.

Não sei se foi só a liderança do grupo de vocês, naquela época. Teve um clima especial que criou aquela motivação. Foi algo fora de série, que é difícil se repetir, aquela motivação, o segredo de tudo para mim, que foi extraordinária que nunca mais eu vi. Foi aquele clima, no sentido da motivação [...]. Acho que havia um entusiasmo contagiante, todo mundo acreditava [...]. Foi um clima de entusiasmo e achando que poderia se conseguir, acho que havia aquele sentimento. E de novo, algo que nos motivava, digo, a equipe que não estava na rua. Havia aquela sensação de que nós estávamos mudando o Ceará e o Brasil [...]. Que o Brasil ia mudar, e que nós estávamos fazendo parte daquela mudança. Agora a maior mudança, revolução, foi na ponta, porque era com amor que as pessoas faziam aquilo. Com um amor intenso. [...] (TASSO JEREISSATI, ex-governador).

Ele também citou o clima de abertura democrática como um fator motivador para fazer a coisa certa, porém que nunca mais viu esse nível de motivação, conforme relata a seguir. “Tinha a volta da democracia, aquela sensação de que as pessoas tinham que ser mais participativas. Foi na época um conjunto de circunstâncias e que pegou, e realmente depois eu não vi mais”.

Depois de 20 anos de ditadura militar, o Brasil vivia um processo de redemocratização naquela década de 1980 (ALDANA; WINCKLER, 2010). Havia ao mesmo tempo no País um forte movimento político-sanitário, que teve um ápice com a realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986. Esse evento foi fundamental para a discussão sobre o tema da saúde na nova Constituição Federal de 1988, considerada por Ulysses Guimarães como a Constituição Cidadã (PAIM, 2013).

Ainda sobre o clima de motivação, Bergamini (1998) defende que o grupo social tem um papel preponderante no despertar da energia motivacional, destacando o importante valor das relações humanas, como o mais potente fator para despertar a motivação.

O ex-governador Ciro Gomes também cita, como um fator motivacional, a vivência prática e as afirmações contundentes dos técnicos que, apesar de em sua opinião trazerem um tom de

cobrança, foram consideradas por ele como positivas uma vez que também vinham respaldadas de justificativas técnicas e por organizações de grande credibilidade, como era o caso da Sociedade Brasileira de Pediatria.

[...] o Carlile que tinha tido uma vivência, e aí veio àquela história, uma cobrança que eu achei muito interessante [...] Eu me lembro muitas vezes das conversas e havia a cobrança que eu quero chamar atenção [...]. Surgiram vocês, jovens profissionais de saúde com uma concepção avançadíssima e com uma cobrança, no melhor sentido dessa palavra, contundente. Eu lembro bem a ideia de que a gente não acreditou quando veio [...], a Anamaria [Cavalcante] e a Sociedade Brasileira de Pediatria [...]. (CIRO GOMES, ex-governador).

Nesse resgate histórico, chama à atenção a capacidade do ex-governador Ciro Gomes de lembrar os detalhes da proposta técnica que era apresentada pelos pediatras em sua argumentação de que era possível fazer mais pela saúde das crianças.

Eu me lembro das conversas todas e tem que voltar o aleitamento materno, [...] infecção respiratória é muito simples de tratar [...]. Reidratação oral, inclusive com soro caseiro, mistura água com açúcar e sal, acompanhamento de peso e nutrição, uma coisa simples e a vacina, [...] a vacina está aí, mas estraga e ninguém aplica, e aí então vamos fazer e começou [...]. Até achar o limite do estrutural, da questão da pobreza tem muita coisa pra fazer e não precisa de muito dinheiro não. Isso foi o grande repto; assim, o grande desafio e aí foi feito e começou a ser feito experimental e começaram a se produzir recursos e resultados [...]. (CIRO GOMES, ex-governador).

A proposta apresentada pelo Dr. Carlile Lavor, em 1986, aos ex-governadores Tasso Jereissati e Ciro Gomes, estava em consonância com a iniciativa lançada pelo UNICEF, em 1982 e chamada de “Revolução pela sobrevivência infantil” (UNICEF, 1985). Tratava-se de uma estratégia baseada inicialmente em quatro intervenções eficazes, de baixo custo e simples de implementar, as quais ficaram conhecidas pela sigla GOBI referente a: GOBI (*Growth Monitoring, Oral Rehydration Therapy, Breastfeeding and Immunization* que corresponde respectivamente a monitoramento do crescimento, terapia de reidratação oral, aleitamento materno e imunização). Posteriormente foram acrescidas pelas ações FFF (*Female Education, Family Spacing and Food Supplementation*, referente à educação das mulheres, ao planejamento familiar e à suplementação alimentar). É importante destacar que, em 1986, o UNICEF já havia documentado algumas experiências de redução da mortalidade infantil como resultado da realização dessas ações, em grande parte, por meio da educação em saúde na atenção básica e com a participação de agentes comunitários de saúde (UNICEF, 1985). Desse modo, havia um respaldo institucional e, por que não dizer, científico à proposta. É importante destacar que, logo após a eleição de Tasso Jereissati a governador, a Dra. Anamaria Cavalcante manteve contato com o escritório do UNICEF no Brasil, com intuito de que a equipe dessa

organização internacional apoiasse a elaboração do plano de redução da mortalidade infantil no Ceará, demanda na qual foi atendida. Logo após assumir o Governo, ainda por sugestão da Dra. Anamaria, o governador eleito solicitou ao UNICEF que instalasse um escritório no Ceará, no que foi prontamente atendido (SILVA *et al.*, 1999).

Os depoimentos dos ex-governadores Tasso Jereissati e Ciro Gomes deixam evidente que o entusiasmo dos técnicos os motivaram, assim como o restante da equipe do governo. Porém, ao se perguntar ao ex-governador Tasso se ele pessoalmente havia utilizado alguma técnica de motivação para animar a equipe, obteve-se a seguinte resposta:

Não houve nenhuma estratégia ou técnica planejada ou pensada. Acho que havia um entusiasmo contagiante, todo mundo acreditava. Não teve assim uma técnica, como hoje é muito comum, técnica de motivação, livro de autoajuda, não teve nenhum especialista que veio. (TASSO JEREISSATI, ex-governador).

E essa motivação que foi dos técnicos para os políticos voltou na forma de prestígio e apoio político para os gestores e técnicos da Secretaria de Saúde do Estado e, em especial, para os agentes comunitários de saúde, como relata a seguir o ex-governador Ciro Gomes.

[...] eles [os agentes de saúde] viraram elementos absolutamente populares. E tome emulação dos agentes comunitários de saúde e muita força pra eles. A vida inteira e em todos os lugares eu separava um lugar pra eles nas reuniões e distinguia como os meus anjos da guarda e do povo cearense e nós ganhamos o Premio do UNICEF [*Maurice Pate*] e aquilo também produziu um efeito em termos de motivação extraordinária. (CIRO GOMES, ex-governador).

O prestígio relatado há pouco e certo grau de autonomia é concordante com o relato de Labor, A, Labor, M e Labor, I (2004, p. 125), quando descrevem as impressões da professora Judith Tendler, do Instituto de Tecnologia de Massachusetts, ao avaliar a experiência do Estado do Ceará com os agentes comunitários de saúde. Segundo esse autor, a professora do MIT descreve que:

Encontraram os agentes satisfeitos com o seu trabalho, estimados pelas famílias a que serviam e alcançando resultados animadores [...]. Descobriram no processo de trabalho do agente a mesma orientação teórica adotada recentemente pelas empresas que mais se destacaram no desempenho industrial e transformação do local de trabalho [...]. Uma orientação que reconhece que o trabalhador não deve seguir um protocolo rígido, nos moldes do modelo dominante por quase todo o século XX, na organização do trabalho das indústrias e dos serviços. Mas, ao contrário, que ele deve ser estimulado a desenvolver a sua inteligência para chegar aos objetivos, criando soluções novas no seu dia a dia.

Ainda segundo Lavor, A; Lavor, M e Lavor, I (2004, p. 125), a Dra. Tandler destaca “[...] que o processo de trabalho seguido pelos agentes contrariava os ensinamentos do Banco Mundial, que recomendava a obediência a protocolos nos países em desenvolvimento”.

Segundo SPINK, CLEMENTE e KEPPKE (1999, p.67)

O estudo de Tandler (1997) sobre o estado do Ceará também apontou uma conclusão simples, mas real: dê às pessoas o espaço para trabalharem e o encorajamento para encontrarem soluções, e elas geralmente as encontrarão.

Esses relatos sugerem que havia um modelo de gestão no Estado que buscava a motivação dos trabalhadores, inclusive com valorização e um determinado grau de autonomia. Apesar dessa autonomia relatada pela Dra. Tandler, é necessário destacar a importância de uma boa supervisão do trabalho desses agentes, como é apontado por Svitone *et al.* (2000, p. 4), ao escrever sobre o programa do Ceará: “dentre as chaves de sucesso do programa estão: a seleção cuidadosa dos agentes, a qualidade da supervisão e do treinamento”.

Ao mesmo tempo em que os agentes ficavam mais conhecidos e com prestígio junto ao Governo e na comunidade, também surgia a pressão dos políticos locais para interferir na seleção e contratação deles, porém havia uma firme decisão dos gestores de que não haveria essa interferência política. Ele relata “Os políticos queriam transferir, demitir e nomear, mas nós não permitimos, nós ‘blindamos’ o programa e eles [agentes de saúde] sentiram esse prestígio essa força junto ao Governo, ao Governador pessoalmente e ao secretário de saúde [...]”.

Silva *et al.* (1999) destacam que, tanto o Governador do Estado, como os secretários de saúde e outros assessores do Governo tiveram que ser firmes para mostrar às lideranças políticas do Ceará, as quais queriam influenciar a escolha dos agentes de saúde de forma clientelista, que essa prática não seria admitida.

Além dessa “proteção” do trabalho dos agentes de influências políticas, o ex-governador Ciro Gomes traz em sua fala mais um elemento que destaca a atuação desses trabalhadores como muito relevante para a relação entre o Estado e os cidadãos. Para ele, o Estado é bem-vindo na casa das pessoas se trouxer coisas práticas:

Eu acho que a possibilidade do Estado conseguir entrar na casa das pessoas legitimamente foi a chave de tudo. Nós conseguimos por meio do agente de saúde e talvez por um traço cultural que não sei se é muito transplantável. Agora mesmo nós estamos vendo dificuldades de entrar na casa das pessoas para prevenir a dengue, mas naquela data nós conseguimos com muita moral política e muita confiança da população. Nós conseguimos projetar o estado dentro da casa das pessoas, portanto o Estado era bem-vindo porque trazia coisas muito praticas. Essa ação de entrar confiavelmente na casa das pessoas é a chave para mim. (CIRO GOMES, ex-governador).

Essa boa aceitação da população ao trabalho dos agentes de saúde também é destacada por Tendler (1998), quando descreve a maneira como esses trabalhadores eram recebidos nas residências e sobre a relação de confiança mútua criada por meio deles entre o Governo e as famílias.

6.1.1.3 Sensibilidade com a Situação Epidemiológica da Saúde da Criança (Mortalidade Infantil e Desnutrição)

As emoções exercem muitos e diferentes papéis no ser humano. Nesse sentido é de se esperar que esses sentimentos influenciem as decisões dos gestores. Por outro lado, é fundamental manter a racionalidade para que se tomem as decisões mais adequadas na hora de definir prioridades (SANTOS, PONTE, 1998).

Em um estudo realizado por Fortes (2010), com professores de bioética no tema da saúde, os entrevistados tiveram dificuldade para estabelecer prioridades no investimento dos recursos do Sistema Único de Saúde. Alguns entrevistados foram favoráveis a que às pessoas das classes sociais mais desfavorecidas fossem priorizadas. Esse exemplo mostra como a definição de prioridades não é fácil e exige uma tomada de decisão muito bem orientada. Além disso, é importante destacar a necessidade de utilizar critérios epidemiológicos e sociais para a definição dos grupos que serão atendidos em primeiro lugar nas políticas públicas.

Nas entrevistas, a situação de saúde da época, em especial da população materno-infantil, a desnutrição e a pobreza são citadas como fatores que contribuíram para a tomada de decisão de priorizar a saúde das crianças. Os relatos indicam que as estatísticas envergonhavam os governantes, pois, quando informados dos graves indicadores de morbimortalidade infantil, sentiam-se obrigados a fazer algo para reverter aquele quadro:

[...] o Estado, naquela época, era símbolo de pobreza, da miséria no Nordeste [...] e o que mais chamava a atenção, o mais simbólico, o mais vergonhoso era a mortalidade infantil [...]. Eu tive a primeira informação que me chocou, [...] que algo como 70% das crianças morria por diarreia, por desidratação. Esse número já me impressionou. (TASSO JEREISSATI, ex-governador).

Segundo Svitone *et al.* (2000), cerca de 40% das mortes que ocorriam no Ceará de 1986 a 1987 eram de crianças menores de um ano. Mais da metade dessas crianças que morreram nesse período não tinha sido atendida por nenhum serviço de saúde, durante a doença que as levou a óbito e metade de todas essas mortes eram por diarreia. A alta mortalidade e a preocupação do que o novo Governo deveria fazer são citados também pelo ex-governador Ciro

Gomes “[...] era a denúncia dos ‘anjinhos’ passando e [...] ganhando [a eleição] o que a gente vai fazer agora para reverter esse quadro, e aí fomos ouvi-los [os profissionais de saúde]”.

O termo “anjinhos”, citado pelo ex-governador Ciro Gomes, é explicado por Santos (2012, p. 4), com base nos relatos de Gilberto Freyre (FREYRE, 2003), em *Casa Grande & Senzala*, segundo o qual, “a criança morta era vista como um anjo que, atendendo ao chamado de Deus, voava direto para o Paraíso, o que justificava a comemoração da sua morte e o alívio dos vivos”.

E os relatos sobre a situação da saúde da criança continuam:

[...] especificamente em relação a essa questão, era o pior diagnóstico, o materno-infantil [...]. Então, eu tinha toda uma memória das dificuldades desde quando eu fui secretário a primeira vez, período no qual a mortalidade infantil estava na ordem de cento e quarenta por mil [...]. (LÚCIO ALCÂNTARA, ex-governador).

Um aspecto importante era a necessidade de ter foco em uma temática, em um problema principal, para que houvesse um bom resultado e, naquele momento, fica evidente a redução da mortalidade infantil como a prioridade como se constata na fala do ex-governador Tasso Jereissati “[...] tinha que ter um foco. E o foco era a mortalidade infantil. É uma vergonha que nós precisamos enfrentar”.

Para enfrentar essa situação era necessário dar prioridade a esse tema. Porém, as muitas demandas e a falta de um bom planejamento, acompanhamento e avaliação poderiam levar o Governo a se afastar de sua meta. Para isso é necessário ter um foco nessa questão, como citou o ex-governador Tasso Jereissati.

A alta mortalidade infantil citada pelo ex-governador Tasso Jereissati e por outros entrevistados é confirmada por estudo realizado pelo IBGE, em 1999, intitulado: *Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil*, que relatou ter o Nordeste, na década de 1990, a pior situação do país. Esse levantamento, coordenado por Celso Simões, que é uma das maiores autoridades em demografia no Brasil, considerou que “Entre as regiões, tem-se o Nordeste com a taxa mais elevada (74%) e o Sul com a menor (27%), significando um diferencial de 150%” (IBGE, 1999, p. 21).

Era do conhecimento de todos que a situação era grave, mas havia uma grande dificuldade de ter os dados reais sobre a situação da saúde da criança. Segundo IBGE (1990), no final dos anos de 1980, o registro das estatísticas de saúde do Ceará era muito deficiente, o que impedia a obtenção de indicadores confiáveis sobre as condições de vida da população. As estimativas de demógrafos como Simões e Ortiz (1988) indicavam que o sub-registro de nascidos vivos no Estado era em torno de 45% e para Fortaleza de 30%. Havia também uma grande

subnotificação do registro de óbitos de menores de um ano que ficava em torno de 48% para o Estado e 22% para a Capital, segundo esses autores. Preocupada com essa situação e, em virtude da grande prioridade dada pelo Governo do Ceará à questão da saúde infantil, a Secretaria de Saúde do Ceará, com apoio do UNICEF, desenvolveu um estudo sobre a mortalidade infantil e outros indicadores de saúde da criança. Com base nos dados de maternidades da capital e do interior, os pesquisadores encontraram que a mortalidade infantil na época (em torno de 124 por mil nascidos vivos para o interior do Estado e 73/1000 para a capital) era uma das mais altas do País, e muito acima da média nacional, que era de 53/1000 (ORTIZ, 1990).

6.1.1.4 Dar Continuidade a Iniciativas de Governos Anteriores

Os dois governadores que sucederam a Tasso Jereissati (Ciro Gomes e Lúcio Alcântara) afirmaram que era necessário dar continuidade e até ampliar, aperfeiçoar, fortalecer os programas voltados para a saúde infantil que estavam sendo desenvolvidos, não somente pela relevância, mas porque estavam tendo bons resultados e eram reconhecidas pela sociedade. Esse fato merece destaque porque é comum se ver no Brasil a descontinuidade das políticas públicas, quando a cada novo governante que assume, observa-se uma decisão de desvalorizar o que vinha sendo feito e toma-se uma opção de começar novos projetos, imprimindo a sua marca.

No caso dos ex-governadores do Ceará, os relatos a seguir são contundentes em evidenciar a motivação e a decisão de dar continuidade ao que foi iniciado pelas gestões anteriores:

[...] veio o meu governo e eu universalizei. Esse foi o desafio porque já havia demonstração. A gente chegava no interior e via aonde tinha aquela primeira experiência, digamos vinte municípios onde haviam agentes de saúde, e eles tinham virado semideuses. E a população tendo uma gratidão, [...] e no nosso governo, nós universalizamos. Nós começamos a transformar isso numa grife e começamos a envolver prefeito e começamos a estabelecer um quadro de referências positivas e depois chegamos a mexer na distribuição do ICMS pela forma como se aplicava os recursos em educação e saúde [...]. (CIRO GOMES, ex-governador).

Segundo Silva *et al.* (1999), em 1993, todos os 184 municípios do Estado tinham agentes de saúde e, por volta de 1996, já eram mais de 8.000, representando uma cobertura média de famílias em torno de 77%.

A universalização da cobertura e a melhoria da qualidade das políticas públicas de saúde têm impacto importante nos gastos do governo, de forma crescente, pressionados por fatores demográficos, pois, quanto melhores forem os serviços, maior é a demanda de novos

clientes; tecnológicos, porque, a cada dia, surgem novos métodos para diagnóstico e tratamento; e gerenciais, pois as expectativas dos trabalhadores por melhores salários também aumentam (MÉDICI, 1995). Esse fato, todavia, não deve interferir na busca da universalização, para que todos os cidadãos tenham os seus direitos garantidos no menor prazo possível e que não haja interrupção das ações com as mudanças na gestão.

A minha estratégia, não só como governador, mas em outros cargos pelos quais passei foi sempre a ideia de continuidade, de dar prosseguimento ao que está funcionando e que está dando bons resultados e que naturalmente precisa ser reforçado, precisa ser aperfeiçoado [...]. Essa é uma linha geral e o Ceará vinha com uma estratégia que eu achei deveria ter seguimento com as alterações que me pareceram necessárias. [...] então nós realmente demos uma prioridade, sempre tendo em mira duas coisas: uma, dar sequência a políticas que vinham dando resultados, mas que precisavam de reajustes e de reforço. [...] o Ceará esteve na vanguarda de uma série de iniciativas nessa área. (LÚCIO ALCÂNTARA, ex-governador).

Um dos motivos para priorizar a saúde da criança, destacado pelo Dr. Lúcio Alcântara, foi o cumprimento de uma promessa de campanha que ele fez questão de cumprir.

Eu assumi os compromissos que fiz na campanha; vamos dizer do partido também. Eu era obcecado com isso, do meu Estado cumprindo aquilo que eu disse [...]. Nós então fizemos o que tínhamos prometido [...].

As promessas de campanha precisam ser colocadas em prática para que a população tenha acesso aos serviços aos quais tem direito. Segundo Pereira (2015), faltam mecanismos de controle para garantir o cumprimento das promessas.

6.1.1.5 Vontade e Decisão de Investir nas Pessoas e no Desenvolvimento Humano

O regime político vigente no Brasil é a democracia representativa, por meio da qual a sociedade elege seus representantes, que irão tomar as decisões que devem visar aos interesses de toda a população. Portanto, os representantes do povo, eleitos pelo voto direto, têm a obrigação de administrar as instituições e os recursos públicos de forma a garantir os direitos de todos. Como definiu Abraham Lincoln, a democracia é “o governo do povo, pelo povo e para o povo” (MEDEIROS, 2016). Porém, o que se vê, na maioria das vezes, é um grupo de governantes que se esquece do compromisso e da obrigação com a população e que passa a administrar o bem público para favorecer uma minoria, o que configura a prática do clientelismo, tão comum no Brasil. Outros fazem grandes investimentos em obras físicas (que vão beneficiar especialmente grandes empresas privadas) e se esquecem de priorizar as pessoas, que são a razão maior do governo. O

depoimento do ex-governador Tasso Jereissati sinaliza uma vontade de investir nas pessoas, na área social, de entender a obra física como uma consequência da prioridade para o desenvolvimento humano e do combate à pobreza, conforme descrito a seguir.

Naquele tempo [...] nós estávamos muito voltados para esse discurso de direcionar o governo para as pessoas. Eu dizia muito isso. Tenho certeza de que não vou deixar nenhuma placa de bronze. Nós éramos contra a filosofia do regime militar. Eram grandes obras e o social era um acessório para enfeitar o bolo. E o discurso quando nós assumimos, era de fazer o contrário, valorizar, dar ênfase ao desenvolvimento humano e a obra ser uma consequência do trabalho realizado. Essa posição era muito forte.

Inojosa (1998) define desenvolvimento social como a melhoria das condições de vida e do nível de garantia dos direitos sociais e econômicos em uma comunidade, visando à socialização dos bens materiais. Promover o desenvolvimento social é obrigação do Estado por intermédio de suas estruturas. E essa vontade de melhorar as condições de vida da população e cumprir o papel do Estado, elegendo prioridades, fica clara na fala do Dr. Lúcio Alcântara “[...] das prioridades que nós tínhamos, uma prioridade maior era o combate à pobreza. Havia um compromisso mais amplo com o Ceará o que nos levou a eleger prioridades mais relevantes”. Esse aspecto também é citado pelo ex-governador Ciro Gomes “[...] havia um conteúdo moral muito forte. Um imperativo moral de combate à corrupção. Um imperativo, vamos dizer, sociológico, de tentar fazer um governo para as maiorias, em detrimento de uma tradição clientelista, fisiológica e oligárquica [...]”.

É importante reforçar que a decisão de estabelecer prioridades na atenção em saúde não significa negar o direito dos grupos que não foram priorizados. Além disso, destaca-se que, nesse processo de priorização, que deve acontecer durante o planejamento das políticas públicas, é fundamental a participação dos usuários (BARROS, 1996).

6.1.1.6 Formação Profissional do Gestor e Conhecimento de Experiências Anteriores

O governante tem a responsabilidade de oferecer à comunidade serviços públicos de qualidade, de acordo com as condições reais de recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis. Para cumprir essa missão, é fundamental que este gestor disponha de conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas à função; que seja assessorado por uma equipe de técnicos comprometidos e qualificados, e que faça uma gestão ética e justa (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007). Um presidente, um governador e um prefeito não precisam ser profissionais de saúde para fazerem um bom trabalho nessa área, porém o conhecimento, o compromisso e a sensibilidade no tema, em geral, ajudam a motivá-los para um maior e melhor

investimento nesta área. Dar uma atenção especial à saúde foi o que relatou o Dr. Lúcio Alcântara.

Em relação à saúde, até por minha formação profissional de médico, professor universitário da disciplina de doenças infecciosas e parasitárias, teria naturalmente que dar-lhe prioridade. Tinha a memória bem viva de criancinhas morrendo de tétano neonatal, da varíola que ainda alcancei incidindo entre nós e outros males evitáveis pela imunização e introdução do saneamento básico e simples hábitos de higiene. Eu tinha uma memória de tudo isso, de forma que isso também era um norte para mim, em função da minha experiência pessoal.

Além do conhecimento em virtude da formação profissional, identificar experiências bem-sucedidas e práticas exitosas é um bom começo e uma inspiração para quem quer desenvolver programas e projetos de sucesso. Muitos gestores não têm a humildade nem a iniciativa de pesquisar, estudar e visitar experiências que já venham sendo desenvolvidas e que apresentem bons resultados. Essa experiência anterior pode vir de um assessor, como relata o ex-governador Tasso Jereissati “[...] o Carlile contou uma experiência muito interessante que ele tinha visto, dos agentes de saúde”.

O ex-governador Lúcio Alcântara relatou que sua motivação teve também como referência as suas experiências anteriores, que se somaram aos valores e conhecimentos acumulados em sua profissão.

Quando fui secretário pela segunda vez, dos anos setenta e cinco até setenta e oito, nós tivemos uma experiência que pouca gente fala hoje, mas que foi um embrião do que vinha a se chamar depois agente de saúde. Foi o PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento. Esse era um programa que estava fundamentado basicamente no agente de saúde, tinha o de saneamento e tinha o de saúde. Foi um programa aqui desenvolvido intensamente, infelizmente depois descontinuado. Então tinha o recall dessa experiência esquecida e que antecedeu o agente de saúde que surgiu mais tarde.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) foi instituído no Brasil, em 1976, com o objetivo de organizar uma estrutura básica de saúde nos municípios com até 20 mil habitantes. Esse programa previa a atuação de pessoal de nível auxiliar da própria comunidade, visando à interiorização da atenção à saúde, com maior eficiência e menor custo (CASTRO; VIANA, 1992). Apesar de esse programa ter sido implementado no auge da proposta da Atenção Primária de Saúde, formulada em Alma Ata¹²

¹² A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, reunida em Alma-Ata, República de Cazaquistão), na antiga União Soviética (URSS), em 1978, expressou a necessidade de todos os governos, todos os trabalhadores da saúde e do desenvolvimento eo mundo protegerem e promoverem a saúde de todas as pessoas do mundo (BROWN, FEE, STEPANOVA, 2016)

(WHO,1978), segundo CASTRO e VIANA (1992), os seus resultados no Brasil limitaram-se quase somente à ampliação da rede física, sem que houvesse comprovação de melhoria expressiva das ações de saúde. Apesar de muitas buscas, não foram encontrados relatos sobre os resultados desse programa no Ceará.

6.1.2 Fatores Motivacionais Segundo os Ex-Secretários Estaduais de Saúde

Com base nas entrevistas com os ex-secretários estaduais de saúde, foi possível identificar as motivações que os levaram a priorizar a saúde da criança durante sua gestão. A seguir, destacamos as principais motivações indicadas pelos ex-secretários estaduais de saúde, organizadas em cinco subcategorias.

Quadro 3 – Categoria e subcategorias de análise da Motivação na perspectiva dos ex-secretários estaduais de saúde

Tema central	Subcategorias Na perspectiva dos Ex-Secretários Estaduais de Saúde
Motivação para priorizar a saúde infantil nas ações da Secretaria de Saúde do Estado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formação, vivência profissional e conhecimento de experiências exitosas na área da saúde infantil; 2. Acreditar que seria possível ou por alguém tê-los convencido de que era possível reduzir a mortalidade infantil com ações básicas de saúde; 3. Decisão política e compromisso assumido de investir na saúde da criança pelo próprio ex-secretário ou pelo governador; 4. Compromisso, consciência da realidade e sensibilidade com a causa da criança e do povo simples do sertão; 5. Sensibilidade com a situação epidemiológica da saúde da criança; e 6. Dar continuidade a iniciativas de governos anteriores voltadas para a saúde da criança.

Fonte: Dados da pesquisa

Quase todas as motivações relatadas pelos ex-secretários são intrínsecas, refletem, especialmente, sentimentos, conhecimentos, crenças, vontades e outros fatores pessoais, como: “formação, vivência profissional e conhecimento de experiências exitosas na área da saúde infantil; acreditar que seria possível; decisão política e compromisso assumido de investir na saúde da criança pelo próprio ex-secretário; sensibilidade com a situação epidemiológica da saúde da criança; dar continuidade a iniciativas de governos anteriores voltadas para a saúde da criança”.

No caso do grupo de ex-secretários que informou que alguém os convenceu de que era possível, o fator motivacional foi exógeno. Da mesma forma, a decisão política e o compromisso assumido de investir na saúde da criança pelo governador de quem era assessor foi outro fator extrínseco que levou alguns ex-secretários a priorizar a saúde infantil.

6.1.2.1 Formação, Vivência Profissional e Conhecimento de Experiências Exitosas na Área da Saúde Infantil

A formação profissional, a vivência prática e o conhecimento de experiências anteriores podem contribuir para que um gestor decida priorizar uma área do seu campo de atuação e possa fazer um bom trabalho. O aprendizado por meio das lições de outras iniciativas está diretamente relacionado ao gerenciamento de risco dos programas e projetos. Conhecer esses trabalhos aumenta as chances de obter melhores resultados nas novas iniciativas, uma vez que é possível corrigir as falhas cometidas e adaptar as estratégias que deram certo à nova realidade, evitando também desperdício de tempo e dinheiro (GOUVEIA; MONTALVÃO; BRITO, 2010).

O Dr. Carlile Lavor, inicialmente como microbiologista e depois como sanitarista, adquiriu ampla experiência no tema da saúde infantil, tanto nas cidades-satélites de Brasília como no município de Jucás, interior do Ceará. Seu depoimento demonstra o interesse pela causa, o que o fazia pesquisar mais sobre o assunto e testar na prática o que aprendia na teoria, obtendo resultados concretos. O Dr. Carlile relata “[...] eu tinha uma ligação muito forte porque as doenças das crianças tinham muito a ver com as infecções, então eu estudava essas infecções [...], fiz muitas necropsias de crianças [...]”.

Para uma tomada de decisão adequada, o gestor também deve buscar informações confiáveis, que demonstrem a real situação do problema e facilitem a definição de soluções mais adequadas, para que assim o processo decisório seja conduzido de maneira eficaz.

Eu já vinha estudando a mortalidade infantil há muitos anos. [...] e a gente podia ver aqueles óbitos que aconteciam e as causas poderiam ser evitadas [...]. O que a gente viu foram doenças que podiam ser prevenidas [...]. A gente viu que no primeiro momento reduziu muito o número de crianças que vinha para o pronto socorro, isso foi um resultado assim imediato [...]. Uma média de cem crianças que vinha diariamente para o pronto-socorro e isso foi baixando muito, reduziu muito e a mortalidade infantil também reduziu. (CARLILE LAVOR, ex-secretário estadual de saúde).

Além de estudar e conhecer os casos de sucesso, a prática também contribui para que o gestor esteja convencido de que a estratégia vai levar aos resultados esperados. Novamente, aqui, verifica-se uma forte relação da Teoria das Expectativas mencionada anteriormente. Acreditar que pode acontecer ajuda a motivar (MOREIRA, 2013).

Nós tínhamos a experiência de campo, é possível fazer isso no campo [...] e nós fizemos durante dois anos um trabalho com auxiliares de saúde, tipo nosso agente de saúde, [...] e conseguimos realmente reduzir muito a mortalidade infantil. Era bem documentada a mortalidade infantil quando a gente chegou lá e depois a redução [...]. Então, eu fui vendo que era possível prevenir aquelas doenças. Era levar os conhecimentos para as famílias para que não acontecessem aqueles casos que estavam tendo no dia a dia no hospital. Grande parte dos óbitos era de crianças dentro do hospital e as crianças eram as pessoas que mais morriam, então, a gente viu que era possível prevenir [...]. E o trabalho educativo do agente de saúde foi essencial, com mais o trabalho de puericultura. Esses dois trabalhos juntos é que realmente fizeram reduzir a mortalidade infantil. Então, quando voltamos para o Ceará foi a primeira experiência nossa lá em Jucás e fazíamos o mesmo [...]. Era colocar em prática tudo que a gente tinha aprendido lá [em Brasília]. Aí foi o momento da prática e o momento do território, de conhecer cada prefeito, cada médico, cada profissional de saúde. [...] praticamente acabamos as doenças que podiam ser prevenidas com vacinas, tipo o sarampo e isso tudo se resolveu e as doenças tipo a diarreia diminuíram muito. Ter vivido a experiência. Uma coisa é ler o livro e outra coisa era viver. Ter um hospital é bom, mas a gente tinha a experiência de campo. É possível fazer isso no campo [...]. Essas coisas todas são longas e não é assim de uma hora para outra que surgem. (CARLILE LAVOR, ex-secretário estadual de saúde).

Todo esse trabalho descrito pelo Dr. Carlile foi realizado em parceria com sua esposa, a assistente social Míria Lavor, que compartilha com ele da mesma motivação e que, segundo seu relato abaixo, lhe ensinou que era possível mobilizar as famílias.

Em Sobradinho, [...] a Míria mobilizava as famílias, mostrando que era possível mobilizar as famílias. Porque uma coisa era o médico dizendo que tinha que tratar a água [...], mas é possível a família fazer isso? (...) aí entrou a Miriam e o serviço social mostrou que era possível mobilizar as famílias para fazer algo novo.

A experiência do Dr. Carlile, segundo ele, foi reforçada pelo trabalho da Dra. Anamaria Cavalcante:

A ação no Ceará surgiu porque a Ana [Anamaria] vinha lá com a experiência dela no Sabin [Hospital Infantil Albert Sabin] e eu vinha com a minha experiência e isso acumula, e a gente já vinha lá de Brasília, já vinha aqui do IMEP [Instituto de Medicina Preventiva]. As coisas não são de uma hora para outra que acontecem, você tem que ir somando, acumulando as experiências.

As pessoas, em geral, têm sonhos, projetos, metas que são influenciados por vários fatores, entre eles as experiências e os conhecimentos adquiridos ao longo da vida. Esses

objetivos e metas que impulsionam e influenciam as pessoas, determinando seus pensamentos e direcionando seu comportamento frente às diversas situações da vida, podem ser sentidos de maneira diferente, nos vários momentos e situações vivenciadas. A fala do Dr. Jurandi a seguir demonstra como sua vivência foi determinante na motivação para melhorar o seu trabalho.

Nosso ato como gestor é a consequência e a continuação do que foi a vida da gente, a minha, a sua e a de outros gestores que têm isso como prioridade [...]. A gente que trabalha com saúde vive o tempo todo aprimorando processos e buscando novas experiências, novas estratégias para o enfrentamento dos problemas. O processo nunca cessa, nunca termina. É da evolução da própria humanidade, buscar saídas para aquilo que a aflige e a ameaça.

Além das vivências individuais citadas no item anterior, os ex-secretários relataram o conhecimento de experiências de outras pessoas, Estados e países que foram uma inspiração e uma das motivações para as ações que desenvolveram na área da saúde infantil no Ceará. Essa busca por novos conhecimentos, por experiências que tivessem tido bons resultados, fica evidente na fala dos ex-secretários estaduais de saúde. Esses conhecimentos acerca das experiências reforçavam a convicção de que era possível fazer, ajudavam os técnicos a convencer os políticos e contribuía para a motivação da equipe que queria mudar a realidade da saúde da criança do Ceará. O conhecimento sobre experiências bem-sucedidas do Dr. Carlile e da Dra. Anamaria Cavalcante foram fundamentais para convencer o ex-governador Tasso Jereissati. As falas seguintes servem como exemplo dessa afirmação.

[...] e aí estudei, mandei buscar estatística lá da Suécia [...]. Mandaram duzentos anos de estatística de mortalidade da Suécia. Eu fui na embaixada e eles me mandaram [...]. A gente tinha toda essa visão internacional de que era possível reduzir a mortalidade infantil e a experiência prática de que era possível mesmo reduzir a mortalidade infantil com esse trabalho. Uma coisa importante era a pediatria [...]. A gente via a mortalidade das crianças no Brasil e via que alguns países conseguiram avançar muito. Por exemplo, a Suécia naquela época, década de sessenta, cinquenta, sessenta, a Suécia era a grande campeã de saúde da criança e muito na frente dos outros países e com a gente nem se comparava. Então **eu via que era possível** [grifo nosso] reduzir a mortalidade infantil. **Isso foi a grande motivação** [grifo nosso]. (CARLILE LAVOR, ex-secretário estadual de saúde).

E eu tinha trazido de uma viagem que o UNICEF tinha me proporcionado os livretos do Pró-Criança de Santa Catarina [...] E eu mostrei ao Tasso [...]. Foi uma sorte do destino essa oportunidade. Então, eu disse para ele, só que o Pró-Criança não tinha como foco a redução da mortalidade infantil, mas o desenvolvimento. Era um programa para a criança. Era uma experiência concreta que estava acontecendo e merecia credibilidade. E a gente sabe que qualquer empresário, qualquer gestor, seja público ou privado, ele gosta de experiências bem-sucedidas [...]. (ANAMARIA CAVALCANTE, ex-secretária estadual de saúde).

O Pró-Criança era um programa do Governo de Santa Catarina que previa a participação da sociedade no desenvolvimento de ações voltadas para as crianças de zero a seis anos, tanto na família quanto na comunidade e em várias áreas como saúde, educação, assistência social, cultura, entre outras (RODRIGUES, 2001). A estrutura do programa Viva Criança desenvolvido no Ceará teve como inspiração essa experiência de Santa Catarina, especialmente na visão integral da criança e de uma política intersetorial.

E o relato continuava sempre buscando outras referências que servissem de inspiração e motivação do que era possível fazer.

Acontece que ele [Carlile] e a Míria nos contavam sempre sobre o agente de saúde. Soubemos da iniciativa que ele e a Miriam fizeram em Jucás, baseado na experiência de Planaltina, da UNB, em Brasília [...] que era um visitador sanitário, mas que o Carlile já chamava de agente de saúde. [...] ele voltou para o Ceará e implantou lá em Jucás [...]. A gente conhecia a situação dos estados do Sul e Sudeste e não queríamos ter como espelho ou não nos satisfazia sequer ser o melhor do nordeste, embora a gente reconhecesse que Pernambuco estava muito à nossa frente e a Bahia, de certa forma também, mas a gente queria, tinha como espelho os estados do Sul e Sudeste. (ANAMARIA CAVALCANTE, ex-secretária estadual de saúde).

O Dr. Carlile descreve melhor como seria o trabalho

Em relação à criança, o trabalho estava muito bem estabelecido, internacionalmente o que fazer tecnicamente [...]. São essas ações: vacinar, aleitamento materno, soro oral e puericultura, acompanhar cada criança, ver o que é preciso fazer. Isso foi o que a gente apresentou para o Tasso. Eu apresentei ao Tasso a ideia já do programa do agente de saúde para o Ceará inteiro, que seria a forma que a gente achou que podia fazer, seria ir de casa em casa porque não adiantava só rádio e nem só televisão, tinha que ser uma forma de ir de casa em casa e era a experiência que a gente tinha já tanto lá de Planaltina como de Jucás. Na região tinha que ir de casa em casa buscar a mãe para fazer o pré-natal que era a primeira ação. A primeira ação do agente de saúde era isso, era trazer a gestante, achar toda gestante essa era a primeira coisa, porque ligando a mãe a gente sabia que ligava a família, a grávida e já encaminhava para o parto arrumado, higiênico e verificar o aleitamento, a vacina e a higiene.

O Dr. Carlile falava com segurança, com confiança das suas experiências anteriores e dava detalhes do que precisava ser feito, ao apresentar a proposta ao governador.

6.1.2.2 Acreditar que Era Possível ou por Alguém Tê-los Convencido de que Era Possível Reduzir a Mortalidade Infantil com Ações Básicas de Saúde

Segundo Teixeira *et al.* (2014), a motivação é a habilidade de orientar as emoções, buscando satisfação profissional de forma entusiástica, facilitando o alcance das metas pela vontade de realização, dedicação e iniciativa, procurando agir diante das oportunidades e alinhando-se às metas organizacionais.

Assim como no caso dos ex-governadores, também para a motivação dos ex-secretários de saúde houve grande influência o fato de alguém tê-los convencido de que era possível reduzir a mortalidade infantil com os recursos financeiros disponíveis, se fosse feito o investimento certo na promoção da saúde e em ações de prevenção. Nesse sentido, o Dr. Carlile e a Dra. Anamaria, que já possuíam experiência anterior com o tema, foram os grandes incentivadores, tanto dos ex-governadores, como dos ex-secretários, além de uma grande quantidade de técnicos, que constituíram um verdadeiro exército pela saúde infantil no Ceará. O fato de os governadores da época terem acreditado e decidido investir no tema da saúde da criança também serviu de motivação para seus secretários de saúde.

Na fala a seguir, continua-se constatando a perseverança do Dr. Carlile, em sua firme convicção de que era possível fazer muito mais pelas crianças.

[...] porque as crianças eram as que mais morriam e, portanto, a gente viu que era possível a gente salvar as crianças com recurso mínimo [...]. O grande trabalho nosso foi realmente mostrar que era possível fazer uma coisa rápida com a criança. A atenção à criança era a ação mais barata que a gente podia fazer e eu falava com segurança [...]. Em Planaltina nós conseguimos reduzir, em Jucás nós conseguimos reduzir, em Iguatu nós conseguimos reduzir, então era possível reduzir no Ceará todo. Mas era importante fazer as contas. Então isso foi um trabalho. E pela experiência que a gente tinha quando eu cheguei para falar com o Tasso já falei dizendo quanto ia custar. Empresário quer saber quanto que custa o programa [...]. Eles [os políticos] não tinham ideia de que era possível fazer a saúde antes da riqueza, [...] no Brasil não se tinha essa ideia.

A participação na experiência de Planaltina mostra como esse projeto influenciou o Dr. Carlile, porém havia um questionamento da pesquisadora, se a experiência do Ceará havia se baseado também no trabalho da Pastoral da Criança, criada em 1983, no Brasil. A pesquisadora ouvira falar, algumas vezes, que o programa do Ceará havia copiado o trabalho da Pastoral da Criança, e que não dava a ele o devido crédito. Essa iniciativa da Igreja Católica foi implantada após uma conversa informal do Diretor Executivo mundial do UNICEF, Sr. James Grant, com o cardeal Dom Paulo Evaristo Arns, na Suíça. Na ocasião, o Sr. Grant sugeriu que a Igreja Católica do Brasil poderia contribuir muito para a redução dos índices de mortalidade infantil do País. Ao voltar para o Brasil, Dom Paulo conversou sobre essa ideia com a Dra. Zilda Arns, sua irmã, que era pediatra, e logo em seguida foi criada a Pastoral da Criança (NEUMANN, 2003).

Ao ser indagado, o Dr. Carlile respondeu que, na época, não conhecia o trabalho da Pastoral da Criança “Eu nem conhecia. O que eu conhecia no Ceará era o programa da LBA, e

da Fundação SESP que tinha as visitadoras e o PROAIS, não sei nem se tinha esse nome de PROAIS, sei que era o trabalho do Galba [Dr. Galba de Araújo]. ”

Esse fato não diminui a grande importância do trabalho da Pastoral da Criança, que certamente tem contribuído muito, em todos esses anos, no Ceará e nos outros estados do Brasil, para melhorar a saúde da mulher, da criança e de toda a família, porém era importante fazer esse esclarecimento.

O PROAIS, referido pelo Dr. Carlile, era o Programa de Ações Integradas de Saúde implantado em 1985, pela Universidade Federal do Ceará, sob a liderança do Dr. Galba de Araújo e que dava continuidade ao Programa de Atenção Primária de Saúde – PAPS - desenvolvido, desde 1981, e também vinculado a essa Instituição de Ensino Superior. Dentre muitas outras atividades que visavam a colaborar com a organização do sistema de saúde, em parceria com o poder público, a sociedade civil e apoio da Fundação W. K. Kellogg, o PROAIS tinha como uma de suas estratégias a identificação, mobilização e o treinamento de recursos humanos informais da comunidade para que atuassem na promoção da saúde. Dentre esses agentes não formais de saúde, estavam as parteiras e as rezadeiras (ARAÚJO; COELHO NETO; ROLIM, 1985). Essas iniciativas da UFC se seguiram a outras, como o Instituto de Medicina Preventiva (IMEP), criado em 1959, que desenvolvia ações preventivas voltadas para as famílias da área de atuação da Universidade e que deu origem ao atual Departamento de Saúde Comunitária da UFC (ARAÚJO; COELHO NETO; ROLIM, 1985).

Ainda com relação ao trabalho comunitário vale a pena destacar a experiência da antropóloga Marilyn Nations com seus estudos, especialmente, sobre “doença de criança” e o papel da antropologia médica e dos recursos humanos da comunidade na humanização do cuidado de crianças com diarreia no Ceará, utilizando, em especial, o modelo “Rezas e Soro” (NATIONS, 2009, p.24).

Revisitando a história da atenção à saúde materno-infantil no Brasil, constata-se que essa começa a tomar força a partir da reforma sanitária de Carlos Chagas, nos anos de 1920 e os programas de saúde materno-infantil foram mais disseminados nos serviços de saúde pública entre a década de 70 e meados da década de 1980, como proposta do governo aos problemas enfrentados por essa população e que foram considerados como prioritários. Segundo Nagahama e Santiago (2005), nesse período, a atenção à saúde da criança era oferecida sem a visão da garantia de um direito social, mas “como defesa e conservação da vida. O combate à mortalidade infantil era enfatizado como garantia de se construir uma nação forte, sadia e progressista”. (TYRRELL; CARVALHO, 1995).

O grupo materno-infantil era considerado prioritário, em virtude da sua maior vulnerabilidade por suas características biológicas e sociais, exigindo uma atenção mais adequada às necessidades desse público através de programas desenvolvidos de maneira sistemática, integral e coordenada (BRASIL, 1974). Como consequência do movimento de mulheres, a partir de 1985, passa a existir dois programas: uma para a atenção integral à saúde da mulher (PAISM) e outro para a saúde da criança (PAISC) (SEPÚLVEDA, 1997). O PAISC tinha como proposta de ações, as mesmas recomendadas pelo UNICEF e já descritas anteriormente nesse capítulo.

Para garantir a atenção adequada à população materno-infantil era necessário persuadir os gestores a investir nesses grupos de forma prioritária. De acordo com Coutinho (2016), as pessoas persuasivas, em geral, têm uma maior sensibilidade e conseguem ver certos detalhes que os outros não enxergam. O mais importante nesse processo de convencimento, não é somente fazer o outro acreditar que vale a pena seguir a sua ideia simplesmente porque você está dizendo que é a melhor, mas, porque elas entenderam que essa ideia tem o potencial para trazer benefícios concretos, a exemplo do que aconteceu quando você experimentou essa ideia anteriormente.

Ter conhecimento profundo do tema e segurança sobre o que fala, mostrar entusiasmo, uma boa comunicação e capacidade de organizar e apresentar de forma didática as ideias são ferramentas fundamentais para quem quer convencer outra pessoa, porém, segundo Coutinho (2016, p.1), “os elementos fundamentais da persuasão são a coerência e a verdade”.

Para convencer alguém de que algo é possível, antes de tudo, a pessoa precisa estar convencida. Foi o que aconteceu com o Dr. Carlile Lavor. Por tudo o que ele pesquisou, estudou, toda a experiência que ele viveu em Planaltina, Sobradinho (cidades-satélites de Brasília) e Jucás (Ceará) o deixaram seguro de que aquela era a melhor, ou talvez a única solução – capacitar lideranças da comunidade para apoiar as famílias nos cuidados básicos com a saúde das gestantes e das crianças.

[...] então **eu via que era possível** [grifo nosso] reduzir a mortalidade infantil, **isso foi a grande motivação** [grifo nosso] [...]. Vamos fazer isso aqui no Ceará todo e claro que isso depois dele (Tasso) já ter se convencido de que era algo possível. [...] tocou a ele a ideia da criança porque viu que era possível fazer, a gente mostrava que era possível fazer e ele acreditou. Se era possível fazer e ele [Tasso] que fez toda a campanha em cima de combater a miséria estava agora mostrando que era possível fazer aquilo de imediato, com os recursos que a gente tinha. (CARLILE LAVOR, ex-secretário estadual de saúde).

O depoimento descrito acima também faz lembrar a Teoria da Definição de Objetivos (MOREIRA, 2013; LOCKE, 1996), na qual os objetivos e metas são uma motivação para que esses sejam alcançados. Quanto mais desafiadores eles forem, mais intensa será a vontade interior de buscá-los (LOCKE, 1996; LATHAM & PINDER, 2005). Essa grande motivação no primeiro governo Tasso Jereissati era consequência de um objetivo ousado, que era reduzir a mortalidade infantil em 40% no período de quatro anos, segundo o depoimento do Dr. Carlile.

Novamente, nesse contexto, é importante reforçar a necessidade de boas lideranças para que todos colaborassem para o alcance dos objetivos e metas. Bergamini (2002), entretanto, defendendo a teoria dos fatores intrínsecos, argumenta que um líder não tem a capacidade de gerar a motivação de seus liderados, mas que sua eficácia depende de sua competência em liberar a motivação que os liderados já trazem no seu interior. Nesse sentido, muitos dos entrevistados já demonstravam compromisso com a causa da criança ou sua motivação foi despertada pelos argumentos do Dr. Carlile, como se pode perceber no depoimento do Dr. César Forti “[...] O Carlile tinha muitas ideias e conseguia transmitir com facilidade aos membros da equipe seus objetivos. Com a sua liderança ficou fácil entender os caminhos propostos. ”

Esse depoimento do Dr. César Forti demonstra como o Dr. Carlile, mesmo na sua simplicidade, conseguia convencer os colegas de que a sua proposta era viável e todos se engajaram no plano de melhorar a saúde da criança.

6.1.2.3 Decisão Política e Compromisso Assumido de Investir na Saúde da Criança pelo Próprio Ex-Secretário de Saúde ou pelo Governador

As organizações são constituídas por pessoas que tem emoções, motivações e objetivos individuais, diferentes, influenciados pelo ambiente, pelos relacionamentos e pela liderança, que deve reconhecer, valorizar e motivar os talentos do grupo que lidera (MARQUES, 2010). Portanto, a motivação de uma equipe depende em grande parte de seu líder, sendo uma das características gerenciais mais importantes a capacidade de conduzir e influenciar a equipe para atingir os objetivos da organização.

Penteadó (1986) descreve também o líder como alguém que dá bom exemplo e inspira confiança. Oliveira *et al.* (2010) defende também como qualidades desse líder ter bom caráter, competência técnica e capacidade de conquistar a confiança dos seus liderados para

obter bons resultados da equipe.

O fato do ex-governador Tasso Jereissati ter tomado a decisão de investir na saúde infantil de forma prioritária teve influência direta na atitude dos seus secretários estaduais de saúde, afinal era a vontade e a orientação do seu líder. O Dr. Carlile e a Dra. Anamaria tiveram a oportunidade de conversar com ele, quando ainda era candidato a governador do Ceará, em 1986. Ambos afirmaram que o candidato assumiu o compromisso de fazer algo efetivo para reduzir a mortalidade infantil caso fosse eleito. O Dr. Carlile relata [...] e ele [Tasso] mostrou dizendo, vou fazer isso para o Ceará todo, se eu ganhar [a eleição]”. E a Dra. Anamaria complementa:

Eu tinha trazido de uma viagem que o UNICEF tinha me proporcionado os livretos do Pró-Criança de Santa Catarina. E eu mostrei ao Tasso. Eu tive a oportunidade de falar sobre a poliomielite [...], das doenças imunopreveníveis e ele, muito firme, disse - se eu for governador, nós vamos fazer um programa semelhante a esse. Ele cumpriu a palavra [...]. E eu falei da situação da criança, da mesma forma como depois a gente falou do agente de saúde [...]. **Nesse dia ele [Tasso] já assumiu o compromisso com a criança.** [Grifo nosso].

Na sua entrevista, o Dr. Carlile enfatizou que, para haver essa decisão política era fundamental que o gestor acreditasse que seria possível alcançar o que se pretendiam “É muito importante para a definição política que isso seja algo possível [...] então era fácil convencer as pessoas porque eu tinha vivido tudo”.

Nos relatos a seguir, os ex-secretários de saúde afirmam que havia essa decisão política tomada pelos governadores de priorizar a saúde da criança. Começando com o Dr. Frederico “[...] há de se ressaltar outra coisa que não pode faltar que é a decisão política do governador de priorizar a saúde da criança”. E os depoimentos continuam.

Todo mundo sabia que criança era a prioridade. Isso era uma discussão que veio desde a campanha política [...]. Então, ninguém discutia na Secretaria que a criança era prioridade absoluta. [...] que a gente tinha definido que criança era a prioridade absoluta, porque não é que seja só prioridade, é porque era o que podia fazer [...]. Porque a gente queria algo que desse impacto mesmo e a criança, eu sabia que dava impacto. Mas, era começar a ver a criança como um todo, para a criança não morrer [...]. (CARLILE LAVOR, ex-secretário de saúde do estado).

A grande vantagem na época foi que o governador já tinha esse pensamento [...]. Algumas ações sensibilizaram a todos, inclusive ao próprio governador. Eu acho que todos os secretários da saúde (municipais) e o governador tinham essa sensibilidade [...]. O governador sempre deu apoio e demonstrou preocupação com isso porque nós tínhamos que apresentar o que estava sendo feito e isso era importante, o número da mortalidade, mostrar que estava diminuindo [...]. Acho que a criança e a gestante sempre devem ser prioridades. Se não há essa priorização é porque os secretários não estão preparados para dirigir a saúde. (ANASTÁCIO QUEIROZ, Secretário estadual de saúde).

[...] os compromissos assumidos no enfrentamento da mortalidade infantil no Brasil também eram da gestão estadual, conseqüentemente eram os compromissos do governo

ao qual eu servia [...]. O “meu governador” [Lúcio Alcântara] [...], via o problema como relevante e havia uma determinação de ter uma estratégia elaborada de gestão para enfrentar o problema. Tinha, portanto a relevância do compromisso do próprio governador. (JURANDI FRUTUOSO, ex-secretário estadual de saúde).

No caso do ex-governador Tasso Jereissati, essa prioridade era tão firme que foi descrita por um dos seus ex-secretários, o Dr. Marco Penaforte, como uma obsessão muito positiva.

[...] ouvi discursos do Tasso nos quais ele dizia que tinha muito orgulho de vários resultados que tinham sido obtidos no Estado, porém o que mais o orgulhava era a redução da mortalidade infantil no Ceará e isso era o grande resultado que ele via no seu governo. Isso mostra que havia efetivamente esse compromisso do Tasso [...]. Ele tinha uma obsessão muito grande com a questão infantil [...]. Um fato determinante é a questão da vontade política do governante ou do candidato a governador. Havia um desejo do candidato a governador que era o Tasso, no sentido de fazer coisas que mudassem a realidade do Ceará. Esse era um dos propósitos de coração que ele tinha e esse propósito foi fortalecido por um grupo de profissionais da saúde que se tornou assim muito ligado e desejou transformar a realidade sanitária no Estado.

Em algumas falas, os entrevistados dão exemplos de como essa prioridade para a criança se concretizava, seja na presença frequente em eventos relacionados à saúde infantil, como as campanhas de vacinação, na alocação prioritária de recursos ou mesmo na escolha do secretário estadual de saúde, sendo alguém fortemente identificado com a causa da infância.

[...] eu perguntei ao Ciro porque ele havia me identificado, me convocado para fazer parte de sua equipe, aí foi quando ele respondeu – [...] eu queria acabar com a poliomielite em Fortaleza e queria continuar com a redução da mortalidade infantil no Estado. E você foi a pessoa que eu identifiquei para essa tarefa. (ANAMARIA CAVALCANTE, ex-secretária estadual de saúde).

A motivação é fundamental para o bom funcionamento das organizações (DAVIS; NEWSTROM, 1992) e essa motivação também é desencadeada pela presença do líder nas atividades do grupo. Sobre esse aspecto, a Dra. Anamaria relata “Ele [Ciro] fazia questão, por exemplo, de ir para as aberturas de campanhas de vacinação [...] todas, eu não me lembro dele faltar nenhuma e isso era uma agenda que ele priorizava [...]”.

Segundo Davis e Newstrom (1992), os comportamentos conscientes são em geral motivados por uma causa ou eles mesmos possuem uma causa. No caso do compromisso dos ex-secretários e dos técnicos envolvidos no programa de saúde, segundo o Dr. Marco Penaforte, aquela era uma causa ideológica, uma vontade de transformar a situação sanitária do Ceará, uma causa suprapartidária e que começaria com a saúde da criança. E esse grupo de profissionais, unidos por um ideal, agiu como um verdadeiro time, o que veio a se transformar

em um dos destaques da política pública de saúde da criança no Ceará, e que será descrito posteriormente no capítulo das lições aprendidas.

Brynard (2000) defende ser importante estabelecer quem influencia a decisão e a agenda política uma vez que é por meio desse processo que são escolhidas as alternativas de ação mais apropriadas para solucionar a questão que se quer enfrentar.

De acordo com Vieira *et al.* (2011), somente quando os membros das equipes tiverem a motivação e a capacidade técnica adequada, as organizações atingirão um desempenho ideal. Esse alto desempenho permanente das equipes depende, em grande medida, da sensação de satisfação pessoal no trabalho.

A variável mais relevante para se determinar a capacidade de uma equipe de governo é o domínio de teorias, métodos e técnicas potentes da gestão (que inclui o planejamento, a implementação, o monitoramento e a avaliação). Nessa capacidade de governo destacam-se quatro elementos: conhecimentos, experiência, liderança e motivação. Sem um desses elementos a gestão fica comprometida (ROMO, 2006). A autonomia da gestão, no sentido mais amplo, pode ser descrita como a capacidade de tomar decisões políticas, administrativas e financeiras dentro da área de responsabilidade do gestor (ALVES, 2007).

No caso desse estudo, a equipe técnica do governo é muito destacada nas entrevistas. Os depoentes indicam em suas falas a existência, não somente, da competência técnica da equipe, mas também da autonomia e do apoio político, do entusiasmo, da determinação e da união pela causa da saúde pública, em especial, a saúde infantil. O Dr. Carlile destaca “essa mobilização foi importante. [...] eu acho que foram muitas e todos nós nos sensibilizamos e houve um trabalho de equipe de assessorar os municípios [...]”. Esse aspecto é relatado também pelo Dr. Penaforte.

[...] e o governador [Tasso] já eleito entendeu que aquele grupo tinha a possibilidade de gerar uma transformação na questão sanitária do Estado e confiou, mas confiou delegando poder numa escala em que nenhum outro governante está habituado a conceder. [...] nós entramos em bloco na Secretaria de Saúde. Nós ocupamos todos os cargos estratégicos da Secretaria de Saúde [...] e os outros cargos foram indicados por nós, quer dizer, todos nós gestores daquela época. Então, isso criou uma unidade e fortaleceu a vontade daquelas pessoas de adotarem políticas públicas que fossem transformadoras da realidade sanitária. [...] havia dentro desta equipe de pessoas que participavam desse projeto um grupo de pediatras extremamente vinculados à questão da criança e este grupo ocupou com muita competência um espaço substancial dentro desse projeto através do Programa Viva Criança. [...] era uma quantidade muito grande de profissionais que ocupou com competência essa área, definindo ações básicas de saúde nesse campo, papéis e funções que o agente de saúde deveria desenvolver, contribuindo e sensibilizando os gestores [...]. Elas ocuparam um espaço real de poder, tanto na questão do Programa Viva Criança como também na direção do Hospital Infantil, além de ter pessoas também participando dentro da gestão do programa dos agentes de saúde.

A Dra. Anamaria destaca que um sinal de prestígio era o acesso direto da Coordenação de Saúde da Criança ao secretário estadual de saúde e também ao governador. Essa situação é difícil de acontecer, uma vez que, normalmente, a Coordenação da Saúde da Criança encontra-se no terceiro ou quarto nível da hierarquia do governo e normalmente não tem acesso direto aos níveis mais elevados da gestão. É importante destacar o fato de essa Coordenação de Saúde da Criança ter sido criada logo após esse grupo de pediatras passar a fazer parte da equipe da gestão da saúde do Estado. Anteriormente, havia uma coordenação de saúde materno-infantil, porém observava-se que o responsável por essa coordenação, por mais que quisesse, não dava a devida atenção às duas áreas. Por essa razão, a equipe de pediatras, liderada pela Dra. Anamaria, sugeriu ao Dr. Carlile, assim que ele assumiu a Secretaria de Saúde do Estado, no início do primeiro mandato do Tasso Jereissati, em 1987, que fossem criadas duas coordenações: uma da saúde da mulher e outra da saúde da criança. A coordenação da área materna ficou na sede da SESA-CE e a coordenação da criança passou a funcionar do HIAS. Com essa mudança para a unidade hospitalar, a coordenação, além de contar com o apoio direto da Dra. Anamaria, nomeada diretora do HIAS, facilitava-se também a participação de vários outros profissionais que atuavam no hospital, especialmente pediatras, enfermeiros e nutricionistas. Uma das várias justificativas para a Coordenação de Saúde da Criança funcionar dentro do HIAS, além das já citadas, era porque, sendo essa a principal referência de saúde infantil do Ceará, seria possível fazê-la funcionar como uma unidade sentinela, onde as principais causas de internação eram observadas para orientar as intervenções que deveriam ser implementadas. Apesar de essa coordenação não estar na sede da SESA-CE, a equipe de saúde da criança tinha muito prestígio e era a primeira a ser consultada quando eram tomadas as decisões sobre a aplicação dos recursos financeiros, por exemplo, com a compra de medicamentos. Esse prestígio é descrito na sequência pela Dra. Anamaria “uma boa época em que o coordenador de saúde da criança tinha acesso direto ao secretário e ao próprio governador”.

Esse prestígio e a autonomia contribuíram para a motivação da equipe e para a obtenção de melhores resultados.

Os defensores dos direitos da criança e do adolescente reivindicam que a prioridade absoluta prevista na Constituição Federal e no ECA se materialize no orçamento público por meio da destinação privilegiada de recursos financeiros para garantir as políticas públicas voltadas para a população infantojuvenil.

Quando o ex-governador Tasso Jereissati assumiu pela primeira vez o governo, em 1987, a nova Constituição Federal ainda não tinha sido promulgada e nem aprovado o ECA. No entanto, os relatos a seguir demonstram a prioridade dada por esse ex-governador, por exemplo, no que concerne à destinação e à liberação dos recursos financeiros pela Secretaria da Fazenda do Estado, por sua ordem direta.

Quando o governador Tasso assumiu, o Estado do Ceará encontrava-se em uma situação financeira muito precária. Mesmo assim o governador determinou ao secretário da Fazenda que encontrasse recursos para o pagamento dos agentes de saúde. Ficou patente que a saúde pública era prioridade do governo. (CÉSAR FORTI, ex-secretário estadual de saúde).

Eu vou lhe contar especificamente dois episódios que mostram uma vinculação pessoal do governador [Tasso] com essa questão. A primeira é quando nós tínhamos uma disputa com o Secretário da Fazenda. Ele [Secretário da Fazenda] não queria gastar em nome do equilíbrio financeiro do Estado com o programa dos agentes de saúde porque achava o programa muito vago, [...] e o Tasso, numa discussão que nós tivemos na frente [do Tasso com o secretário dele], ele se virou para o Secretário da Fazenda e disse assim: do jeito que você está pegando dinheiro do Estado pra reformar todos os postos da SEFAZ, essa questão dos agentes é uma aplicação do dinheiro muito superior ao que você está fazendo com o dinheiro. (MARCO PENAFORTE, ex-secretário estadual de saúde).

A Dra. Anamaria também relatou essa prioridade na destinação dos recursos financeiros para a saúde da criança “[,,] e tudo que o Viva Criança precisava, eu priorizava. Sem nenhum corte por parte da Secretaria da Fazenda”.

Apesar de este estudo não ter como objetivo avaliar especificamente os investimentos em saúde, é importante destacar que, mesmo o Estado estando vivenciando uma grave crise econômica, relatada por Maia (2000), o governador da época, Tasso Jereissati fez um volumoso aporte de recursos quando decidiu pagar um salário mínimo a um grande número de agentes comunitários de saúde. Essa decisão aconteceu em um período no qual o Banco Mundial recomendava que fossem feitos ajustes econômicos. O Governo do Ceará, porém, decidiu seguir as recomendações do UNICEF que propunha um ajuste com face humana (MATTOS, 2001), investindo-se em ações básicas de saúde que poderiam trazer importantes benefícios, especialmente para a saúde das mães e das crianças. Apesar de a recomendação do UNICEF ser considerada mais seletiva e menos abrangente, já havia relato de várias experiências de sucesso com a aplicação dessas medidas, que eram: imunização, terapia de reidratação oral, aleitamento materno, tratamento adequado das infecções respiratórias agudas e monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Ainda sobre os investimentos e o programa Viva Criança, a Dra. Anamaria acrescenta:

Após as apresentações da experiência do Programa Viva Criança, nos Congressos de Pediatria, em diferentes Estados, no exterior e até nas entrevistas aos jornalistas, sempre me indagavam - Qual havia sido o investimento em valores monetários - e nós não tínhamos esta resposta. O Programa Viva Criança iniciou sem orçamento - havia o Plano bem definido escrito e pactuado a muitas mentes [...]. Então o nosso grande investimento foi nas pessoas, no capital humano!!! Nossa obsessão foi sensibilizar e capacitar dezenas, centenas, milhares de líderes comunitárias, radialistas, jornalistas, profissionais de saúde, com ênfase nos Pediatras, Enfermeiros e ACS para o que o UNICEF denominava de Revolução a Favor da Infância [...]. E fizemos isto sete dias por semana, a partir de 1987 e por toda a década de 90 [...]. Neste período realizamos as três primeiras PESMICs e os resultados nos sinalizavam para seguir este norte.

Outra questão muito importante é que os gestores precisam de informações para a escolha das estratégias mais apropriadas. Nesse processo decisório, a informação é um recurso fundamental, pois o gestor precisa ter, no tempo certo, informações internas e externas confiáveis, selecionadas, tratadas, organizadas e acessíveis para tomar a decisão mais adequada possível (LOUZADA; VALENTIM, 2008). Ter informações e utilizá-las para a tomada de decisão foi outra preocupação dos gestores do Ceará no período estudado. E as informações coletadas indicavam a necessidade de priorizar a gestante e a criança, como mostra a fala do Dr. Frederico Lima e Silva, “[...] com a primeira pesquisa [PESMIC 1], tomam-se providências políticas e eu acho que a sensibilização do governador através de pessoas principalmente como Carlile, Anamaria eu acho que ali naquele momento eles chegaram juntos”.

As PESMICs realizadas no Ceará para a obtenção de um diagnóstico inicial e o monitoramento dos resultados das ações, em especial por meio das Pesquisas de Saúde Materno-infantil, que foram inicialmente apoiados pelo UNICEF, são também citadas por Lavor, C; Lavor, M e Lavor, I (2004, p. 123), no texto a seguir “O escritório do UNICEF no Ceará apoiou com muita firmeza a avaliação dos resultados alcançados no Estado”.

Um fato muito importante e que parece ter contribuído para a motivação da equipe para fazer um bom trabalho em prol da criança foi a descentralização, autonomia, poder e o apoio político que era dado pelo governador aos secretários de saúde e à equipe técnica. Segundo os relatos a seguir, esse poder, autonomia e apoio aumentavam a motivação e a responsabilidade do secretário de saúde que tinha a obrigação de, juntamente com sua equipe técnica, mostrar bons resultados em face das condições de trabalho que estavam tendo. Esse fato é descrito nas falas abaixo.

[...] outro fato importante é ter uma equipe com autonomia frente às forças políticas. Não é que as forças políticas não fossem recebidas, mas a forma da gente operar não dependia de agradar as forças políticas nas suas bases eleitorais ou não. Havia uma autonomia da equipe que foi possível naquele governo do Tasso [...]. Outro aspecto também que lembro ser de grande importância é a descentralização, quer dizer, dar a capacidade de cada um daqueles gestores atuarem com plena liberdade em todos os

campos, com criatividade, sem ficarem sujeitos. Isso foi algo muito importante que suscitou esse espírito de colaboração em muitos setores. (MARCO PENAFORTE, ex-secretário estadual de saúde).

[...] e nos deixou fazer o que queríamos, nomear as pessoas para os cargos, autonomia total e com o telefone aberto para nos atender [...]. E eu disse muitas vezes, nunca mais ninguém vai ter na saúde o poder que nós temos, porque realmente eles deram poder, e eu concluía dizendo - tudo que der errado na saúde a culpa é nossa, [...] e não venha com negócio que a culpa é do governador, a culpa é de não sei quem, negativo, a culpa é nossa porque o governador está nos dando toda força, todo o apoio, inclusive político[...]. Na época houve essa facilidade, primeiro, política, dada pelo governador [...] que protegia a gente [...]. **O apoio era a principal motivação** [grifo nosso]. Você se sentia seguro, você não tinha um camarada aqui e algo que você fizesse ele ia ocupar o teu lugar. E também, quantas vezes nós nomeávamos e demitíamos [...] nunca veio deputado atrás de mim. [...]. Em geral, eu reputo assim o sucesso, primeiro, nós tivemos o apoio do governador em todos os sentidos e tivemos as inteligências combinadas que geraram esse modelo. Ali foi a soma de todas as inteligências, os entusiasmos, os compromissos. [...] mas eu acho que tudo residiu ali, na hora que ele [Tasso] assumiu, ele deu força ao secretariado dele e não tinha negócio de secretário preferido. (FREDERICO LIMA e SILVA, ex-secretário estadual de saúde).

Dar autonomia aos liderados traz benefícios à organização. Entre eles o aumento da motivação dos funcionários, esperando-se que contribuam para o aumento da eficiência e produtividade. Porém, o padrão de autonomia e os resultados dependem de muitos aspectos relacionados às características da instituição (NONAKA, 2014).

Para Bilhim (2009), “a motivação pode ser entendida como o desejo pessoal para fazer o melhor possível o seu trabalho ou para fazer todo o esforço que for possível para cumprir as tarefas ou atingir os objetivos que foram propostos e aceitos”.

Esse compromisso e esse desejo pessoal de melhorar a saúde, começando pela criança, estão presentes na fala dos ex-secretários abaixo. Essa motivação contagiante é ainda maior quando os membros da organização acreditam fortemente que é possível alcançar os resultados aos quais eles se propõem.

Nós assumimos a secretaria para realizar, atingir os objetivos de uma causa e havia uma motivação ideológica em todos nós. Nós queríamos fazer grandes mudanças no perfil sanitário do Ceará e isso contamina as pessoas. Contaminou até as pessoas que não estavam do mesmo lado político que a gente, pessoas de orientação política contrária, mas que eram apaixonados pela questão sanitária. Então, eu acho que foi fundamental termos entrado em bloco com uma causa. (MARCO PENAFORTE, ex-secretário estadual de saúde).

[...] eu me atreveria a dizer que a decisão de investir na criança foi a nossa tomada de cidadania. Nós passamos a entender que a nossa cidadania seria realmente verdadeira, conquistada se a gente acabasse com aquela vergonha. Porque a pesquisa mostrou muito bem que, por trás da mortalidade infantil, estava a falta de acesso, estava a falta de educação, estava a falta de compromisso público com saneamento, quer dizer, um indicador que evidencia muito bem o compromisso social e o compromisso político e aquilo dali serviu. (FREDERICO LIMA e SILVA, ex-secretário estadual de saúde).

Esses depoimentos são reforçados pelo Dr. César Forti que relata “um dos fatos mais importantes naquela época era a motivação de todos, no sentido de fazer acontecer’.

O resultado obtido no primeiro governo do Tasso Jereissati (1987 a 1990), que era, em grande parte, consequência do trabalho e da motivação dos gestores, servia também como incentivo para continuar trabalhando no mesmo sentido, em um círculo virtuoso muito favorável.

Nesse sentido, o Dr. Frederico Lima e Silva cita a primeira pesquisa de saúde materno-infantil (PESMIC 1) que confirmou a difícil situação da saúde da criança no estado, mas, com o início das atividades já havia resultados que entusiasmavam a equipe.

[...] a pesquisa da mortalidade infantil elevada que nos assustou muito [...] porque a pesquisa mostrou muito bem que por trás da mortalidade infantil estava a falta de acesso, estava a falta de educação, estava a falta de compromisso público com saneamento, quer dizer, um indicador que evidencia muito bem o compromisso social e o compromisso político [...]. Mas depois, o que aconteceu, o que entusiasmava a gente, era o resultado [...]. (FREDERICO LIMA e SILVA, ex-secretário estadual de saúde).

O mesmo sentimento é relatado pela Dra. Anamaria ao se referir aos primeiros resultados mostrados nos estudos realizados.

Nós vínhamos com um resultado que nos deixava muito orgulhosos. Eu diria assim [...] uma vaidade com humildade. Porque embora os resultados da PSMIC 2, de 1990 tivessem dado uma clara sinalização de que nós estávamos no caminho certo, por outro lado a gente também tinha dados dos outros estados [...]. (ANAMARIA CAVALCANTE, ex-secretária estadual de saúde).

Esse relato destaca novamente a influência das emoções na motivação. Nesse caso, a sensação de dever cumprido que deve estar presente nos gestores das empresas públicas e privadas,

6.1.2.4 Compromisso, Consciência da Realidade e Sensibilidade Com a Causa da Criança e do Povo Simples do Sertão

A motivação humana depende da forma como o indivíduo percebe as suas necessidades e oportunidades que a organização oferece para supri-las, e assim, contribuindo para que seus objetivos sejam alcançados (NONAKA, 2014).

A maioria dos ex-secretários de saúde (seis dos oito) é nordestina e cearense. Alguns nasceram, moraram e trabalharam no interior do estado, vivenciaram de perto ou, pelo menos,

conhecem a realidade do povo do Ceará e estão sensíveis a essa realidade. Suas falas demonstram como fatores intrínsecos de motivação a vontade e o compromisso de contribuir para mudar a realidade da população mais carente, em especial, da criança. Isso funciona como uma razão para priorizar e se dedicar à causa, que vai além da obrigação, como um objetivo pessoal, uma questão de alma, de consciência, de compromisso, uma vez que estavam tendo uma oportunidade e precisavam obter bons resultados nessa causa tão importante.

Estudo feito por Frutuoso *et al.* (2015), com gestores e profissionais de saúde em São Paulo, mostrou que esses trabalhadores do SUS, ante as enormes carências sociais e econômicas da população, afirmam a necessidade de soluções urgentes para atender às principais necessidades desses usuários do sistema de saúde. Essa sensibilidade diante do sofrimento da população, especialmente da criança, também foi relatada por alguns gestores da saúde do Ceará, como pode ser visto na fala do Dr. Jurandi Frutuoso “[...] a atitude como gestor é uma consequência da própria vida, disso eu não tenho dúvida, e o que nos leva a ter isso como prioridade é porque sabemos do valor social desse problema, problema que ao longo da vida se arrasta sem solução [...]”.

A motivação é influenciada pelo contexto no qual se encontra a organização e pela forma como os indivíduos encaram seu trabalho, sua vida, o lugar onde nasceram, a cultura do local onde cresceram, os valores familiares, educacionais e espirituais (DAVIS; NEWSTROM, 1992; GREGOLIN; PATZLAFF; PATZLAFF, 2011). Esse aspecto da origem do gestor fica evidente na fala do Dr. Jurandi Frutuoso e da Dra. Anamaria Cavalcante a seguir.

Nós que viemos do interior construímos na alma o compromisso de ter esse desafio como prioritário para pelo menos diminuir o seu tamanho. Nós que viemos do Tauá, da Pedra Branca [...] trouxemos na consciência o compromisso de lutar contra a mortalidade infantil e a pobreza. O compromisso está na alma [...]. (JURANDI FRUTUOSO, ex-secretário estadual de saúde).

Mas essa questão de ver a morte de perto, de ser nordestina, essa questão do estigma da pobreza, porque aqui morriam mais crianças, porque aqui tinha mais doenças evitáveis [...] isso certamente me incomodava. [...]. E quando eu vi isso na minha cidade ao voltar da residência isso me chocou, isso me incomodou. **Aí eu creio que tenha sido isso a grande motivação** [grifo nosso] que eu tive quando fui gestora pública”. (Anamaria Cavalcante, ex-secretária estadual de saúde).

Como foi relatado acima, a origem dos gestores parece justificar um discurso marcado pela sensibilidade com seus conterrâneos e pela vontade de servir ao outro da sua terra como uma de suas motivações.

Reforçando esse compromisso com sua gente, outro aspecto destacado, especialmente, pelos ex-secretários, era o reconhecimento de que estavam vivendo um novo momento como gestores.

[...] chegarmos com uma vitória política inesperada que nos deu muita força para transformar, poxa nós derrubamos um esquema de quantos anos, nós não podemos ser iguais, então um desafio de fazer melhor, de transformar realmente, de mudar realmente o Ceará. (FREDERICO LIMA e SILVA, ex-secretário estadual de saúde).

Eu acho que nós tivemos a oportunidade [...]. Eu acho que, se assume uma secretaria é para ajudar as pessoas, é a obrigação [...]. (ANASTÁCIO QUEIROZ, ex-secretário estadual de saúde).

Ganhamos a eleição, o que a gente vai fazer com a saúde? Estamos agora com a saúde na mão, chegamos a democracia, o que a gente vai fazer? (CARLILE LAVOR, ex-secretário estadual de saúde).

[...] mas, você vai pelo menos ficar de consciência tranquila [...] com o que consegui produzir. Eu acho que a estratégia é a motivação de encarar como vitória pessoal. Essa é a grande sacada. (JURANDI FRUTUOSO, ex-secretário estadual de saúde).

Nessas falas, os gestores relatam que estavam tendo o privilégio e a oportunidade de mudar a realidade do Ceará, e que tinham de fazer diferente, pois estavam agora com essa responsabilidade e a obrigação de obter uma verdadeira transformação do que haviam encontrado.

6.1.2.5 Sensibilidade com a Situação Epidemiológica da Saúde da Criança

Além de ser um compromisso pessoal, o interesse e sensibilidade com a situação epidemiológica e com a causa da criança, o enfrentamento dos problemas de saúde, especialmente da população materno-infantil são descritos pelos ex-secretários como uma obrigação do gestor, o qual precisa conhecer a realidade e priorizar esses grupos mais vulneráveis para fazer um bom trabalho. O Dr. Carlile relata “[...] como a gente estava muito interessado no grupo materno-infantil, eu não aceitava essa mortalidade infantil tão alta e focalizamos muito a mãe e a criança. [...] porque também Fortaleza tinha muito caso de pólio e sarampo [...]”. E os depoimentos continuam.

Primeiro tem que ressaltar a relevância do tema porque é conhecido como um tema superimportante, principalmente nos países socialmente mais desfavorecidos [...]. Eu acho que o enfrentamento da mortalidade infantil no Ceará se afirmou ao longo do tempo com belas histórias. Eu acho, por exemplo, que a criação do agente de saúde no primeiro governo do Tasso Jereissati em oitenta e sete, colocou luzes muito fortes sobre esse problema que já existia, mas nunca tinha sido enfrentado com a determinação necessária. (JURANDI FRUTUOSO, ex-secretário de saúde)

[...] e nós entramos com a mortalidade infantil muito alta e que era de oitenta. Então aquilo era um desafio. Acho que aqueles números mostravam muitas mortes evitáveis a custo baixo [...]. E tudo levava à criança, era diarreia, era a questão da priorização das doenças imunopreveníveis [...]. Então era importante estabelecer prioridades com base nos dados existentes. [...] acho que a criança e a mulher grávida foram prioridades,

porque qualquer secretário, qualquer gestor que veja a saúde com critério sempre vai priorizar a criança e a mulher grávida, sempre. Eu acho que se não há essa priorização é porque os secretários não estão preparados para dirigir a saúde. (ANASTÁCIO QUEIROZ, ex-secretário estadual de saúde).

[...] mas porque a questão da criança se tornou algo tão relevante para a equipe? Em primeiro lugar, porque era uma questão escandalosa em termos de indicadores, um dos piores indicadores, que não era nem do Brasil, um dos piores indicadores do mundo a questão da mortalidade infantil no Ceará. Isso mostrava claramente que este era um dos problemas que o Governo teria que enfrentar. Do ponto de vista epidemiológico estava lá o escândalo que era a mortalidade. (MARCO PENAFORTE, ex-secretário estadual de saúde).

[...] a pesquisa da mortalidade infantil elevada que nos assustou muito. [...] era uma coisa tão óbvia que houve uma aceitação pacífica e automática de que eram aquelas as linhas de ação. [...] nós definimos que realmente havia lá uma mancha, uma coisa que tinha que ser combatida a qualquer preço [...] e com certeza ao diminuirmos a gente traria outros bônus com a redução. (FREDERICO LIMA e SILVA, ex-secretário estadual de saúde).

Relatos repletos de sentimentos, como o da Dra. Anamaria sobre a cruel realidade da mortalidade infantil demonstram a sensibilidade dos gestores da saúde do Ceará com o sofrimento das crianças.

[...] eu era obrigada a assinar no mínimo uma dezena de atestados de óbitos dos plantões de final de semana das crianças que haviam morrido no sábado e domingo [...] aquilo me doía porque eu deixava as crianças relativamente bem na sexta-feira [...]. Então a situação da mortalidade infantil era uma coisa muito forte porque, quando eu fui residente, quando morria uma criança das 80 internadas, nós fazíamos tudo para essa criança não falecer em nossas mãos. (ANAMARIA CAVALCANTE, ex-secretária estadual de saúde).

O critério epidemiológico utilizado na tomada de decisão das ações que serão priorizadas é algo fundamental em uma boa gestão de saúde. Isso é o que se pode chamar de modelo orgânico no processo decisório, que é diferente do modelo político muito comum no Brasil, no qual as decisões são mais baseadas nos interesses pessoais ou dos grupos político-partidários (LOUSADA; VALENTIM, 2011). Essa abordagem técnica da gestão é destacada na fala do Dr. Jurandi Frutuoso, que defende a prioridade dos investimentos públicos nos agravos à saúde mais relevantes.

[...] a análise epidemiológica de uma Secretaria de Saúde, seja ela municipal, estadual ou do Ministério da Saúde que lhe aponta um problema como relevante, como é mostrado em qualquer indicador elegível para se estudar a condição da criança no Brasil ou no estado do Ceará [...] o gestor terá que adotar estratégias que levem ao enfrentamento desse problema. [...]. Um outro aspecto é a necessidade de fazer isso de maneira técnica para que seja eficiente. (JURANDI FRUTUOSO, ex-secretário estadual de saúde).

A situação da saúde pública em geral, com a carência de serviços básicos e a situação financeira do Estado, que era, particularmente, muito crítica no início do primeiro governo Tasso Jereissati, em 1987, é destacada a seguir pelo Dr. Frederico Lima e Silva como um desafio, mas, ao mesmo tempo, poderia ser uma motivação para mudar aquele quadro.

[...] sabíamos que não tínhamos recursos e ao mesmo tempo tremendamente endividados. [...] não existia absolutamente nada de medicina no interior. O interior do estado era abandonado, cheio de pequenas obras, de pequenos postos de saúde, pequenos hospitais [...] e o levantamento que fizemos mostrava uma mortalidade de cento e seis por mil nascidos vivos, e isso chocou [...].

A dificuldade financeira pela qual passava o Estado também foi citada pelo Dr. César Forti: “[...] quando ele [Tasso] assumiu o governo, o Estado do Ceará estava liquidado financeiramente [...]”.

A difícil situação financeira do Ceará em 1987 é destacada por Maia (2000), segundo o qual os servidores estaduais estavam com os salários atrasados por mais de três meses, havia muitas dívidas com fornecedores e com as contas bancárias do governo bloqueadas. Apesar dessa situação crítica encontrada, esse mesmo autor descreve as medidas administrativas que foram tomadas para sanear as contas públicas e cita os avanços obtidos na área social, dentre elas a redução da mortalidade infantil que passou de 106/1.000 nascidos vivos, em 1987, para 32,3/1.000 nascidos vivos em 1998.

6.1.2.6 Dar Continuidade a Iniciativas de Governos Anteriores Voltadas à Saúde da Criança

O funcionamento de uma organização, seja ela pública ou privada, é influenciado pelo contexto, pelas informações circulantes e situações da comunidade na qual essa organização está inserida, influenciando a tomada de decisão (CUNHA *et al.*, 2007). Desse modo, deve ser difícil para um gestor não investir ou não dar continuidade a uma estratégia que está dando certo, especialmente se os resultados desse trabalho já forem de conhecimento da população.

Dar continuidade às iniciativas de governos anteriores foi um fator de motivação muito forte a partir do final do primeiro mandato do ex-governador Tasso Jereissati, inclusive pela ampla divulgação dos resultados obtidos na saúde infantil, em especial, como resultado do programa Viva Criança, e, mais especificamente, da atuação dos agentes de saúde (SVITONE *et al.*, 2000; SILVA *et al.*, 2015).

Os resultados da experiência do Ceará na redução da mortalidade infantil foram amplamente divulgados após a realização da PESMIC 2 (1990), que comprovou a redução da mortalidade infantil (de 1987 a 1990) e a melhoria de outros indicadores de saúde da criança, o prêmio oferecido pelo UNICEF ao Ceará (em 1992) e muitas matérias jornalísticas nacionais e internacionais que foram publicadas sobre esses resultados. Portanto, ficava difícil para qualquer gestor que assumisse logo em seguida não dar continuidade. Isso não diminui o valor do compromisso que esse gestor que assumiu já tivesse com a causa da criança, inclusive por ter participado das primeiras decisões de investir nessa área, ainda no planejamento do primeiro governo de Tasso Jereissati, em 1986, como foi o caso do ex-governador Ciro Gomes ou por ser do mesmo partido político, caso do Ciro Gomes e do Dr. Lucio Alcântara. Essa decisão de dar continuidade e aprimorar o que já vinha sendo feito fica evidente nas falas do Dr. Jurandi, apresentadas a seguir:

[...] a expansão de cobertura da atenção primária que já existia [,] estava implantado o agente de saúde e o saúde da família [...] isso já dando conta de grande parte do problema, reduzindo drasticamente as mortes por diarreia. Então o que nós fizemos? Aprimoramos o processo para avançar na solução [...]. São quatro razões, para mim fundamentais: o pessoal, o epidemiológico, o técnico e o político, colocados aí pela visão do próprio governo. Mas, se isso não bastasse, tinha o quinto e decisivo elemento que era a cultura já implantada na Secretaria de Saúde [...] e no Ceará onde temos como prática, graças a Deus, a cultura de dar seguimento às políticas implantadas por outro governante e isso é o diferencial do Ceará com relação a alguns outros estados [...]. (JURANDI FRUTUOSO, ex-secretário estadual de saúde).

Desde o final de 1994, os agentes de saúde do Ceará passaram a fazer parte do Programa Saúde da Família - PSF (inicialmente chamado de programa e depois de estratégia). O PSF proporcionou a constituição, inicialmente, de equipes compostas por um médico, um enfermeiro e um grupo de agentes de saúde. que tem, cada uma, a responsabilidade por uma área geográfica definida e vinculação a uma unidade básica de saúde. Assim, com o agente de saúde, que foi implantado em todo o país, o PSF, teve uma grande contribuição da equipe do Ceará no seu início, e também foi ampliado progressivamente para os demais estados brasileiros (ANDRADE *et al.* 1998).

Alguns estudos indicam que a Estratégia Saúde da Família contribuiu para a redução da taxa de mortalidade infantil no Brasil, em especial, as mortes causadas por doenças diarreicas (MACINKO, et al, 2006; VICTORA, 2011). No caso dos indicadores do Ceará, os resultados parecem ter sido influenciados pela continuidade das políticas públicas de saúde, como relata o Dr. Jurandi Frutuoso “Eu acho que a arrancada inicial criando estratégias novas, tecnologias novas de enfrentamento, envolvendo as pessoas, foram determinantes [...], aí o que fiz só foi continuar”.

Com base no que foi relatado pelos ex-governadores e ex-secretários é possível afirmar que a saúde da criança, especialmente a redução da mortalidade infantil, foi uma prioridade nas gestões estaduais do Ceará, no período de 1987 a 2006.

O caso do Ceará foi idealizado em 1986, seguindo uma lógica que foi proposta 23 anos depois pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2009), sobre o planejamento em saúde. Em um documento sobre essa temática, a Secretaria recomenda aos municípios paulistas alguns critérios para a priorização dos investimentos em saúde, com base em uma metodologia da OPAS. Os critérios são:

1) Relevância (importância do problema) – Sem dúvida alguma, a mortalidade infantil é relatada como algo extremamente importante, tanto por ex-governadores, como por ex-secretários de saúde do Estado.

2) Urgência (intensidade da ameaça que representa à estabilidade do sistema) – Vários dos entrevistados relatam que algo precisava ser feito de imediato para reduzir a mortalidade infantil, tão grave que era a situação.

3) Factibilidade (disponibilidade de recursos para a execução das ações previstas para seu enfrentamento) – Especialmente o Dr. Carlile Lavor era sempre enfático em afirmar que era possível reduzir a mortalidade infantil, uma vez que as ações que seriam necessárias para reduzir os óbitos de menores de um ano eram conhecidas, simples e factíveis com os recursos financeiros disponíveis.

4) Viabilidade (capacidade política, técnica, financeira para o desencadeamento das ações necessárias ao enfrentamento dos problemas) – Desde a apresentação das estratégias pelo Dr. Carlile houve o convencimento do governador Tasso Jereissati em 1986, decisão seguida pelos outros dois governadores que o sucederam e pelos assessores desses governadores. Dando continuidade a essa decisão política, houve o aporte de conhecimento técnico, recursos humanos e financeiros para alcançar a meta estabelecida. Essa situação se configurou no que pode ser chamado de viabilidade política, técnica e administrativa (MATUS, 1987).

Com base no relato dos depoentes leva-se a pensar que o modelo de tomada de decisão adotado pelos governadores da época não parece ter sido anárquico, uma vez que a tomada de decisão e a implementação seguiram um processo previamente definido, nem político, pois a decisão tomada pelos governantes foi baseada em informações epidemiológicas disponíveis e com a participação da equipe técnica, havendo um processo de planejamento e uma avaliação dos resultados. Essas características se assemelham mais aos modelos racional e processual, nos quais as orientações que regem a tomada de decisão são bem definidas,

coerentes e baseadas em critérios técnicos (LOUSADA; VALENTIM, 2011).

6.2 Valor Social da Saúde da Criança para o Governo

A proposta inicial deste estudo previa a formulação de um conceito de valor social da saúde da criança para o Governo, porém na fase de análise dos resultados verificou-se que construir um conceito exigiria um tempo maior para elaboração teórica e conceitual, inclusive para uma revisão de literatura nas áreas da antropologia e sociologia, o que não seria possível nesse momento. Por outro lado, contactou-se que as respostas obtidas dos gestores permitiriam conhecer as suas impressões sobre esse valor, numa perspectiva mais geral, porém correlacionadas com o principal tema do estudo que é a saúde infantil. Dessa forma, os achados desse estudo podem ser o passo inicial para outros pesquisadores que queiram aprofundar o tema e construir esse conceito.

A decisão de tentar construir esse conceito baseou-se em uma definição de valor da criança para os pais (VOC da sigla em inglês *Value of Children*), proposta para identificar as motivações das pessoas para gerar, criar, cuidar, amar, educar e proteger uma criança. Tudo isso buscando analisar, além dos custos econômicos, os aspectos pessoais, sociais, demográficos e psicológicos, relacionados ao nascimento de um filho. A metodologia utilizada para construir esse conceito incluía a pergunta sobre as razões pelas quais as pessoas decidem ter filhos (JANSEN; LIEFBROER, 2006; CAVALLI; ROSINA, 2011).

Na mesma perspectiva, além do que foi perguntado inicialmente aos gestores sobre suas motivações para priorizar a saúde infantil, nesse segundo item a respeito do valor, a proposta era saber do ponto de vista mais teórico, por que um gestor deve priorizar a criança, em especial sua saúde. Apesar de investir na saúde da criança ser uma obrigação do gestor público, constata-se que alguns governantes não investem tudo que têm obrigação e o que podem investir nessa área. Nos anos de 1980, quando começou o primeiro mandato do ex-governador Tasso Jereissati, e ainda nos dias atuais, apesar de todos os avanços em termos de participação social, as definições de onde, como e quanto investir ainda dependem, em grande medida, do mandatário maior.

Essa temática também é bastante significativa por se constatar que muitos dos direitos das crianças ainda não são garantidos pelos governos e que várias famílias e comunidades não protegem adequadamente suas crianças, o que pode indicar uma pouca valorização desse grupo populacional tão importante.

No início da entrevista, os depoentes tiveram certa dificuldade em responder a essa pergunta, talvez por não ser fácil atribuir um valor, mesmo que social, a algo não físico e tão sensível como é o tema da infância. As respostas vieram mais facilmente ao se perguntar por que investir ou não na saúde infantil.

Diferentemente do tema da motivação, nesse caso, decidiu-se analisar as respostas dos ex-governadores e ex-secretários estaduais de saúde conjuntamente.

Quadro 4 – Categoria e Subcategorias de análise do Valor Social da Criança, na perspectiva dos ex-governadores e ex-secretários estaduais de saúde.

Tema	Subcategorias Na perspectiva dos ex-governadores e ex-secretários estaduais de saúde
Valor social da saúde da criança para o governo	1- Cuidar da criança traz benefícios para todos, no presente e no futuro; 2- Criança precisa ser priorizada, por ser mais vulnerável; 3- A redução da morte de crianças passou a ser um tema de interesse dos gestores; e 4- A criança é símbolo de pureza e inocência.

Fonte: Dados da pesquisa

6.2.1 Cuidar da Criança Traz Benefícios para Todos, no Presente e no Futuro

Ao analisar a fala dos sujeitos envolvidos neste estudo, foi constatado que, para os entrevistados, o investimento na criança traz um bom retorno social e econômico para elas, para suas famílias e para a comunidade, nos dias atuais e nos anos futuros. Essas expressões surgiram de várias formas, seja dizendo que o futuro do País depende da forma como se cuida da criança no presente, seja apresentando outros argumentos sobre as vantagens de se investir na infância.

É comum as pessoas dizerem que a criança é o futuro. Dizer dessa forma faz todo sentido, uma vez que o futuro de uma sociedade depende de como ela trata suas crianças. Por outro lado, é importante deixar claro, desde o início dessa discussão, que a criança tem direitos no presente, aqui e agora, e que dessa forma pode-se dizer que ela é presente e futuro, pois elas serão os líderes do amanhã. Como disse o ex-governador Tasso Jereissati, ao ser indagado sobre o valor da criança, se elas estiverem bem no presente, há grandes chances de o País estar bem no futuro. Segundo ele, “[...] eu vejo que a criança tem sempre dois valores, um aspecto puramente social, histórico, pois a criança é o futuro. Ali é o futuro. Se essas crianças forem bem, o país vai bem. É esse o valor fundamental [...]”.

Essa mesma visão da importância da criança na perspectiva do futuro é compartilhada por alguns ex-secretários estaduais de saúde. Segundo o Dr. Frederico [...] a gente tem que proteger a criança porque ela é o futuro do País e se as crianças morrerem o País se acaba [...]. Criança é para ir para a escola, [...] para brincar [...]. Entender a figura da criança como realmente o futuro da nação [...]”.

O Dr. Marco Penaforte defende, na sua fala a seguir, que não somente o governo, mas também a sociedade deve oferecer os cuidados adequados à criança, desde a gestação e, especialmente, durante a primeira infância, nas várias áreas, como saúde, educação e em uma perspectiva de fortalecimento da família e da inclusão social.

O presente, de certa forma, é o resultado do que foi realizado no passado. Se os cuidados com o homem, proporcionados pelo Estado e a sociedade, começassem com a proteção da vida intrauterina, evoluíssem com zelo rigoroso para com a criança até a idade de seis anos, incluindo neste processo o fortalecimento da família, e a partir de então com a provisão de uma educação capaz de promover o desenvolvimento mental e a inclusão social, a humanidade seria outra. Trata-se de apostar na vida.

Concordando com a fala dos entrevistados, muitas pesquisas dos últimos 30 anos indicam que o investimento na gestação e na primeira infância, que corresponde aos primeiros seis anos de vida, não traz benefícios somente para a gestante, a criança e sua família, mas também para toda a sociedade (HACK *et al.*, 2002; RNPI, 2010; UNICEF, 2015).

Esses estudos destacam, ainda, que os primeiros mil dias de vida correspondem ao período após o nascimento quando o cérebro infantil mais se desenvolve. Portanto, a falta de uma nutrição, estimulação e atenção aos agravos à saúde adequados nesse período podem ter repercussões muito graves e definitivas de longo prazo (LANCET, 2016).

O desenvolvimento infantil é parte fundamental do desenvolvimento humano e resultado da interação de fatores ligados à herança genética e outros decorrentes do ambiente sócio-histórico e cultural no qual a criança vive (VALSINER, 1989; SILVA; MAFTUM; MAZZA, 2014). As mudanças que ocorrem ao longo das etapas de desenvolvimento podem ser vistas a partir das novas habilidades e competências específicas que a criança vai adquirindo ao longo do decurso do amadurecimento (SILVA; MAFTUM; MAZZA, 2014).

Especificamente com relação à saúde, vários organismos internacionais, entre eles o UNICEF, defendem que os países devem ampliar e melhorar a atenção às gestantes e às crianças pequenas, oferecendo serviços de promoção e prevenção, capazes de melhorar os resultados com relação à sobrevivência e ao desenvolvimento das crianças (LANCET, 2016).

Existem evidências científicas de que é possível prevenir muitas das doenças crônicas comuns, em especial, na vida adulta, como diabetes e hipertensão, e até o câncer, se houver uma adequada atenção à saúde infantil (MOREIRA; GOLDANI, 2010). Na compreensão de Moreira e Goldani (2010, p. 326.),

[...] as oportunidades perdidas na infância são oportunidades não retornáveis. A apoptose ou morte programada das células é uma realidade. Após a infância, a maioria dos órgãos não vai formar novas células e, portanto, se na infância não se cuidou da criança de forma adequada, ela já começará a vida adulta com um número menor de células em diversos órgãos. Estas células serão mais rapidamente destruídas, alterando a função dos órgãos precocemente, levando a doenças crônicas em indivíduos cada vez mais jovens.

O que acontece na primeira infância, afeta não somente a saúde da criança no presente e no futuro, mas também o seu desempenho na escola, o comportamento e os relacionamentos sociais e até mesmo o sucesso econômico na fase adulta. Um dos grandes estudiosos nesse tema é o economista americano James Heckman, um dos ganhadores do Prêmio Nobel de Economia no ano 2000, em virtude de suas pesquisas sobre esse tema. Segundo ele, a primeira infância é a base para um futuro promissor, tanto individual como comunitário (HECKMAN, 2006). Os estudos do professor James Heckman (2002, p. 1), destacam que os investimentos nessa fase da vida têm influxo nos resultados sociais, econômicos e na saúde, para os indivíduos e para a sociedade. Segundo ele:

Um momento crítico para se moldar a produtividade é do nascimento até os cinco anos de idade, quando o cérebro se desenvolve rapidamente para construir as bases das habilidades cognitivas e de caráter necessárias para o sucesso na escola, na saúde, na carreira e na vida.

Ainda de acordo com esse economista, o retorno estimado sobre o investimento é de US\$ 7.00 para cada dólar investido em programas voltados para as crianças nos primeiros anos de vida (HECKMAN, 2002).

Essa afirmação é reforçada pelo UNICEF (2008a), segundo o qual a falta de uma atenção adequada na infância compromete não somente o seu crescimento e desenvolvimento, mas também trará prejuízos para a sua vida adulta, inclusive no seu desempenho físico, intelectual, emocional, social e econômico.

Reafirmando ainda mais essa importância, em outubro de 2016, foi lançada uma série de artigos pela revista britânica *The Lancet*, com o respaldo da Organização Mundial da Saúde, do Banco Mundial e do UNICEF, sobre o investimento nos primeiros seis anos de vida. De acordo com esses artigos, o custo de serviços de saúde, nutrição, cuidados, segurança, proteção e aprendizagem é em torno de 50 centavos de dólar por criança, por ano, se houver

uma integração e uma otimização dos serviços de saúde e de outras áreas já existentes. Nesse sentido, grande parte das nações tem capacidade de garantir esses serviços e os direitos sociais básicos às suas crianças, com maiores possibilidades de alcançar um melhor desenvolvimento social e econômico (LANCET, 2016). Ainda segundo essa fonte, sem o investimento adequado na primeira infância, as pessoas poderão ter uma renda 25% menor na idade adulta e os países podem perder até duas vezes seu investimento do PIB em saúde e educação. Portanto, os resultados por não se investir na infância podem prejudicar, além das populações do presente, também as futuras gerações.

Nessa mesma linha, a pediatra e especialista do Banco Mundial, Mary Young (1998, p. 202), defende que investimentos em programas voltados para a primeira infância podem contribuir para

[...] maior produtividade e renda futuras, bem como reduzir o custo de serviços públicos e do atendimento à saúde. As deficiências causadas nos indivíduos pela desnutrição durante os primeiros anos de vida e por cuidados inadequados podem afetar a produtividade no trabalho e o desenvolvimento econômico de toda a sociedade. Intervenções planejadas e implementadas adequadamente para a criança pequena podem acarretar benefícios multidimensionais [...].

O tema do investimento na infância volta nas falas abaixo, com destaque para o fato de os benefícios serem para toda a sociedade. A Dra. Anamaria nos respondeu com três perguntas muito convincentes, começando com a indagação, “por que um governante não investiria?” E ela complementa.

Se o investimento em termos monetários é relativamente pequeno para o retorno efetivo? Se qualquer, ou quaisquer que sejam os valores investidos, mesmo pequenos, os resultados são alcançados, em curto espaço de tempo? Se ao investir na criança e no adolescente o governante, em qualquer nível de gestão, atinge praticamente todas as gerações - a própria criança, o adolescente, seus pais, seus avós, sendo os três últimos, todos eleitores?

O Dr. Anastácio também reforça que

[...] se você olhar todas as áreas da atividade humana, a criança tem que ser priorizada [...]. Portanto acho que o foco de qualquer governo tem que ser a criança, porque se o governo foca na criança, ele foca na família, ele foca na sociedade, ele foca no Estado, na cidade, no País. Eu acho que realmente isso é algo que tem que ser melhor discutido [...]. Então, tudo passa pela criança [...]. Quem prioriza a criança prioriza tudo, tudo melhora, seja a água, a saúde, porque a criança doente toca todo mundo [...]. A escola que não é boa para a criança ela não é boa para nada [...]. Se você focar na criança você melhora todas as áreas. [...]. Porque se você priorizar a criança você trabalha com a família.

O Dr. Anastácio relatou também a ocasião na qual o Governador Tasso Jereissati autorizou a construção de uma nova maternidade no Hospital Geral César Cals, com Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e de Cuidados Intermediários, em caráter de urgência, para

reduzir a superlotação dos serviços de assistência materno-infantil, situação que estava contribuindo para o aumento da mortalidade neonatal. Segundo ele, a nova unidade foi construída e equipada num prazo de 45 dias, o que foi considerado um fato surpreendente. Ainda segundo ele, na mesma ocasião da abertura da nova maternidade, foi inaugurada, com apoio da Agência de Cooperação Internacional do Japão – JICA, a primeira Casa da Gestante do Ceará, anexa à maternidade. A Casa da Gestante acolhe mulheres grávidas que possuem fatores de risco, mas que ainda não têm indicação de internação hospitalar e, que, em geral residem longe da maternidade. Estando ao lado do hospital, a gestante pode ser atendida rapidamente pela equipe do hospital no caso de alguma intercorrência.

Apesar do investimento na criança ser importante para o futuro, uma vez que os pequeninos de hoje serão os responsáveis pela condução das organizações quando forem adultos, é importante lembrar o que disse a poetisa chilena Gabriela Mistral: “as crianças não podem esperar [...], para elas não podemos dizer amanhã, seu nome é hoje”. É nesse momento que a criança está crescendo e se desenvolvendo, portanto precisa da melhor atenção possível no presente e deve ser priorizada nas políticas públicas dos três níveis da gestão: federal, estadual e municipal (HADDAD, 2014).

É importante destacar a necessidade da implementação de políticas públicas destinadas, especialmente, às famílias que mais precisam, sempre enfatizando que o desenvolvimento social de uma criança traz grandes benefícios não somente para ela, mas também para a família e toda a sociedade, no presente e no futuro.

6.2.2 A criança Precisa ser Priorizada por Ser Mais Vulnerável

Uma das justificativas muito citadas para se investir na infância é o fato de esse grupo etário ser um dos mais frágeis e susceptíveis às doenças e a todas as formas de violência. Esse também é um bom motivo, uma vez que as crianças realmente correm mais riscos de adoecer e morrer e são as principais vítimas de maus tratos.

Os primeiros seis anos de vida da criança são fundamentais para o seu desenvolvimento físico, psíquico e de suas habilidades sociais. Essa é também uma fase de maior vulnerabilidade, que demanda proteção especial e um ambiente seguro, acolhedor e propício ao desenvolvimento de suas potencialidades atuais e futuras (UNICEF, 2015).

Por outro lado, especialmente as crianças muito pequenas e de famílias de baixa renda, não têm quem as defenda e reivindique seus direitos, diferentemente de certos grupos da

sociedade bastante organizados e atuantes e que pressionam o governo e obtêm muitas prioridades nas políticas públicas.

Segundo Silva, Maftum e Maza (2014), “vulnerabilidade pode ser apreendida como um conjunto de condições que tornam indivíduos e comunidades mais susceptíveis às doenças ou incapacidades, em decorrência de elementos individuais, sociais e programáticos”.

Por constituir um dos grupos mais vulneráveis e que causa grande apelo junto à sociedade, a criança está sempre presente na fala dos políticos que prometem investir nessa faixa etária. O mesmo acontece com os idosos, que semelhante às crianças, na grande maioria das vezes, não fazem parte da população economicamente ativa e por isso, muitas vezes, são esquecidos nos investimentos públicos. A forma como os recursos públicos são aplicados e o pouco investimento nesses grupos mais vulneráveis são destacados pelo ex-governador Ciro Gomes.

Eu acho que um elemento distintivo, de um quadro político respeitável, [...] é a forma como ele [o Gestor público em geral] prioriza a criança, para além da retórica. Eu acho que é um quadro distintivo, civilizatório porque, se você tem um conflito distributivo, e isso no Brasil é grave, e é grave também politicamente porque na verdade nós temos muito mais recursos do que os disponíveis [...]. Mas se você tem esse conflito e tem que lutar para resolvê-lo, a transição deve sacrificar os adultos em idade útil para o trabalho. Então, a prioridade deve ser a criança e o idoso, justo o oposto do que a perversão neoliberal faz que considera a criança e o idoso, que não são engrenagens do fato produtivo, como irrelevantes, e eu acho que esse é um traço moralmente distintivo de uma civilização, é a forma como a sua política trata esses dois grupos.

Já o ex-governador Lúcio Alcântara destaca na fala a seguir, além da vulnerabilidade das crianças, o papel dos movimentos sociais e dos organismos internacionais na luta pelos direitos dessa população.

Creio que um governante, ao optar por uma atenção prioritária à criança, leva em conta o fato de ser um grupamento populacional indefeso, desprotegido e, portanto, mais sujeito às intempéries sociais. Inocentes, sem voz, vítimas da indiferença e incúria dos governos. Isso é, o risco maior de adoecer e morrer ou mesmo de perder-se nas sendas cruéis do analfabetismo, da marginalidade e do vício. Vivos, mas gravemente doentes do ponto de vista social. Não nos esqueçamos de que convivíamos com índices de mortalidade infantil obscenos [...]. O clamor social em favor das crianças demorou a criar força. Até que decisões técnicas impulsionadas por organismos internacionais e pactuadas pelos países em foros mundiais induzissem os governos a dedicarem maior atenção às demandas infantis. A criança tem menos capacidade de se defender.

Portanto, as crianças são as que mais sofrem os efeitos da pobreza, da negligência, como também são particularmente susceptíveis a cortes nos serviços de infraestrutura, tais como os de habitação, saneamento, além de saúde e educação (UNICEF, 2015). Para o Dr. Anastácio Queiroz:

A criança é mais vulnerável a tudo que acontece de errado. A criança é sempre a mais afetada. A criança sofre mais com a poluição, a água de má qualidade atinge mais a criança, assim como o transporte inseguro. É sempre pior para a criança porque ela não sabe se proteger.

De acordo com Silveira (2010), a visão da comunidade e dos adultos sobre a criança é determinada socialmente e, portanto, evoluiu ao longo da história de acordo com os diferentes momentos vividos pela sociedade. Para Heywood (2004), é importante entender como esse conceito da infância evoluiu historicamente, para que se possa compreender a criança e sua situação nos dias atuais. Também segundo Postmann (1999), a concepção de infância na humanidade variou de acordo com a situação social, econômica, política, religiosa e cultural, tendo um grande salto, na Inglaterra do século XVII, com a questão da educação.

A visão da humanidade sobre a infância sofreu grandes mudanças ao longo da história, porém, nesse contexto da vulnerabilidade, vale a pena citar Heywood (2004, p. 23), segundo o qual “nos séculos XV, XVI e XVII havia um reconhecimento de que as crianças precisavam de tratamento especial, ‘uma espécie de quarentena’, antes que pudessem integrar o mundo dos adultos”. Essa “quarentena” não deve ser vista como um isolamento do mundo adulto, já que a criança precisa ser integrada à comunidade, mas como um espaço privilegiado de proteção contra as agressões externas.

Especialmente nos dias atuais, a proteção e a vulnerabilidade das crianças são temas que podem mobilizar a comunidade. Em uma de suas falas, o Dr. Carlile Lavor destaca que seria importante começar o trabalho pelas crianças, por vários motivos, dentre eles, por ser um tema que poderia ajudar a mobilizar a sociedade. O Dr. Carlile destaca “e por que a criança? Porque era o grupo mais fácil da gente conseguir algum resultado e mais fácil de mobilizar a sociedade também. Então [...] reduzir as mortes infantis era uma coisa boa para a mobilização da sociedade”.

O Dr. Frederico reforçou que proteger o mais frágil é importante para toda a sociedade “Ela [a criança] é a fração mais frágil e se você protege bem, o mais frágil, você vai proteger automaticamente toda a sociedade”.

Além das crianças serem naturalmente as mais vulneráveis, aquelas pertencentes às famílias de baixa renda e que moram em comunidades sem a infraestrutura adequada de habitação, saneamento e outros serviços públicos - como saúde, educação e assistência social - estão ainda mais susceptíveis a diversos agravos.

É importante, portanto destacar que a parceria entre o Governo, as famílias e a comunidade é fundamental para cuidar, educar e proteger a crianças, especialmente por esse ser um direito fundamental, mas também porque elas são as mais vulneráveis e precisam estar em primeiro lugar.

6.2.3 A Redução da Morte de Crianças Passou a Ser um Tema de Interesse dos Gestores

Muitos políticos não investem de forma preferencial nos grupos que são prioridades constitucionais. Além disso, as crianças pequenas não estão organizadas, não fazem passeatas, não votam e, portanto, não reivindicam seus direitos. Especialmente as mais pobres, cujos pais, ou muitas vezes, só as mães que sustentam sozinhas suas famílias, não têm tempo de se organizar para demandar o que seus filhos têm direito.

É necessário ter líderes comprometidos com as crianças. Cabe aos gestores públicos decidir em que políticas vão investir de acordo com o que manda a lei e no que seja mais relevante em termos legais, sociais e econômicos.

Durante muito tempo, essa foi a realidade em várias partes do mundo e do Brasil. Os governos não investiam prioritariamente na infância e a sociedade aceitava isso pacificamente. Segundo o Dr. Frederico Lima e Silva na fala a seguir, além da falta de consciência sobre a importância da infância, a prioridade para a criança, fica somente no discurso, mas não se concretiza no orçamento.

[...] a gente tem que proteger a criança [...]. Tenho certeza que a maioria dos nossos políticos não sabe [...]. Criança é para ir para a escola, [...] para brincar [...]. Mas eles [políticos] não têm essa consciência da importância de proteger, da importância de educar [...]. [...] é retórica de palanque, mas quando chega na hora de destinar verba, de mudar a lei [...].

Nos últimos 30 anos, os movimentos sociais e organizações internacionais, como o UNICEF, passaram a realizar encontros, a publicar documentos e a fazer campanhas que colocaram a criança no centro da agenda pública, segundo destaca o Dr. Lúcio Alcântara:

O clamor social em favor das crianças demorou a criar força. Até que decisões técnicas impulsionadas por organismos internacionais e pactuadas pelos países em foros mundiais induzissem os governos a dedicarem maior atenção às demandas infantis.

Na opinião do Dr. Anastácio “quem não prioriza a criança, não prioriza nada”. E ele complementa “eu acho que o governo que não prioriza a criança é um governo fadado a não fazer uma boa administração”. O mesmo é defendido pelo Dr. Frederico no seu depoimento a

seguir “Eu acho que a mortalidade infantil é o maior indicador, é o maior preditor de boa governabilidade e de índice de desenvolvimento humano”.

Por que, nos últimos anos, mais gestores públicos (seja do plano federal, estadual ou municipal) passaram a falar sobre a mortalidade infantil e muitos até a se comprometerem com a redução dessa taxa? Apesar dessa pergunta não ter sido feita aos gestores, as falas a seguir podem contribuir para respondê-la, pelo menos, em parte.

O ex-governador Ciro Gomes destaca a questão do investimento na infância como uma maneira de avaliar a qualidade de um governo e suas políticas públicas. Segundo ele “a partir daí é um instrumento de avaliação, vamos dizer da qualidade moral civilizatória, [...] a forma com que ele [o gestor público] aloca os recursos para esses extratos mais vulneráveis, especialmente a criança”.

Um fato que marcou esse movimento pela saúde da criança no Brasil foi o reconhecimento do UNICEF ao Estado do Ceará pela redução da mortalidade infantil de 1987 a 1990. Após a divulgação desse prêmio, várias equipes de governos estaduais e municipais visitaram o Ceará para saber o que tinha acontecido, mostrando como a divulgação de uma experiência bem-sucedida tem uma influência no estímulo para o investimento prioritário na infância, mostrando que é possível fazer grandes transformações com os recursos disponíveis (SILVA *et al.*, 2015).

O Dr. Carlile destaca a seguir a importância de dar visibilidade às experiências, para que as pessoas possam valorizar.

O valor da criança é um valor universal [...] mas tem que mostrar que é possível mudar a situação da criança. E na hora que você colocar isso na imprensa, passa a ter um valor para a sociedade [...]. Aquele valor que era subconsciente passa a ser um valor explícito. Isso é muito importante porque é algo que está lá e sobre o qual ninguém fala e que muda quando todo mundo começa a falar, então é diferente [...]. Teve a experiência e na hora que o Ceará deu certo, o Ministério adotou [o agente de saúde] para o Nordeste. Uma coisa foram os números. O Ceará tornou-se campeão de vacinação. Como é que o Ceará que era o pior Estado passa a vacinar todo mundo e acaba com a poliomielite, reduz muito o sarampo [...], isso foi muito essencial, e depois o resultado do UNICEF, e a mortalidade infantil reduziu no Ceará, então vamos fazer isso [...]. Poxa, deu certo no Ceará [...] e a experiência do Ceará passou a ser conhecida [...] e o relatório do UNICEF, a pesquisa do UNICEF deu prestígio ao Ceará [...] e a experiência do Ceará passou a ser conhecida [...]. Queriam ver a experiência do Ceará como era. Quando terminou o mandato do Tasso é que a experiência já estava conhecida, o Ministério já reconhecia a vacinação, a redução dessas doenças imunopreveníveis e o relatório do UNICEF, a pesquisa do UNICEF deu prestígio ao Ceará.

A influência que a experiência do Ceará, inclusive o prêmio do UNICEF, teve junto a outros estados e a visibilidade na imprensa internacional também são destacados por outros ex-secretários.

No momento em que o Ceará ganhou o Prêmio do UNICEF e que isso motivou a que o programa agente de saúde se nacionalizasse, eu tenho certeza, convicção disso, nós começamos a poder apresentar as experiências em outros estados [...]. Então isso reverberou na imprensa internacional com a publicação do UNICEF, na Newsweek e na revista Time, no La Guardian, no Jornal do Brasil, na Veja, etc. E muitos estados passaram a nos visitar, [...] e nós passamos a ser bastante visitados por outros estados que queriam copiar a experiência do Ceará. (ANAMARIA CAVALCANTE, ex-secretária estadual de saúde).

Eu gostaria de realçar aqui o trabalho importante do UNICEF. Na realidade, o UNICEF se transformou num fator de provocação com as suas pesquisas mostrando os resultados, com as suas premiações simbólicas para aqueles municípios que se saíam melhor e com a presença constante aqui. Eu acho que esse foi outro fator que ajudou. E não é só o início dessas ações, mas a manutenção do interesse pela continuidade da redução da mortalidade infantil. (MARCO PENAFORTE, ex-secretário estadual de saúde).

Eu acho que o Selo UNICEF implantado no Ceará [...] há quinze anos também fez o diferencial porque criou uma competição saudável entre os municípios e as pessoas tinham vontade de trabalhar e depois obter o reconhecimento explícito do UNICEF. Isso potencializou a vontade da equipe de aprimorar as técnicas da gestão e elevou o compromisso do gestor maior, o prefeito, em enfrentar o problema [...]. O Selo UNICEF foi um evento muito importante dentro dessa estratégia utilizada pelo Estado do Ceará. Sete anos depois a estratégia foi levada para outras Regiões do país. (JURANDI FRUTUOSO, ex-secretário estadual de saúde).

O Dr. César Forti fala a seguir da importância do trabalho realizado e de como isso serviu de modelo, reforçando a influência que a experiência do Ceará teve sobre os outros Estados.

A questão do emprego do soro caseiro teve um impacto fantástico. Em pouco tempo deixamos de ver enterro de crianças, muito comuns naquela época. A implantação do programa dos agentes de saúde foi outra providência fundamental para a melhoria da saúde pública. Posteriormente a experiência serviu de exemplo para todo o Brasil.

Pelo relato da Dra. Anamaria a seguir, também fica evidente que houve um maior interesse e, portanto, uma maior valorização do tema da saúde infantil.

Uma mudança que assistimos entre o final dos anos 1980 e início dos anos 1990 foi a preocupação e até mesmo a competição dos prefeitos com os resultados da Mortalidade Infantil [...]. Eles me falavam, Dra. Ana conseguimos reduzir a mortalidade infantil em X % nos três primeiros anos de governo”. [...] e esse passou a ser o discurso de muitos deles [...].

Nesse sentido é importante entender o que contribuiu para essa valorização. Pelas falas dos gestores, a visibilidade dada à experiência do Ceará, especialmente por uma instituição de grande credibilidade como o UNICEF, contribuiu para isso, porém o que mais? Os valores podem ser influenciados por várias razões. Uma delas está nas normas sociais, que induzem ou até obrigam as pessoas a fazerem algo, sob pena de sofrerem sanções se as normas não forem

cumpridas. O clima ideológico e cultural pode surtir efeito semelhante, mesmo sem sanções (FRIEDMAN; HECHTER; KANAZAWA, 1994).

Lavor,C; Lavor,M e Lavor, I (2004) relatam que a Professora Judith Tendler, quando avaliou a gestão dos ex-governadores Tasso Jereissati e Ciro Gomes, ressaltou o fato de o Governo Estadual incentivar as equipes municipais que obtiveram bons resultados, pelo grande prestígio que era conferido aos agentes de saúde, às ações de comunicação para fomentar o desenvolvimento social e pela divulgação sobre os direitos dos cidadãos aos serviços de saúde. A publicação do livro da professora Judith Tendler, intitulado *Bom Governo nos Trópicos*, também deu grande visibilidade ao Governo do Ceará, até por ser essa professora vinculada ao prestigiado Instituto de Tecnologia de Massachusetts.

Imagina-se que a experiência do Ceará tenha criado esse clima de que cuidar bem da criança é importante e bom para o sucesso político, mesmo na ausência de sanções contra quem fizesse o contrário, uma vez que nos anos de 1980 ainda não existia uma cobrança muito grande das instituições e da sociedade civil para um investimento prioritário na infância.

6.2.4 A Criança é Símbolo de Pureza e Inocência

A imagem da criança é normalmente relacionada à inocência e à pureza, e essa imagem tem como umas principais inspirações as palavras de Jesus Cristo, como é descrito na Bíblia (HEYWARD, 2013).

No Evangelho do apóstolo Lucas (18.15-17), está escrito que alguns pais traziam seus filhos para que Jesus os tocasse, porém, os discípulos os repreenderam. Jesus, no entanto, chamando-as para perto dele, disse: “Deixai vir a mim os pequeninos, não os impeçais; porque deles é o Reino de Deus. E completou: Em verdade vos digo que qualquer um que não receber o Reino de Deus como uma criança, não entrará nele” (BÍBLIA, 2012).

De acordo com Corazza (2000), na sua obra “*E os pequeninos Senhor? Inocência e culpa na pastoral educativa*”, o Evangelho descreve as crianças “como puras de coração, simples, desejosas de amor, necessitadas de proteção e também as mais próximas a Deus”. Essa visão contribuiu para uma maior valorização da infância nas práticas religiosas, onde “a infância de Cristo representava o modelo ideal da vida infantil e adulta” e as crianças como “virgens do pecado”, portanto “não se devia matá-las, nem machucá-las ou abandoná-las ” (CORAZZA, 2000, p78). Ainda segundo essa autora:

No século IV, a Igreja fez pressão sobre o Estado para que proibisse, pela legislação, todas as práticas de infanticídio, intencional ou tolerado, que colocavam em risco as

vidas das crianças, ao mesmo tempo, em que fortaleceu mecanismos para dotar de importância crucial o papel da mãe na criação dos filhos (CORAZZA, 2000, p. 79).

De acordo com Stearns (2006), religiões como o Judaísmo, Cristianismo e Islamismo valorizaram a infância e a responsabilidade dos pais para com as crianças. Para essas religiões, o ser humano é entendido como parte da divindade e, como tal, elas não aceitavam o infanticídio. Porém há diferenças importantes entre elas. Por exemplo, para o Islamismo os recém-nascidos são inocentes, enquanto que o Cristianismo considera que as crianças herdaram o pecado de Adão e Eva. Essas formas de ver a criança ao longo da história da humanidade têm sido determinantes para a maneira como elas têm sido tratadas na família, na comunidade e pelo Governo.

Essa sensibilidade com o tema da infância fica claro no depoimento do ex-governador Tasso Jereissati que, ao ser indagado qual o valor da criança para ele, respondeu “[...] sempre tem o lado emocional, a criança [...] no meio de uma política suja, tem a pureza, a inocência, que quebra essa frieza e o pragmatismo da política”.

Outro que destacou a sensibilidade com o tema da criança e citou a importância simbólica da infância foi o Dr. Anastácio Queiroz:

[...] o gestor que não prioriza a criança é uma pessoa absolutamente sem sentimento humano, porque tudo parte da criança, vindo desde a Bíblia, Jesus Cristo, a criança é tudo, os filhos da gente [...]. Aquele que não se sensibiliza com a criança é uma pessoa que está despreparada para fazer qualquer coisa na vida [...] seja no esporte, seja na saúde, seja na educação, seja na ciência e tecnologia, seja na questão das estradas, o meio ambiente.

Corazza (2000) também fala da imagem da infância em vários momentos do Cristianismo e da influência dessa visão na forma como as crianças foram tratadas ao longo da história, especialmente com relação às práticas pedagógicas, mas também com relação à sua proteção. Essa autora faz uma reflexão sobre a relação entre os adultos e as crianças, culpa e inocência, chamando a atenção para um determinado momento quando existe uma concepção de criança “como um ser humano inocente, puro, imaculado, igual ao Menino Jesus” (p. 64).

Ariès (2012) destaca o surgimento de uma imagem de infância mais moderna, difundida pelo Cristianismo, ao defender a imortalidade da alma das crianças batizadas, contrapondo-se a indiferença que havia antes com os óbitos infantis.

Essa compreensão da criança como algo puro e sagrado pode contribuir para que alguns gestores incluam esse segmento populacional de forma prioritária nas políticas públicas. Não se pode, contudo, perder de vista a razão principal para a essa priorização, que é o direito

humano fundamental e a garantia constitucional prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2010. p. 11-12):

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Concluindo este capítulo, contata-se que o valor social da criança é compreendido de diferentes formas pelos gestores públicos. Alguns defenderam a necessidade de priorizar a criança por ser importante, não somente para o presente, mas também para o futuro do País; outros justificaram que investir na infância é bom para a imagem do governo e por fim, um grupo justificou a prioridade por razões humanitárias.

Por mais que a visão humanitária e assistencial da criança seja importante, contudo, ela não deve prevalecer para que o gestor público não pense que está fazendo um favor às crianças e suas famílias, mas tenha convicção de que está cumprindo o seu dever na garantia de um direito constitucional legitimamente conquistado. Além da Constituição Federal, do Estatuto da Criança e do Adolescente, o Brasil aprovou recentemente outras importantes diretrizes e legislações em favor da infância.

No dia 05 de novembro de 2014, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que tem como objetivo garantir o pleno desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida, nas diferentes realidades e culturas. Essa política versa sobre a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde e defesa dos direitos da criança, da gestação aos nove anos de idade (BRASIL, 2014). Em 08 de março de 2016, foi aprovada a Lei nº 13.257, conhecida como Marco Legal da Primeira Infância. Essa Lei consolida um processo iniciado com a elaboração do Plano Nacional pela Primeira Infância - PNPI 2010-2022, liderado pela Rede Nacional pela Primeira Infância. Vale destacar que o Ceará foi a primeira unidade da Federação a implantar uma Rede Estadual da Primeira Infância. Todos esses acontecimentos indicam ampla mobilização para a valorização da infância e consolidam a doutrina da prioridade absoluta (SÃO PAULO, 2016).

Investir prioritariamente na infância, em sua integralidade, portanto de forma intersetorial, não pode ser uma escolha, mas uma obrigação do gestor público e cuja atuação deve ser acompanhada pela comunidade, para que prevaleçam as políticas públicas que beneficiam as maiorias e favoreçam uma vida melhor para toda a população.

6.3 Lições Aprendidas a partir da Fala dos Gestores

Conhecer as lições aprendidas com as experiências anteriores, os erros e os acertos, é fundamental para que as falhas cometidas no passado sejam evitadas e os acertos possam potencializar os resultados de uma nova intervenção.

Apesar de esse estudo ter como foco o período de 1987 a 2006, alguns dos relatos que subsidiam as lições aprendidas se referem ao ano de 1986, quando houve a campanha e a eleição de Tasso Jereissati para governador do Ceará e tem uma importante concentração de fatos durante o primeiro mandato desse Governador, portanto de 1987 a 1990. Esse período foi crucial para a tomada de decisão em priorizar a saúde infantil, com a continuidade nos anos seguintes. As lições aprendidas, descritas a seguir no Quadro 5, foram obtidas por meio da Análise do Conteúdo das entrevistas.

Quadro 5 - Categoria e Subcategorias de Análise das Lições Aprendidas na Perspectiva dos Ex-governadores e Ex-secretários

Tema	Subcategorias Na perspectiva dos Ex – governadores e Ex-secretários estaduais de saúde
Lições aprendidas a partir da análise do conteúdo da fala dos gestores	1-Vontade, compromisso e decisão política do gestor são fundamentais para que as políticas públicas sejam implementadas com sucesso; 2- É necessário ter um bom planejamento, com a definição clara e divulgação dos objetivos e metas do governo; 3- É essencial fazer um bom diagnóstico e criar um sistema de monitoramento e avaliação para comprovar e divulgar os resultados alcançados; 4- É fundamental ter lideranças e uma equipe tecnicamente competente, integrada, motivada e comprometida; e 5- As políticas públicas que estão apresentando bons resultados precisam ter continuidade.

As lições que foram identificadas não foram aprendidas pela primeira vez nessa experiência do Ceará, mas foram confirmadas a partir dos depoimentos coletados neste estudo. Além disso, é importante enfatizá-las nesse caso, por se caracterizarem como destaques da experiência do Ceará. Elas podem ser entendidas também como orientações para outros gestores públicos que desejam ter sucesso na implementação de políticas sociais, pois cada lição parece ter sido um ingrediente fundamental para o êxito da experiência cearense.

Pode-se considerar os itens listados nas subcategorias como grandes conjuntos de lições aprendidas, uma vez que dentro de cada um deles há várias outras lições, como serão apresentadas na discussão a seguir.

Vale a pena destacar que, os resultados descritos no capítulo sobre o valor social da criança também trazem lições aprendidas, porém relacionadas especificamente a esse aspecto das razões para investir em políticas para a infância.

6.3.1 Vontade, Compromisso e Decisão Política do Gestor são Fundamentais para que as Políticas Públicas Sejam Implementadas com Sucesso

De acordo com Geraldine (2013), a vontade é a “voz interior”, é a força que move a ação humana. Portanto, a vida é regida pela vontade e ela é “a força que produz todo o movimento intencional do agir”. Segundo esse autor, foi a vontade dos líderes que definiu os rumos políticos da humanidade ao longo da história (p. 38).

Quando se fala em compromisso governamental, pode-se entender como o grau de comprometimento (político, técnico, financeiro e institucional) efetivo dos líderes do governo para com as ações que a gestão decidiu priorizar (SILVA, 2001).

As decisões representam uma escolha, uma posição que vai direcionar uma ação. Elas são influenciadas por vários fatores e se baseiam em certas regras e valores (SIDJANSKI, 1973). A decisão é política quando é definida por um gestor público e resulta no que se pode chamar de política pública.

Vontade, compromisso e decisão política estão presentes na experiência do Ceará e esses aspectos foram destacados por ex-secretários como fundamentais para as ações terem sido desenvolvidas com êxito.

Um fato determinante é a questão da vontade política do governante ou do candidato a governador. Havia um desejo do candidato a governador, que era o Tasso, no sentido de fazer algo que mudasse a realidade do Ceará. Isso era

um dos propósitos de coração que ele tinha. (MARCO PENAFORTE, ex-secretário estadual de saúde).

A Dra. Anamaria relata o encontro que teve com o então candidato a governador Tasso Jereissati, em 1986, para apresentar um programa do Estado de Santa Catarina voltado para a criança. Ela descreve “[...] o Tasso olhou para mim [...] muito firme e disse - se eu for governador, nós vamos fazer um programa semelhante a esse. Ele cumpriu a palavra [...]. Nesse dia ele já assumiu o compromisso com a criança”.

Outros secretários também descrevem a importância da decisão política como o Dr. Frederico Lima e Silva que destacou “[...] há de se ressaltar outra coisa que eu acho que não pode faltar, foi a decisão política do governador [Tasso] [...]”. E os relatos continuam.

[...] a questão da mortalidade infantil [...] a grande vantagem na época é que o governador já tinha esse pensamento [...]. Era uma decisão de governo [...]. Eu acho que o Ceará foi um exemplo [...], mas precisou principalmente ter uma decisão. (ANASTÁCIO QUEIROZ, ex-secretário estadual de saúde).

Um fator que considero relevante foi [...] o compromisso assumido pelo governo no enfrentamento da redução da mortalidade infantil e a gente, como parte da gestão estadual, também tinha que explicitar ter esse compromisso. (JURANDI FRUTUOSO, ex-secretário estadual de saúde).

O Dr. Carlile Lavor destaca ser fundamental para a tomada de decisão, o fato de a proposta que está sendo apresentada a um gestor ser viável técnica e economicamente. Segundo ele “é muito importante para a definição política que a proposta seja algo possível de fazer”.

E, na ocasião, ele tinha muitos argumentos para convencer o Governador.

Era algo possível, porque todas as outras coisas que ele [Tasso] tinha na cabeça para fazer e que os outros grupos queriam fazer, precisava de dinheiro e muito dinheiro, e a gente ofereceu uma proposta que era viável, que dava para fazer com pouco dinheiro [...]. Quando eu cheguei para falar com o Tasso, já disse quanto ia custar. Seria um real por habitante/ano. O Ceará tinha seis milhões de cearenses, então seria um programa para seis milhões de dólares por ano, É pouca coisa, claro que o Ceará é muito pobre, mas seis milhões de dólares dava pra ter. [...] porque era possível fazer, era viável, e ele topou e se convenceu [...]. Tocou a ele [Tasso] a ideia da criança, porque viu que era possível fazer. A gente mostrava que era possível fazer e ele acreditou. Poxa, então se é possível fazer, e ele que fez toda a campanha em cima de combater a miséria e ele estava mostrando que era possível fazer aquilo de imediato com os recursos que a gente tinha. (CARLILE LAVOR, ex-secretário estadual de saúde).

E as experiências anteriores reforçando a decisão do gestor também foram destacadas pelo Dr. Lúcio Alcântara:

A experiência pode ser útil para mostrar que é possível você fazer, ter resultados com políticas de saúde num estado pobre, com pouco recurso desde que isso seja encarado com responsabilidade, com seriedade [...]. É possível demonstrar que essa experiência pode ser reproduzida em outros lugares. Agora isso exige compromisso [...].

Segundo Ferreira (1994), entre os fatores que influenciam a tomada de decisão, um deles é o número de alternativas que o gestor tem para escolher. Quanto mais possibilidades, mais complexa se torna a tomada de decisão. Há uma tendência de se buscar a “decisão ótima” com base no pensamento racional, o que é muito difícil. Decisão ótima é aquela que parece ser mais apropriada para os objetivos da organização. Nunes Junior (2006) propõe que, para se tomar essa “decisão ótima”, em primeiro lugar, o gestor necessita conhecer melhor o cenário dessa decisão, com todas as informações necessárias para analisar o problema que se pretende enfrentar.

A decisão estruturada é aquela onde a pessoa que toma a decisão é capaz de identificar e apresentar uma justificativa convincente que respalde a sua decisão. Alguns fatores que dificultam essa racionalização são: ausência de um diagnóstico ou informações imprecisas ou incompletas; escolhas pessoais; experiências prévias do gestor ou dos membros da sua equipe (FERREIRA, 1994).

Portanto, uma das etapas da tomada de decisão é o reconhecimento e a identificação de um problema ou oportunidade (MADEIRA, 2014). Nessa experiência do Ceará havia um problema já bem identificado e reconhecido, que era a alta taxa de mortalidade infantil. A oportunidade foi a eleição do governador Tasso Jereissati, sua decisão de priorizar a saúde infantil e a escolha de uma equipe técnica competente e motivada para elaborar o plano de governo e para comandar a política de saúde do Estado. Essa parece ter sido a decisão ótima e estruturada para aquela situação.

Além da decisão política inicial de priorizar a saúde da criança, era necessário manter os gestores motivados para que as equipes técnicas tivessem apoio durante toda a gestão. As falas a seguir deixam claro como a motivação da equipe técnica contribuiu para motivar os demais membros do Governo Estadual:

Acho que havia um entusiasmo contagiante, todo mundo acreditava [...]. Teve um clima qualquer que criou aquela motivação [...]. Foi um clima de entusiasmo e achando que poderia se conseguir. Acho que havia aquele sentimento [...] de todos nós, da equipe que não estava na rua [...]. (TASSO JEREISSATI, ex-governador).

Nós assumimos a Secretaria para realizar, atingir os objetivos de uma causa e havia uma motivação ideológica em todos nós. Nós queríamos fazer grandes mudanças no perfil sanitário do Ceará, então isso aí contamina as pessoas, contamina. (MARCO PENAFORTE, ex-secretário estadual de saúde).

Mesmo que alguns autores duvidem de que alguém pode motivar outra pessoa (BERGAMINI, 1998), a experiência do Ceará traz vários relatos de que essa motivação contagiante realmente contribuiu para sensibilizar tanto gestores como técnicos, que

participaram ativamente das ações voltadas para a melhoria da saúde infantil no Estado, como já descrito no capítulo das motivações.

6.3.2 É Necessário Ter um Bom Planejamento, com Definição Clara e Divulgação dos Objetivos e Metas do Governo

As organizações precisam planejar para que possam desempenhar suas funções adequadamente. Quanto mais precisas forem as informações obtidas no diagnóstico inicial da situação e que subsidiará o planejamento, melhores serão os resultados (MADEIRA, 2014).

A definição de objetivos e a escolha das estratégias de ação são etapas muito importantes do planejamento de uma política pública, e esse passo orienta a distribuição dos recursos humanos, materiais e financeiros. Essa definição dos objetivos e metas deve ter como pressuposto, não somente, a situação encontrada, mas também os direitos que precisam ser garantidos por meio dessa política pública (MADEIRA, 2014).

É comum haver desperdícios de recursos nas gestões públicas porque não há um foco, uma definição de prioridades, ou seja, não se obtêm os resultados esperados porque a equipe do Governo fica desenvolvendo ações pulverizadas, sem um planejamento e sem uma escolha prévia das ações que serão implementadas em primeiro lugar (BATTESINI, M.; FISCHMANN, A.; WEISE, A. D., 2013).

Para o planejamento adequado de uma política pública, portanto, é necessário inicialmente conhecer bem a situação, definir bem os objetivos, metas que se pretende alcançar e a estratégia que será adotada nos planos e programas que serão implantados (MADEIRA, 2014).

Durante o planejamento, é necessário também estabelecer uma ordem de prioridades dos problemas identificados. A determinação dessas prioridades é a escolha de problemas e ações aos quais será concedido maior investimento em termos de intensidade das intervenções. Essa escolha deve ser feita utilizando-se critérios técnicos e, preferentemente, com a participação dos diversos atores sociais, direta ou indiretamente envolvidos com os problemas e com as possibilidades de encaminhamento e soluções (BATTESINI, M.; FISCHMANN, A.; WEISE, A. D., 2013).

Sobre essa questão, o Dr. Anastácio relata:

Eu acho que precisa ter planejamento [...]. Quando nós entramos no Governo houve uma reunião de todos os secretários para um plano da saúde porque é necessário ter planejamento e estabelecer prioridades. Se isso for feito, a criança sempre vai ser prioridade. Eu acho que todo aquele que fizer planejamento e estabelecer prioridades, vai priorizar a saúde da criança [...]. Você tem que estabelecer como prioridade aquilo que beneficia o maior número de pessoas, com o menor recurso. Eu acho que essa deve ser sempre a prioridade [...].

Na experiência cearense, outra lição aprendida foi essa necessidade de definir prioridades, estabelecer metas, ter um foco, e deixar bem claro que é isso que se espera alcançar, tanto para a equipe técnica como para a sociedade. A decisão tomada de priorizar a saúde infantil no Ceará fica clara na fala do ex-governador Tasso Jereissati “Juntando todos os problemas encontrados, tinha que ter um foco. E o foco era a mortalidade infantil. Nós analisamos a situação e decidimos que aquela situação era uma vergonha e que nós tínhamos que enfrentar”.

Vários ex-secretários estaduais de saúde também reforçam este aspecto, começando com o Dr. Marco Penaforte que relata “naquela época nós trabalhávamos por metas, que, aliás, nessa questão da mortalidade infantil, algo fundamental é a universalização da imunização”. E os depoimentos continuam.

A obsessão do Ciro para atingir as metas significava universalizar [...]. A obsessão dele era não recuar, nem transigir nas ações a favor das crianças [...] e fomos inovando para motivar. Premiamos os ACS que detinham as coberturas de vacinação de 100% com uma bicicleta e as prefeituras com computadores. (ANAMARIA CAVALCANTE, ex-secretária estadual de saúde).

[...] ter um número, porque enquanto as metas anteriores da saúde eram construir tantos postos de saúde [...], a nossa meta era reduzir a mortalidade infantil. [...] a gente quer essa meta e isso foi uma coisa importante. (CARLILE LAVOR, ex-secretário estadual de saúde).

E o Dr. Anastácio complementa “[...] nós tínhamos que apresentar o que estava sendo feito. Acho que isso era importante, o número da mortalidade, mostrar se estava caindo”.

O objetivo da gestão estadual de 1987 a 1990 era reduzir a mortalidade infantil. E a estratégia era promover as ações básicas de saúde na comunidade por meio dos agentes de saúde, além da capacitação de recursos humanos, organização dos serviços de saúde e ações de comunicação para a promoção da saúde infantil, por intermédio do programa Viva Criança (SILVA, *et al.*, 1999). Um aspecto muito importante era a confiança da equipe técnica no que poderia ser feito.

Como descrevem os ex-secretários.

[...] eu sabia muito bem o que precisava fazer, quanto custava e o que era possível fazer [...]. Dá pra gente reduzir em quarenta por cento a mortalidade infantil em quatro anos. Isso foi uma coisa importante também pra ter números, porque ninguém tinha números daqui. (CARLILE LAVOR, ex-secretário estadual de saúde).

[...] uma das decisões do grupo, antes mesmo da vitória do governador [Tasso] e imediatamente depois [da eleição], era implantar o programa dos agentes de saúde. A base da justificativa do programa dos agentes de saúde era justamente o cuidado com a criança. O próprio instrumento pensado já antecipava a prioridade [...]. Esse era um fator, não somente um instrumento, mas ele foi também um indutor do interesse em ativar essa política da criança. Segundo, eu acho que a organização [...] em torno do Viva Criança, em torno do Sabin [Hospital Albert Sabin] e todo um discurso, a definição de ações, a questão do soro oral. (MARCO PENAFORTE, ex-secretário estadual de saúde).

O Dr. Lúcio Alcântara reforça outro fator importante, além da definição e do compromisso com o alcance de metas, que é a participação social, o envolvimento da sociedade em apoio ao governo, para que haja mais chances de alcançar os resultados esperados. Além disso, ele destaca que, em sua gestão, os repasses para os municípios estavam condicionados ao cumprimento de metas sociais previamente acordadas com o Governo do Estado.

[...] nós assumimos compromissos com metas. Metas na saúde, metas no meio ambiente, metas na própria gestão, metas na educação, e a liberação dos recursos estava condicionada ao cumprimento das metas e não era fazer uns tantos quilômetros de estrada ou outras obras físicas, eram metas sociais. Nós estabelecemos metas e fizemos inclusive uma grande reunião [...] convidando não só prefeitos e não somente órgãos de governo, mas a sociedade como um todo para fazer um pacto [...]. Nós tínhamos metas que precisavam ser cumpridas. [...] era importante, a capilaridade, o estabelecimento de metas, a cobrança, o acompanhamento e, na verdade, foram várias ações, porém nós demos prioridade a algumas delas. (LÚCIO ALCÂNTARA, ex-governador do estado)

À medida que as políticas públicas iam sendo descentralizadas, como previam a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde - 8080/90 (BRASIL, 1990, 1991), os municípios iam sendo mais mobilizados e envolvidos com os objetivos e metas voltados para a saúde, por meio da parceria com o Estado. O Dr. Lúcio Alcântara relata a parceria com os municípios “[...] o diálogo com os municípios é uma coisa importante. [...] nós apoiávamos financeiramente os municípios pra que eles tivessem determinados serviços e contratasse determinados profissionais”.

Outro que cita este aspecto é o Dr. Anastácio Queiroz.

[...] eu acho que realmente se conseguiu sensibilizar todos e felizmente houve um trabalho de mobilizar os municípios. Acho que a criança e a gestante foram prioridades [...]. E todos nós nos sensibilizamos e houve um trabalho de assessorar os municípios.

Algumas vezes, os governos tomam decisões pressionados por grupos de usuários que cobram seus direitos. Nessa experiência do Ceará, o gestor público se antecipou à própria mobilização social, identificando uma oportunidade política na implementação de um programa governamental para melhorar a saúde da criança, e assim, garantindo um direito social básico que é a sobrevivência e a saúde (RUA, 1998).

6.3.3 É Essencial Fazer um Bom Diagnóstico e Criar um Sistema de Monitoramento e Avaliação para Comprovar e Divulgar os Resultados Alcançados

Apesar de o diagnóstico, do monitoramento e da avaliação estarem bastante relacionados à lição anterior do planejamento e definição dos objetivos e metas, decidiu-se apresentar e discutir essa lição separadamente pela sua relevância na experiência do Ceará.

Após a definição dos objetivos e das estratégias que serão implementadas, para que sejam obtidos bons resultados nas políticas públicas, é necessário realizar um diagnóstico da situação inicial e estruturar um sistema de acompanhamento e avaliação das ações realizadas e do impacto obtido e fazer os ajustes necessários. Sobre essa questão, o ex-governador Tasso Jereissati relata:

[...], naquela época, a preocupação maior era com a avaliação [...]. Era muito mais ao redor de avaliar os programas do estado [...] de não jogar dinheiro fora. De não fazer aqueles programas que eram bonitos só no papel. Eu lembro que tinha uma discussão que, as vezes, somente 20% do dinheiro chegava na ponta. O dinheiro era consumido durante o caminho [...]. Era muito mais na avaliação dos programas do estado [...]. De avaliar o retorno social daquele programa, não era o retorno econômico [...]. A grande preocupação no programa de agentes de saúde era avaliar [...]. Era ver o número inicial e analisar como os indicadores estavam evoluindo.

A gestão baseada em resultados traz dois aspectos muito relevantes. Um deles é a necessidade de prestar contas dos resultados das ações que foram financiadas com recursos públicos, assim como os critérios que foram utilizados para escolher essas ações. O outro aspecto diz respeito exatamente ao monitoramento e à avaliação desses resultados em relação ao que foi planejado. Com efeito, considera-se que monitorar e avaliar são medidas fundamentais para uma boa gestão das políticas públicas (MADEIRA, 2014).

Ao se definir a prioridade do governo, como foi o caso do Ceará de reduzir a mortalidade infantil, o gestor precisava se munir de informações que pudessem orientar suas

ações. Uma das medidas importantes era buscar a maior quantidade possível de indicadores sobre a saúde da gestante e da criança. Para que as decisões sejam adequadas, os gestores precisam de uma série de informações que possam respaldar as escolhas que farão (FERREIRA, 1994).

Em 1987, logo no início da gestão, foi realizada a PESMIC 1. Esse estudo funcionou como linha de base que permitiu a comparação com os resultados obtidos na PESMIC 2, realizada em 1990, demonstrando uma série de avanços em indicadores de saúde da gestante e da criança já relatados anteriormente (SILVA et al., 2014). A importância desse diagnóstico é destacada pelo Dr. Carlile Lavor “Isso foi uma coisa importante também para ter números, porque ninguém tinha números daqui”.

A Dra. Anamaria também destaca a importância desses estudos “porque embora os resultados da PESMIC 2 de 1990 tivessem dado uma clara sinalização de que nós estávamos no caminho certo, por outro lado a gente também tinha dados dos outros estados [...]”. E o Dr. Frederico Lima e Silva complementa:

[...] a pesquisa da mortalidade infantil elevada que nos assustou muito [...] porque a pesquisa mostrou muito bem que por trás da mortalidade infantil estava a falta de acesso, estava a falta de educação, estava a falta de compromisso público [...]. Primeiro conhecer a realidade. A primeira pesquisa [PESMI 1] ajudou a tomar as providências políticas.

Essas pesquisas foram de grande relevância porque as estatísticas de saúde do Ceará eram muito deficientes e havia um elevado percentual de sub-registro de nascidos vivos e de óbitos de menores de um ano, não permitindo conhecer a real taxa de mortalidade infantil do Estado e muito menos outros dados importantes sobre a saúde da criança (ORTIZ, 1990; SVITONE *et al.*, 2000).

Desde o início, a equipe técnica decidiu que seria necessário um amplo diagnóstico para aperfeiçoar o plano inicial de governo que tinha sido elaborado. Para a coordenação do programa Viva Criança, era fundamental demonstrar os resultados das ações implementadas, uma vez que isso poderia contribuir para a sustentabilidade social e política e, conseqüentemente, para a continuidade das ações desenvolvidas (SILVA et al., 1999).

Em 1988, com a implantação do Programa Agentes de Saúde, começou a ser desenhado o sistema de informação que possibilitaria conhecer as ações que eram realizadas junto às famílias, como o incentivo ao aleitamento materno, o monitoramento do crescimento infantil, entre outras (LAVOR,C; LAVOR,M;LAVOR,I, 2004), como é relatado pelo Dr. Carlile:

[...] porque uma coisa era mandar os dados e outra coisa era colocar aqueles dados no computador e ter o Ceará inteiro mês a mês [...]. Então definimos quais as informações que nós queríamos acompanhar. Quantas pessoas têm, quantas famílias têm, quantas mulheres grávidas, quantas gestantes estavam vacinadas e ou, se estavam realizando o pré-natal normal, quantas crianças nasceram [...].

Apesar da criação do sistema de informação do Programa Agente de Saúde e de melhorias nas outras fontes de dados, as PESMICs (que tinham sido realizadas em 1987 e 1990) continuaram sendo necessárias e foram ainda repetidas em 1994, 2000 e 2007 (SILVA et al., 2015).

No que diz respeito aos resultados observados, ao se comparar as PESMICs de 1987 e 1990, especialmente a comprovação da redução da mortalidade infantil, fica a dúvida se a experiência do Ceará teria tido tamanha visibilidade se essa redução não tivesse sido comprovada por meio de estudos científicos de grande credibilidade. Esse resultado e a visibilidade que o trabalho teve colaboraram para que as ações que vinham sendo desenvolvidas no Ceará tivessem continuidade, mais apoio e fossem replicadas em outros Estados.

Constata-se, portanto que essa foi mais uma importante lição aprendida pela necessidade de se comprovar tecnicamente os resultados e divulgá-los.

6.3.4 É Fundamental ter Lideranças e uma Equipe Tecnicamente Competente, Unida, Motivada e Comprometida

Não basta tomar a decisão, ela precisa também ser liderada e implementada por técnicos que tenham a devida competência para escolher as estratégias corretas e garantir que os resultados planejados sejam alcançados.

A capacidade de uma pessoa influenciar o processo de tomada de decisão depende essencialmente da sua posição na estrutura do projeto e de seus atributos pessoais, por exemplo, o poder de convencimento e persuasão (SIDJANSKI, 1973).

A influência de uma liderança que acreditava no que estava dizendo talvez tenha sido a principal lição aprendida nessa experiência do Ceará. É possível que nem o próprio Dr. Carlile soubesse que sua confiança no que estava dizendo teria um efeito tão positivo em

convencer as pessoas. E essa convicção da viabilidade da proposta era baseada no conhecimento teórico e na vivência prática que ele tinha tido anteriormente, conforme relato a seguir “então, toda essa questão relacionada com a criança, a gente tinha vivido e visto diversos aspectos para realmente reduzir a mortalidade infantil”.

A liderança do Dr. Carlile foi fundamental para a decisão política de priorizar a redução da mortalidade infantil. Tanto os dois ex-governadores como os quatro ex-secretários, que trabalharam com o Dr. Carlile, disseram que sua firme convicção na possibilidade de reduzir a mortalidade infantil com ações básicas de saúde os convenceu a investir nessas ações, por meio da atuação dos agentes de saúde e outras ações desenvolvidas pelo programa Viva Criança nas unidades básicas de saúde e na área da comunicação. E os relatos sobre esta questão são os seguintes:

Quem na verdade me disse é possível, com um custo acessível e dessa maneira. A frase é possível [...] quem deu o estalo foi o Carlile quando disse, é desidratação, e dando soro oral você resolve. Foi ele que deu o estalo, você resolve. É só isso. [...] E para essa desidratação, tem prevenção? [...] na minha visão de não especialista no assunto, era um problema muito mais complexo do que parecia. Realmente foi um estalo muito grande quando o Carlile disse, com isso você resolve. **Pois se é só com isso, vamos fazer!** [grifo nosso] [...]. (TASSO JEREISSATI, ex-governador).

Oh, é simples. A gente achava dramaticamente impossível ou quase impossível, complicadíssimo. Que teria que reverter à miséria e distribuir melhor a renda e vocês diziam, sim, ok. Mas se atacar determinadas causas muito básicas, muito simples haverá resultados absolutamente surpreendentes. Como assim? (CIRO GOMES, ex-governador).

Os governadores da época achavam que era difícil. O Dr. Carlile os convenceu de que era possível e teve a ajuda da Dra. Anamaria. Os governantes consideravam que para reduzir a mortalidade infantil, seria necessário antes melhorar a renda, o acesso à água tratada e esgotamento sanitário para as famílias e educação para as mães, por exemplo. É fundamental reconhecer que a melhoria nas condições sociais e econômicas das famílias é essencial para melhorar a saúde das crianças, mas, como disse o Dr. Carlile, “**era possível fazer a saúde antes da riqueza**”, mostrando que a implementação de ações básicas de promoção da saúde, prevenção e atenção no nível primário poderiam já fazer uma grande diferença, enquanto se esperavam os resultados dessas ações de mais longo prazo. Também é importante deixar claro que esse investimento em ações básicas de saúde não deveria significar adiar as mudanças estruturais que precisavam começar o mais cedo possível. A experiência anterior do Dr. Carlile fez a diferença na definição, não somente dos objetivos e metas, mas também das estratégias.

[...] a primeira coisa que eu achava possível fazer, porque a metodologia tava muito clara internacionalmente e nós sabíamos sabia o que tinha que fazer, era mobilizar a sociedade pra salvar as crianças [...]. Eu lia sobre experiências de agentes de saúde da OMS [Organização Mundial de Saúde] na África. Eles tinham experiência e a gente

via manuais desses agentes de saúde na África. (CARLILE LAVOR, ex-secretário estadual de saúde).

Ainda sobre as lideranças da área de saúde que foram fundamentais, não somente para a decisão política, mas também para a composição da equipe técnica e estruturação do trabalho, o Dr. Carlile reconhece a existência de um grupo que começou a se reunir ainda na campanha eleitoral de 1986, para elaborar um projeto de governo, e que contou com uma atuação destacada da Dra. Anamaria que, à época, já era uma importante liderança da pediatria estadual e nacional.

[...] começamos a nos reunir, a mobilizar [...]. Essa mobilização foi importante. E veio a campanha eleitoral e fizemos aquela reunião do grupo [...]. E nos juntamos para coordenar esse trabalho [...]. E com toda a experiência que a gente tinha vivido no interior [...] começamos a discutir um projeto de governo, o que fazer [...] e ainda teve a vantagem da participação da Anamaria. (CARLILE LAVOR, ex-secretário estadual de saúde).

A liderança da Dra. Anamaria também foi citada por outros entrevistados, que reconhecem seu importante papel, tanto no convencimento dos governadores da época, mas também pela mobilização dos pediatras e outros profissionais sensíveis à causa da criança, que vieram reforçar a equipe técnica do governo.

[...] surgiram vocês, jovens profissionais de saúde com uma concepção avançadíssima e com uma cobrança, no melhor sentido dessa palavra, contundente. Eu lembro bem a ideia de que a gente não acreditou quando veio [...], a Anamaria [Cavalcante] e a Sociedade Brasileira de Pediatria [...]. (Ciro Gomes, ex-governador).

A ação no Ceará surgiu porque a Ana [Anamaria] vinha lá com a experiência dela no Sabin (Hospital Infantil Albert Sabin-HIAS) [...]. Eu não precisei motivar, aí já foi a Anamaria que motivou o Sabin [HIAS]. Ela juntava as pessoas lá [...]. (Carlile Lavor, ex-secretário estadual de saúde).

A atuação da Dra. Anamaria também é destacada pelo Dr. César Forti “a participação da Anamaria também foi fundamental pela sua vivência na área da pediatria e sua liderança incontestável” e pelo Dr. Frederico Lima e Silva “[...] eu acho que a sensibilização do governador, por meio de pessoas principalmente como o Carlile, a Anamaria, eu acho que naquele momento eles chegaram juntos”.

E tanto essa liderança como a competência técnica para formação de uma boa equipe de trabalho, foram fundamentais para os resultados da experiência do Ceará. E o apoio político e a liberdade dos gestores da saúde para escolher técnicos competentes, sem interferência política, foram outros destaques, reforçando a lição de que a autonomia, a descentralização das decisões e do poder ajudam a motivar a equipe e a comprometê-la com os

resultados (MOREIRA, 2002). O Dr. Marco Penaforte destaca que “[...] a equipe com uma autonomia frente às forças políticas. [...] havia uma autonomia que foi possível naquele governo do Tasso [...] Outro aspecto também que lembro com muita importância é a descentralização”. E os relatos continuam.

[...] é necessário que os gestores coloquem pessoas qualificadas, que conheçam a área, dedicadas e que esse gestor dê apoio. Eu acho que, se fizer isso, sempre vai funcionar. [...] se não tiver corpo técnico e decisão política eu acho impossível [...]. Eu acho que o gestor tem que ouvir os técnicos, se assessorar de técnicos qualificados. Tudo isso é necessário [...]. (ANASTÁCIO QUEIROZ, ex-secretário estadual de saúde).

[...] e o governador [Tasso], já eleito, entendeu que aquele grupo tinha a possibilidade de gerar uma transformação na questão sanitária do estado e confiou, mas confiou delegando poder numa escala em que nenhum outro governante está habituado a conceder. [...] e nós entramos em bloco na Secretaria de Saúde. Nós ocupamos todos os cargos estratégicos da Secretaria de Saúde [...], e os outros cargos foram indicados por nós gestores daquela época [...]. Outro aspecto também que lembro com muita importância é a descentralização, quer dizer, dar a capacidade de cada um daqueles gestores atuarem com plena liberdade em todos os campos, com criatividade. (MARCO PENAFORTE, ex-secretário estadual de saúde)

[...] e nos deixou fazer o que queríamos, nomear as pessoas para os cargos, autonomia total e com o telefone aberto para nos atender [...]. E eu disse muitas vezes, nunca mais ninguém vai ter na saúde o poder que nós temos, porque realmente eles deram poder, e eu concluía dizendo - tudo que der errado na saúde a culpa é nossa, [...] e não venha com esse negócio de que a culpa é do governador, a culpa é de não sei quem, negativo, a culpa é nossa porque o governador está nos dando toda força, todo o apoio, inclusive político[...]. Na época houve essa facilidade, primeiro, política, dada pelo governador [...] que protegia a gente [...]. **O apoio era a principal motivação** [grifo nosso]. Você se sentia seguro, você não tinha um camarada aqui e algo que você fizesse ele ia ocupar o teu lugar. E também, quantas vezes nós nomeávamos e demitíamos [...] nunca veio deputado atrás de mim. [...]. Em geral, eu reputo assim o sucesso, primeiro, nós tivemos o apoio do governador em todos os sentidos [...]. (FREDERICO LIMA e SILVA, ex-secretário estadual de saúde).

Além da competência da equipe técnica, que sabia o que precisava ser feito para melhorar a saúde infantil, da autonomia e do apoio político para tomar as decisões necessárias, a determinação e a união da equipe foram elementos essenciais para que os resultados planejados fossem alcançados.

[...] nós conseguimos formar uma equipe extremamente dedicada e eu acho que dificilmente a secretaria formará uma equipe daquela natureza [...], muitas pessoas ligadas à criança [...]. Nós tínhamos uma equipe trabalhadora e eu acho que precisa ter equipe, precisa ter apoio do chefe maior. Eu acho que nós tivemos a oportunidade, porque esse é um trabalho de equipe, mas alguém tem que liderar. Houve um grupo bastante trabalhador e dedicado. Eu acho que jamais vi tanta dedicação. (ANASTÁCIO QUEIROZ, ex-secretário estadual de saúde).

Essa união da equipe que liderou as primeiras mudanças na saúde pública do Ceara foi um dos destaques dessa experiência. Goulart (2013) defende que a proximidade dos membros de um determinado grupo resulta em maior grau de confiança e cooperação que é

importante para o alcance dos objetivos comuns. O Dr. Carlile Lavor relata “[...] e todos nós nos sensibilizamos e houve um trabalho de equipe [...]”. E os depoimentos continuam.

[...] eu acho que termos entrado em bloco, com uma causa [...]. Então, isso criou uma unidade e fortaleceu a vontade daquelas pessoas de adotarem políticas públicas que fossem transformadoras da realidade sanitária [...]. (MARCO PENAFORTE, ex-secretário estadual de saúde).

O [programa] Viva Criança e o [programa] Agente de Saúde tinham praticamente a mesma equipe e [...] a gente tinha uma integração muito grande. (ANAMARIA CAVALCANTE, ex-secretária estadual de saúde).

[...] e tivemos as inteligências combinadas que geraram esse modelo. Ali foi a soma de todas as inteligências, os entusiasmos, os compromissos [...]. (FREDERICO LIMA e SILVA, ex-secretário estadual de saúde).

[...] é preciso colocar pessoas qualificadas, dedicadas, dar apoio, então acho que isso nós tivemos apoio e tivemos equipe [...]. (ANASTÁCIO QUEIROZ, ex-secretário estadual de saúde).

Nessa experiência, claramente, o grupo de profissionais que liderou esse movimento pela saúde pública, em especial a atenção à criança, transformou o tema da mortalidade infantil, que era um problema social, em uma agenda pública. Segundo Rua (1998), isso é possível quando uma determinada situação incomoda muitas pessoas, durante um longo período de tempo e quando há uma decisão política de enfrentar esse problema. A união do grupo, tão importante nesse processo, é descrita a seguir pelo Dr. Carlile:

[...] um fato muito importante é que nosso grupo era muito coeso [...]. A nossa grande vantagem era a coesão [...]. Portanto é essencial ter uma equipe coesa. [...] a gente mostrou uma coerência muito grande da nossa equipe e a nossa sorte foi ter essa equipe [...].

E essa união da equipe deu confiança ao chefe que viu uma unidade na equipe.

Então, isso foi essencial para que desse confiança a ele [Tasso]. [...] as pessoas que ele viu que trabalharam [...] e que ele acompanhou de perto, era um grupo muito unido [...], essa coesão da equipe foi essencial, foi um ponto-chave. É importante, além do objetivo comum, ter uma relação de amizade, de confiança no grupo, isso é essencial. (CARLILE LAVOR, ex-secretário estadual de saúde).

Os resultados obtidos na experiência do Ceará reforçam também a importância de o líder valorizar o trabalho dos indivíduos e das equipes, contribuindo com a criação de um ambiente estimulante, que favorece a realização das atividades para se alcançar os objetivos planejados (LIMA, 2012).

6.3.5 As Políticas Públicas que Estão Apresentando Bons Resultados Precisam Ter Continuidade

A descontinuidade administrativa nas políticas públicas é uma das razões para que não se obtenham os resultados que seriam possíveis com os recursos existentes no Brasil. Quando muda o governo, há uma impressão de que é natural que as atividades e os programas mudem como se tudo que vinha acontecendo fosse passado e como se para o novo governo acontecer fosse indispensável esquecer o passado. Esse fato leva a uma gestão ineficiente e a um desperdício, que poderiam ser evitados, caso os programas que estivessem sendo bem-sucedidos fossem mantidos, ampliados e fortalecidos (LIMANA, 2008).

O que tem acontecido no Brasil é que, frequentemente, o novo gestor público que assume o poder deixa de apoiar as ações que vinham sendo desenvolvidas, sem fazer uma avaliação técnica bem fundamentada e comprometida com o bem-estar da população, pelo simples fato de querer imprimir sua marca, criando programas, que muitas vezes utilizam as mesmas estratégias do programa anterior, porém com outro nome (LIMANA, 2008).

A comprovação e a divulgação dos resultados das políticas públicas, como foi feito no Ceará, após a realização da PESMIC 2 e premiação do UNICEF, visa tornar transparente a ação do governo e pode inibir a descontinuidade administrativa que ocorre quando há mudança na gestão.

Alguns entrevistados destacaram essa importância da continuidade das iniciativas que estão apresentando bons resultados e ressaltaram que no Ceará tem acontecido essa prática. O Dr. Lúcio Alcântara também destacou a necessidade de fazer as estruturas do governo funcionarem, o que muitas vezes não é valorizado como são as grandes obras.

[...] é sempre a ideia de continuidade, de dar prosseguimento aquilo que está funcionando e que está dando bons resultados e que naturalmente precisa ser reforçado, precisa ser aperfeiçoado. [...] é uma linha geral, que elas tenham continuidade e que não sejam ações sazonais [...]. E a nossa principal preocupação [...] era que as coisas funcionassem e não tanto de grandes obras. Fizemos algumas obras, alguns hospitais, mas principalmente dar consistência, operacionalidade para que o que existia [...], porém o funcionamento é tido como uma coisa normal, natural, mas é muitas vezes relegado [...] nós realmente demos uma prioridade a isso e sempre tendo em mente duas coisas, uma dar sequência a políticas que vinham dando resultados, mas que precisavam de reajustes e de reforço. E em segundo lugar a prioridade para o funcionamento das estruturas, não expandir irresponsavelmente estruturas físicas sem que elas atendessem a população convenientemente. (LÚCIO ALCÂNTARA, ex-governador).

E o Dr. Jurandi complementa com seu depoimento sobre a continuidade das políticas públicas.

[...] no Ceará temos como prática dar seguimento às políticas implantadas por outro governante [...] a sequência das políticas que estavam sendo desenvolvidas [...]. Elas deram conta da primeira parte do processo e eu só fiz continuar [...]. Então já estava sendo feito e o que eu fiz? Eu mantive isso tentando aprimorar esse processo.

Diferentemente do que aconteceu no Ceará, muitos governantes preferem investir em grandes obras que podem dar visibilidade, mas que nem sempre esse investimento é a prioridade da população. Quando se fala de continuidade das políticas públicas, refere-se à sustentabilidade política e institucional que é necessária para que as iniciativas que estão sendo desenvolvidas tenham continuidade. Para essa decisão de continuidade, em geral, são avaliadas questões como a relevância, pertinência e viabilidade das ações.

No caso do Ceará, acredita-se que o fato de os governadores subsequentes terem sido do mesmo partido político e aliados possa ter contribuído para a continuidade das políticas públicas, mas, no caso da atenção à saúde da criança, avalia-se que o prestígio conquistado pelo grupo de pediatras, que começou esse movimento, tenha contribuído para que não houvesse solução de continuidade nas ações desenvolvidas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, é importante reconhecer os expressivos avanços que aconteceram no Brasil e no Ceará com relação à infância, especialmente quanto à redução da mortalidade e da desnutrição. Ainda existem, contudo, situações muito preocupantes e que exigem o cumprimento do preceito constitucional da prioridade absoluta, com o adequado investimento em políticas públicas para a criança.

Ao avaliar as mudanças ocorridas nos indicadores de saúde não se deve perder de vista o impacto de outros setores, como habitação, saneamento, renda, segurança alimentar, educação, assistência social, cultura e meio ambiente na vida da criança e de sua família. Para obter mudanças expressivas e continuadas, é necessário ter gestores e técnicos comprometidos com a infância e motivados para mudar a triste realidade, especialmente das crianças que pertencem às famílias mais vulneráveis.

Durante muito tempo, os governos não investiam prioritariamente na infância e a sociedade aceitava isso pacificamente, porém vários movimentos nacionais e internacionais têm contribuído para mudar essa situação. No Brasil, o grande destaque é a definição de prioridade absoluta na Constituição Federal de 1988 e a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, com os mecanismos de controle social, além da atuação do Ministério Público que tem um grupo específico para a defesa dos direitos das crianças e adolescentes. Ainda com relação aos avanços na busca pela prioridade para a infância, recentemente, foram aprovados a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC e o Marco Legal da Primeira Infância.

A eleição do governador Tasso Jereissati em 1987, sua decisão de priorizar a saúde infantil e o trabalho da equipe técnica no Governo do Estado, apoiada pela sociedade civil, foram fundamentais para o alcance dos bons resultados no Ceará. E os avanços obtidos com essa experiência, em especial a queda expressiva da mortalidade infantil, contribuíram para mostrar à classe política que era possível mudar alguns indicadores de saúde, mesmo em estados pobres como o Ceará.

O reconhecimento internacional e a visibilidade da experiência cearense parecem ter contribuído para criar uma cultura de que é bom para a imagem do Governo reduzir a

mortalidade infantil. E essa cultura de cuidar da saúde da criança de forma prioritária foi relatada também pelos governadores que sucederam ao Tasso Jereissati e os secretários de saúde que atuaram em suas gestões. Destaca-se nesse fato a importância da continuidade das políticas públicas que estão obtendo bons resultados.

O movimento que ocorreu de 1986 a 2006 no Ceará tinha como pano de fundo uma nova visão de infância, cuja priorização nas políticas públicas foi explicitada pelos gestores entrevistados de várias formas, seja como um bom investimento para o futuro da sociedade, seja pela vulnerabilidade e pureza das crianças.

O mais importante, todavia, é que a prioridade da criança nas políticas públicas deve ser vista como um direito, de forma integral, intersetorial, com ampla participação popular e controle social. É importante destacar, portanto, que antes da aprovação da atual Constituição Federal, não era possível cobrar legalmente dos gestores públicos a prioridade para a infância, mas isso mudou depois de 1988 e do ECA, quando isso passou a ser uma obrigação.

O valor social da saúde da criança para o governo foi uma das questões investigadas nesta tese, a partir do conceito de valor da criança para os pais, criado com base nas razões pelas quais as pessoas informaram decidir ter ou não ter filhos. Apesar da grande diferença entre decidir ter filhos e decidir priorizar a saúde da criança na gestão pública, ambas dependem de fatores motivadores, mesmo que nesse segundo caso seja uma obrigação constitucional, legal, ética e moral. Guardadas todas as proporções, o método para se chegar às razões e motivações dos gestores poderia ser o mesmo utilizado para construir o valor da criança para as pessoas: perguntar por que os gestores investiram ou investiriam na infância em primeiro lugar, dentre as várias demandas que deveriam atender. Na fase de análise, constatou-se que construir um conceito de valor social da criança para o governo seria muito ousado, mas que o conteúdo coletado e analisado das entrevistas permitiria obter as percepções dos gestores sobre esse valor social da criança, o que é útil para a reflexão sobre o trabalho de defesa dos direitos (também chamado de “advocacy”) da infância junto à classe política e, mais especificamente, aos gestores públicos.

A Análise do Conteúdo das entrevistas realizadas neste estudo permitiu identificar, além das percepções dos gestores sobre o valor social da criança, algumas importantes lições que podem ser utilizadas e adaptadas a outros contextos.

A maior riqueza do estudo, porém, foi o resgate histórico sobre as motivações dos gestores para priorizar a saúde infantil no período de 1987 a 2006. Os depoimentos foram muito ricos, alguns carregados de emoção e trouxeram informações e fatos importantes do passado

para o presente e deste para o futuro. A liderança, os conhecimentos e a capacidade de persuasão do médico Carlile Lavor, juntamente com a liderança, os conhecimentos e o compromisso da pediatra Anamaria Cavalcante com a causa da saúde infantil foram fundamentais para a decisão política de priorizar a saúde da criança no governo do Ceará, a partir de 1987. E essa decisão política, reforçada pelo trabalho de uma equipe técnica motivada e competente, resultou na implantação de programas inovadores e em avanços expressivos na saúde da gestante e da criança, com ênfase na redução da mortalidade infantil.

É essencial ressaltar também a capacidade e a motivação das equipes técnicas que atuaram na Secretaria de Saúde do Ceará, seja no Programa Viva Criança, ou no Programa Agentes de Saúde. Destaco, em especial, a atuação da assistente social Míria Lavor que coordenou o grupo de profissionais que tornou possível a seleção, o treinamento e a supervisão dos agentes. Além disso, é necessário destacar a atuação de centenas de profissionais da rede de saúde, que, mobilizados pelos pediatras liderados pelo Dra. Anamaria atuaram incansavelmente para salvar as crianças da morte.

O reconhecimento e a ampla divulgação dos resultados obtidos no Ceará, que foram monitorados, avaliados e comprovados, utilizando-se amplas pesquisas de base comunitária, como as PESMICs, influenciaram políticas nacionais e contribuíram para a continuidade, ampliação e fortalecimento dos programas implantados no Estado do Ceará.

Completados 30 anos do início desse processo, o exemplo do Ceará e as lições aprendidas com essa experiência ainda são muito úteis. Do início desse movimento (em 1986) ao ano de 2016, ocorreram muitas mudanças na legislação, nas responsabilidades das instâncias de governo, nos mecanismos de participação social, porém ainda existem grandes desafios na atenção à criança. A mortalidade infantil continua caindo no Ceará, assim como no resto do país, no entanto, a velocidade da queda agora é mais lenta, uma vez que depende da redução das mortes neonatais, que acontecem nos primeiros dias de vida e cuja redução depende da atenção prestada por profissionais mais especializados, terapias sofisticadas e de maior custo. Portanto, ainda há muitos desafios, que foram agravados, a partir de 2015, com o aparecimento dos casos de Síndrome Congênita do Zika vírus (microcefalia e outras alterações).

Para que a saúde da criança continue melhorando, é imprescindível que o tema da infância esteja fortemente presente na agenda política, nos vários níveis de governo federal, estadual e municipal. Com a descentralização das políticas sociais básicas para os municípios, aumenta a importância da sensibilização dos gestores municipais uma vez que as decisões sobre as ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, da educação e da assistência social são

tomadas, em grandes proporções, no nível local. Essas três áreas têm uma grande importância no atendimento à criança e sua família e precisam ter uma atenção diferenciada da parte dos gestores.

Uma estratégia para mobilizar os gestores municipais no sentido de priorizar as políticas públicas voltadas para as crianças tem sido a criação de incentivos pelo reconhecimento de boas práticas. Um dos exemplos é o Selo UNICEF Município Aprovado que foi citado por alguns dos entrevistados. O reconhecimento é uma forma de motivar as pessoas e deve ser utilizado, porém é necessário ter cuidado para que as escolhas sejam justas ou podem se transformar em uma justificativa para a desmotivação.

Outra estratégia é promover a participação da sociedade civil na busca pela garantia dos direitos das crianças à sobrevivência e a uma vida digna. As famílias e as comunidades podem fazer mais do que fazem hoje, porém precisam de apoio das organizações da sociedade civil. Membros do governo devem se unir a lideranças da comunidade para que os resultados na garantia dos direitos das crianças sejam melhores. Um exemplo bem-sucedido e que merece ser seguido é o das Redes Nacional e Estadual pela Primeira Infância, que reúnem várias organizações para defender os direitos das crianças menores de seis anos. Mais recentemente, o UNICEF vem testando essa proposta de redes em algumas comunidades para envolver os atores locais na proteção da população infantil, porém ainda não há resultados que possam comprovar a efetividade dessa estratégia na melhoria da vida das crianças.

Vale ressaltar a urgência de garantir às crianças uma boa qualidade de vida, afinal, não adianta somente sobreviver e crescer sofrendo toda forma de negligência e abandono. Esse aspecto tem assumido grande relevância nos últimos anos pela maior preocupação com o aumento da violência e da mortalidade dos adolescentes, indicando que muitas das crianças que sobreviveram os primeiros anos de vida, estão morrendo também precocemente na adolescência.

Esta pesquisa não pretendeu fazer uma revisão exaustiva do tema da motivação, da liderança e nem mesmo das políticas públicas de saúde da criança, visto que o seu maior valor consistiu em resgatar outros aspectos dessa história de 30 anos, que precisavam ser contados e cujas lições pudessem ser úteis na atualidade e no futuro.

Antes de concluir, volto a destacar que, apesar de terem sido ouvidos os gestores que atuaram no Ceará, de 1987 a 2006, a ênfase das análises e descrição das ações foi sobre o período de 1987 a 1990, pela repercussão que as decisões tomadas nessa gestão tiveram nas administrações posteriores, no Ceará e no restante do Brasil.

Concluimos que, a partir desse estudo, foi possível mostrar que os gestores podem ser convencidos a priorizar a saúde da criança nos investimentos públicos e obter bons resultados, desde que eles sejam assessorados por técnicos motivados, competentes, com experiência, autonomia e apoio para conduzir as políticas de saúde. Alguns aspectos relevantes identificados no estudo estão resumidos no final deste capítulo.

Espera-se que outros estudos sejam feitos, de modo a aprofundar algumas das questões suscitadas nessa pesquisa, e que possam continuar contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das crianças e suas famílias.

OITO ASPECTOS RELEVANTES PARA UMA BOA GESTÃO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS

- 1- Vontade, compromisso e decisão política do gestor são fundamentais para que as políticas públicas sejam implementadas com sucesso.
- 2 - O gestor precisa compor sua equipe com base em critérios técnicos e motivá-la para que todos se comprometam com as metas do governo.
- 3- As demais decisões do governo (por exemplo, que áreas priorizar, onde investir...) também devem ser baseadas em critérios técnicos, epidemiológicos e sociais, de modo a beneficiar o maior número de pessoas, em especial, as que mais precisam das políticas públicas.
- 4- É necessário ter um bom planejamento, com a definição clara e ampla divulgação dos objetivos e metas do governo. Especialmente os membros da equipe precisam conhecer e se comprometer com as metas do governo.
- 5- É essencial fazer um bom diagnóstico (que subsidie o planejamento) e criar um sistema de monitoramento e avaliação para comprovar e divulgar os resultados alcançados.
- 6- É fundamental ter na equipe do Governo boas lideranças e uma equipe tecnicamente competente, integrada, motivada e comprometida.
- 7- Os gerentes do governo devem ter autonomia para compor a sua equipe, além de condições adequadas de trabalho e devem ser cobrados para que apresentem os resultados.
- 8- As políticas públicas que estão apresentando bons resultados precisam ter continuidade.

REFERÊNCIAS

ALDANA, M; WINCKLER, S. **Direitos reprodutivos**: debates e disputas sobre o direito ao aborto no contexto da redemocratização do Brasil. **Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos**, v. 30, n. 58, p. 167-184, 2010.

ALVES, A. M. C. **Autonomia e gestão das escolas**: centralização, descentralização, desconcentração e autonomia. 2007. 111f. Dissertação (Mestrado em Administração e Planificação da Educação) – Departamento de Psicologia e Educação – DPE. Universidade Portucalense – Infante D. Henrique, Porto, Portugal, 2007.

ALVES, J. E. D. **A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas/IBGE, 2002. 56p. (Textos para discussão, n. 4).

ALVES, J. E. D.; CORRÊA, S. Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. **Revista Brasileira de Estudos da População**. Campinas, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 129-156, jul./dez. 2003.

AMIN, E. H. F. **A utilização de indicadores sociais na administração pública brasileira**: o caso do Estado de Santa Catarina. 2005. 171 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ANDRADE, F. M. O.; BRUNO, Z.V.; CORREIA, L.L.; GOYA, N.; CAMPOS, J.S.; AMARAL, M.I.V.; MCAULIFFE, J.F. **O Programa de Saúde da Família no Ceará**: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza: Expressão Gráfica, 1998.

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Desafios para a gestão de unidades básicas de saúde. **Revista de Administração em Saúde - RAS**, Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde, São Paulo, SP, v. 9, n. 34, jan./mar. 2007.

ANDRÉ, S. M. P. **A motivação dentro das organizações**. 2004. 46p. Monografia (Curso de Pós-Graduação *Latu Sensu* de Gestão de Recursos Humanos) Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro, RJ, 2004.

AQUINO, A. B. *et al.* Políticas públicas para os empreendedores individuais: um estudo de caso no município de Senhor do Bonfim-BA. **ReAC - Revista de Administração e Contabilidade**, Faculdade Anísio Teixeira - FAT, Feira de Santana, BA, v. 4, n. 1, p. 54-66, jan./abr. 2012.

ARANTES, E. M. M. De “criança infeliz” a “menor irregular”- vicissitudes na arte de governar a infância. **Mnemosine**, Clío-Psyché - Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia, UERJ, Rio de Janeiro, v. 1, n. 0, p. 162-164, 2004.

ARAÚJO, J. G.; COELHO NETO, A.; ROLIM, J. M. O. **Programa de ações integradas de saúde da Universidade Federal do Ceará**. Fortaleza: UFC/Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS/Fundação Kellogg. 1985. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B4rK8rvMMfXkUTRQaWtiTW5FaDQ/view>>. Acesso em: 14 out. 2016.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2012. 196p. Tradução de: *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*.

BARBOSA, F. S. *et al.* Atenção à saúde e educação médica: uma experiência e uma proposição. **Educación médica y salud**. OPAS/OMS, Washington, EUA, v. 11, n. 1, p. 26-40, 1977.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009. Tradução de: *L'analyse de contenu*.

BARROS, E. Política de Saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. Brasília. **Ciência & Saúde Coletiva**. 1996. 1(1):5-17.

BARROS, F. C; VICTORA, C. G. **Epidemiologia da saúde infantil**: um manual para diagnósticos comunitários. 3. ed. São Paulo: Hucitec/UNICEF, 1991. 177p.

BATTESINI, M.; FISCHMANN, A.; WEISE, A. D. Identificação de prioridades em saúde: uma alternativa técnica de apoio à tomada de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3673-3682, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a23v18n12.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BECKER, G. S. An economic analysis of fertility. *In: Demographic and economic change in developed countries*. Conference of the Universities-National Bureau Committee for Economic Research, a Report of the National Bureau of Economic Research. Princeton University Press, Princeton, NJ, 1960. p. 209-240.

BERGAMINI, C. W. A difícil administração das motivações. **Revista de Administração de Empresas - RAE**, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 6-17. jan./mar. 1998.

_____. **Liderança**: administração do sentido. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. **Motivação nas organizações**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

_____. Motivação: mitos, crenças e mal-entendidos. **Revista de Administração de Empresas - RAE**, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 23-34, abr./jun. 1990.

_____. Motivação: uma viagem ao centro do conceito. **RAE executivo**, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 63-67, nov.2002-jan.2003, 2002. Disponível em: <<http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/1716.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

_____. **Psicologia aplicada à administração de empresas**: Psicologia do Comportamento Organizacional. São Paulo: Editora Atlas, 2000.

_____. Recursos humanos: a administração do sentido. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo – RAUSP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 68-73, abr./jun. 1991.

BHUTTA, Z. A. *et al.* Countdown to 2015 decade report (2000-10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. **Lancet**, v. 375, n. 9730, p. 2032-2044. june. 2010.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. 2. ed. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2012.

BILHIM, J. **Gestão estratégica de recursos humanos**. 4. ed. Lisboa, Portugal: Universidade Técnica de Lisboa. 2009.

BIRDSALL, N. Economic approaches to population growth. *In*: CHENERY, H.; SRINIVASAN, T. N. (Ed.). **Handbook of development economics**, chap. 12, Amsterdam: Elsevier Science Publishers, v. 1, p. 477-542, 1988.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Em Tese** - Revista eletrônica dos pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan/jul, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>>. Acesso em: 12 set. 2014.

BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. 375p.

BRANCO, M. A. da V. **Auto-motivação**. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Médica. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programa de Saúde Materno-Infantil**. Brasília. 1974. 110p.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 1991.

_____. Estatuto da criança e do adolescente (1990). **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. 7. ed., Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990; seção 1, p. 18055-18059.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466**, de 12 de dezembro de 2012: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde - FIOCRUZ, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 21/GM**, de 5 de janeiro de 2005. Aprova a relação dos indicadores na Atenção Básica - 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Brasília, DF, 6 jan. 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2005/gm/gm-21.htm>>. Acesso em: 12 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. **Indicadores de Mortalidade**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 29 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-da->

[crianca-e-aleitamento-materno/noticias-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/15491-cns-aprova-a-politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-crianca-por-unanimidade](http://www.brazil.gov.br/cidadania-e-justica/2009/11/declaracao-universal-dos-direitos-humanos-garante-igualdade-social)>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Portal Brasil. Cidadania e Justiça. **Declaração Universal dos Direitos Humanos garante igualdade social**. 2009. Disponível em: <<http://www.brazil.gov.br/cidadania-e-justica/2009/11/declaracao-universal-dos-direitos-humanos-garante-igualdade-social>>. Acesso em: 12 set. 2013.

BRITO NETO, G. T. de. **Infância e direitos fundamentais: a educação infantil como forma de proteção social**. 2008, 157p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, 2008.

BRYNARD, P. Policy implementation. *In*: CLOETE, F.; WISSINK, H. (ed.) **Improving public policy**. Pretoria: Van Schaik Publishers. 2000.

BROWN, T. M.; FEE, E; STEPANOVA, V. Halfdan Mahler: architect and defender of the world health organization “health for all by 2000” declaration of 1978. **American journal of public health**, v. 106, n. 1, p. 38-39, 2016.

BULCÃO, I. **Investigando as políticas de assistência e proteção à infância**. Psicologia e ações do Estado. 2006. 274p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2006.

BZUNECK, J. A. A motivação do aluno orientado a metas de realização. *In*: BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J. A. (Org.). **A motivação do aluno: contribuições da psicologia contemporânea**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 58-77.

CAPPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. O. L.; GONÇALVES, C. A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. Organizações Rurais & Agroindustriais - **Revista de Administração da UFPA**, Lavras, MG, v. 5, n. 1, art. 5, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://revista.dae.ufpa.br/index.php/ora/article/view/251>>. Acesso em: 12 set. 2014.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. Por um novo paradigma do fazer políticas: políticas de/para/com juventudes. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n. 2, p. 19-46, jul./dez. 2002.

CASTRO, M. H. G.; VIANA, A. L. d'Á. **Brasil: a reforma do sistema de saúde**. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP, mai. 1992 (mimeo).

CAVALCANTI, P. C. S. *et al.* A logical model of the Rede Cegonha network. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, out./dez. 2013.

CAVALLI, L.; ROSINA, A. An analysis of reproductive intentions of italian couples. **Population Review**, v. 50, n. 1, p. 21-39, 2011.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Relatório de Gestão**. Fortaleza: SESA, 2002.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **Informe Epidemiológico Mortalidade Infantil**. Fortaleza: SESA, 2014.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas**. 4. ed. São Paulo: Elsevier-Campus, 2003. 335p.

_____. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 3. ed. rev. atual., 2004.

_____. **Teoria geral da administração**. 3. ed., Rio de Janeiro: Makron Books, 1994.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento**: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. Tradução de Eliana Rocha. São Paulo: SENAC, 2003. 425p. Tradução de: The knowing organization.

COBO, B.; SABÓIA, A. L. Uma contribuição para a discussão sobre a construção de indicadores para implementação e acompanhamento de políticas públicas. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS (ABEP), 15, Caxambu-MG, 2006. **Anais...** Caxambu-MG: ABEP, set. 2006.

CONDE, L. M. R. **Liderança e identidade potente**: uma perspectiva para gerência compartilhada. 2004. 160 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-48.

CORALINA, C. Poemas dos becos de Goiás e estórias mais. Global Editora e Distribuidora Ltda, 2015.

CORAZZA, S. M. E os pequeninos, Senhor? inocência e culpa na pastoral educativa. **Educação & Realidade**, Faculdade de Educação, UFRGS, v. 25, n. 1, p. 59-92, jan/jun. 2000.

CORREIA, L. L. *et al.* Competências familiares para a promoção da saúde e desenvolvimento infantil: um estudo de 2.600 famílias no estado do Ceará. **Cadernos ESP**, Fortaleza, CE, v. 1, n. 1, p. 60-72, jul./dez. 2005.

_____. Metodologia das pesquisas populacionais de saúde materno-infantil: uma série transversal realizada no Estado do Ceará de 1987 a 2007. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 14, n. 4, p. 353-362, Recife, out./dez. 2014.

COSTA, F. M. da. **A construção social e jurídica do menor à proteção integral da criança e do adolescente no Brasil**: aproximações com a realidade da Guiné-Bissau. 2011. 137 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

COSTA, L. de M. C. *et al.* Contribuição do Projeto HOPE para a configuração da identidade profissional das primeiras enfermeiras alagoanas, 1973 a 1977. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 4, p. 535-542, jul./ago. 2014.

COUTINHO, A. **O poder do convencimento.** Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/noticias/carreira/artigo-o-poder-do-convencimento/101282/>>. Acesso em: 10 ago.2016.

COVEY, S. R. **O 8º hábito: da eficácia à grandeza.** Rio de Janeiro: Elsevier-Campus, 2005.

CUNHA, M. P. *et al.* **Manual de comportamento organizacional e gestão.** 6. ed. Lisboa, Portugal: RH Editora, 2007.

DAVIS, K.; NEWSTROM, J. W. **Comportamento humano no trabalho:** uma abordagem psicológica. São Paulo: Editora Pioneira, v. 1, 1992.

DEL PRIORE, M. (Org.) **História das crianças no Brasil.** 7. ed. São Paulo: Editora Contexto, 2013. 450p.

DE MELO NETO, J. Cl; DE HOLLANDA, C. B. Morte e vida Severina. Sabiá, 1969.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

DEZEM, G. M.; AGUIRRE, J. R. B.; FULLER, P. H. A. **Estatuto da criança e do adolescente** (Elementos do Direito. v. 14), 2. ed. revista, atualizada e ampliada, São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012. 242p. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/6372230/elementos-do-direito---volume-14---estatuto-da-crianca-e-do-adolescente---paulo-/3>>. Acesso em: 03 out. 2016.

DIAS, M. M. K.; PIRES, D. **Fontes de informação:** um manual para cursos de graduação em Biblioteconomia e Ciência da Informação. São Carlos: EDFUScar, 2005. 105p.

DOMINGUES, T. A. M.; CHAVES, E. C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. esp, p. 580-588, mar. 2005.

DORIGO, H. M. G.; NASCIMENTO, M. I. M. do. A concepção histórica sobre as crianças pequenas: subsídios para pensar o futuro. **Educere et Educare:** Revista de Educação, Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste, Paraná, v. 2, n. 3, p.15-32, jan./jun. 2007.

DURSO, S. de O. *et al.* Fatores motivacionais para o mestrado acadêmico: uma comparação entre alunos de ciências contábeis e ciências econômicas à luz da teoria da autodeterminação. **Revista Contabilidade & Finanças** - Universidade de São Paulo - USP, v. 27, n. 71, São Paulo, p. 243-258, mai./ago. 2016.

FALEIROS, V. de P.; FALEIROS, E. S. **Escola que protege:** enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2007, 100p. (Coleção Educação para Todos, v. 31).

FAWCETT, J. T. The value of children and the transition to parenthood. *In*: PALKOVITZ, R. J.; SUSSMAN, M. B. (Org.). **Transitions to parenthood**. New York: Haworth, 1988. p. 11-34.

FERREIRA, P.L. **Introdução à análise de decisão**. Coimbra, Portugal: FEUC, 1994. 25 p.

FITA, E. C. O professor e a motivação dos alunos. *In*: TAPIA, J. A.; FITA, E. C. (Org.). **A motivação em sala de aula: o que é, como se faz**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 1999. p. 65-135.

FORTES, P. A. de C. Bioeticistas e a priorização de recursos de saúde no sistema público de saúde brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 18, n. 2, p. 403-420, mai./ago. 2010.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. *In*: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, São Paulo, v. 14, n. 28, p.139-152, mai./ago. 2004.

FREEDHEIM, S. B. **Por que menos sinos dobram no Ceará: o sucesso de um programa com trabalhadores comunitários de saúde no Ceará, Brasil**. 1993. 87p. Tradução Instituto de Planejamento do Ceará – IPLANCE. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano) - Instituto de Tecnologia de Massachusetts. Fortaleza, 1993.

FREYRE, G. **Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. 48. ed. rev. São Paulo: Global, 2003 (Introdução à história da sociedade patriarcal no Brasil, 1).

FRIEDMAN, D.; HECHTER, M.; KANAZAWA, S. A theory of the value of children. **Demography**, v. 31, n. 3, p. 375-401, aug. 1994.

FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 147-160, abr. 2007.

FRUTUOSO, M. F. P. *et al.* Local management of health in territory of vulnerability: motivations and rationalities. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 337-349, abr./jun. 2015.

GAIDZINSKI, R. R.; PERES, H. H. C.; FERNANDES, M. de F. P. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 4, p. 464-466, jul./ago. 2004.

GARCES, A.; SILVEIRA, J. P. Gestão pública orientada para resultados no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 53, n. 4, p. 53-77, out./dez. 2002.

GERALDES, C. M. B. **A vontade política ou a (im)possibilidade de um ser político humano**. 2013. 165f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Faculdade de Artes e Letras, Universidade da Beira Interior (UBI), Covilhã, Portugal, 2013.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, RS, 2009. 120p.

GHANEM, E. (Org.). **Influir em políticas públicas e provocar mudanças sociais: experiências a partir da sociedade civil brasileira.** São Paulo: Ashoka: Avina: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007. 232p.

GOMES, E. G. M. **Gestão por resultados e eficiência na Administração Pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais.** 2009. 187f. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) - Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo: FGV/EAESP, 2009.

GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE, M. S. B. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 61-65, jan./fev. 2008.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 34. ed. Petrópolis: Editora Vozes, Rio de Janeiro, 2014. p. 67-80.

GOULART, F. **Governança, capital social e saúde.** Portal da inovação da gestão do SUS, redes e atenção primária a saúde, nov. 2013. Disponível em: <http://apsredes.org/teste/wp-content/uploads/2013/11/TXT_Governana_Flavio.pdf>. Acesso em: 27 out. 2016.

GOUVEIA, F. F.; MONTALVÃO, J. B.; BRITO, M. de S. **Gerenciamento de lições aprendidas: estudo de caso de projeto de integração laboratorial,** 2010. 79f. Monografia (MBA Executivo em Gerenciamento de Projetos) - Instituição Superior de Administração e Economia do MERCOSUL - Fundação Getúlio Vargas, Curitiba, 2010.

GRANT, A. M.; SHIN, J. Work motivation: directing, energizing and maintaining effort (and research). *In*: RYAN, R. M. (Ed.). **The oxford handbook of human motivation.** Oxford Library of Psychology, Oxford: Oxford University Press, 2013. 608p.

GREGOLIN, M. R.; PATZLAFF, A. C.; PATZLAFF, P. M. G. Motivação para o trabalho e o comportamento humano na organização. **Revista Emancipação**, Departamento de Serviço Social, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, v. 11, n. 1, p. 59-71, 2011.

HACK, M. *et al.* Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. **New England Journal of Medicine**, v. 346, n. 3, p. 149-157, jan. 2002.

HADDAD, A. E. *et al.* O Brasil carinhoso e as políticas locais de desenvolvimento infantil: o caso do município de São Paulo com o programa São Paulo carinhosa. *In*: CAMPELLO, T.; FALCÃO, T.; COSTA, P. V. da. (Org.) **O Brasil sem miséria.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), 2014, 848p. p. 583-601.

HEADEY, D. D.; HODGE, A. The effect of population growth on economic growth: a meta-regression analysis of the macroeconomic literature. **Population and Development Review**, v. 35, n. 2, p. 221-248, june. 2009.

HECKMAN, J. J. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. **Science**, v. 312, p. 1900-1902, june. 2006.

_____. **Investir no desenvolvimento na primeira infância**: reduzir déficits, fortalecer a economia. The Heckman Equation, dez. 2002. Disponível em: <www.heckmanequation.org>, Acesso em: 10 jul. 2016.

HEYWARD, L. Jesus e as crianças. **Revista Mãos Dadas**. Rede Mãos Dadas: Editora Ultimato: Viçosa, MG, nov. 2013. Disponível em: <http://www.redemaosdadas.org/wp-content/uploads/2013/11/jesus_e_a_crianca.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

HEYWOOD, C. **A history of childhood**: children and childhood in the west from medieval to modern times. Cambridge: John Wiley & Sons, 2013. 240p.

_____. **Uma história da infância**: da idade média à época contemporânea no ocidente. Porto Alegre: Artmed, 2004, 284p.

HOFFMAN, L. W.; HOFFMAN, M. L. The value of children to parents. *In*: FAWCETT, J. T. (Ed.). **Psychological perspectives on population**. New York: Basic Books, 1973. p. 19-76.

HÖFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos CEDES**, Campinas: UNICAMP, São Paulo, v. 21, n. 55, p. 30-41, nov. 2001.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S.; FRANCO, F. M. de M. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 3. ed. rev. e aum., com alterações. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. 923 p.

HOUSE, R. J.; ADITYA, R. N. The social scientific study of leadership: quo vadis? **Journal of Management**, v. 23, n. 3, p. 409-473. june. 1997.

HUERTAS, J. A. **Motivación**: querer aprender. Buenos Aires: Aique, 2001. 190p.

HUNTER, J. C. **Como se tornar um líder servidor**: os princípios de liderança de o monge e o executivo. Rio de Janeiro: Sextante, 2006. 136p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil em Síntese**. 2013. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento da População e Indicadores Sociais. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. 45p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 2)

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública – RAP**, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35-48. mar./abr. 1998.

IPEA. Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Aplicado. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: IPEA: MP, SPI, 2014. 208p.

IPECE. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Relatório do Estado do Ceará 2010. Fortaleza: IPECE, 2010.

_____. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Desenvolvimento Econômico do Ceará: Evidências recentes e reflexões**. Fortaleza, CE: IPECE, 2014. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/Desenvolvimento_Economico_do_Ceara_Evidencias_Recentes_e_Reflexoes.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2016.

_____. **Anuário Estatístico do Ceará - 2015**. Fortaleza, CE: IPECE, 2015. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/anuario/anuario2015/qualidade/saude/atencao_basica.htm>. Acesso em: 03 nov. 2016.

JANSEN, M.; LIEFBROER, A. C. *Couples' attitudes, childbirth, and the division of labor*. **Journal of Family Issues**, SAGE Publications, v. 27, n. 11, p. 1487-1511, nov. 2006.

JOBERT, B.; MULLER, P. *L'Etat en action: politique publiques et corporatismes*. Paris: Presses Universitaires de France, 1987. 242p. Disponível em <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00137940/file/B_Jobert_L_Etat_en_action.pdf> Acesso em: 03 out. 2016.

JUNIOR, J. P. R. Evolução jurídica do direito da criança e do adolescente no Brasil. *Revista da UNIFEBE*, v. 1, n. 10 Jan/Jul, 2012.

KAGITCIBASI, C. The value of children: a key to gender issues. *In: International child health: a digest of current information*. v. IX, n. 1. Berkeley, 1998. p. 15-24.

KOHAN, W. O. Infância e educação em Platão. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 11-26, jan./jun. 2003.

KRAMER, S. Infância, cultura contemporânea e educação contra a barbárie. **Revista Teias**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 1-14, jul. 2007.

KRAMER, S. *et al.* (Org.). **Infância e educação infantil**. Campinas: Papyrus, 1999.

KUHLMANN JR., M. Uma história da infância: da idade média à época contemporânea no ocidente. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 35, n. 125, p. 239-242, mai./ago. 2005.

LANCET. **Early Childhood Development Series - 2016**. Oct. 2016. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/series/ECD2016>>. Acesso em: 27 out. 2016.

LATHAM, G; PINDER, C. (2005). Work Motivation Theory and Research at the Dawn of the Twenty-First Century. **Annual Review of Psychology**, 56, pp. 485-516.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral, Ceará, v. 5, n. 1, jan./mar. 2004.

LEITE, A. J. M.; SILVA, A. C. Mortalidade infantil: indicador das condições de vida das

populações. **Revista de Pediatria do Ceará**, Fortaleza, v. 1, n. 2, p. 8-16, set./dez. 2000.

LIEFBROER, A. C. The impact of perceived costs and rewards of childbearing on entry into parenthood: evidence from a panel study. **European Journal of Population**, v. 21, n. 4, p. 367-391, dec. 2005.

LIMA, A. de M. **A particularidade de um projeto modernizador**: Virgílio Távora e o processo de eletrificação do estado do Ceará de 1950 a 1980. 2015, 261f. Tese. (Doutorado em Geografia) - Programa de Pós-Graduação em Geografia - PROP GEO, Centro de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual do Ceará, UECE. 2015.

LIMA, J. A. de. **Liderança e tomada de decisão na organização**. 2012. 70f. Monografia. (Especialização MBA em Administração Estratégica e Financeira) - Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC - Campus de Videira. Videira, SC, 2012.

LIMANA, A. Desfazendo mitos: o que estão fazendo com o SINAES? **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, Sorocaba, SP, v. 13, n. 3, p. 869-873, nov. 2008.

LONGO, I. S. Ser criança e adolescente na sociedade brasileira: passado e presente da história dos direitos infanto-juvenis. *In*: **Proceedings of the 3rd III Congresso Internacional de Pedagogia Social**. São Paulo, mar. 2010.

LOCKE, E. (1996). Motivation Through Conscious Goal Setting. *Applied and Preventive Psychology*, 5 (2), pp. 117-124

LOPES, C. I. C. **Os fatores motivacionais dos trabalhadores da administração local**: estudo de caso de uma autarquia. 2012. Dissertação (Mestrado em Gestão Estratégica de Recursos Humanos) - Escola Superior de Ciências Empresariais, Instituto Politécnico de Setúbal - IPS, Setúbal, Portugal, 2012. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4111/1/Tese%20M.%20Os%20Fatores%20Motivacionais%20dos%20Trab%20da%20ALocal_VFfinal.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

LOUSADA, M.; VALENTIM, M. L. P. Informação orgânica como insumo do processo decisório empresarial. *In*: VALENTIM, M. L. P. (Org.) **Gestão da informação e do conhecimento no âmbito da ciência da informação**. São Paulo: Polis: Cultura Acadêmica, 2008. 268p.

_____. Modelos de tomada de decisão e sua relação com a informação orgânica. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, v.16, n.1, p.147-164, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/10549/S1413-99362011000100009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

MACHADO, M. M. T. **Avaliação das atividades dos enfermeiros da Saúde da Família na atenção à saúde da criança de zero a dois anos em três municípios do Ceará**. 2005. 121p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and**

Community Health. v. 60, n. 1, p. 13-19, jan. 2006.

MADEIRA, L. M. (Org.) **Avaliação de políticas públicas**. Porto Alegre: Editora UFRGS/CEGOV, 2014. 254p. (Coleção CEGOV Capacidade Estatal e Democracia).

MAIA, J. N. B. Políticas que impulsan el desarrollo regional: la experiencia del estado de Ceará, Brasil. *In: SEMINARIO DE DESARROLLO REGIONAL Y ENCADENAMIENTOS PRODUCTIVOS*, 2000, Campeche, México, **Seminario de desarrollo regional y encadenamientos productivos**, Cidade de Mexico: Banco Nacional Financiera de Mexico (FINASA), jul. 2000. p. 01-33.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. *In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Org.) Colóquios sobre pesquisa em educação especial*. Londrina: Eduel, 2003. p. 11-25.

MARANHÃO, A. G. K. *et al.* Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. *In: BRASIL*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 444p. out. 2012, p. 163-182.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed., São Paulo: Atlas, 2010. 320p.

_____. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARQUES, M. D. **Liderança: a importância de um líder dentro de uma organização**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS, Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos3/lideranca-importancia-lider-dentro-organizacao/lideranca-importancia-lider-dentro-organizacao.shtml>>. Acesso em: 10 out. 2016.

MATIAS, M.; FONTAINE, A. M. Desenvolvimento e validação factorial da escala de motivos face à parentalidade. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, São Paulo, v. 23, n. 54, p. 9-20, jan./abr. 2013.

MATTOS, R. A. de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001.

MATUS, C. **Política, planificación y gobierno**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1987.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. 4 ed. Tradução de: Humberto Mariotti e Lia Diskin. São Paulo: Palas Athena, 2004. 283p. Tradução de: El Árbol del Conocimiento.

MEDEIROS, A. M. Democracia. *In: Consciência política*. Disponível em: <<http://www.portalconscienciapolitica.com.br/ciber-democracia/democracia/>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

MÉDICI, A. C. A regulação do trabalho no âmbito da saúde. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, RS, v. 16, n. 1, p. 356-379, 1995.

MEZMUR, B. D. Adoção internacional como medida de último recurso na África: promover os direitos de uma criança ao invés do direito a uma criança. **SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 83-105, jun. 2009.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Editora Vozes, Rio de Janeiro, 2015. p. 9-29.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014. 408p.

_____. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 163-190.

MINAYO, M. C. de S.; D'ELIA, J. C.; SVITONE, E. **O Programa Agentes de Saúde do Ceará: um estudo de caso**. Fortaleza: UNICEF, set. 1992. 60p.

MINTZBERG, H.; RAISINGHANI, D.; THÉORÊT, A. The structure of “unstructured” decision processes. **Administrative Science Quarterly**. Johnson Graduate School of Management, Cornell University, v. 21, n. 2, p. 246-275, Jun. 1976.

MONTEIRO, C. A. Saúde infantil: tendências e determinantes na cidade de São Paulo na segunda metade do século XX. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6 supl. p. 1-4, dez. 2000.

MORAES, A. **Direito Constitucional**. 32. ed. São Paulo: Atlas, 2016. 1008p.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, mar. 1999.

MOREIRA, M. E. L.; GOLDANI, M. Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 321-327, mar. 2010.

MOREIRA, R. F. P. **A Motivação e desmotivação nas organizações**: estudo realizado na empresa Zara. 2013. 63p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Recursos Humanos). Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa, Portugal, 2013.

MORITZ, G. de O.; PEREIRA, M. F. **Processo decisório**, Curso de Graduação em Administração a Distância, Florianópolis: SEAD/UFSC, 2006. 168p. Disponível em: <http://cead.ufpi.br/conteudo/material_online/disciplinas/pro_dec/introducao.htm>. Acesso em: 02 out. 2016.

MOTTA, P. R. Razão e intuição: recuperando o ilógico na teoria da decisão gerencial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 77-94, jul./set. 1988.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, jul./set. 2005.

NANUS, B.; DOBBS, S. M. **Liderança para o terceiro setor**: estratégias de sucesso para organizações sem fins lucrativos. Tradução: Cynthia Azevedo. São Paulo: Futura, 2000. 262p.

NATIONS, M. **Corte a mortalha**: o cálculo humano da morte infantil no Ceará. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2009. 192p. (Coleção Antropologia e Saúde)

NEUMANN, Z. A. Lições da Pastoral da Criança. **Estudos Avançados [online]**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 63-75, mai./ago. 2003. Entrevista concedida a Marcos Antônio Coelho. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142003000200006>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

NONAKA, T. T. Autonomia organizacional: incrementando a motivação sem gerar tensões internas. **Revista Pensar Engenharia**, Faculdades Kennedy, Belo Horizonte, Minas Gerais, v. 2, n. 2, jul. 2014.

NUNES JUNIOR, L. F. **Tomada de decisão com múltiplos critérios**: pesquisa-ação sobre o método AHP em pequenas empresas. 2006. 126f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional) - Departamento de Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de Taubaté, Taubaté, SP, 2006.

NUTT, P. C. Types of organizational decision processes. **Administrative Science Quarterly**, Johnson Graduate School of Management, Cornell University, v. 29, n. 3, p. 414-450, Sep. 1984.

OLIVEIRA, F. B. de. *et al.* Liderança no contexto da nova administração pública: uma análise sob a perspectiva de gestores públicos de Minas Gerais e Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 6, p. 1453-1475, 2010.

OLIVEIRA, T. M.de; SILVA, M. J. M. de C. A. da; ABREU, M. C. de. Liderança com confiança: o sucesso das equipes através dos estilos de liderança e da confiança transmitida pelo líder. **Anuário da Produção Acadêmica Docente**, Anhanguera Educacional, v. 4, n. 9, p. 45-61, ago. 2010.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em 31 out. 2016.

ORTIZ, L. P. Avaliação da aplicação do método do filho prévio no estado do Ceará. *In*: TALLER SOBRE LA EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DEL MÉTODO DEL HIJO PRÉVIO EM AMERICA LATINA, **Seminário**. Centro Latinoamericano de Demografia – CELADE, Santiago, Chile, 29-31/enero. 1990.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. **Reinventando o governo**: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. 4. ed. Brasília: MH Comunicação, 1994. 436p.

PAIM, J. S. Gestão da atenção básica nas cidades. *In*: RASSI NETO, E.; BÓGUS, C. M. (Org.) **Saúde nos grandes aglomerados urbanos**: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 350p. p. 183-212. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, v. 3).

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *The Citizen Constitution and the 25th anniversary of the Brazilian Unified National Health System (SUS)*. *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

PAIVA, L. H.; FALCÃO, T.; BARTHOLO, L. Do bolsa família ao Brasil sem miséria: um resumo do percurso brasileiro recente na busca da superação da pobreza extrema. *In*: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Org.) **Programa Bolsa Família**: uma década de inclusão e cidadania, Brasília: IPEA, 2013. p. 25-46.

PENNA, A. G. **Introdução a Motivação e a Emoção**. Rio de Janeiro: Imago, 2001. 128p. (coleção Introdução à Psicologia).

PENTEADO, J. R. W. **Técnica de chefia e liderança**. 8. ed., São Paulo: Editora Pioneira, 1986. 186p.

PEREIRA, A. R. A criança no Estado Novo: uma leitura mais longa. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 19, n. 38, p.165-198. 1999.

PEREIRA, L.C. B.; SPINK, P. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. FGV Editora, 1998.

_____. **Reforma do Estado e Administração Pública gerencial**. 6. ed., Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2005. 314p. (coletânea).

PEREIRA, V. R. R. Accountability e comunicação na representação democrática. Brasília. 2015. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/516865/TCC_Vera%20Regina%20da%20Rosa%20Pereira.pdf?sequence=1>. Acesso em 3 novembro, 2016.

PINTO, S. C. M. A negação da motivação extrínseca: mito ou realidade? *In*: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS DA ANPAD. 6. **Anais...** Florianópolis, SC, mai. 2010.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.) Saúde no Brasil: algumas questões sobre o sistema único de saúde (SUS). Brasília: **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, fev. 2009. 83p. (Texto para Discussão, n. 1391- Estado de uma nação: textos de apoio).

PORTA, R. H.; SANTOS, T. P.; PALM, L. Gestão por resultados no governo do estado de São Paulo: avanços e gargalos no desenvolvimento das iniciativas. *In*: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 8, Brasília. DF, 2015. **Anais ...**, Brasília, DF: CONSAD, 26-28/mai. 2015. Disponível em: <<http://banco.consad.org.br/bitstream/123456789/1263/1/GEST%C3%83O%20POR%20RESULTADOS%20NO%20GOVERNO%20DO.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

POSTMANN, N. **O desaparecimento da infância**. Tradução: Suzana Menescal de Alencar Carvalho e José Laurenio de Melo. Rio de Janeiro: Graphia Editorial, 1999. 190p. Tradução de: The disappearance of the childhood.

PRADO, A. E. F. G. Os autores clássicos e sua influência na construção do conceito moderno de infância. **Revista de Educação PUC - Campinas**, [s. v.], n. 27, p. 119-126, jul./dez. 2009.

PROCÓPIO, M. L. **Padrões morais de decisões de gestores**: um estudo sobre o comportamento administrativo. 2012, 508f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Lavras, Minas Gerais, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.ufla.br/bitstream/1/391/1/TESE%20Padr%C3%B5es%20morais%20de%20decis%C3%B5es%20de%20gestores%20um%20estudo%20sobre%20o%20comportamento%20administrativo.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

RAUEN, F. J. **Elementos de iniciação à pesquisa**. Rio do Sul, SC: Nova Era, 1999. 146p.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Características dos indicadores**: fichas de qualificação - Taxa de mortalidade na infância - C.16 – 2012. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-16/?l=pt_BR>. Acesso em: 03 out. 2013.

RNPI. Rede Nacional Primeira Infância. **Plano nacional pela primeira infância**. Brasília, DF: RNPI, dez. 2010. 110p. Disponível em: <www.primeirainfancia.org.br/>. Acesso em: 11 out. 2016.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. 9. ed. Tradução: Reynaldo Cavalheiro Marcondes. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002. Tradução de: Organizational behavior.

RODRIGUES, M. M. **Pró-criança: por entre creches, livros e canções, a busca de consensos** (Santa Catarina - década de 80). 2001. 183f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação Em Educação, Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, 2001.

ROMO, C. M. **Triângulo de governo**. Caracas, Venezuela: Fundación Altadir, Strategia Consultores, sept. 2006.

ROSEMBERG, F.; MARIANO, C. L. S. A convenção internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 40, n. 141, p. 693-728, set./dez. 2010.

RUA, M. das G. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. *In*: RUA, M. das G.; CARVALHO, M. I. V. (Org.) **O estudo da política**: tópicos selecionados. Brasília: Paralelo 15, 1998.

SALES, C. de M. V. Pesquisa qualitativa: cartografando novos percursos na produção de conhecimento. *In*: DAMASCENO, M. N.; SALES, C. de M. V. (Org.) **O caminho se faz ao caminhar**: elementos teóricos e práticas na pesquisa qualitativa. Fortaleza: Editora UFC, 2005. v. 1, 196p.

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

SANTOS, C. J. dos. Os usos das narrativas orais no terreno delicado da pesquisa histórica: o caso dos cemitérios de anjinhos no Ceará. *In: ENCONTRO NACIONAL DE HISTÓRIA ORAL: MEMÓRIA, DEMOCRACIA E JUSTIÇA*. 11, 2012, Rio de Janeiro, RJ. **Anais ...** Rio de Janeiro: UFRJ/ABHO, jul. 2012. p. 1-13.

SANTOS, H. O. **Crianças espancadas**. Campinas, SP: Papirus, 1987.

SANTOS, E. S.; PONTE, V. Modelo de decisão em gestão econômica. **Cadernos de Estudos**, São Paulo, FIECAFI, v. 10, n. 19, p. 43-56, set./dez. 1998.

SANTOS, R. V. D. "Jogos de Empresas" aplicados ao processo de ensino e aprendizagem de Contabilidade. **Revista Contabilidade & Finanças - USP**, São Paulo, v. 14, n. 31, p. 78-95, jan./abr. 2003.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. **Instrumentos de planejamento na gestão municipal: nota técnica CIB**. São Paulo, SP. abr. 2009. 42p.

SÃO PAULO (município). **São Paulo Carinhosa**. Disponível em:<
<http://www.saopaulocarinhosa.prefeitura.sp.gov.br/index.php/o-marco-legal-da-primeira-infancia-e-o-plano-nacional-pela-primeira-infancia/>> . Acesso em: 11 out. 2016.

SEEVER, W.; KIRCHNER, E.; STRAW, M.; VEGEGA, M. Parenthood motivation questionnaire. *In: BEERE, C. A. Gender roles: A handbook of tests and measures*. Westport, CT: Greenwood, 1990. p. 290-292.

SELLTIZ, C. *et al.* **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 3. ed., São Paulo: EPU, 1974. 687p.

SEPÚLVEDA, M. A. C. Breve histórico dos programas nacionais de saúde materno-infantil. **Campinas: Núcleo de Informática Biomédica/Unicamp**, 1997.

SIDJANSKI, D. **Political decision-making process. studies in national, comparative and international politics**. Amsterdam: Elsevier Science, 1973. 243p.

SILVA, M. K. **Construção da ‘participação popular’**: análise comparativa de processos de participação social na discussão pública do orçamento em municípios da região metropolitana de Porto Alegre/RS. Tese (Doutorado em Ciência Política) – PPG Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001

SILVA, A. C. *et al.* Reducing child mortality: the contribution of Ceará state, northeast of Brazil, on achieving the Millennium Development Goal 4 in Brazil. **Maternal and Child Health Journal**. v. 19, n. 4, p. 700-706, apr. 2015.

_____. **Viva criança**: os caminhos da sobrevivência infantil no Ceará. Fortaleza: Edições Fundação Demócrito Rocha, 1999. 272p.

SILVA, C. M. C. da. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, ago. 2010.

SILVA, D. I.; MAFTUM, M. A.; MAZZA, V. A. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1087-1094. , out./dez. 2014.

SILVEIRA, J. M. **Manifestações da sexualidade da criança na educação infantil: estranhamentos e desafios**. 2010. 149f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, 2010.

SIMÕES, C. da S.; ORTIZ, L. P. **Mortalidade infantil no Ceará: 1980-1986**. Trabalho apresentado no IPLAM-CE. Fortaleza, Ceará (mimeo), 1988. 27p.

SMITH, P. B.; PETERSON, M. F. **Liderança, organização e cultura: modelo de administração do evento**. Tradução de Roberto Coda e Cecília Whitaker Bergamini. São Paulo: Pioneira, 1994. 219p. Tradução de: Leadership, organization and culture. London: Sage Publication, 1989.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP. **SBP Notícias**. [online]. Rio de Janeiro: SBP; N 57. Ano XI. fevereiro / abril. 2009. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/sbp57.pdf>>. Acesso em: 5 novembro 2016.

SOUSA, M. F. de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-158, mar./abr.2008.

SOUZA, F. J. P. de. Pobreza, desnutrição e mortalidade infantil: condicionantes socioeconômicos. Fortaleza: Fundação Instituto de Planejamento do Ceará (IPLANCE) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 1992. 129 p., bibliografia. (Brochura); Resenha de: BARROS, F. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 114-115, 1993.

SPECTOR, P. E. **Psicologia nas organizações**. São Paulo: Saraiva, 2002.

SPINK, P; CLEMENTE, R; KEPPKE, R. Governo local: o mito da descentralização e as novas práticas de governança. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 34, n.1, p.61-67 – 68, 1999.

STEARNS, P. **A infância**. Tradução de Mirna Pinsky. São Paulo: Contexto, 2006. 214p. (coleção História Mundial).

STEGEMAN, M. **Viva Criança: health, nutrition and care of young children in northeastern Brazil**. Amsterdam: *Het Spinhuis*, 1997. 166p.

SVITONE, E. C. *et al.* Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 7, n. 5, Washington, p. 293-301, may. 2000.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004a. 88p.

_____. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de**

serviços de saúde. São Paulo: Vozes; 2004b. p. 121-136.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012.

TEIXEIRA, A. R. A. *et al.* A influência da inteligência emocional na tomada de decisão gerencial. *In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA - SEGeT*. 11. 2014, Resende, Rio de Janeiro, 2014. **Anais ...** Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/40920462.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2016.

TEMPORÃO, J. G. Brazil's national immunization program: origins and development. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, v. 10, p. 601-617, 2003.

TENDLER, J. **Bom governo nos trópicos: uma visão crítica.** Tradução de Maria Cristina Cupertino. Rio de Janeiro: Editora Revan, Brasília: DF: ENAP, 1998. (Tradução de: Good government in the tropics).

TOUS, C. M.; AMORÓS, M. M. Motivaciones para el estudio en universitarios. **Anales de Psicología**, Universidad de Murcia, Espanha, v. 23, n. 1, p. 17-24, junio. 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

TYRRELL, M. A. R.; CARVALHO, V. **Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem.** EEAN/ Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1995. 267p.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Agenda pela Infância 2015-2018: Desafios e propostas eleições de 2014,** Brasília: UNICEF, 2014b.

_____. **Committing to child survival. a promise renewed.** Executive Summary 2014. New York: UNICEF, 2014a.

_____. **Committing to child survival. a promise renewed.** Progress Report 2013. New York: UNICEF, 2013.

_____. **Progress for children: beyond averages: learning from the MDGS.** n. 11, june. 2015. 68p.

_____. **Situação mundial da infância, 1985.** Brasília: UNICEF, 1985. 77p.

UNICEF. **Situação mundial da infância 1993.** Brasília: UNICEF, 1993.

_____. **Situação mundial da infância, 2008.** Brasília: UNICEF, 2008a.

_____. **Situação mundial da infância, 2008.** Caderno Brasil. Brasília: UNICEF, 2008b.

_____. **Situação mundial da infância, 2009.** Celebrando 20 anos da convenção sobre os direitos da criança. Brasília: UNICEF, 2009.

UNICEF. **Um mundo para as crianças**: relatório da sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a criança: as metas das Nações Unidas para o milênio. Relatório do Comitê Ad Hoc Pleno da vigésima sétima sessão especial da Assembleia Geral. supl. n. 3, Nova Iorque: Nações Unidas, 2002.

UNITED NATIONS. **The Millennium Development Goals Report**. New York. UN, 2014.

VALSINER, J. Formal schooling and the development of the self. *In*: _____. **Human development and culture**: the social nature of personality and its study. p. 297-326, Lexington, MA: Lexington Books, 1989. 395p.

VEIGA-NETO, A. Coisas do governo. *In*: RAGO, M.; ORLANDI, L. B. L.; VEIGA-NETO, A. (Org.). **Imagens de Foucault e Deleuze**: ressonâncias nietzschianas. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 13-34.

VIANA, S. M. *et al.* **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224p.

VICTORA, C. G. *et al.* Saúde das mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, May, 2011. p. 32-46. (Séries Saúde no Brasil 2). Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

VIEIRA, C. B. *et al.* Motivação na administração pública: considerações teóricas sobre a aplicabilidade dos pressupostos das teorias motivacionais na esfera pública. **Revista ADMpg Gestão Estratégica**, Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR, Ponta Grossa, Paraná, v. 4, n. 1, 2011.

VOLPI, M.; AMARAL, S. T. Direitos fundamentais do nascituro. **ETIC- ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**, Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, São Paulo, v. 4, n. 4, 2008.

WADSWORTH, J. E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 19, n. 37, p. 103-124, set. 1999.

WELCH, J.; WELCH, S. **Paixão por vencer**: a Bíblia do sucesso. Rio de Janeiro: Elsevier-Campus, 2005. 346p.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE)**. Disponível em: <<http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/en/>> Acesso em: 04 out. 2014.

YOUNG, M. E. **Policy implications of early childhood development programmes in nutrition, health and child development**. Washington: Pan American Health Organization; World Bank, 1998. p. 209-224.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – EX-GOVERNADORES

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA
ALUNA - FRANCISCA MARIA OLIVEIRA ANDRADE**

PROJETO DE TESE

**O VALOR SOCIAL DA CRIANÇA PARA OS GOVERNOS:
MOTIVAÇÕES DOS GESTORES PÚBLICOS DO CEARÁ PARA INVESTIR NA
SAÚDE INFANTIL**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – EX-GOVERNADORES

Fatores que motivaram os gestores a investir na saúde infantil

- 1) O que o (a) motivou a priorizar a saúde infantil e, em especial, a redução da mortalidade infantil durante sua gestão como governador do Ceará?
- 2) Que razões, pessoas, fatos, acontecimentos o(a) influenciaram essa decisão de considerar a saúde da criança como prioridade na sua gestão?
- 3) Antes de assumir o Governo o (a) Sr. (Sra) já tinha ouvido falar de experiências bem-sucedidas para reduzir a mortalidade infantil? Se sim, quais experiências? Essas experiências influenciaram a decisão de V.Exa de priorizar a saúde infantil? Como?

Experiência do Ceará

- 4) Por favor, fale da experiência do Ceará com relação à saúde infantil e destaque o que na sua percepção foi mais significativo.
- 5) O Senhor acha que a experiência voltada para a promoção da saúde da criança do Ceará foi diferente da dos outros estados brasileiros? Se sim, no que esta experiência foi diferente?
- 6) O que foi feito na sua gestão para se obter uma redução na mortalidade infantil tão expressiva?
- 7) Que estratégias o Senhor utilizava para motivar os secretários e técnicos do estados em torno do objetivo da redução da mortalidade infantil?
- 8) Que ação do governo foi mais importante para a redução da mortalidade infantil?
- 9) Na década de 1990 estava muito presente a proposta de redução do Estado (por conta da reforma do estado e das políticas neoliberais), mas ainda assim o seu Governo investiu na área social e na saúde da criança. Por que isso aconteceu?
- 10) Quando um gestor assume um Governo, ele tem um compromisso político com um partido, mas também com a sociedade. Qual era o seu principal compromisso?
- 11) Como essa experiência do Ceará pode ser útil em outros estados ou países?

APÊNDICE 2 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – EX - SECRETÁRIOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA
ALUNA- FRANCISCA MARIA OLIVEIRA ANDRADE**

PROJETO DE TESE

**O VALOR SOCIAL DA CRIANÇA PARA OS GOVERNOS:
MOTIVAÇÕES DOS GESTORES PÚBLICOS DO CEARÁ PARA INVESTIR NA
SAÚDE INFANTIL**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – EX - SECRETÁRIOS

Fatores que motivaram os gestores a investir na saúde infantil

- 1) O que o (a) motivou a priorizar a saúde infantil e, em especial, a redução da mortalidade infantil na sua gestão?
- 2) Que razões, pessoas, fatos, acontecimentos o (a) influenciaram nessa decisão de considerar a saúde da criança como prioridade na sua gestão?
- 3) Antes de assumir o Governo o (a) Sr. Sra. já tinha ouvido falar de experiências bem-sucedidas para reduzir a mortalidade infantil? Se sim, quais experiências?

Experiência do Ceará

- 4) Por favor, fale da experiência do Ceará com relação a saúde infantil e destaque o que na sua percepção foi mais significativo.
- 5) No que a experiência da saúde da criança do Ceará foi diferente da dos outros estados brasileiros?
- 6) O que o seu governo fez para obter uma redução na mortalidade infantil tão expressiva?
- 7) Na década de 1990 estava muito presente a proposta de redução do Estado, mas ainda assim o Governo investiu na área social e na criança. Por que isso aconteceu?
- 8) Quando um gestor assume um Governo, ele tem um compromisso político com um partido, mas também com a sociedade. Qual era o seu principal compromisso?
- 9) Como essa experiência do Ceará pode ser útil em outros estados ou países?

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA - UFC****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) por mim, Francisca Maria Oliveira Andrade, a participar da pesquisa intitulada “O valor social da criança para os governos: porque gestores públicos do Ceará decidem investir na saúde infantil”, sob a orientação da Professora Doutora Márcia Maria Tavares Machado da Universidade Federal do Ceará.

Os procedimentos realizados serão entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio mediante a sua autorização. O objetivo do estudo é compreender, na perspectiva dos gestores públicos que realizaram o processo de mudança de indicadores da saúde infantil no Ceará entre 1987 e 2006, as motivações que os levaram a adotar uma política centrada nessa área temática.

O benefício direto da pesquisa será ter as percepções dos gestores sobre o valor social da saúde da criança para o governo de modo a colaborar para que outros governos se beneficiem com as lições aprendidas no Ceará com relação a definição de prioridades na área de saúde que possam beneficiar a população infantil.

As informações obtidas por meio das entrevistas serão analisadas em conjunto com outros participantes desta pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum destes. O (a) Sr. (a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais deste estudo.

O (a) Sr. (a) não terá despesas pessoais durante o estudo e, também, não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

É garantido que, a qualquer momento, o (a) Sr. (a) pode retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa, ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e serão guardadas pela ética do sigilo profissional. Lembro que toda a informação obtida será utilizada somente para este estudo e que o (a) Sr. (a) terá uma cópia deste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO. Caso haja alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa: (Universidade Federal do Ceará, Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, 3366-8344)

Além disso, o (a) Sr. (a) poderá esclarecer, a qualquer momento, possíveis dúvidas sobre a pesquisa com a pesquisadora responsável: Francisca Maria Oliveira Andrade, nos telefones: 999280013 / 988593205.

Caso o (a) Sr. (a) se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, e que sua participação é voluntária, solicito que assine no espaço abaixo.

Fortaleza, ____/____/____.

Nome completo do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Número da cédula de identidade do participante: _____

Assinatura do responsável pelo estudo: _____