



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

ROSILENE NEVES DE OLIVEIRA SILVA

**CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM ARACAJU-SE:
UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DA PRIMEIRA INFÂNCIA**

SÃO CRISTÓVÃO-SE

2026

ROSILENE NEVES DE OLIVEIRA SILVA

CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM ARACAJU-SE:
UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito – PRODIR, da Universidade Federal de Sergipe, para obtenção do título de Mestra em Direito.

Linha de Pesquisa: Processo de Constitucionalização dos Direitos e Cidadania: aspectos teóricos e metodológicos.

Área de atuação: Direito à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Tanise Zago Thomasi.

SÃO CRISTÓVÃO-SE

2026

ROSILENE NEVES DE OLIVEIRA SILVA

**CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM ARACAJU-SE:
UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DA PRIMEIRA INFÂNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito – PRODIR, da Universidade Federal de Sergipe, para obtenção do título de Mestra em Direito.

Linha de Pesquisa: Processo de Constitucionalização dos Direitos e Cidadania: aspectos teóricos e metodológicos.

Área de atuação: Biodireito.

Defendido e aprovado pela banca em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Tanise Zago Thomasi
Professora da Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Avaliadora: Profa. Dra. Míriam Coutinho de Faria Alves
Professora da Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Avaliador: Prof. Dr. Paulo Gomes de Lima Júnior
Professor no Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR
Mestrado Acadêmico em Ecossistema e Saúde – PPGES
Barra dos Garças - MT

“A infância é o chão que a gente pisa a vida inteira”

Lya Luft

AGRADECIMENTOS

Dedico esta pesquisa às experiências traumáticas, às alegrias e às esperanças do passado, que fortaleceram as raízes que hoje frutificam, permitindo um olhar ampliado para além da letra fria da lei. À resiliência, à inquietude e ao inconformismo que, passo a passo, pessoa a pessoa, ressignificam minha própria existência e ressoam ao meu redor, me permitindo enxergar com clareza o ser inteiro em si mesmo desde a pequena infância.

Aos frutos colhidos no presente, que dão sentido à nossa existência — doces ou amargos — foram vivenciados, saboreados ao longo da jornada e distribuídos sem pudor. A única certeza perene é que a caminhada foi intensa, e que tudo tem seu propósito, ainda que, frequentemente, ele se revele distante do tempo da nossa própria vontade.

Que as incertezas e névoas do futuro sejam vividas com esperança. Afinal, tudo que é feito com propósito, amor e verdade se torna instrumento de melhores perspectivas para o porvir.

Desejo que esta pesquisa seja um marco temporal para a análise, o planejamento e o monitoramento da concretização do direito à saúde na primeira infância em Aracaju-SE. Sabemos onde estamos, agora é tempo de caminhar rumo ao lugar onde devemos ancorar.

Agradeço a Deus por cada dia concedido ao lado daqueles que amo, por renovar minhas oportunidades e me permitir viver meus objetivos e sonhos.

Ao meu marido, agradeço por segurar minha mão com firmeza. Revelo minha admiração e amor por tudo o que representa em nossas vidas.

Ao meu filho, peregrino do sistema de saúde público e privado desde a tenra infância, agradeço por nos honrar com a oportunidade de acompanhá-lo em sua jornada terrena.

Ao Igor, agradeço por compartilhar reflexões e anseios, por me permitir contar com sua amizade ao trilhar essa jornada, sempre nos ofertando poesia e arte.

À minha orientadora, Tanise Zago Thomasi, sou grata por compartilhar suas experiências e por nos manter firmes diante de quaisquer circunstâncias. Os ciclos são os nossos propósitos concretizados.

RESUMO

O direito à saúde na infância é fundamento do Estado Democrático de Direito, consagrado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), por compromissos nacionais e internacionais assumidos pelo Brasil. Esta dissertação, intitulada “Concretização do direito à saúde em Aracaju-SE: uma análise sob a perspectiva da Primeira Infância”, avalia a aderência dos normativos, planos e ações locais ao Marco Legal da Primeira Infância e da Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI). Faz uma análise do Plano Municipal da Primeira Infância (PMPI/AJU) à luz desses normativos e às práticas de intersetorialidade, governança e transparência pública. A pesquisa se justifica pela necessidade de investigar os obstáculos entre o robusto arcabouço normativo e sua materialização concreta nas práticas municipais, especialmente no que tange ao acesso equitativo e contínuo de cuidados especializados para crianças. A questão central que orienta a pesquisa é: o município de Aracaju-SE atende ao direito à saúde infantil através de políticas públicas específicas para a primeira infância? O objetivo geral é analisar a concretização do direito à saúde na perspectiva da primeira infância; os objetivos específicos são: analisar os fundamentos constitucionais, infraconstitucionais e internacionais que fundamentam o direito à saúde infantil; verificar a aderência dos normativos municipais com as recomendações do Marco Legal da Primeira Infância aliado à Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI); e verificar os caminhos para a concretização do direito à saúde na primeira infância. Mesmo com os avanços da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), do Marco Legal da Primeira Infância, da PNIPI e do próprio PMPI/AJU, temos desafios a serem superados. Conclui-se que a garantia efetiva do direito à saúde infantil em Aracaju requer prioridade no planejamento e na destinação orçamentária para a implementação, controle e monitoramento de políticas públicas específicas para a primeira infância no âmbito local.

Palavras-chave: Primeira Infância; Saúde; Aracaju; PMPI/AJU.

ABSTRACT

The right to childhood health is a fundamental principle of the Democratic Rule of Law, enshrined in the 1988 Constitution of the Federative Republic of Brazil (CRFB/88), and in national and international commitments undertaken by Brazil. This dissertation, entitled "Realization of the right to health in Aracaju-SE: an analysis from the perspective of Early Childhood," evaluates the adherence of local regulations, plans, and actions to the Legal Framework for Early Childhood and the National Integrated Policy for Early Childhood (PNIPI). It analyzes the Municipal Plan for Early Childhood (PMPI/AJU) in light of these regulations and the practices of intersectorality, governance, and public transparency. It is justified by the need to investigate the obstacles between the robust normative framework and its concrete implementation in municipal practices, especially regarding equitable and continuous access to specialized care for children. The central question guiding the research is: does the municipality of Aracaju-SE fulfill the right to childhood health through specific public policies for early childhood? The overall objective is to analyze the realization of the right to health from the perspective of early childhood; the specific objectives are: to analyze the constitutional, infraconstitutional, and international foundations that underpin the right to children's health; to verify the adherence of municipal regulations to the recommendations of the Legal Framework for Early Childhood combined with the National Integrated Policy for Early Childhood (PNIPI); and to verify the pathways to the realization of the right to health in early childhood. Even with the advances of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC), the Legal Framework for Early Childhood, the PNIPI, and the PMPI/AJU itself, we have challenges to overcome. It is concluded that the effective guarantee of the right to children's health in Aracaju requires priority in planning and budget allocation for the implementation, control, and monitoring of specific public policies for early childhood at the local level.

Keywords: Early Childhood; Health; Aracaju; PMPI/AJU.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BPI	Benefício Primeira Infância
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDESS	Conselho de Desenvolvimento Econômico Social Sustentável
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Aracaju
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNM	Confederação Nacional de Municípios
COSEMSSP	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do estado de São Paulo
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMCSV	Fundação Maria Cecília Souto Vidigal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LAI	Lei de Acesso a Informações
MFV	Mapeamento de Fluxo de Valor
MLPI	Marco Legal da Primeira Infância
MPU	Ministério Público da União
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NRI	Núcleo Interno de Regulação
ONU	Organização das Nações Unidas
PCF	Programa Criança Feliz
PMPI/AJU	Plano Municipal da Primeira Infância de Aracaju
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNIP	Política Nacional Integrada da Primeira Infância
PPA	Plano Plurianual
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal

STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TCEPE	Tribunal de Contas de Pernambuco
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 A EVOLUÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA ABSOLUTA PRIORIDADE E DA PROTEÇÃO INTEGRAL NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	12
2.1 BIOÉTICA INFANTIL, ABSOLUTA PRIORIDADE: A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA NO BRASIL	17
2.2 PRESSUPOSTOS DA ANÁLISE DO CONTEXTO DA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE INFANTIL	23
2.3 A IMPORTÂNCIA DO FLUXO DA CAPACIDADE INSTALADA NO MAPEAMENTO NO ATENDIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	37
3 CONFORMIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA	42
3.1 ADERÊNCIA DOS NORMATIVOS MUNICIPAIS ÀS DIRETRIZES DO MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA	46
3.2 ANÁLISE DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (2018-2025) A LUZ DO MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA	55
3.3 ANÁLISE DO PLANO MUNICIPAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA DE ARACAJU (PMPI/AJU)	66
4 CAMINHOS PARA A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITOS À SAÚDE INFANTIL EM ARACAJU	74
4.1 PRINCÍPIO DA INTERSETORIALIDADE: SEU PAPEL NAS POLÍTICAS PÚBLICA DA PRIMEIRA INFÂNCIA	79
4.2 OS DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PMPI/AJU NO CONTEXTO DA GOVERNANÇA PÚBLICA DAS POLÍTICAS COLABORATIVAS	85
4.3 TRANSPARÊNCIA ATIVA: FUNDAMENTO PARA A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	93
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	104

1 INTRODUÇÃO

A concretização do direito à saúde no Brasil é um dos pilares constitucionais mais significativos da consolidação do Estado Democrático de Direito. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), em seu artigo 196, consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas especializadas à redução do risco de doenças e de outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Dentro desse escopo, emerge com especial atenção o público infantil, especialmente as crianças em fase de desenvolvimento e aquelas que possuem necessidades específicas em saúde, cuja vulnerabilidade exige respostas estatais mais qualificadas e estruturadas¹ (Brasil, 1988).

Em relação ao público infanto-juvenil, o art. 227 da CRFB/88 define que é dever dos atores governamentais a proteção, bem como, a responsabilidade de garantir, com absoluta prioridade, os direitos à vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização e convivência familiar, para proteger as crianças e adolescentes contra a negligência, violência e discriminação. A previsão da absoluta prioridade encontra amparo também no art. 4º da Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA), especificando que ela se dá na primazia do socorro em qualquer situação; precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas à proteção à infância e à juventude (Brasil, 1988; Brasil, 1990a)²³.

¹ CRFB/88 - Art. 196. 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 (Brasil, 1988).

² CRFB/88 - Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, 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. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010) (Brasil, 1988).

³ Lei nº 8.069/1990 – 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.

§1º 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 (Brasil, 1990a).

As disposições constitucionais sobre a absoluta prioridade e a existência de um estatuto robusto que coloca as crianças e adolescentes em destaque na proteção estatal demonstram a preocupação do legislador com esse público. Essa mudança de enfoque foi decisiva na mudança de mentalidade em relação às ações desenvolvidas. Como veremos no decorrer do estudo, o menor, antes visto como objeto de direitos, protegido com base na doutrina da situação irregular, ganhou status de sujeito de direito, demandando a criação de uma nova doutrina legal que buscasse a proteção integral.

Com o avanço na consolidação da rede de proteção aos direitos fundamentais por diversos atores estatais e sociais, a proteção ao menor ganhou novos contornos, com a obrigatoriedade de ações específicas destinadas a um grupo ainda mais sensível, a primeira infância, compreendida do zero aos seis anos. Essa é uma fase sensível do desenvolvimento humano, na qual se estabelecem as bases biológicas, cognitivas, afetivas e sociais que permeiam por toda sua futura trajetória de vida (Brasil, 2016a)⁴.

As peculiaridades características do desenvolvimento de crianças menores de seis anos, quando afetadas pela falta de cuidados primários ou por condições de saúde que requerem atenção contínua, especializada e de alta complexidade, trazem efeitos muitas vezes permanentes, impactando diretamente a vida do indivíduo. A proteção desse grupo representa não apenas uma mudança legislativa, mas uma necessidade civilizatória de proteção das gerações mais novas por aquelas que as antecede. Nesse contexto, uma rede de cuidados especializados se torna instrumento imprescindível para garantir o cuidado integral e equânime, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)⁶, do Marco Legal da Primeira Infância⁷ e da Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI)⁸.

⁴ Lei nº 13.257/2016 - Art. 2º. Para os efeitos desta Lei, considera-se primeira infância o período que abrange os primeiros 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança (Brasil, 2016a).

⁵ Lei nº 8.088/1990 – Art. 1º. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado (Brasil, 1990b).

⁶ Portaria nº 1.130/2015 – Art. 1º. Fica instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 2015a).

⁷ Lei nº 13.257 - Art. 1º. Esta Lei estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano, em consonância com os princípios e diretrizes da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) (Brasil, 2016a).

⁸ Decreto 12.574/2024 - Art. 1º. Fica instituída a Política Nacional Integrada da Primeira Infância – PNIPI, no âmbito da União.

§ 1º A PNIPI tem como finalidade estabelecer coordenação intersetorial e integrada das políticas setoriais destinadas à criança na primeira infância, em articulação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

§ 2º A PNIPI atenderá à primeira infância em sua diversidade e considerará as interseccionalidades socioeconômicas, territoriais e regionais, étnico-raciais, de gênero e de deficiência

§ 3º A PNIPI será coordenada pelo Ministério da Educação (Brasil, 2024a).

A estruturação dessa rede especializada e integrada apresenta desafios históricos, se apresentando como um problema público complexo. Mesmo com um normativo robusto, existente há quase uma década, ainda persistem as situações que testam as habilidades governamentais de relacionar a distribuição equânime e eficaz de serviços, em especial na saúde. A carência de planejamento e dados específicos agregados, a falta de recursos específicos para estados e municípios realizarem os programas, projetos e ações, atrelados à ausência de articulação efetiva entre os diversos níveis de atenção, fragiliza a eficiência, eficácia e efetividade quanto aos resultados.

Esses entraves podem comprometer a concretização do direito à saúde na primeira infância, sobretudo nos quesitos universalidade, equidade e integralidade, particularmente para aquelas crianças que dependem de recursos terapêuticos complexos ou contínuos, como terapias multidisciplinares, tecnologias assistivas, acompanhamento neurológico, cirurgias específicas e internações prolongadas.

A relevância da pesquisa se justifica uma vez que propõe analisar os marcos legais, institucionais e operacionais que sustentam e preveem a concretização do direito à saúde no contexto infantil, com ênfase na disponibilidade, no acesso e na efetividade das políticas públicas destinadas à primeira infância no município de Aracaju, capital de Sergipe. Trata-se de um campo de investigação que, além de tocar aspectos jurídicos, envolve também dimensões técnicas, éticas, sociais e intersetoriais das políticas, planos e ações de saúde.

A questão central que orienta a pesquisa é: o município de Aracaju atende o direito à saúde infantil mediante políticas públicas específicas para a primeira infância? A investigação parte do reconhecimento de que o aparato legal existente é robusto, mas que sua implementação ainda carece de efetividade prática, especialmente no que diz respeito ao atendimento das especificidades da primeira infância.

O objetivo geral consiste em analisar a concretização do direito à saúde infantil com fundamento na legislação vigente e nas políticas públicas especializadas para a primeira infância. Como desdobramentos desse objetivo abarcam-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Analisar os fundamentos constitucionais, infraconstitucionais e internacionais que fundamentam o direito à saúde infantil;
- b) Verificar a aderência dos normativos municipais, com foco no direito à saúde na primeira infância, com as recomendações do Marco Legal da Primeira Infância aliado à Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPi);
- c) Verificar os caminhos para a concretização do direito à saúde infantil na primeira infância.

Ao refletir sobre o estado atual da rede assistencial especializada para a primeira infância, esse trabalho se propõe a contribuir com a construção de caminhos mais justos, humanizados e integrados em favor das crianças do município de Aracaju, especialmente para as que mais necessitam da presença efetiva do Estado. Pretende-se indicar a formulação ou renovação de políticas públicas, bem como auxiliar gestores na análise dos progressos e na construção de novas políticas públicas de ajuste para o futuro.

A integração entre o direito à saúde infantil e a perspectiva qualitativa das Ciências Sociais permite compreender que a efetividade das políticas públicas não se resume ao texto legal, mas envolve o controle da sua implementação e o monitoramento do seu impacto social. Como destaca Minayo (2001), a vida coletiva é mais rica que qualquer teoria, e os instrumentos das Ciências Sociais possibilitam apenas uma aproximação dessa riqueza, ainda que imperfeita. Nesse sentido, ao analisar a saúde da primeira infância em Aracaju, é necessário reconhecer que os marcos normativos — como a CRFB/88, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Marco Legal da Primeira Infância e a PNIPI — só ganham concretude quando articulados às práticas concretas que possam lhes dar vida.

A pesquisa, entendida como atividade essencial da ciência, vincula pensamento e ação, pois nenhum problema pode ser considerado intelectual se não estiver enraizado na vida prática (Minayo, 2001). Assim, investigar a efetividade das políticas públicas de saúde infantil em Aracaju significa compreender como os dispositivos legais dialogam com as condições concretas de implementação, monitoramento e controle. A abordagem qualitativa permite avaliar a aderência normativa, mas também captar os princípios, significados e representações que devem orientar a atuação dos gestores. Essa perspectiva é essencial para compreender que os desafios da implementação das políticas públicas de saúde infantil não são apenas questões técnicas, mas expressam condições sociais e institucionais que moldam a realidade local.

Para desenvolver a presente dissertação foi definido um problema de pesquisa através do método dedutivo, a partir dele se iniciou uma fase exploratória para o recorte do objetivo geral e a sua integração com os objetivos específicos. Assim, para estruturar as proposições que resultassem em argumentos sólidos que justificassem as hipóteses de pesquisa, foi realizado levantamento bibliográfico, documental, legislativo e institucional aliados aos dados governamentais e não governamentais. O material foi confrontado com os documentos e dados oficiais produzidos pelo Município de Aracaju-SE, assim, partindo dos ensinamentos de Minayo (2001), para produzir conhecimentos, afirmativas e provocar questionamentos.

A pesquisa parte da questão central: o município de Aracaju assegura o direito à saúde infantil por meio de políticas públicas específicas para a primeira infância? A investigação, de

caráter qualitativo e exploratório, busca verificar a aderência das políticas municipais às diretrizes nacionais e internacionais, propondo caminhos para a construção de políticas mais justas e integradas, capazes de atender às necessidades específicas das crianças.

2 A EVOLUÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA ABSOLUTA PRIORIDADE E DA PROTEÇÃO INTEGRAL NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

O objetivo do presente capítulo é analisar os fundamentos constitucionais, infraconstitucionais e internacionais que fundamentam o direito à saúde, em especial para o público da primeira infância. Serão abordados os princípios da dignidade da pessoa humana e da absoluta prioridade, no contexto da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dos decretos e portarias correlatos; os princípios relacionados à bioética, buscando sempre o melhor interesse do indivíduo em desenvolvimento; os pressupostos e objetivos da análise do contexto a rede assistencial de saúde infantil; e a importância do fluxo da capacidade instalada e de seu mapeamento no atendimento dos serviços de saúde.

Partimos da promulgação da CRFB/88, que representou marco decisivo na consolidação dos direitos fundamentais, ao instituir o Estado Democrático de Direito e eleger a dignidade da pessoa humana como um de seus fundamentos estruturantes. Trata-se de princípio dotado de elevada densidade normativa, que confere unidade axiológica ao sistema constitucional e orienta a interpretação e a aplicação de todo o ordenamento jurídico, especialmente no que se refere à concretização dos direitos sociais (Brasil, 1988).

Em seus estudos, Mendes; Branco (2023) reforçam a importância desse princípio, ao indicar que a Constituição, na qualidade de objeto imediato do Direito Constitucional, tem como uma de suas funções propiciar as bases para o aprimoramento constante e necessário das normas e mecanismos de promoção dos valores que resultam da necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana, contribuindo para conformá-la no plano deontológico.

A dignidade da pessoa humana, conforme apresenta Moraes (2023), deve ser vista como um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar. Limitações ao exercício deste e de outros direitos fundamentais devem ocorrer apenas em caráter excepcional, exigindo o cuidado de não menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos.

No campo da tutela dos direitos da criança e do adolescente, foi definido pelo legislador constituinte a absoluta prioridade do público infanto-juvenil. O caput do art. 227 da CRFB/88 prevê que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, 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 (Brasil, 1988). Na redação original não estava prevista a prioridade absoluta na concretização dos direitos sociais aos jovens. Entretanto, esse grupo foi incluído através da Emenda Constitucional nº 65/2010⁹.

Esse novo paradigma constitucional encontrou expressão normativa no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069/1990) e, de forma complementar, no Estatuto da Juventude (Lei nº 12.852/13), que incorporaram de forma explícita a doutrina da proteção integral para esses grupos específicos.

Nesse sentido, leciona Sposato (2015) que a previsão da absoluta prioridade na CRFB/88 fez entrar em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente, responsável por instrumentalizar os mandamentos deste princípio, por meio da chamada Doutrina Jurídica da Proteção Integral, que corresponde uma síntese do pensamento do legislador constituinte para o acesso às garantias substanciais e processuais destinadas a assegurar os direitos consagrados do público infanto-juvenil.

A doutrina da proteção integral rompeu com a lógica da situação irregular, que era fundamentada, principalmente, pela Lei nº 4.513/1964, que criou a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), e da Lei nº 6.697/1979, que instituiu o Código de Menores. Antes da CRFB/88 e do ECA, a proteção estatal era prevista apenas aos menores de dezoito anos de idade que se encontrassem em situação irregular ou aos maiores de dezoito e menores de vinte e um anos, nos casos previstos em lei (Brasil, 1964; Brasil, 1979)¹⁰.

Segundo Souza Junior (2025), o objetivo da FUNABEM era centralizar as políticas públicas voltadas para menores infratores e em situação de abandono. A FUNABEM coordenava as Fundações Estaduais para o Bem-Estar do Menor (FEBEM), adotando um modelo de grandes complexos de internação, para retirar e aprisionar crianças e adolescentes

⁹ O Estatuto da Juventude (Lei nº 12.852/2013) considera jovem o indivíduo entre 15 e 29 anos de idade, sendo que, para adolescentes com idade entre 15 e 18 anos, aplica-se o ECA, conforme artigo 1º da referida lei (Brasil, 2013a).

¹⁰ O art. 2º da Lei nº 6.697/1979 (Código de Menores), considerava em situação irregular o menor:

- I - privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão de:
 - a) falta, ação ou omissão dos pais ou responsável;
 - b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsável para provê-las;
- II - vítima de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsável;
- III - em perigo moral, devido a:
 - a) encontrar-se, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes;
 - b) exploração em atividade contrária aos bons costumes;
- IV - privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável;
- V - Com desvio de conduta, em virtude de grave inadaptação familiar ou comunitária;
- VI - autor de infração penal (Brasil, 1979).

das ruas. Essa política não fazia distinção clara entre infratores e jovens em situação de pobreza, tratando ambos como um problema de segurança pública, acentuando uma lógica repressiva. Em geral, não havia critérios claros de encaminhamento ou estrutura adequada para a ressocialização dos internos.

A mudança de paradigma da situação irregular para a proteção integral transformou a criança, o adolescente e o jovem em sujeitos de direitos e não apenas objeto de direitos. Conforme leciona Sêda (1992), a titularidade de direitos pressupõe o acesso efetivo aos meios necessários à sua concretização, operando-se a transição do “menor” como objeto de tutela para a criança como cidadã, assegurada pela prioridade absoluta.

Complementando, Sposato (2015) indica que a mudança de paradigma introduzida pela Doutrina de Proteção Integral, mesmo sendo complexa, pode ser ilustrada por alguns aspectos. Dentro do escopo do presente estudo, destaca-se: i) o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos; ii) institucionalização da participação comunitária por intermédio dos Conselhos de Direitos, com participação paritária e deliberativa para traçar as diretrizes das políticas de atenção direta à infância e juventude; e iii) municipalização da política de atendimento.

A adoção da doutrina da proteção integral, expressamente consagrada no art. 227 da CRFB/88 e no art. 1º do ECA, decorre do amadurecimento do processo constituinte e da incorporação, pela ordem jurídica brasileira, de um modelo garantista de tutela da infância, alinhado aos princípios do Estado Democrático de Direito (Brasil, 1988; Brasil, 1990). Essa doutrina impõe à família, à sociedade e ao Estado o dever jurídico de assegurar às crianças e aos adolescentes o respeito a todos os direitos fundamentais inerentes à sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento com o objetivo de superar o paradigma assistencialista e repressivo que existia anteriormente¹¹.

Na mesma linha, o art. 7º do ECA estabelece a obrigação estatal de formular e implementar políticas públicas que assegurem o desenvolvimento sadio e harmonioso da criança (Brasil, 1990). Tal comando normativo se articula diretamente com a compreensão de que a dignidade da criança não se satisfaz com práticas meramente assistenciais, mas exige o reconhecimento de sua condição de cidadã, com prioridade absoluta na formulação, destinação de recursos e execução das políticas públicas (Sêda, 2011). A ausência ou insuficiência de

¹¹ O princípio da condição peculiar de pessoa em desenvolvimento das crianças e adolescentes está previsto no art. 6º do ECA: Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento (Brasil, 1990).

serviços especializados, portanto, não configura simples falha administrativa, mas verdadeira violação ao status constitucional de cidadania da criança.

A dignidade da pessoa humana, enquanto fundamento da ordem constitucional, assume contornos específicos quando aplicada à infância. Conforme sustenta Sarlet (2001), a dignidade constitui valor e princípio fundamental que confere sentido e unidade ao catálogo de direitos fundamentais, de modo que a negação desses direitos implica, em última instância, a negação da própria dignidade. No caso das crianças, essa dignidade impede que sejam tratadas como “adultos em miniatura”, exigindo que as políticas públicas considerem sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento.

Em sua pesquisa, Thomasi (2017) conclui que as decisões que afetam crianças são prioritárias pois o futuro da sociedade depende desse grupo. Por essa razão, as medidas que visam a sua sobrevivência e desenvolvimento são preferenciais diante da formação da sua personalidade, talentos e habilidades, sendo necessário aprimoramento espiritual, moral, social e fisiológico (saúde e nutrição).

É nesse contexto que se insere o objeto do presente estudo, que se propõe a analisar se o Estado, aqui delimitado à atuação da municipalidade em Aracaju, vem cumprindo o seu dever constitucional de concretizar o direito à saúde na primeira infância à luz da dignidade da pessoa humana, entrelaçada com os princípios da proteção integral e da prioridade absoluta. Nessa perspectiva, o interesse da criança deve prevalecer sobre quaisquer outros, logo, é imperativo orientar a integralidade e a intersetorialidade como bases estruturantes das políticas públicas de saúde destinadas à primeira infância.

A prioridade absoluta, nesse cenário, assume papel central como critério jurídico vinculante para a formulação, destinação de recursos e execução das políticas públicas de saúde voltadas ao público infantil. A observância desses comandos normativos se revela como ponto primordial para a concretização dos direitos fundamentais das crianças. A implementação de políticas públicas para a primeira infância, diante disso, pode não constituir faculdade administrativa, mas dever constitucional, decorrente da aplicação prática dos preceitos fundamentais, tendo a dignidade da pessoa humana como valor estruturante indispensável (Sarlet, 2001).

A rede de proteção à infância deve se estruturar, ainda, a partir do princípio do melhor interesse da criança, segundo o qual todas as decisões que lhe digam respeito devem priorizar seu bem-estar e desenvolvimento integral. Podemos apontar que esse entendimento foi enfrentado pelo Supremo Tribunal Federal na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45, ao reconhecer que a cláusula da reserva do possível não pode ser invocada

para afastar a concretização do mínimo existencial, especialmente no que se refere aos direitos sociais, como saúde e educação (Brasil, 2004).

Podemos, assim, verificar que a dignidade da pessoa humana se manifesta, na primeira infância, não só como exigência de garantia da integridade física e psíquica da criança, considerada sua vulnerabilidade natural, mas se compreende da legislação e jurisprudência que amplia sua condição de sujeito de direitos. Diferentemente do adulto, cuja dignidade frequentemente se associa à autonomia, a dignidade da criança se concretiza por meio do acesso assegurado ao mínimo existencial ampliado, fundado nos direitos sociais, com especial relevo para o direito à saúde, nos termos do art. 227 da Constituição Federal e do art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

No plano internacional, a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Brasil em 1990, representa o mais abrangente instrumento jurídico global em matéria de infância. O documento estabelece parâmetros normativos de proteção que devem ser observados pelos Estados signatários, assegurando, entre outros aspectos, direito à sobrevivência, ao desenvolvimento pleno e à participação social (ONU, 2018)¹²¹³. A incorporação desse tratado ao ordenamento jurídico brasileiro fortalece a convergência entre normas constitucionais e compromissos internacionais.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lembra que a Convenção completou três décadas de vigência com avanços significativos, tal qual aponta desafios persistentes, como desigualdades regionais no acesso a políticas públicas e falhas na articulação entre sistemas de proteção. A análise do organismo internacional evidencia a necessidade de alinhar as políticas nacionais, como a PNIPI, aos compromissos assumidos internacionalmente, de modo a reduzir lacunas e potencializar resultados (UNICEF, 2019)¹⁴.

Mais recentemente, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) divulgou conclusões sobre o Brasil, identificando avanços em iniciativas normativas, porém, ressaltando falhas na implementação de políticas de combate à pobreza infantil, no acesso universal à saúde e na prevenção de violências. O relatório recomenda maior investimento e mecanismos de monitoramento em políticas de combate às desigualdades,

¹²A Organização das Nações Unidas (ONU) é uma organização internacional formada por países que se reuniram voluntariamente, em 1945, para trabalhar pela paz e o desenvolvimento mundiais (ONU, 2025).

¹³Criado pela Organização das Nações Unidas em 1946, o UNICEF promove os direitos e o bem-estar de crianças e adolescentes em mais de 190 países e territórios. Está presente no Brasil desde 1950 (ONU, 2025).

¹⁴O UNICEF recebeu da Assembleia Geral das Nações Unidas o mandato de fazer gestões pela proteção dos direitos das crianças, ajudando-as a satisfazer suas necessidades básicas e a expandir suas oportunidades de pleno desenvolvimento. Missão- O UNICEF promove os direitos e o bem-estar de crianças e adolescentes em tudo o que faz. Trabalha nos lugares mais difíceis, para alcançar as meninas e os meninos mais desfavorecidos do mundo (ONU, 2025).

reforçando que o país precisa avançar no cumprimento das obrigações assumidas internacionalmente (ACNUDH, 2025).

Em síntese, os normativos internacionais e nacionais apresentados indicam elevada preocupação dos organismos internacionais e do legislador nacional com os direitos das crianças e dos adolescentes. A previsão da absoluta prioridade na Constituição Federal, princípio ligado diretamente à dignidade da pessoa humana, foi um marco decisivo para o reconhecimento dos menores como sujeitos de direitos, e não apenas objeto de direitos, conforme definia a doutrina da situação irregular. O ECA trouxe à tona a doutrina da proteção integral, gerando uma série de compromissos e direitos a esse público, obrigando o governo, em todas as esferas de poder, a concretizar condições mínimas de desenvolvimento e qualidade de vida.

2.1 BIOÉTICA INFANTIL, ABSOLUTA PRIORIDADE: A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA NO BRASIL

Seguindo a base principiológica constitucional, se faz necessário alguns apontamentos sobre a bioética e a sua importância na concretização do direito à saúde, em especial na primeira infância, grupo que necessita de uma proteção conjunta entre família, sociedade e governo. Veremos que aliar princípios éticos e morais no contexto das ações governamentais não é apenas uma forma de melhorar as políticas públicas, mas sim uma necessidade protegida pelos princípios da dignidade da pessoa humana e da absoluta prioridade

Dentre os objetivos da bioética, destaca-se o de assegurar os avanços da engenharia genética por meio dos valores dos direitos humanos, assegurando o acesso aos procedimentos a toda humanidade. Assim, a bioética deve assegurar a ética deontológica, base para os direitos humanos (Lima Júnior, 2024). Essa afirmação, mesmo estando direcionada aos avanços da engenharia genética, pode ser transposta para qualquer assunto que envolva o direito à saúde, por este ser uma garantia basilar e inerente a todos os seres humanos.

Nessa perspectiva, Thomasi (2017) apresenta a importância da bioética no contexto da saúde, principalmente após a passagem da medicina natural para a medicina secularizada, que se tornou mais científica e tecnológica, trazendo a necessidade de se discutir seus avanços e limites, pois não existe ainda um consenso sobre as questões éticas envolvidas neste debate.

Desses avanços, surgiu o primeiro modelo de abordagem bioética. O mais utilizado atualmente é o princípalismo, de Beauchamp e Childress (Possamai; Batista, 2022).

No âmbito das discussões contemporâneas, Koerich; Machado; Costa (2004) apresentam que o termo bioética surgiu nas últimas duas décadas do século passado, motivado pelos avanços nas ciências biológicas e de problemas éticos derivados das descobertas e aplicações das novas tecnologias e sua intervenção sobre a vida e a natureza. Deve ser compreendida como estudo sistêmico de caráter multidisciplinar da conduta humana em áreas diversas, em especial na saúde, com enfoque em valores e princípios morais. Esse comportamento ético não deve ser limitado apenas no indivíduo, mas também na responsabilidade social e ampliação dos direitos da cidadania, uma vez que sem cidadania não há saúde.

Considerando os fundamentos teóricos, Thomasi (2017) indica três princípios básicos que constituem a bioética princípalista. O primeiro é a autonomia, definida como a capacidade do indivíduo de definir suas próprias normas no cuidado da saúde, protegendo e adequando o consentimento informado e até mesmo a recusa a determinados processos médicos. O segundo é a beneficência/não-maleficência, entendida como a obrigação de não infringir dano intencionalmente ao paciente. Outra característica desse princípio é a necessidade de contribuição para o bem-estar das pessoas. Por último temos a justiça, relacionada ao respeito às desigualdades no acesso à saúde, devendo sempre ser pautado quem terá primazia no atendimento e sob quais condições será realizado. Dessa prioridade surge a necessidade de balancear e conciliar os reais objetivos diante da escassez dos recursos.

Do ponto de vista internacional, Couvre; Alves; Caldas (2020) ressaltam que o *Belmont Report*, um relatório-síntese publicado apresentado pela Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos em Pesquisa Biomédica e Comportamental (Nacional Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research) dos Estados Unidos da América trouxe apenas esses três princípios. Entretanto, alguns autores subdividem o segundo princípio em dois: o da beneficência e o da não-maleficência, por razões didáticas. Assim, a articulação entre fundamentos teóricos e documentos internacionais evidencia a necessidade de compreender a bioética como eixo estruturante das práticas em saúde infantil.

Trazendo esses princípios para a bioética direcionada ao público infanto-juvenil, Thomasi; Varela (2018) afirmam que, a carência de autonomia da vontade dos menores de idade, impõe redefinições jurídicas quanto à vida, à privacidade, sua discriminação, proibição de tratamentos desumanos e degradantes impactando no seu direito à informação. Essa

necessidade é mais evidente quando envolve o uso de medicamentos pediátricos, pois a falta de comprovação científica adequada é responsável pela expressão “órfãos terapêuticos” e geram a comprovação de que os protocolos médicos envolvendo menores de idade são negligenciados, não havendo regulamento nacional específico exaustivo sobre o assunto. A razão jurídica para a falta de medicamentos reside na limitação da autonomia da vontade dos menores, quando os seus guardiões legais não autorizam sua participação em estudos clínicos, deixando de avaliar o seu melhor interesse.

A limitação da autonomia demonstra que há evidente necessidade de estudos, normativos e discussões que possibilitem os avanços clínicos para o público da primeira infância, alinhados com a bioética. Para evitar o que acontece na farmacologia, deve-se buscar a criação de uma rede de cuidados integrada voltada para o público de zero a seis anos, evitando que as crianças se tornem cobaias no sistema geral de saúde, sendo submetidas a tratamentos, equipamentos e profissionais não especializados e capacitados para as suas demandas essenciais.

Já o Princípio da Justiça é o mais impactado pela prioridade absoluta, uma vez que se a criança é o centro e a prioridade, a formulação e a execução das políticas públicas sociais deverão ser preferência nas decisões estatais, como perfaz o Art. 4º, parágrafo único, alínea 'c' do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ao estabelecer a preferência na formulação e execução de políticas sociais públicas. Campos; Costa (2022) apresentam que o princípio da justiça visa à equidade, fundamentando-se no equilíbrio das relações humanas. Busca oferecer a cada paciente aquilo que se apresenta como moralmente correto, adequado e eticamente devido.

No que diz respeito à beneficência, Vieira et al. (2020) defende que este não se limita apenas em fazer o bem, baseado em decisões médicas, mas sim no dever do estado e da família em garantir o “melhor interesse da criança”, que encontra respaldo no Art. 1º do ECA. A observância das condições sociais e afetivas da primeira infância no contexto da proteção integral, inclusive, é condição essencial para aplicar e concretizar o princípio da beneficência. Nesse sentido, os profissionais da saúde devem atuar em prol dos interesses do paciente, mesmo quando estes entrarem em conflito com os interesses dos médicos e/ou pessoais de ambos. Deve-se sempre buscar uma aliança terapêutica respeitosa e catalisadora na promoção à saúde do paciente.

De maneira geral, bioética tradicional parte, em regra, do indivíduo adulto, autônomo e plenamente capaz como sujeito de decisões morais. Todavia, essa matriz revela-se insuficiente quando aplicada à infância. A criança encontra-se em processo de constituição pessoal, com

autonomia progressiva e dependência estrutural de sua família, da sociedade e do Estado para garantir sua sobrevivência e seu desenvolvimento integral (Rezzónico, 2004).

Já a bioética infantil parte do reconhecimento de que a criança não pode ser concebida como mero instrumento de preparação para a vida adulta, mas como sujeito que vivencia um tempo presente dotado de valor próprio, com necessidades específicas que demandam tutela jurídica delineadas à luz das suas particularidades. Outro fator que corrobora com essa necessidade é a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, que, na visão de Silveira (2011) faz com que os interesses e direito das crianças e adolescentes se sobreponham a qualquer outro. Dessa forma, o melhor interesse desse grupo deve ser superior aos outros, a exemplo do lucro e da economicidade.

A partir dessa compreensão e buscando fundamento na ética kantiana, especialmente na noção do “reino dos fins”, temos a premissa que aquilo que possui preço admite substituição por equivalente, ao passo que aquilo que está acima de todo preço não admite equivalente, pois possui dignidade. A infância, enquanto etapa da existência humana, insere-se nessa segunda categoria, não podendo ser instrumentalizada por finalidades futuras, sob pena de violação à dignidade da pessoa humana (Kant, 2011; Sarlet, 2001). Outro ponto de destaque é que a razão deve analisar as ações humanas a partir da moral, posto que não é possível ter somente um conhecimento teórico e não prático sobre esse aspecto. Não é possível fazer conhecimentos morais de conteúdo, e sim construir uma ordem justa (Lima Júnior; Martins, 2021).

Assim, a bioética infantil não pode se limitar a reflexões abstratas sobre conflitos morais, mas projeta-se como um campo normativo e prático essencial para a concretização dos direitos da criança, em especial no âmbito do direito à saúde na primeira infância. A bioética infantil, nesse contexto, deixa de ser apenas um campo reflexivo e passa a desempenhar função normativa relevante, orientando a interpretação e a concretização dos direitos fundamentais sociais, em especial o direito à saúde. A bioética infantil, assim, apresenta princípios, conflitos e critérios decisórios próprios, que demandam uma abordagem diferenciada e sensível à condição de vulnerabilidade e desenvolvimento (Lozano Vicente, 2017).

Prossegue o autor indicando que a bioética infantil apresenta características próprias e irreduzíveis à bioética padrão, justamente porque a criança não pode ser reduzida nem a estágios ontogenéticos anteriores, nem a uma projeção do adulto futuro¹⁵. Essa condição exige critérios

¹⁵ Estágios ontogenéticos ou ontogênese refere-se à evolução humana, iniciada na concepção, seguida de transformações sequenciadas até a morte, de tal forma que cada estágio apresenta um determinado nível de maturidade (Moura et al., 2016)

decisórios específicos, capazes de articular proteção, desenvolvimento e respeito à autonomia progressiva, sempre orientados pelo interesse superior da criança. (Lozano Vicente, 2017)

A bioética infantil auxilia na definição de contorno ao princípio da prioridade absoluta, prevista no art. 227 da Constituição Federal e reiterada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, para que não se limite a um comando retórico. Essa afirmação corrobora com a primazia do atendimento do princípio da justiça, apresentado por Thomasi (2017). Ressalta-se que a prioridade absoluta é um princípio jurídico de eficácia plena, que impõe precedência na formulação de políticas públicas, na destinação de recursos e na organização dos serviços públicos, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁶.

A integralidade do cuidado, princípio estruturante do SUS (art. 198, II, da CF/88¹⁷), assume especial relevo na saúde da primeira infância, exigindo ações que considerem simultaneamente aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. A intersetorialidade, por sua vez, revela-se condição indispensável para a efetividade dessas políticas, demandando articulação entre saúde, assistência social, educação e outras áreas estratégicas (Brasil, 1988).

Nesse ponto, o Marco Legal da Primeira Infância e a Política Nacional Integrada para a Primeira Infância surgem como instrumento normativo de concretização desses princípios, ao propor ações coordenadas, baseadas em evidências científicas e orientadas pela prioridade absoluta, pela integralidade do cuidado e pela atuação em rede.

Os avanços da epigenética e a identificação de períodos sensíveis do desenvolvimento infantil reforçam a necessidade de políticas públicas precoces, integradas e baseadas em evidências¹⁸. Denburg (2015) sustenta que tais descobertas impõem uma reconfiguração da reflexão bioética, aproximando-a dos direitos humanos e das políticas de desenvolvimento da primeira infância.

Por essa razão, todos os direitos das crianças podem ser compreendidos como direitos sociais, cuja garantia depende essencialmente de escolhas políticas e institucionais. Como

¹⁶ A eficácia plena e aplicabilidade imediata do art. 227 da CRFB/88 foi reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal no HC 143.641/SP, impetrado em favor das mulheres presas preventivamente que ostentem condição de gestantes, ou de puérperas ou de mães de crianças de até 12 anos sob sua responsabilidade, bem como em nome das próprias crianças (Almeida; Barbosa; Ferraro; 2022).

¹⁷ CRFB/88 - Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

¹⁸ Segundo a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (2024), epigenética é uma área emergente de pesquisa científica que mostra como as influências ambientais (as experiências das crianças) realmente afetam os seus genes

aponta Graffigna (2005), a infância encontra-se em situação estrutural de desproteção, o que reforça o dever do Estado de atuar de forma proativa e prioritária. A bioética infantil, especialmente no contexto latino-americano, assume, portanto, função crítica e normativa, orientando a formulação e a avaliação das políticas públicas de saúde voltadas à primeira infância, em consonância com os princípios constitucionais e com o Marco Legal da Primeira Infância e legislação correlata.

Dessa forma, o Marco Legal da Primeira Infância (MLPI) e o Sistema Único de Saúde (SUS) configuram-se como instrumentos centrais de concretização da bioética constitucional aplicada à infância. O MLPI e os documentos que se seguem, estruturam-se a partir da lógica da integralidade, da intersetorialidade e da territorialização das ações, exigindo a organização de linhas de cuidado específicas para a primeira infância no âmbito do SUS.

As linhas de cuidado em saúde infantil devem ser compreendidas como arranjos organizativos que integram ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, considerando os determinantes sociais da saúde e as vulnerabilidades específicas da infância. A prioridade absoluta, nesse contexto, opera como verdadeiro critério constitucional de alocação orçamentária, exigindo do poder público escolhas públicas orientadas pela proteção integral da infância.

O que podemos inferir é que a bioética infantil, conforme os estudos analisados, se afasta do modelo bioético tradicional, que é centrado exclusivamente na autonomia individual adulta, incorporando critérios como o melhor interesse da criança, a proteção do desenvolvimento integral e a responsabilidade ampliada do Estado e da sociedade. Essa perspectiva reforça a necessidade de políticas públicas estruturadas, contínuas e avaliáveis, especialmente no campo da saúde. Ao reconhecer a dignidade da criança, a prioridade absoluta, a integralidade e a intersetorialidade como parâmetros jurídicos e bioéticos, estabelece-se o critério a partir do qual será examinada a atuação do município frente os normativos federais relacionado à primeira infância.

No capítulo empírico dedicado ao Município de Aracaju, investigar-se-á se as políticas públicas de saúde voltadas às crianças de zero a seis anos, no âmbito do SUS local, estão estruturadas de modo a concretizar os comandos constitucionais e as diretrizes do Marco Legal e do ECA. A análise incidirá, especialmente, sobre a existência de ações integradas, linhas de cuidado específicas e mecanismos institucionais capazes de assegurar a prioridade absoluta no atendimento às demandas da primeira infância. Também será feito um comparativo entre o Plano Municipal da Primeira Infância de Aracaju (PMPI/AJU) e a Política Nacional Integrada da Primeira Infância, ambas sancionadas em 2025, e verificar se há aderência entre elas.

A releitura dos princípios bioéticos sob a égide da prioridade absoluta exige o reconhecimento de que a criança não é somente um sujeito de direitos, mas uma pessoa com dignidade atual e soberana. Por isso, ao associarmos o princípio da justiça com o artigo 227 da Constituição Federal, percebe-se que a alocação de recursos em saúde infantil deixa de ser uma escolha discricionária do gestor para se tornar um dever ético-jurídico cogente (Brasil, 1988).

Ante o exposto, percebe-se que a bioética deve atuar na esfera pública, combatendo as injustiças estruturais que afetam a saúde e não se limitar a resolver dilemas éticos ocorridos em consultórios, onde não alcança a população infantil de um modo geral, por isso há a real necessidade de que haja a intervenção estatal ativa, conforme estabelece o Art. 227 da Constituição Federal de 1988. A proteção não deve ser vista como uma tutela paternalista, mas como um mecanismo de garantia da equidade, assegurando que o ponto de partida para o desenvolvimento humano não seja ditado pela carência econômica, mas pelo direito universal à saúde (Brasil, 1988).

Em resumo, a importância de se fundar a reflexão do estudo também sob os fundamentos da bioética, entrelaçada com a dignidade da pessoa humana, visa consolidar a proteção integral e a prioridade absoluta na concretização do direito à saúde na primeira infância. Compreende-se que a negligência na saúde infantil é uma violência ética que compromete, inclusive, a estrutura democrática. A saúde na infância, portanto, deve ser defendida como um direito fundamental, de eficácia plena, e que exige a ética em defesa dos vulneráveis. A delimitação dos contornos da rede de cuidado deve focar no momento presente e não somente na preocupação com o desenvolvimento da criança.

2.2 PRESSUPOSTOS DA ANÁLISE DO CONTEXTO DA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE INFANTIL

A construção do direito à saúde no Brasil, especialmente no tocante ao atendimento à criança, exige o reconhecimento das complexidades envolvidas na organização e efetividade da rede assistencial. O Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua instituição mediante a CRFB/88, estabeleceu diretrizes importantes para a universalização do acesso e integralidade do cuidado, todavia, ao longo das décadas, a consolidação de uma rede coerente e eficaz voltada

ao público infantil tem enfrentado barreiras estruturais, institucionais e normativas (Brasil, 2018a).

A necessidade de compreender o problema do acesso desigual e da fragmentação da assistência às crianças nas diferentes regiões brasileiras motivou a formulação de políticas específicas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Essa política delineou metas e estratégias para a atuação articulada de serviços de saúde voltados ao público infantil, fundamentando-se na integralidade e na coordenação do cuidado como eixos centrais para o funcionamento de uma rede assistencial efetiva (Brasil, 2015b).

Contudo, embora existam normativas robustas, sua efetivação encontra entraves relacionados à configuração dos modelos assistenciais em saúde predominantes. Conforme Fertonani *et al.* (2015), o modelo biomédico ainda predomina, com ênfase na medicalização e em ações pontuais, em detrimento de práticas integrativas e contínuas que priorizem a atenção básica como coordenadora do cuidado. Essa abordagem compromete a articulação entre os diversos níveis de atenção e enfraquece a rede assistencial como um todo, especialmente quando se trata de grupos mais vulneráveis, como as crianças.

Ao traçar um panorama dos principais marcos normativos e institucionais relacionados à assistência à saúde da criança entre 1990 e 2022, Pereira Lima *et al.* (2024) demonstram que o avanço normativo não foi suficiente para eliminar desigualdades no acesso aos serviços especializados, especialmente em áreas remotas e periferias urbanas. A ausência de mecanismos eficazes de governança e recursos orçamentários comprometem a capacidade da rede de assegurar um cuidado contínuo e resolutivo, revelando a necessidade urgente de rever os fluxos assistenciais e estabelecer indicadores claros para monitoramento e avaliação de políticas públicas.

Um aspecto central é a orientação da rede assistencial às demandas específicas da infância. Ressalta Damasceno *et al.* (2016), que o cuidado infantil precisa ser visto para além da perspectiva curativa, exigindo intervenções que englobem o desenvolvimento integral, a prevenção de agravos e a promoção de ambientes saudáveis. A ausência de integração ampla entre os serviços de saúde e outros setores, como educação e assistência social, agrava a vulnerabilidade de crianças em situação de risco, dificultando a operacionalização de um modelo de atenção integral conforme preconizado pelas normativas nacionais.

Essa deficiência se acentua quando diz respeito a crianças com necessidades especiais de saúde, cuja condição demanda cuidado contínuo e altamente especializado. Astolpho, Okido e Lima (2014) evidenciam que a ausência de protocolos específicos e a baixa capacitação dos profissionais para lidar com esse grupo comprometem a efetividade da rede. Além disso, Lima

et al. (2021) destaca a “desconstituição” da rede assistencial para esse público, resultado direto da fragmentação das ações e da falta de articulação entre os serviços especializados e a atenção básica.

No Distrito Federal, Souza, Vieira e Lima Júnior (2019) analisaram a implementação da rede de atenção integral à saúde da criança, observando que, embora haja diretrizes claras, as práticas locais ainda são marcadas por descontinuidade e ausência de mecanismos de acompanhamento adequados. Isso demonstra que, mesmo em contextos urbanos com maior infraestrutura, a consolidação da rede assistencial depende de investimento institucional, planejamento intersetorial e acompanhamento sistemático.

Diante desse cenário, o problema central a ser enfrentado no campo do direito à saúde infantil versa sobre a incapacidade do Estado de operacionalizar de forma eficiente a rede assistencial já prevista em seus instrumentos normativos. A ausência de equidade no acesso, baixa resolutividade dos serviços e a fragilidade da atenção básica como coordenadora do cuidado figuram como elementos estruturantes desse problema.

Trazemos o nosso recorte para a primeira infância, compreendida do período gestacional até os seis anos de idade e reconhecida como etapa decisiva para o desenvolvimento humano. Nessa fase, a dignidade da pessoa humana articula-se à saúde infantil não apenas como ausência de enfermidades, mas como resultado de uma construção intersetorial voltada ao desenvolvimento pleno.

Nas medidas estatais de proteção ao público infanto-juvenil, destacam-se a atuação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), instituído pela Lei nº 8.242/1991, como instância de formulação, deliberação e controle das políticas públicas destinadas à infância. Ao traduzir os princípios constitucionais e estatutários da proteção integral em resoluções normativas, o CONANDA contribui diretamente para a efetivação da dignidade da pessoa humana na primeira infância, especialmente no âmbito do direito à saúde, ao estabelecer parâmetros obrigatórios para a atuação estatal e para a organização dos serviços públicos destinados às crianças (Brasil, 1991).

A título de ilustração, lista-se a Resolução nº 41/1995 do CONANDA, que constitui marco normativo relevante ao afirmar os direitos da criança e do adolescente hospitalizados, assegurando atendimento integral, humanizado e prioritário nos serviços de saúde (CONANDA, 1995). De forma complementar, a Resolução nº 256/2024 estabelece diretrizes para a atenção intersetorial a crianças e adolescentes em situação de orfandade, com impactos diretos na organização dos cuidados em saúde e no acompanhamento psicossocial (CONANDA, 2024a) e a Resolução nº 258/2024, que dispõe sobre o atendimento de crianças

e adolescentes vítimas de violência, fixando parâmetros para o acolhimento e o atendimento em saúde de forma humanizada, célere e livre de revitimização (CONANDA, 2024b).

Essas deliberações evidenciam que a dignidade da pessoa humana, do público infanto-juvenil, é indissociável de um Estado comprometido com a efetivação concreta dos direitos fundamentais, em especial do direito à saúde, por meio de políticas públicas integradas, contínuas e orientadas à proteção integral do desenvolvimento biopsicossocial infantil (Brasil, 1988; Brasil, 1990; CONANDA, 1995; CONANDA, 2024a; CONANDA, 2024b).

No que tange especificamente ao direito à saúde, este foi consolidado como direito fundamental pela CRFB/88. Nesse sentido, o artigo 196 da Carta Magna afirma que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e deve ser garantido mediante acesso universal e igualitário na concretização dos serviços (Brasil, 1988). A partir desse marco constitucional, inúmeras normas, planos e programas foram aprovados para assegurar a atenção integral à primeira infância, fase que compreende a vida da criança de zero a seis anos de idade, conforme o definido no art. 2º, da lei nº 13.257/2016 (Brasil, 2016a)¹⁹.

Do ponto de vista normativo, fixamos nosso olhar para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC (Portaria nº 1.130/2015); para o Marco Legal da Primeira Infância – MLPI (Lei nº 13.257/2016); e para a Política Nacional Integrada da Primeira Infância – PNIPI (decreto nº 12.574/2025); Cronologicamente, iniciemos com a PNAISC, normativo que apresentou um rompimento com o pensamento que as crianças poderiam receber a mesma atenção de saúde destinada aos outros públicos (Brasil, 2015a)²⁰.

A PNAISC foi instituída em 2015 para orientar a organização do cuidado. Define “criança” como pessoa de zero a nove anos e “primeira infância” como pessoa de zero a cinco anos. A definição é ampliada pelo Marco Legal da Primeira Infância que traduz “primeira infância” como os seis primeiros anos de vida, e a necessidade de aumentar o limite etário da pediatria no Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo que adolescentes até 15 anos mantenham vínculo com os serviços pediátricos (Brasil, 2015a)²¹.

¹⁹A exemplo temos o Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016); a Lei nº 14.617/2023, que institui agosto como mês da primeira infância; a Política Nacional Integrada da Primeira Infância (Decreto nº 12.574/2025) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC (Portaria nº 1.130/2015).

²⁰PNAISC – Art. 2º. A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (Brasil, 2015a).

²¹PNAISC - Art. 3º. Para fins da PNAISC, considera-se: I - criança: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, de 0 (zero) a 120 (cento e vinte) meses; e II - primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) a 72 (setenta e dois) meses. Parágrafo único. Para fins de atendimento em

A Portaria tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança, mediante cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos, com atenção especial à primeira infância e às populações vulneráveis. Entre seus princípios destacam-se: direito à vida e à saúde; prioridade absoluta da criança; acesso universal; integralidade do cuidado; equidade; ambiente facilitador à vida; humanização da atenção; e gestão participativa. O princípio da integralidade determina que a atenção global da criança contemple ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidado, garantindo acesso a todos os níveis de atenção mediante integração dos serviços da rede de atenção à saúde coordenada pela atenção básica (Brasil, 2015b)²².

Define ainda que a atenção à saúde deve ser regionalizada e hierarquizada, com a atenção primária responsável por coordenar o cuidado e organizar a trajetória da criança na rede. O documento salienta a necessidade de linhas de cuidado, acompanhamento familiar e articulação com políticas sociais básicas, reconhecendo que a garantia do direito à saúde depende da integração das ações de saúde com outras políticas públicas. Em consonância com a CRFB/88, a PNAISC reforça que a concretização do direito à saúde demanda não apenas oferta de serviços, mas também políticas econômicas e sociais capazes de reduzir os determinantes sociais da saúde (Brasil, 2015a)²³.

Ao lado do Marco Legal da Primeira Infância, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), elaborada pelo Ministério da Saúde, detalham diretrizes técnicas para a proteção da saúde infantil em todos os níveis de atenção (Brasil, 2015a; Brasil, 2016a). Essa política inclui eixos estratégicos voltados à promoção do aleitamento materno, prevenção de violências e acompanhamento do desenvolvimento integral. Sua vinculação com os princípios constitucionais de universalidade e integralidade demonstra que os dispositivos

serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, ou seja, 192 (cento e noventa e dois) meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento (Brasil, 2015a).

²²PNAISC - Art. 4º A PNAISC é orientada pelos seguintes princípios: I - direito à vida e à saúde; II - prioridade absoluta da criança; III - acesso universal à saúde; IV - integralidade do cuidado; V - equidade em saúde; VI - ambiente facilitador à vida; VII - humanização da atenção; e VIII - gestão participativa e controle social (Brasil, 2015a).

²³PNAISC - Art. 5º. A PNAISC possui as seguintes diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças:

- I - gestão interfederativa das ações de saúde da criança;
- II - organização das ações e serviços na rede de atenção;
- III - promoção da saúde;
- IV - fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família;
- V - qualificação da força de trabalho do SUS;
- VI - planejamento e desenvolvimento de ações;
- VII - incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento;
- VIII - monitoramento e avaliação; e
- IX - intersetorialidade (Brasil, 2015a).

infraconstitucionais atuam como mecanismos operacionais dos direitos fundamentais, pretende garantir que os direitos previstos na CRFB/88 se concretizem em políticas públicas.

O Marco Legal da Primeira Infância (MLPI), Lei nº 13.257/2016, por sua vez, estabelece princípios e diretrizes para políticas públicas voltadas a primeira infância, reafirmando que os primeiros anos de vida representam uma janela de oportunidade única para o desenvolvimento neurológico, cognitivo, psicomotor e emocional. Esse diploma legal reconhece que o pleno atendimento dos direitos dos menores entre zero e seis anos é objetivo comum de todos os entes da federação, ao passo que, deve ser alcançado em regime de colaboração (Brasil, 2016a)²⁴.

O MLPI trouxe avanços importantes na proteção dos direitos das crianças brasileiras. O texto define que a política nacional para a primeira infância deve ser formulada e implementada mediante abordagem e coordenação intersetorial, articulando diversas políticas setoriais a partir de uma visão abrangente de todos os direitos da criança. O documento elenca áreas primordiais, dando especial enfoque na saúde. A preocupação com a higidez e as peculiaridades desse público é essencial, pois sem ela não é possível concretizar o direito à saúde e, conseqüentemente, todos os outros direitos restarão prejudicados (Brasil, 2016a).

Ao determinar que União, Estados, Distrito Federal e Municípios compartilham a responsabilidade pelo pleno atendimento aos direitos da criança, amarra a intersetorialidade das políticas públicas ao dever de desenvolver componentes de monitoramento e coleta sistemática de dados, com avaliação periódica e divulgação dos resultados. Além disso, reforça a necessidade de qualificação continuada dos profissionais que atuam nas políticas para a primeira infância e prevê a orientação a gestantes e famílias sobre maternidade responsável, aleitamento materno, alimentação saudável e prevenção de acidentes (Brasil, 2016a)²⁵.

²⁴Lei 13.257/2016 - Art. 3º. A prioridade absoluta em assegurar os direitos da criança, do adolescente e do jovem, nos termos do art. 227 da CRFB/88 e do art. 4º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, implica o dever do Estado de estabelecer políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância que atendam às especificidades dessa faixa etária, visando a garantir seu desenvolvimento integral. § 1º É instituída a Política Nacional de Atendimento Educacional Especializado a Crianças de Zero a Três Anos (Atenção Precoce), viabilizada por meio da criação e da articulação de serviços multiprofissionais e intersetoriais de atenção precoce destinados a potencializar o processo de desenvolvimento e aprendizagem das crianças de 0 (zero) a 3 (três) anos, em cooperação, preferencialmente, com os serviços de saúde e assistência social (Brasil, 2016).

²⁵ Assim, a gestão do conhecimento (em sentido amplo, de ter uma governança de dados) e o monitoramento adequado (em particular) são imprescindíveis, tanto para o diagnóstico do contexto social que será alvo da intervenção política e dos recursos disponíveis para a sua operacionalização, quanto para o acompanhamento constante de dados, informações e indicadores durante a execução da política, permitindo que o agente público tenha condições mais favoráveis para tomar decisões. Do contrário, gerir políticas públicas sem utilizar dados de monitoramento seria como dirigir um automóvel sem ler as placas ou sem saber quanta gasolina tem no tanque de combustível. Agindo às cegas, um gestor pode causar muitos prejuízos e frustrações à sociedade (Brasil, 2022).

A legislação aponta a importância dos serviços de acolhimento familiar como modalidade prioritária de atendimento a crianças menores de três anos, visando reduzir os efeitos da institucionalização. Em síntese, estabelece uma base normativa para a formulação de políticas integradas e intersetoriais voltadas ao desenvolvimento integral na primeira infância. Pode-se compreender que as leis são o primeiro impulso para garantir o desenvolvimento integral das crianças e, sendo assim, nesse caso, precisamos classificar objetivos e diretrizes que entendam a importância do pleno desenvolvimento nos primeiros anos de vida.

Por fim, a promulgação do decreto nº 12.574/2025, que instituiu a Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI), pretende consolidar o Marco Legal da Primeira Infância com caráter integrado voltada à infância, orientada por eixos estruturantes que contemplam saúde, educação, proteção social, convivência familiar e comunitária (Brasil, 2016a; Brasil, 2025a). A regulamentação reforça as diretrizes que articulam ações intersetoriais, com base nos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da prioridade absoluta da criança. O lançamento oficial da PNIPI simboliza um marco na gestão pública, pois promove uma abordagem sistêmica da infância e reforça compromissos com metas de longo prazo (Brasil, 2025a).

A participação da sociedade civil igualmente é elemento fundamental nesse processo. O movimento Todos Pela Educação (2024) produziu recomendações específicas para a Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI), enfatizando a importância de consolidar os fundamentos e eixos estruturantes da política, como a intersetorialidade, a avaliação periódica e o financiamento sustentável²⁶. Para os autores do sumário executivo, a PNIPI deve ser vista como oportunidade de alinhar diferentes instâncias governamentais e setores sociais em torno de um mesmo objetivo: garantir que todas as crianças tenham acesso a direitos fundamentais desde os primeiros anos de vida.

Dessa forma, observa-se que o quadro normativo brasileiro se articula em múltiplos níveis: princípios constitucionais, legislações infraconstitucionais, compromissos internacionais e políticas públicas específicas. A PNIPI surge como eixo de síntese parcial desse movimento, reunindo diretrizes de diferentes áreas e busca promover a integração entre políticas, ao passo que organismos internacionais e organizações da sociedade civil reforçam a necessidade de ajustes e alinhamentos constantes.

²⁶ A PNIPI foi publicada em agosto de 2025. Entretanto, as discussões sobre a elaboração do normativo tiveram início em junho de 2024, quando o Governo Federal publicou o Decreto 12.083/2024, estabelecendo as diretrizes para o documento e o seu Comitê Intersetorial (Brasil, 2024a; Brasil, 2025a).

A presente análise revela um movimento contínuo de fortalecimento da proteção à infância no Brasil. O país dispõe de um arcabouço robusto, mas a efetividade dessas normas depende de sua implementação prática, de mecanismos de monitoramento e de um esforço intersetorial consistente. A PNPI pode representar um marco de inovação ao propor eixos estruturantes integrados, enquanto a PNAISC traduz princípios constitucionais em ações concretas no campo da saúde infantil de maneira geral. Paralelamente, tratados internacionais e recomendações de organismos como UNICEF e o Comitê de Direitos da Criança da ONU reforçam que a infância deve permanecer como prioridade absoluta da agenda pública de todos os entes federados.

A síntese parcial desse cenário aponta que, embora os avanços normativos sejam evidentes, persistam lacunas que exijam alinhamento e fortalecimento institucional. As recomendações normativas indicam a necessidade de ampliar a intersetorialidade; assegurar financiamento estável; e aprimorar o monitoramento de resultados e fortalecer o diálogo entre marcos nacionais e compromissos internacionais. Apenas com a conjugação desses esforços será possível transformar os dispositivos jurídicos em realidade concreta, promovendo a proteção integral, especialmente na concretização do direito à saúde para promover o desenvolvimento pleno das crianças na primeira infância.

Inegável que muitas pessoas ainda acreditam que a primeira infância é uma fase de vida em que as crianças simplesmente brincam e se divertem, mas não entendem a importância e o que de fato é o pleno desenvolvimento saudável. Segundo matéria jornalística veiculada pelo Tribunal de Contas de Pernambuco (TCEPE), o Marco Legal da Primeira Infância é amplo e exige cooperação entre entes federativos e sociedade, a implementação prática desta iniciativa tem se revelado um processo desafiador. Um dos principais obstáculos reside na insuficiência de recursos, tanto no âmbito financeiro quanto humano, essenciais para a efetivação das diretrizes legalmente estabelecidas. (Pernambuco, 2025).

Adicionalmente, a natureza de grande parte das demandas impõe a necessidade de uma coordenação intersetorial complexa entre diversas esferas governamentais, o que frequentemente obstaculiza a concretização dos objetivos propostos. Outro desafio crítico manifesta-se na esfera da conscientização social, especificamente no que tange à relevância estratégica da primeira infância e à urgência de alocação de esforços e investimentos para assegurar o desenvolvimento integral da criança (Pernambuco, 2025).

O Texto para Discussão 2547 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), produzido por Fabiola Sulpino Vieira, discute os contornos do direito à saúde no Brasil, a judicialização e a necessidade de macrojustiça. Ressalta que o direito à saúde está consagrado

em normas internacionais e na CRFB/88, que determina que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada com descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Vieira, 2020).

A autora alerta que, apesar dos avanços, persistem desigualdades e iniquidades em saúde no país; evidências científicas demonstram que essas desigualdades permanecem mesmo após décadas de políticas de proteção social. Destaca que a efetivação do direito à saúde exige políticas intersetoriais que reduzam determinantes sociais, como alimentação, moradia, saneamento, educação e renda, pois apenas a oferta de serviços não é suficiente para assegurar o nível máximo de bem-estar físico, mental e social (Vieira, 2020)²⁷.

As políticas de saúde para a primeira infância no Brasil têm sido estruturadas a partir dos marcos normativos descritos e contam com programas federais, estaduais e municipais. O Programa Criança Feliz, por exemplo, é uma iniciativa do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social que complementa o PNAISC ao promover visitas domiciliares semanais a gestantes e crianças de até 36 meses. Por meio de equipes capacitadas, o programa orienta as famílias sobre cuidados, estimulação do desenvolvimento infantil e fortalecimento de vínculos afetivos, articulando-se com a rede de saúde, assistência social e educação (Aracaju, 2021a).

O programa faz parte da estratégia da Primeira Infância no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e reforça a importância do acompanhamento precoce para prevenir atrasos no desenvolvimento e promover a integralidade do cuidado. Embora o presente texto não tenha sido localizado em sua integralidade, o município, em seu site oficial, indicou sua aderência ao programa, o que é uma evidência relevante do interesse em integrar a rede de atenção básica com programas intersetoriais, inclusive nos eixos temáticos da saúde infantil e primeira infância, o que se entende como coerente com as diretrizes da PNAISC (Aracaju, 2021a)²⁸.

Outra estratégia é desempenhada por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007, que articula os ministérios da Saúde e da Educação para promover ações de prevenção e promoção da saúde em instituições de ensino. O PSE prioriza ações como avaliação de saúde ocular e auditiva, vacinação, educação alimentar, saúde bucal e prevenção da violência e do uso

²⁷Defende-se também que a ampliação do olhar do sistema de Justiça para o exercício da macrojustiça se faz necessária, a fim de que se exerçam controles sobre a formulação e a implementação de políticas públicas nesta área, assim como sobre políticas macroeconômicas, como forma de se conferir efetividade ao direito à saúde no país (Vieira, 2020).

²⁸O Programa Criança Feliz foi criado pelo governo federal, em outubro de 2016, e busca promover o desenvolvimento humano a partir de apoio e acompanhamento do desenvolvimento infantil integral na primeira infância. O PCF também oferece apoio à gestante e família na preparação para o nascimento de um novo membro familiar, colabora para o exercício da parentalidade, e fortalece vínculos afetivos e familiares (Aracaju, 2021a).

de drogas (Aracaju, 2024a)²⁹. A coordenação entre saúde e educação é recomendada pelo Marco Legal da Primeira Infância, que estabelece a educação infantil, a convivência familiar e comunitária como áreas prioritárias (Aracaju, 2024a)³⁰. Um dado de extrema relevância é que a prefeitura municipal noticiou que as escolas de educação infantil de Aracaju recebem equipes de saúde para monitorar o crescimento e desenvolvimento das crianças. Ao validar os indícios será possível torná-los evidências quanto à estratégia adotada pelo ente municipal.

As políticas públicas de atenção à primeira infância precisam ampliar sua atuação para o âmbito familiar. A PNAISC tem como objetivo que gestantes e famílias de crianças na primeira infância devam receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e educação sem castigos físicos. Essas ações são fundamentais para prevenir deficiências nutricionais e promover o desenvolvimento pleno da criança. Também merecem destaque o teste do pezinho [triagem neonatal], as vacinas do calendário básico e a caderneta de saúde da criança, instrumentos que permitem ao município acompanhar o crescimento e intervir precocemente em eventuais agravos (Brasil, 2015a).

Diante desse cenário de políticas nacionais intersetoriais e transversais, é importante analisar como o município incorporou diretrizes, estruturando projetos, programas e sua rede de assistência. Com população aproximada de 602.757 habitantes, Aracaju é a maior cidade de Sergipe e concentra os equipamentos de saúde do estado, como veremos posteriormente os que são geridos através do município (IBGE, 2022)³¹.

Em uma primeira análise, há indícios de que diretrizes têm sido incorporadas por meio de planos e programas locais, em sintonia com as políticas estaduais e nacionais. Até o presente momento, temos a sanção do Plano Municipal pela Primeira Infância de Aracaju (PMPI/AJU) em dezembro de 2025³². O PMPI/AJU começou a ser discutido em setembro de 2025 e foi

²⁹ Com o objetivo de garantir uma formação integral para os estudantes da rede municipal de ensino, a Prefeitura de Aracaju desenvolve, por meio das Secretarias Municipais da Saúde (SMS) e da Educação (Semed), o Programa Saúde na Escola (PSE). Trata-se de uma iniciativa que conta com ações de promoção, prevenção de doenças e atenção à saúde da comunidade escolar, baseadas em 13 eixos recomendados pelo Ministério da Saúde (MS) (Aracaju, 2024a).

³⁰ A Prefeitura de Aracaju, por meio das Secretarias Municipais da Saúde (SMS) e da Educação (Semed), ampliou a cobertura do Programa Saúde na Escola (PSE) para o biênio 2025-2026. Agora, 83% das escolas públicas da capital, entre estaduais e municipais, fazem parte da iniciativa, incluindo 100% da rede municipal de ensino. Com isso, 130 instituições serão beneficiadas, atendendo um total de 59.332 alunos (ARACAJU, 2025a).

³¹ Em 2022, a população era de 602.757 habitantes e a densidade demográfica era de 3.308,89 habitantes por quilômetro quadrado. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 1 e 1 de 75. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 36 e 36 de 5570 (IBGE, 2022).

³² O Projeto de Lei da Primeira Infância foi aprovado pela prefeita Emília Corrêa em 10 de dezembro de 2025. De autoria do Executivo municipal e coordenado pela Secretaria Municipal da Educação (Semed), com o apoio e envolvimento de diversas pastas, é um marco importante para o fortalecimento das políticas públicas voltadas às crianças de 0 a 6 anos na capital sergipana. A nova legislação organiza, amplia e integra ações intersetoriais nas áreas de saúde, educação, assistência social, cultura, segurança alimentar e direitos humanos, garantindo

enviado para aprovação na Câmara Municipal em outubro de 2025 (Aracaju, 2025c)³³. A administração municipal, ao elaborar o Plano Municipal pela Primeira Infância, buscou definir as ações em consonância com o Plano Estadual “Ser Criança” (Sergipe, 2023)³⁴.

O Projeto de Lei do Plano Municipal pela Primeira Infância de Aracaju (PMPI/AJU), apresentado à Câmara Municipal através da Mensagem nº 029/2025, de 13 de outubro de 2025³⁵, pretende definir diretrizes municipais para programas que orientem as crianças na primeira infância, abordando de forma prioritária os eixos como saúde, educação, assistência social, cultura e infraestrutura urbana. O projeto elenca ações de promoção do aleitamento materno, ampliação da cobertura vacinal, melhoria da triagem neonatal, incentivo ao brincar e implementação de espaços lúdicos, conforme preconiza o Marco Legal (Aracaju, 2025e)³⁶.

O PMPI/AJU apresenta a rede de assistência pública de saúde de Aracaju, que inclui uma maternidade, bem como, Hospital Dr. Nestor Piva (Zona Norte), Hospital Desembargador Fernando Franco (Zona Sul), que fazem a interface com a política da rede municipal de saúde, com 45 unidades básicas de saúde divididas em 08 regiões administrativas, além de desenvolver

mais proteção, oportunidades e desenvolvimento integral às crianças aracajuanas. A ferramenta segue as diretrizes preconizadas na Lei nº 2.520, de 25 de maio de 2018 (Marco Legal da Primeira Infância do Município de Aracaju), e aponta as direções para ampliar o acesso à educação, à saúde, à proteção social e ao direito de crescer em um ambiente seguro, saudável e acolhedor (Aracaju, 2025b).

³³ Nesta segunda-feira, 8 de setembro, a Prefeitura de Aracaju promoveu uma reunião para discutir o Plano Municipal da Primeira Infância (PMPI), que está na fase final de elaboração e foi apresentado ao secretário municipal de Governo, Itamar Bezerra. Com validade de dez anos, o documento define diretrizes para assegurar um ambiente saudável, seguro e acolhedor para crianças de até seis anos e suas famílias (Aracaju, 2025b).

³⁴ O programa Ser Criança leva em conta o período que vai da gestação até o sexto ano da criança, que é considerado fundamental para a formação da personalidade e das habilidades futuras de cada pessoa. Nesse sentido, dados de 2022 dão conta de que, em Sergipe, há cerca de 237 mil crianças entre zero e seis anos de idade. Deste modo, a iniciativa representa um compromisso ético, jurídico e político do Estado em assegurar que todas as crianças tenham a oportunidade de atingir seu pleno potencial, sobretudo àquelas em situação de pobreza e extrema pobreza. A política se estrutura de acordo com três eixos: gestar e nascer, brincar e crescer, e desenvolver e aprender. Neles, estão previstas ações como o incentivo ao aleitamento materno, a criação de espaços lúdicos nas cidades, o cuidado com a segurança alimentar e a atenção aos vínculos socioafetivos, entre outros. Para tanto, a Seasc contará com a parceria de outras secretarias e órgãos de governo, a fim de executar projetos em uma visão abrangente e coordenada. A implementação da política também incorpora ações já em execução, a exemplo de programas de transferência de TV renda. Nesse sentido, a ampliação do benefício ‘CMais Sergipe pela Infância’ é uma das medidas em vista. Tornando-se ‘CMais Cidadania – Ser Criança’, o benefício deverá contemplar famílias com crianças de até seis anos com deficiência, doenças raras ou Transtorno do Espectro Autista (TEA). Também faz parte da política o investimento na qualificação de trabalhadores e gestores públicos, na intenção de oportunizar o gradual acesso a creches e pré-escola. Nesse viés, o intento é garantir o tempo de aprendizagem como direito de todas as crianças no estado (Sergipe, 2023).

³⁵ O documento, protocolado na Câmara Municipal de Aracaju em 22 out. 2025, tem como objetivo transformar políticas públicas em ações que melhorem a qualidade de vida das crianças e de suas famílias. A ferramenta apresentada segue as diretrizes preconizadas na Lei nº 2.520, de 25 de maio de 2018 (Marco Legal da Primeira Infância do Município de Aracaju), e aponta as direções para ampliar o acesso à educação, à saúde, à proteção social e ao direito de crescer em um ambiente seguro, saudável e acolhedor (Aracaju, 2025e).

³⁶ O PMPI/AJU reúne eixos prioritários como saúde, alimentação e nutrição, educação infantil, convivência familiar e comunitária, assistência social, cultura, direito ao brincar e ao lazer, proteção contra violência, prevenção de acidentes e medidas para evitar a exposição precoce à comunicação mercadológica e ao consumismo (Aracaju, 2025e).

os Programas de Saúde na Escola e Programa Criança Feliz. No atendimento especializado, conta com um Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR), Centro de Especialidade Odontológica (CEO). Centro de Especialidades Médicas da Criança e do Adolescente – CEMCA. (Aracaju, 2025e)

Ademais, Aracaju também integra iniciativas de apoio à parentalidade, como rodas de conversa e cursos sobre cuidados com o bebê, alimentação saudável e prevenção de acidentes domésticos. Programas intersetoriais com a Secretaria Municipal de Assistência Social buscam ampliar o acesso de famílias vulneráveis ao CadÚnico e a benefícios como o Bolsa Família. A proteção social desempenha papel crucial para reduzir determinantes sociais da saúde e garantir que crianças tenham acesso à moradia, saneamento básico e alimentação adequada. A cidade de Aracaju também investe na melhoria dos espaços públicos, criando parques e praças adaptados às crianças, em sintonia com a diretriz do Marco Legal que recomenda estimular ambientes lúdicos seguros (Aracaju, 2025e)³⁷.

No que tange aos temas equidade e integralidade, a rede pode ser comprometida pela insuficiência de profissionais especializados, a exemplo dos pediatras, cuja especialidade visa justamente a dedicação à assistência biopsicossocial do ser humano do período do nascimento até à adolescência; como também, em virtude da demora em acessar serviços de diagnósticos, sobretudo àqueles específicos para a primeira infância, prejudicando, desse modo, a continuidade do cuidado integrado. A articulação intersetorial enfrenta obstáculos administrativos e orçamentários. Embora o Marco Legal determine que a política seja monitorada com coleta de dados e avaliação sistemática, muitos municípios apresentam fragilidades nos sistemas de informação, integração de bases de dados e transparência ativa. (Brasil, 2022a)³⁸.

A concretização das políticas públicas de saúde voltadas à primeira infância depende de fatores estruturais, financeiros e culturais. Vieira (2020) destaca que o direito à saúde não se concretiza apenas com a existência de serviços, entretanto, requer políticas intersetoriais capazes de reduzir o risco de adoecimento. Infelizmente, persistem grandes desigualdades e

³⁷ A Secretaria Municipal da Educação (Semed) deu início nesta quinta-feira, 7, ao Programa Papai Tá Aqui nas escolas. As ações iniciaram no bairro Japãozinho, na Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF) Olavo Bilac. O Programa é uma iniciativa conjunta entre os governos Federal e Estadual, com participação também da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e Secretaria da Família e Assistência Social (Semfas). Iniciativa visa à promoção da paternidade ativa e responsável, com o objetivo de fortalecer os vínculos afetivos entre pais e filhos desde os primeiros anos de vida (ARACAJU, 2025e).

³⁸ Cabe dizer que a importância percebida do monitoramento também reflete o entendimento de que o espaço para tentativa e erro no âmbito das políticas públicas deve ser cada vez mais reduzido. O erro displicente, que é cometido pelo desdém no trato da coisa pública, é muito danoso à sociedade, pois a penaliza duplamente, pelo investimento que ela faz com recursos para ver problemas solucionados e pela perpetuação desses problemas, que poderiam ter sido mitigados por uma boa gestão, mas não foram. Monitoramento em foco (Brasil, 2022a).

iniquidades em saúde no Brasil, mesmo após mais de três décadas de políticas de proteção social.

A desigualdade socioeconômica em Aracaju, é refletida no acesso aos serviços de saúde: bairros periféricos enfrentam limitações de transporte, escassez de unidades de saúde e insegurança alimentar. Essas desigualdades reforçam a necessidade de alocação equitativa de recursos e de mecanismos que priorizem populações vulneráveis. A PNAISC aponta a equidade em saúde como princípio fundamental, indicando que recursos devem ser alocados de acordo com as necessidades e vulnerabilidades. Sem financiamento adequado, programas como Criança Feliz ou o plano municipal para primeira infância tendem a se restringir a ações pontuais, limitando o impacto sobre indicadores de mortalidade infantil, desnutrição e desenvolvimento cognitivo.

Outra implicação refere-se à coordenação intersetorial. O Marco Legal da Primeira Infância determina que a política seja implementada mediante coordenação de diversos atores, porém, na prática, a integração entre saúde, educação e assistência social enfrenta barreiras como burocracia, falta de comunicação entre secretarias e disputas orçamentárias. A ausência de um comitê gestor ativo ou de instrumentos de governança compartilhada dificulta a implementação de ações conjuntas (Brasil, 2022a)³⁹. A PNAISC valoriza a participação social e a gestão participativa como princípios; sem isso, as políticas podem não refletir as necessidades reais das comunidades, o que reduz sua efetividade.

A formação, capacitação de profissionais de saúde e de programas sociais são outro desafio. O Marco Legal prevê que profissionais tenham acesso garantido à qualificação, contemplando a intersetorialidade e a prevenção da violência. No entanto, a rotatividade de servidores e a falta de capacitação específica dificultam a aplicação de metodologias de visita domiciliar e de desenvolvimento infantil. A qualificação profissional é fundamental para reconhecer sinais precoces de atraso no desenvolvimento, orientar as famílias e articular o encaminhamento oportuno na rede.

As políticas públicas de saúde para a primeira infância em Aracaju precisam estar apoiadas no arcabouço normativo nacional, que inclui o Marco Legal da Primeira Infância e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Esses instrumentos definem a importância dos primeiros anos de vida, estipulam áreas prioritárias, indicam a necessidade de

³⁹O principal destinatário do monitoramento é o cidadão – primeiro interessado em saber como estão sendo geridos os recursos empregados nas políticas públicas – para que ele possa acompanhar e cobrar dos gestores os resultados esperados e, assim, a exercer a cidadania. Monitoramento em foco (Brasil, 2022a).

coordenação intersetorial e estabelecem princípios como universalidade, integralidade e equidade.

Entretanto, a concretização do direito à saúde na primeira infância ainda demanda a superação de grandes desafios. Desigualdades territoriais e socioeconômicas comprometem o acesso homogêneo aos serviços; a alocação de recursos precisa considerar critérios de vulnerabilidade para garantir equidade. A integração entre secretarias e a participação social são essenciais para a coordenação sistêmica, mas exigem mecanismos de governança e monitoramento estabelecidos pelo Marco Legal. A qualificação constante das equipes e o fortalecimento da atenção básica como coordenadora da rede são condições indispensáveis para assegurar o cuidado contínuo, pois são esses profissionais que, na prática, terão o maior contato com as crianças.

O desenvolvimento teórico acerca da dignidade da pessoa humana, do princípio da prioridade absoluta e da doutrina da proteção integral constituem o eixo normativo estruturante de toda a presente pesquisa, projetando efeitos diretos sobre a análise das políticas públicas de saúde destinadas à primeira infância em Aracaju. Com base nesses princípios será possível verificar se o aparato público existente na municipalidade é suficiente para fornecer condições mínimas e adequadas de acesso à saúde ao público destacado, respeitando as suas peculiaridades e necessidade de acompanhamento interdisciplinar.

Salienta-se que Aracaju tem indicado a implementação de políticas de saúde para a primeira infância, contudo, precisa consolidar sistemas de monitoramento e ampliar a cooperação intersetorial para que essas iniciativas se traduzam em melhoria efetiva da saúde e do desenvolvimento das crianças. A realização plena do direito à saúde infantil exige compromisso político, financiamento adequado e participação ativa da sociedade civil, garantindo que cada criança tenha acesso a cuidados de qualidade e oportunidades de desenvolvimento integral.

Assim, o objetivo geral de uma investigação acerca do tema, deve ser analisar a concretização do direito à saúde sob a perspectiva do Marco Legal da Primeira Infância. No contexto de Aracaju, esse objetivo faz-se ainda mais relevante diante das desigualdades territoriais, da concentração de serviços especializados, da transparência pública limitada e dos desafios para a concretização da rede assistencial voltada à primeira infância.

2.3 A IMPORTÂNCIA DO FLUXO DA CAPACIDADE INSTALADA NO MAPEAMENTO NO ATENDIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A organização e o funcionamento eficiente dos serviços de saúde dependem, fundamentalmente, do entendimento e gerenciamento da capacidade instalada e dos fluxos de atendimento. Esses elementos são centrais na garantia de acesso equitativo, contínuo e resolutivo às ações de saúde, especialmente em contextos onde a demanda supera os recursos disponíveis. Compreender a lógica estrutural dos serviços, seus recursos físicos e humanos, bem como os percursos dos usuários dentro da rede de atenção, revelam-se essenciais para gestores, profissionais e formuladores de políticas públicas. Assim, o mapeamento adequado dessas variáveis constitui instrumento estratégico para a melhoria da assistência e para o fortalecimento do sistema de saúde como um todo.

O mapeamento da capacidade instalada refere-se ao levantamento detalhado dos recursos físicos e funcionais disponíveis em uma unidade ou rede de saúde, como número de leitos, equipamentos médicos, recursos humanos, e serviços especializados. Conforme Bochi et al. (2024), a análise precisa do fluxo de pacientes nos serviços, como os de hemodinâmica, permite identificar gargalos operacionais e propor intervenções que otimizem a prestação do cuidado, garantindo maior fluidez e menor tempo de espera para os usuários.

A abordagem metodológica para esse tipo de análise pode ser realizada por meio do mapeamento de processos, como propõe Oliveira (2020), ao destacar a importância de identificar cada etapa do atendimento e os responsáveis por sua execução. Segundo a autora, tal procedimento não apenas favorece a melhoria da qualidade dos serviços, como também serve de base para decisões estratégicas de alocação de recursos e reorganização de fluxos internos.

Reforça essa perspectiva, Andreosi (2018), ao aplicar o Mapeamento de Fluxo de Valor (MFV) no contexto hospitalar, ressaltando que a visualização clara dos fluxos permite identificar atividades que não agregam valor e propondo ações de melhoria contínua. Essa prática se mostra ainda mais relevante em ambientes com limitações de recursos, onde a eficiência operacional transforma-se em condição imprescindível para garantir o acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde.

A importância da regulação do acesso e da ocupação racional da capacidade instalada também é evidenciada no Manual desenvolvido pelo Núcleo Interno de Regulação (NRI), conhecido como Manual NRI (COSEMSSP, 2021), que propõe estratégias de gestão centradas

na equidade do uso dos serviços, priorizando os casos mais graves e os pacientes que realmente necessitam dos recursos especializados disponíveis. Nesse sentido, a regulação atua como um mecanismo de organização da oferta, pautando-se por critérios clínicos e epidemiológicos.

Em âmbito estadual, a nível exemplificativo, a Secretaria da Saúde do Ceará enfatiza o uso de ferramentas como o mapa de fluxo de atendimento e o ciclo de tempo como mecanismos para melhorar a eficiência das redes assistenciais. Essa lógica de gestão baseada em processos visa garantir que o usuário percorra o menor número possível de etapas até o atendimento resolutivo, com o mínimo de barreiras de acesso e tempo ocioso no sistema (Ceará, 2024).

Na perspectiva territorial, Oliveira, Carvalho e Travassos (2004) apontam que a análise dos fluxos de atendimento deve considerar as dinâmicas regionais e a organização das redes de atenção. Os autores destacam a importância de observar não apenas a existência de serviços em determinado local, mas também como os usuários se deslocam para acessá-los, o que revela desigualdades na distribuição dos recursos e nos padrões de utilização dos serviços de saúde.

O mapeamento da capacidade instalada e dos fluxos de atendimento representa uma ferramenta essencial na gestão de sistemas de saúde. Ao fornecer uma visão ampla e integrada das estruturas disponíveis e do percurso dos usuários dentro da rede, esse processo permite ações estratégicas mais assertivas e direcionadas.

As obras analisadas demonstram que a aplicação de metodologias baseadas em diagnóstico, planejamento, processos, regulação, territorialização e modelagem matemática contribuem significativamente para a melhoria do desempenho dos serviços, consequentemente, para a promoção de um cuidado mais equânime, eficiente e humano. Assim, compreender e aplicar essas abordagens é fundamental para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil, bem como nos Estados e Municípios.

Já o mapeamento da capacidade instalada consiste em identificar os equipamentos, processos interligados, insumos e quantitativo de profissionais especializados dentro de uma rede de atendimento. Com essa análise é possível compreender e otimizar a estrutura da rede. Entretanto, mesmo quando esses recursos existem, persistem gargalos de acesso, cobertura e articulação que limitam a concretização da assistência especializada, intersetorial e transversal.

O direito à saúde no Brasil, embora garantido constitucionalmente, enfrenta barreiras persistentes no que se refere à efetiva implementação de uma rede assistencial articulada e capaz de responder às demandas da população. Entre os principais entraves estão a dificuldade de acesso aos serviços prestados, a insuficiência de cobertura e as dificuldades de articulação intrarede, que comprometem a integralidade e a equidade do cuidado em diferentes contextos

sociais. A compreensão desses obstáculos exige uma análise que vá além das normativas e alcance as práticas concretas nos territórios, considerando a diversidade regional e as desigualdades sociais que afetam diretamente as crianças, em especial na primeira infância.

Ao tratar especificamente da população infantil com necessidades especializadas de saúde, Neves *et al.* (2019) evidenciam que os obstáculos de acessibilidade estão relacionados tanto à carência de serviços especializados próximos às residências quanto à falta de profissionais capacitados para lidar com condições complexas. Essa realidade reforça a percepção de que, embora a atenção primária deva assumir papel coordenador, sua limitada resolutividade fragiliza a continuidade do cuidado e expõe as famílias a percursos assistenciais extremamente fragmentados.

Nesse sentido, Almeida *et al.* (2024) analisa o desafio da transição entre atenção primária e especializada, destacando que a falta de fluxos organizados e de mecanismos eficazes de comunicação entre serviços compromete a integralidade da assistência. Os autores ressaltam que a ausência de coordenação entre diferentes pontos da rede gera duplicidades, descontinuidade e, sobretudo, prolonga o tempo de espera para atendimento, ampliando desigualdades no acesso ao SUS.

Outro aspecto relevante diz respeito à cobertura da rede de serviços. Chaves, Andrade e Santos (2024) demonstram que a expansão da atenção básica, ainda que significativa, não foi acompanhada por igual fortalecimento da rede hospitalar, criando um descompasso que limita a efetividade da assistência. A análise mostra que, em diversas regiões, há sobrecarga de unidades hospitalares, enquanto os serviços de atenção básica permanecem fragilizados em sua capacidade de resolução o que caracteriza um gargalo estrutural da rede.

Ao avaliar a qualidade da atenção voltada a crianças menores de dois anos, Brum *et al.* (2023) identificaram lacunas importantes, especialmente no que diz respeito ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Segundo os autores, embora programas de melhoria do acesso tenham ampliado a cobertura em algumas localidades, persistem falhas na execução e monitoramento das ações, revelando que o acesso quantitativo não garante, necessariamente, qualidade no cuidado prestado, caso não seja especializado para as demandas infantis.

Importante destacar a relação entre o setor público e a saúde suplementar. Amaral e Gondinho (2025) apontam que a coexistência entre os dois sistemas gera tanto complementaridade quanto tensões, sobretudo no que tange à duplicação de coberturas e ao esvaziamento da rede pública em áreas onde a rede privada assume o protagonismo. Esse cenário fragiliza a universalidade do SUS e amplia os gargalos de acesso para populações que

não dispõem de recursos para recorrer ao setor privado. Novamente retomamos a necessidade do monitoramento, para que as demandas e recursos possam ser avaliados de forma dinâmica, o que permitirá obter eficácia e eficiência (Brasil, 2022)⁴⁰.

Para além da dimensão setorial, a articulação intrarede exige diálogo com políticas sociais mais amplas. Avelar e Malfitano (2020) destacam que a atenção pública voltada às crianças e adolescentes demanda articulação entre saúde, educação e assistência social, sob pena de manter uma rede fragmentada e incapaz de responder de forma integral às necessidades por elas apresentadas. A ausência de integração intersetorial, portanto, aparece como um dos maiores gargalos e desafios, evidenciando que o problema não se restringe à saúde, mas ao modelo de governança das políticas sociais no país.

No âmbito da atenção materna, Santos *et al.* (2022) demonstram que persistem dificuldades estruturais na rede de assistência, como a concentração de serviços de média e alta complexidade em grandes centros urbanos e a insuficiente cobertura em áreas periféricas e rurais. Esses desequilíbrios geográficos dificultam a articulação da rede e produzem trajetórias de cuidado marcadas por deslocamentos longos e custos adicionais às famílias, comprometendo a equidade do sistema.

Diante do conjunto de evidências, é possível observar que os gargalos de acesso, cobertura e articulação intrarede não se explicam por um único fator, e sim em face da combinação de desafios estruturais, normativos e operacionais. Enquanto a acessibilidade permanece restrita por limitações físicas, geográficas e profissionais, a cobertura enfrenta assimetrias regionais e dificuldades de financiamento. Por sua vez, a articulação intersetorial carece de mecanismos eficazes de coordenação entre diferentes níveis de atenção e setores sociais, o que compromete a integralidade do cuidado especializado ao público infantil.

Em síntese, superar esses obstáculos requer esforço cooperativo que envolva investimento contínuo, capacitação profissional, fortalecimento da atenção básica como ordenadora do sistema e aprimoramento das estratégias de governança intersetorial. Apenas a partir de tais medidas será possível consolidar uma rede assistencial efetivamente articulada, equitativa e capaz de atender de forma integral às demandas das crianças na primeira infância.

Em arremate, os gargalos de acesso, a insuficiência de cobertura e a fragmentação entre os setores e atores responsáveis pelo planejamento, monitoramento e controle, constituem

⁴⁰Sobre este assunto é importante ressaltar que, embora o processo de monitoramento seja dinâmico e adaptável aos diferentes contextos, é importante garantir, ao longo do tempo, o acompanhamento periódico dos programas por meio de indicadores estáveis (ou seja, cujas variáveis e fórmulas de cálculo são as mais estáticas possíveis), sob pena de perder a evolução e a comparabilidade dos resultados alcançados. Foco no monitoramento (Brasil, 2022a).

desafios estruturais que precisam ser superados para a consolidação do direito à saúde na primeira infância, o que evidencia a necessidade de estratégias intersetoriais, mecanismos de planejamento, transparência ativa e monitoramento local.

3 CONFORMIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA

O objetivo desse capítulo é verificar a aderência dos normativos municipais, com foco no direito à saúde na primeira infância, com as recomendações do Marco Legal da Primeira Infância, aliada à Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI). Para isso, será feito um apanhado dos principais normativos federais e municipais que versam sobre o tema e dos Planos Municipais de Saúde criados após a vigência do Marco Legal. Por fim, será dado destaque ao Plano Municipal da Primeira Infância de Aracaju (PMPI/AJU), documento mais recente e completo de ações destinadas ao público de zero a seis anos de idade.

O Marco Legal da Primeira Infância trouxe importantes avanços na proteção aos direitos das crianças brasileiras de até seis anos de idade, estabelecendo princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas voltadas ao público dessa faixa etária. Reconheceu também que os primeiros mil dias de vida configuram uma janela de oportunidade singular para o desenvolvimento neurológico, cognitivo, psicomotor e emocional do indivíduo. O pleno atendimento dos direitos da criança na primeira infância constitui objetivo comum de todos os entes da Federação, segundo as respectivas competências constitucionais e legais, a ser alcançado em regime de colaboração entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios (Brasil, 2016a; Brasil, 2022b).

Através da articulação entre órgãos, busca superar a segmentação das ações, incentivando a efetivação das políticas e estratégias intersetoriais. Estabelece também princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância, em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano. As áreas prioritárias para as políticas públicas abrangem a saúde, a alimentação e a nutrição, a educação infantil, a convivência familiar e comunitária, a assistência social à família da criança, a cultura, o brincar e o lazer, o espaço e o meio ambiente, bem como a proteção contra toda forma de violência e de pressão consumista, a prevenção de acidentes e a adoção de medidas que evitem a exposição precoce à comunicação mercadológica (Brasil, 2016a; Brasil, 2022b).

Por sua vez, a Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI), instituída pelo decreto nº 12.574/2025, representa uma retomada para a consolidação do arcabouço normativo e programático voltado ao desenvolvimento integral da criança de 0 a 6 anos no Brasil, além de

ser uma obrigação prevista no art. 6º do Marco Legal⁴¹. Tem como principal fomentar a integração de políticas públicas nas esferas federal, estadual e municipal, com base em princípios de intersectorialidade, territorialidade e enfoque nos direitos da criança. O normativo reforça as recomendações do Marco Legal, quase uma década após a sua previsão, reafirmando a necessidade e obrigatoriedade de ações que atendam a esse público prioritário (Brasil, 2016a; Brasil, 2025a).

No entanto, a efetividade dessa Política depende, sobretudo, da sua adesão e incorporação nos contextos locais, exigindo dos municípios a adequação de suas estratégias e a implementação de ações alinhadas aos fundamentos do Marco Legal e aos eixos estruturantes da PNPI. Nesse estudo, o foco será para o eixo III e IV da PNPI⁴². Ressalta-se, mais uma vez, que a avaliação da aderência das políticas locais a esses instrumentos nacionais é fundamental para mensurar seu alcance e orientar melhorias (Brasil, 2025a).

No caso do município de Aracaju, esta pesquisa analisará a aderência dos normativos locais e dos Planos Municipais de Saúde (2018-2025) ao Marco Legal a partir de dados oficiais disponíveis nos sistemas de informações públicas da prefeitura e dados públicos divulgados pelas Secretarias. Será realizada busca ativa de dados sobre programas implementados e em andamento ou em processo de construção, além do alinhamento do PMPI/AJU aos eixos estruturantes da PNPI.

O plano de ação instituído pelo Ministério da Educação reforça que a PNPI deve ser compreendida como um guia de referência para as administrações locais, sendo recomendável a elaboração ou atualização dos Planos Municipais pela Primeira Infância (PMPI) com base em seus princípios orientadores (Brasil, 2025b). Além disso, o documento estabelece mecanismos de governança e monitoramento que favorecem a avaliação da conformidade das políticas municipais com os padrões nacionais, propondo a articulação de diferentes órgãos e instâncias de controle social.

Nesse contexto, o Guia de Monitoramento de Políticas Públicas pela Primeira Infância, produzido por Rede Nossa São Paulo em parceria com a Fundação Bernard Van Leer, oferece um modelo de parâmetros técnicos para a avaliação das políticas locais, enfatiza a importância

⁴¹ Lei nº 13.257/2016 - Art. 6º: A Política Nacional Integrada para a primeira infância será formulada e implementada mediante abordagem e coordenação intersectorial que articule as diversas políticas setoriais a partir de uma visão abrangente de todos os direitos da criança na primeira infância (Brasil, 2016).

⁴² O §3º do art. 1º do Decreto 12.574/2025, define que a PNPI será coordenada pelo Ministério da Educação. O art. 4º, por sua vez, apresenta os Eixos Estruturantes, sendo objeto de estudo da presente pesquisa os Eixos III, viver com saúde - garantia ao cuidado integral à saúde, sob a coordenação do Ministério da Saúde; e o Eixo IV, viver com dignidade - garantia ao cuidado, à proteção e à assistência social, sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (Brasil, 2025a).

da coleta de dados, da análise de indicadores de resultado e do acompanhamento contínuo das ações implementadas (Rede Nossa São Paulo, 2020). A publicação é interativa e visa disseminar conceitos, indicadores e estratégias para auxiliar os municípios.

De forma complementar, o relatório do Todos pela Educação (2024) reforça que, embora a PNPI tenha sido construída de maneira intersetorial e com ampla participação da sociedade civil, sua efetividade depende de uma adesão ativa dos governos locais. O documento recomenda a adoção de mecanismos de financiamento específicos, a capacitação de gestores públicos e a criação de estruturas técnicas de monitoramento.

Ao tratar da avaliação da aderência, destaca-se a necessidade de articulação entre o Marco Legal, a PNPI e o Plano Plurianual (PPA) dos municípios, a fim de assegurar que as diretrizes da política nacional sejam internalizadas nas peças orçamentárias e programáticas locais. Por questões cronológicas, o único normativo municipal que será analisado à luz da PNPI e do Marco Legal é o Plano Municipal da Primeira Infância de Aracaju (PMPI/AJU), pois todos os outros que versam sobre o tema foram publicados antes de 2025. Os demais serão avaliados apenas sob a ótica do Marco Legal datado de 2016.

Como exemplo de estudo semelhante, temos o trabalho desenvolvido por Freitas, Cardoso e Tavares (2023) sobre a elaboração do Plano Municipal pela Primeira Infância em São Gonçalo (RJ), revelando avanços significativos na incorporação dos princípios do Marco Legal da Primeira Infância ao planejamento local. Nessa pesquisa, avaliaram que o processo deve ser conduzido com participação popular e apoio técnico, buscando garantir alinhamento entre as demandas sociais e a sua adequação aos eixos estruturantes trazidos pela PNPI. Além disso, os autores apontam desafios na continuidade administrativa e na limitação de recursos financeiros, que dificultam a implementação plena das ações previstas.

Os autores, reafirmam nosso posicionamento quanto ao papel dos municípios no quesito de construir um olhar local, trazendo como objetivo do Plano Municipal pela Primeira Infância identificar demandas regionais relativas ao público alvo, permitindo construir programas e políticas públicas interdisciplinares e intersetoriais, concluindo que as mesmas assegurem a destinação privilegiada de recursos nas áreas relacionadas à proteção à infância, conforme prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Marco Legal da Primeira Infância (Freitas; Cardoso; Tavares, 2023).

A plataforma Primeira Infância Primeiro, desenvolvida pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), disponibiliza indicadores específicos para os municípios brasileiros, permitindo a análise comparativa e o monitoramento contínuo da situação da primeira infância em nível local. Os dados constituem uma importante ferramenta para a avaliação da aderência

às diretrizes do Marco Legal, uma vez que permitem verificar a cobertura de políticas de saúde, educação, assistência social e proteção, conforme previsto no plano nacional (FMCSV, 2024).

A atenção à primeira infância deve ser prioridade nas políticas públicas brasileiras. O período, que vai dos 0 aos 6 anos de idade, é crucial não apenas para o desenvolvimento individual das crianças, mas para o crescimento do País e a redução da desigualdade social, como apontam diversos estudos. Por outro lado, o Brasil vive uma escassez de dados públicos acessíveis e uma distribuição fragmentada das fontes de informação, o que dificulta sua consulta (FMCSV, 2024).

Neste contexto, o projeto Primeira Infância Primeiro (PIP) se apresenta como uma plataforma de visualização e análise de dados, de forma acessível e gratuita, para apoiar no desenvolvimento de políticas públicas para a primeira infância baseadas em evidências. Elaborado pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, com apoio da Datapedia, o site reúne 40 indicadores relacionados à primeira infância, para que candidatos e gestores municipais, estaduais e federais obtenham diagnósticos atualizados sobre a situação das crianças e famílias brasileiras (FMCSV, 2024).

A partir desse panorama, é possível perceber que a avaliação da aderência das políticas locais ao Marco Legal e à PNIPI não se limita à verificação documental da existência de planos municipais, mas envolve uma análise abrangente da qualidade das ações, da participação comunitária, da alocação de recursos e da capacidade institucional para assegurar direitos fundamentais da criança⁴³. A PNIPI estabelece uma estrutura normativa, mas sua efetividade reside no engajamento político, técnico e social das administrações locais (Brasil, 2025a).

A aderência das políticas locais ao Marco e, principalmente, à PNIPI, é um processo em construção, em especial em Aracaju, pois o Plano Municipal só foi sancionado no final de 2025, conforme será abordado posteriormente, demandando esforços coordenados entre os diferentes entes federativos, sociedade civil e organismos internacionais⁴⁴. Embora haja evidências de avanços significativos em diversas cidades brasileiras, a ausência de uniformidade e a fragilidade de capacidades técnicas podem representar obstáculos à plena

⁴³ Ressalta-se que em relação à análise da qualidade e efetividade dos indicadores, essa só será possível se houver uma rede de atenção estruturada. A falta dela, compromete os indicadores municipais específicos da primeira infância, portanto, fragiliza o controle social das ações e serviços de saúde. Conforme Decreto nº 7.508/2011, rede de atenção à saúde é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade de assistência à saúde (Brasil, 2011).

⁴⁴ A lei da Primeira Infância, que instituiu o Plano Municipal da Primeira Infância de Aracaju, foi sancionado em 10 dez. 2026. O documento seguiu as diretrizes do Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 2520/2018) e foi aprovado a partir do Projeto de Lei nº 443/2025 (Aracaju, 2025d).

implementação da política nacional para a primeira infância, especialmente, por ser desafiador o agir de forma planejada e integrada.

Conforme o Art. 6, Marco Legal da Primeira Infância, a Política Nacional Integrada para a primeira infância será formulada e implementada mediante abordagem e coordenação intersetorial que articule as diversas políticas setoriais, a partir de uma visão abrangente de todos os direitos da criança na primeira infância (Brasil, 2016a). Ao considerar que estamos em um país de extensão territorial privilegiada, o desafio para implementação de programas e políticas precisa ser pensando através de uma abordagem intersetorial, consequentemente, irá enfrentar temas diversos.

Nesse sentido, recomenda-se que os municípios intensifiquem o uso de dados para planejar suas ações, revisem ou criem seus planos municipais com base nos eixos estruturantes da PNPI, e estabeleçam canais permanentes de participação popular. A avaliação da aderência local ao Marco e à PNPI deve ser compreendida como um exercício contínuo de aprimoramento institucional e compromisso ético com o futuro das crianças. Só assim será possível garantir que o direito ao desenvolvimento integral desse público tão importante deixe de ser uma promessa constitucional e se torne uma realidade tangível em todos os territórios do país.

3.1 ADERÊNCIA DOS NORMATIVOS MUNICIPAIS ÀS DIRETRIZES DO MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

A análise dos normativos, planos e programas da Prefeitura Municipal de Aracaju será a base para analisar a concretização do direito à saúde infantil, com fundamento na legislação vigente sobre a temática e nas políticas públicas direcionadas à primeira infância. Avaliar se o planejamento municipal, na estruturação das políticas de saúde, contempla ações e projetos específicos para a primeira infância com base no Marco Legal e na PNPI é essencial.

Nesse cenário, afigura-se necessário avaliar de que forma normas locais e programas municipais se alinham às diretrizes nacionais, verificando convergências, lacunas e potencialidades. Essa análise se revela central para mensurar a efetividade das políticas, assim como para orientar gestores públicos na implementação de ações que respeitem o marco legal e assegurem o respeito às peculiaridades no atendimento à população infantil.

Conforme apresentado anteriormente, a organização Todos Pela Educação (2024) aponta que a construção da PNPI envolveu recomendações específicas para assegurar que municípios incorporassem em seus planos estratégicos princípios como integralidade, intersetorialidade e participação social. Esses elementos são essenciais para que as políticas municipais não sejam apenas complementares, mas sim aderentes às diretrizes nacionais. A aderência, portanto, não se restringe ao aspecto formal de aprovação legislativa, mas inclui a formulação e a implementação prática com compatibilidade entre metas locais e parâmetros federais.

Antes de abordar os Planos Municipais de Saúde, se faz necessário analisar a linha história da legislação temática, em âmbito federal e municipal. Partimos, inicialmente, da Portaria nº 1.130/2015, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde. A PNAISC tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança, com especial atenção à primeira infância e as populações de maior vulnerabilidade, além de buscar um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. No documento, foi definida criança como a pessoa na faixa etária de zero a nove anos e como primeira infância a pessoa entre zero e cinco anos (Brasil, 2015b).

Foi reconhecida na PNAISC, que promover a integralidade no cuidado da criança era um ato de alta complexidade, que necessitaria de ações articuladas em todos os níveis para a implementação em todas as esferas de ação do SUS. À época, inclusive, mencionado que o Brasil havia firmado compromissos internacionais, dentre eles as metas 4 e 5 do desenvolvimento do milênio⁴⁵. A par disso, já em 2015, o planejamento e o desenvolvimento de ações humanizadas e qualificadas já eram um dever dos entes públicos (Brasil, 2015b).

Em seguida, tivemos a sanção do Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), que ampliou a densidade normativa do direito à saúde ao estabelecer princípios e diretrizes para políticas públicas voltadas às crianças de zero a seis anos. Essa legislação evidencia que a saúde da criança deve ser tratada de forma intersetorial, englobando aspectos de nutrição, educação, convivência familiar e comunitária, além de ações de proteção contra violência e negligência (Brasil, 2016a).

⁴⁵ Segundo relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, a meta de desenvolvimento do milênio 4 é reduzir a mortalidade infantil. As ações não devem ser dirigidas apenas à criança, mas às famílias e comunidades como um todo. A meta 5 refere-se a melhorar a saúde materna, sendo que em países pobres e em desenvolvimento, a mortalidade materna média é de 1 óbito para cada 48 partos (PNUD, 2003).

Ao reconhecer a importância da primeira infância como fase crítica para o desenvolvimento humano, o marco legal fortalece a ideia de que o direito à saúde deve ser promovido de maneira integral e preventiva, em conformidade com o texto constitucional por todos os entes federativos. Novamente, a legislação vem reafirmar o dever de se estabelecer políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância que atendam às especificidades desta faixa etária, visando garantir o seu desenvolvimento integral. Uma mudança de destaque foi a ampliação do público alvo para crianças de zero a seis anos de idade. A PNAISC definia como público alvo dessas medidas apenas indivíduos menores de cinco anos (Brasil, 2016a).

Em que pese a importância das disposições da PNAISC e do Marco Legal trazer como relevante a necessidade de se estruturar uma linha de cuidado para a primeira infância instrumentalizada em rede com características intersetoriais, para que a formulação e a implementação de políticas públicas dedicassem primordial atenção à especificidade e relevância dos primeiros anos de vida, a ausência de uma Política específica impossibilitou avanços significativos quanto ao desenho formal das ações destinadas a esse público.

Fato que corrobora essa informação foi a criação de três normativos relacionados ao tema. O primeiro deles foi o Decreto nº 10.770/2021, que instituiu a Agenda Transversal e Multissetorial da Primeira Infância. O normativo, que vigorou de agosto de 2021 a agosto de 2025, data de publicação da PNPI, tinha como objetivo a melhoria das condições de vida e à proteção e à promoção dos direitos das crianças, desde a gestação até os seis anos de idade completos. Era constituída por um conjunto de ações governamentais implementadas por meio de políticas públicas articuladas e desenvolvidas de forma integrada pelos órgãos do Governo federal responsáveis pela sua execução direta ou em parceria com a sociedade civil (Brasil, 2021).

O segundo foi o Decreto 12.083/2024, que estabeleceu as diretrizes para a elaboração da Política Nacional Integrada para a Primeira Infância e instituiu o seu Comitê Intersetorial. Apresentou as diretrizes para a elaboração da Política Nacional Integrada para a Primeira Infância, no âmbito da administração pública federal, nos termos do Marco Legal, e determinou que as políticas públicas que compõem a PNPI seriam elaboradas e implementadas de forma integrada, em articulação com as diversas políticas setoriais destinadas à proteção e à promoção dos direitos da criança na primeira infância (Brasil, 2024a).

Por último, temos o Decreto nº 12.574/2025, que institui a Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNPI) e revogou os Decretos 10.770/2021 e 12.083/2024. A sua origem, mesmo após quase dez anos de sua previsão, demonstra que, mesmo existindo a obrigação de ações direcionadas ao público entre zero e seis anos, ainda é evidente a necessidade de

intersetorialidade na estruturação de uma linha de cuidado com a formatação de uma rede especializada que contemple serviço, apoio e recursos para atender as necessidades das crianças (Brasil, 2021; Brasil, 2024a; Brasil, 2025b).

Mais uma vez, foi apresentada a finalidade de estabelecer coordenação integrada das políticas setoriais destinadas à criança na primeira infância, em articulação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Também foi prevista ações que respeitem à primeira infância em sua diversidade e considerará as características socioeconômicas, territoriais e regionais, étnico-raciais, de gênero e de deficiência (Brasil, 2025b).

Uma crítica à PNPI é a revogação da disposição do Decreto nº 10.770/2021 que instituía uma agenda transversal e multissetorial da gestação aos seis anos de idade. No seu texto, previa a necessidade de prestação de serviços de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; e acompanhamento à gestação de risco, do nascimento e do recém-nascido até completar o primeiro ano de vida, com vistas a proceder o diagnóstico precoce de doenças congênitas, raras, genéticas ou hereditárias e outras doenças na infância que possam causar atraso no desenvolvimento biopsicossocial ou desenvolver deficiência ou impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, ou transtorno do espectro autista, com vistas à orientação, ao atendimento multiprofissional e ao acesso a medicamentos e nutrientes, conforme os protocolos do Ministério da Saúde (Brasil, 2021; Brasil, 2025b).

Mesmo existindo previsão de políticas à gestante no Marco Legal, essa retirada explícita do período gestacional vai de encontro às recomendações do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que define a primeira infância como o período que vai da concepção até os 6 anos de idade, sendo considerada uma janela de oportunidades crucial para a saúde, o aprendizado, o desenvolvimento e o bem-estar social e emocional das crianças. As primeiras experiências vividas na infância, conforme demonstrado por estudos científicos, bem como intervenções e serviços de qualidade ofertados nesse período, estabelecem a base do desenvolvimento (UNICEF, 2026).

Finalizada a análise legislativa que versa sobre a primeira infância no âmbito federal, listaremos os normativos que tratam da temática no âmbito municipal de Aracaju. Iniciamos com a Lei nº 1.764/1991, que dispõe sobre a Política Municipal de Atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente e estabelece normas gerais para a sua adequada aplicação. Na análise do documento, há limitada previsão de políticas sociais para crianças e adolescentes de uma maneira geral, e grande enfoque nas ações destinadas apenas à proteção de menores em situação irregular, demonstrando forte influência da doutrina presente no Código de Menores.

Além disso, não há menção à absoluta prioridade presente no art. 227 da CRFB/88 e no ECA (Aracaju, 1991; Brasil, 1979; Brasil 1988).

Outro ponto de destaque na lei é a criação do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), órgão deliberativo, vinculado à Secretaria de Ação Social, que possui competências diversas, a exemplo da gestão e fixação dos critérios de utilização do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e modificações nos programas socioeducativos e de proteção à criança e ao adolescente atuantes no município⁴⁶. O conselho é mantido pelo Poder Público Municipal e constituído por vinte representantes da sociedade civil de Aracaju, tendo como presidente o Secretário Municipal de Ação Social (Aracaju, 1991).

Por fim, a lei define a criação dos Conselhos Tutelares dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes, com a competência de zelar pelo atendimento dos direitos previstos no ECA. A atuação dos órgãos ocorre sob a coordenação do CMDCA. Inicialmente, o município possuía quatro distritos, cada um com cinco membros com mandato de três anos e a sua implementação estava previstas em áreas de maior incidência da problemática social envolvendo a crianças e adolescentes, a critério do CMDCA, reforçando ainda mais o caráter focado da doutrina da situação irregular (Aracaju, 1991).

O segundo normativo de destaque é a Lei nº 2.520/97, que alterou a redação da lei nº 1764/91. Na prática, por mais que a lei anterior não tenha sido totalmente revogada, as ações relacionadas à Política Municipal de Atendimento dos Direitos das Crianças e Adolescentes, no âmbito do Poder Executivo de Aracaju, seguem a lei mais recente. Inclusive, todos os normativos que versam sobre direito de crianças e adolescentes em nível municipal, seja de maneira geral ou focado com a primeira infância, referenciam essa lei, demonstrando um papel semelhante ao ECA dentro da ordem jurídica local. Dentre as mudanças, se destacam a possibilidade de se estabelecer parceria intermunicipal com entidades privadas para o atendimento regionalizado dos programas e serviços socioeducativos ou de proteção e serviços especiais, a exemplo de atendimento médico e psicológico às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abusos, crueldade e opressão de ações de identificação de pais, crianças e adolescentes desaparecidos, além de proteção jurídico-social (Aracaju, 1997).

⁴⁶ O último edital do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente foi lançado em dezembro de 2024. O valor total disponibilizado foi de R\$ 1,8 milhão, sendo contempladas quinze Organizações da Sociedade Civil (OSC). A primeira infância é priorizada apenas nas ações de convivência familiar e fortalecimento de vínculos. Nos temas relacionados ao direito à vida e à saúde, todas as ações são destinadas ao público infanto-juvenil de maneira global (Aracaju, 2024d).

Tiveram também alterações relacionadas ao CMDCA, como o aumento das competências legais, com destaque para a atribuição de fornecer informações necessárias à elaboração da proposta orçamentária do poder público municipal, para planos e programas de interesse da criança e do adolescente; a mudança no quantitativo e origem dos representantes do colegiado, passando de vinte representantes para quatorze; previsão de remuneração para os membros da sociedade civil; e mudança na estrutura do órgão, com a inclusão da Secretaria, do Comitê Gestor e da Câmara dos Adolescentes (Aracaju, 1997).

Ainda em relação ao CMDCA, o Decreto nº 3.297/2010 trouxe importantes mudanças no Regimento Interno do Conselho. O Decreto foi o primeiro normativo municipal que versa sobre direito da criança e adolescente ao apresentar, em seu art. 2º, a prioridade absoluta como princípio legal que rege a temática⁴⁷. As disposições do documento estavam embasadas, em sua grande maioria, na Política Municipal de Atendimento das Crianças e dos Adolescentes (Lei nº 2.520/97) e, apesar do avanço principiológico, não houve nenhuma menção aos direitos específicos do público da primeira infância. (Aracaju, 1997; Aracaju, 2010).

Em relação ao Conselho Tutelar, havia a previsão nas duas leis para o seu funcionamento. Eram previstos cinco Conselhos Tutelares no município e a sua implementação, conforme apresentado anteriormente, era definida para as áreas de maior incidência da problemática social envolvendo crianças e adolescentes. Com a entrada em vigor da Lei nº 4.644/2015 as disposições presentes foram revogadas e mudanças importante aconteceram. A primeira foi a instituição do regime jurídico da função pública de Conselheiro Tutelar. A segunda foi o aumento do quantitativo de distritos, passando de cinco para seis. Por fim, teve a obrigatoriedade de observância das diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), demonstrando a preocupação legislativa com a aderência entre as ações no âmbito federal e municipal (Aracaju, 1997; Aracaju, 2015).

O primeiro normativo a tratar diretamente da primeira infância em Aracaju foi o Decreto nº 5.580/2017, que instituiu o Comitê Gestor Intersetorial de Políticas para a Primeira Infância em Aracaju e o Programa Criança Feliz, no âmbito da Secretaria Municipal da Família e Assistência Social (SEMFAS), com a finalidade de planejar e articular ações necessárias para alcançar os objetivos dos Programas de Primeira Infância (Aracaju, 2017a).

⁴⁷ Art. 2º: O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, tem como prioridade absoluta deliberar, coordenar e controlar a execução das políticas sociais básicas de educação, saúde, recreação, esporte, cultura, lazer, profissionalização e outras que assegurem o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social da criança e do adolescente, em condições de liberdade e dignidade. Parágrafo único. Cabe ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente interagir com os demais Conselhos Municipais encarregados das matérias específicas referentes às políticas sociais básicas, para garantir o princípio legal de crianças e adolescentes como prioridade absoluta (Aracaju, 2010).

Foi definida primeira infância como o período que abrange os primeiros seis anos completos ou setenta e dois meses de vida da criança. Dentre as ações previstas, destaca-se a promoção e articulação Intersetorial para atendimento das necessidades integrais da criança; a execução do Programa Primeira Infância do Sistema Único de Assistência Social (SUAS); e o apoio à implementação do Plano Municipal da Primeira Infância e monitorar sua execução por meio da intersectorialidade e da integração de política públicas e ações. Essa primeira preocupação específica com os menores de seis anos, atrelada à inclusão da absoluta prioridade do Decreto 3.297/2010, demonstram elementos da mudança do pensamento voltado à doutrina da situação irregular para a doutrina da proteção integral prevista na CRFB/88 e no ECA (Aracaju, 2010; Aracaju, 2017a; Brasil, 1979; Brasil, 1988; Brasil 1990).

Em 2021 foi expedido o Decreto nº 6.621/2021, que designou membros para o Grupo de Trabalho Intersetorial responsável pela elaboração do Plano Municipal da Primeira Infância de Aracaju (PMPI). O objetivo do Grupo era elaborar diagnóstico dos indicadores vinculados às políticas públicas que atendem à primeira infância em Aracaju e desenvolver estratégias para elaboração do PMPI. A coordenação do plano coube à Secretária Municipal da Educação e o Decreto possuía vigência até a aprovação do Plano (Aracaju, 2021b).

Em 2024 entrou em vigor a Lei nº 5.869, que instituiu o mês de agosto como o mês da primeira infância em Aracaju. Além do simbolismo, foi definida, dentre outras, a realização de ações integradas no âmbito do município para amplo conhecimento do significado da primeira infância; respeito às especificidades das crianças menores de seis anos; disseminação na importância de investimentos ao público alvo e iniciativa dos Poderes municipais e sociedade civil relacionadas à temática. Há também previsão de prioridade por parte da Câmara Municipal, em agosto, na discussão e votação de proposições legislativas que, de forma direta ou indireta, beneficiem as crianças na primeira infância. O normativo tem aderência à Lei nº 14.617/2023, que possui a mesma proposta em âmbito federal (Brasil, 2023; Aracaju, 2024b).

No mesmo ano foi sancionada a Lei nº 5.975, que dispôs sobre princípios e diretrizes para a elaboração e implementação das políticas públicas voltadas à primeira infância, no âmbito do município de Aracaju. O normativo foi o último passo antes da aprovação do PMPI. Dentre os princípios, se destaca o desenvolvimento integral, abrangendo todos os aspectos da personalidade; participação da criança na definição das ações que lhe dizem respeito de acordo com o estágio de desenvolvimento e as formas de expressão próprias da idade; e prioridade do investimento público na promoção da justiça social, da equidade e da inclusão sem discriminação da criança, para que se garanta isonomia ao acesso de bens e serviços na primeira infância (Aracaju; 2024c).

Em relação às diretrizes apresentadas na lei, se destacam para o presente estudo a abordagem multidisciplinar e intersetorial em todos os níveis; planejamento com perspectiva de curto, médio e longo prazo para os planos e programas; previsão e destinação de recursos financeiros segundo o princípio da prioridade absoluta; e monitoramento permanente, avaliação periódica e ampla publicidade das ações e dos resultados. Por fim, no art. 6º, são apresentadas áreas que devem ser alvo das políticas públicas, incluindo a saúde⁴⁸. O normativo demonstra a adoção de princípios que rompem com a doutrina da situação irregular presente nos normativos antecedentes, possibilitando uma migração definitiva para a doutrina da proteção integral (Aracaju, 2024c).

Finalizando a análise legislativa dos normativos municipais, temos a Lei da Primeira Infância, sancionada em 10 dez. 2025, a partir do Projeto de Lei nº 443/2025, e que contempla o Plano Municipal da Primeira Infância de Aracaju (PMPI/AJU). O normativo seguiu, no seu §2º do art. 1º, a definição do Marco Legal Federal, ao considerar o público alvo menores de

⁴⁸ Lei nº 5.975/2024 - Art. 6º: As políticas públicas voltadas à primeira infância, dentre outras metas, deverão contemplar ações multidisciplinares que visem:

II - no setor de saúde:

- a) a orientação, o preparo e o amparo da gestante, bem como a orientação sobre crescimento e desenvolvimento saudável do bebê e da criança pequena;
- b) a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério;
- c) a promoção da amamentação no local de trabalho, com base nas diretrizes de proteção da maternidade, da Organização Internacional do Trabalho;
- d) a implementação de programas para incentivar o aleitamento nas maternidades, incluindo o fornecimento de leite materno para recém-nascidos doentes e vulneráveis;
- e) o aconselhamento qualificado para amamentação nas instalações de saúde;
- f) a aproximação entre as unidades de saúde e as comunidades e o incentivo às redes comunitárias que protegem, promovem e apoiam a amamentação;
- g) o acesso ao exame de diagnóstico precoce da gravidez, ao pré-natal, com profilaxia de prevenção de doenças e tratamento das doenças diagnosticadas, ao atendimento que aborde a dimensão emocional da gestante e sua família, visita à maternidade de referência e apoio a grupos de desenvolvimento da parentalidade;
- h) a prevenção, detecção precoce e tratamento imediato das doenças prevalentes na primeira infância;
- i) a ampliação dos exames de rotina da saúde bucal, ocular e auditiva, bem como a orientação a respeito das doenças mais frequentes na infância;
- j) a garantia de vacinas para toda a população infantil, conforme as recomendações do Programa Nacional de Imunização;
- k) a informatização do sistema de registro e cadastro da carteira de vacinação e unificação dos serviços de saúde, com acesso aos dados por todos os órgãos municipais que promovam o atendimento da criança na primeira infância e aos familiares, se solicitado;
- l) a orientação aos familiares sobre o exercício da parentalidade, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, formação do vínculo afetivo, crescimento e desenvolvimento infantil integral, cuidados especiais a crianças com transtorno global de desenvolvimento, prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos físicos, nos termos das alterações introduzidas pela Lei Federal nº [13.010](#), de 26 de junho de 2014, nas Leis Federais nº [8.069](#), de 1990, e nº [9.394](#), de 20 de dezembro de 1996;
- m) a disponibilização de protocolos e instrumentos de atendimento familiar que apoiem o desenvolvimento ativo das competências familiares promotoras do desenvolvimento integral;
- n) a formação permanente dos profissionais, incluindo o preparo para atuação Intersetorial (Aracaju, 2024c).

zero a seis anos. Além disso, foram obedecidas as diretrizes da Lei nº 2520/1997. (Aracaju, 1997; Aracaju, 2025e).

O documento, elaborado por especialistas de diversas áreas, engloba seis eixos estratégicos: Educação, Desenvolvimento e Cultura Lúdica na Primeira Infância; Saúde Integral e Inclusão para o Desenvolvimento Pleno; Assistência Social, Cuidado e Garantia de Direitos na Primeira Infância; Segurança, Proteção e Cidadania; Habitação, Ambiente Urbano, Esporte, Cultura e Lazer; e Planejamento, Coordenação e Avaliação de Resultados (Aracaju, 2025e).

Com a propositura do plano, o município deu um importante passo na concretização do direito à saúde na perspectiva da primeira infância. O PMPI/AJU é um reconhecimento do ente federativo da legislação vigente e, assim, anuncia que consolida o tema como um problema público a ser enfrentando, ao prever a necessidade de se pensar, planejar e executar ações específicas e especializadas ao público infantil.

O PMPI/AJU é um normativo que demonstra grande aderência do Poder Público Municipal às disposições do Marco Legal da Primeira Infância e da PNIP, conforme será melhor apresentado no decorrer do capítulo. Além disso, apresenta uma ruptura com ações características da doutrina da proteção integral.

Ao reconhecer a prioridade absoluta e a necessidade de políticas públicas voltadas à primeira infância, demonstra uma transição para a doutrina da proteção integral, quase quatro décadas após a promulgação da CRFB/1988 e da publicação do ECA. Ao ganhar espaço na agenda municipal, será preciso desenhar a política pública, identificar recursos, implementar, monitorar e controlar ações, para que os direitos das crianças na primeira infância sejam garantidos. O tema passa a existir na esfera pública e precisa constar nos principais documentos de organização e planejamento, sob pena de se tornar uma pseudopolítica⁴⁹. Assim será necessário analisar os Planos Municipais de Saúde de Aracaju, no período de 2018 a 2025, para identificar a aderência destes à legislação da temática.

⁴⁹ Pseudopolítica se refere a situações em que se tenta solucionar uma questão por meio de uma política pública, mas a falta de conhecimento ou corpo técnico especializado inviabiliza seu estabelecimento. Nesse contexto, existe a falta de capacidade para estruturar soluções que sejam adequadas ao problema (Agum; Riscado; Menezes, 2015)

3.2 ANÁLISE DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (2018-2025) A LUZ DO MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

A análise dos normativos municipais que versam sobre o público infanto-juvenil e da primeira infância demonstrou pouca aderência com as recomendações do Marco Legal da Primeira Infância e até mesmo com o ECA, ao preverem ações que focavam mais na doutrina da situação irregular do que na doutrina da proteção integral. O PMPI/AJU e os seus normativos preparatórios indicam uma mudança de paradigma, ao elevar a absoluta prioridade como princípio norteador das políticas públicas, planos e ações destinadas aos menores de seis anos.

Antes de abordarmos as inovações do PMPI/AJU dentro desta perspectiva, se faz necessário analisar como os Planos Municipais de Saúde (PMS) tratam da temática para o público alvo do trabalho. Para isso, faremos um estudo dos dois últimos PMS de Aracaju (2018-2021 e 2022-2025), com o objetivo de verificar se existem programas específicos para o público de zero a seis anos de idade.

Para contextualização, a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, editada pelo Ministério da Saúde, desempenha papel estruturante no aperfeiçoamento do planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ao conferir racionalidade, integração e publicidade às ações governamentais. O ato normativo sistematiza os principais instrumentos de gestão do SUS, assegurando sua articulação com os instrumentos orçamentários da Administração Pública, especialmente o Plano Plurianual (PPA) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Em vista disso, uma política pública, para ter chances de concretização, precisa ser sistematizada no plano municipal de saúde. Exige também a adoção de um modelo de planejamento ascendente e participativo, baseado na cooperação entre os entes federativos, com vistas à adequação das políticas públicas às demandas concretas de saúde da população (Brasil, 2013b).

Visando se adequar à normativa federal, o Poder Público Municipal, por ocasião da criação do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (PMS 2018-2021), destacou dois papéis da normativa local. O primeiro é cumprir as exigências da Portaria nº 2.135/2013, visando fazer com que os gestores explicitem seus projetos com transparência para favorecer a participação popular; e constituir instrumento norteador da política de saúde municipal, com o propósito de que os atores que constroem o SUS no seu cotidiano (gestores, trabalhadores e usuários) vejam, construam e participem dos caminhos propostos para Aracaju ser uma cidade inteligente, humana e criativa. Esse destaque demonstra a aderência do PMS às recomendações do SUS (Aracaju, 2017b).

É inerente ao estudo que não identificamos no PMS 2018-2021, elaborado pela Secretária Municipal de Saúde, uma abordagem direta e detalhada quanto a estruturação da rede de cuidado que consolidaria uma linha específica para a primeira infância⁵⁰. Constam apenas duas menções vagas à saúde pediátrica, mas não há dados ou a previsão de programas especializados humanizados ou especificações programáticas. Assim, o instrumento que deve estabelecer as políticas públicas de saúde no âmbito municipal não produz, ou têm a possibilidade de produzir, os efeitos pretendidos pela absoluta prioridade prevista na CRFB/88 e no ECA na formulação e reserva orçamentária (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Aracaju, 2017b).

O Plano contou com amplo debate com especialistas, técnicos, componentes do controle social e pessoas que vivem cotidianamente o sistema único de saúde municipal, buscando alinhamento com outros processos de construção que o precederam: o Programa de Governo que foi construído e levou à vitória nas urnas em 2016 e o Planejamento Estratégico da Prefeitura de Aracaju. Entretanto, a linha de cuidado de saúde para a primeira infância não foi incorporada ao texto (Aracaju, 2017b).

A ausência do detalhamento da rede assistencial que consolidaria a linha de cuidado específica e especializada para a primeira infância compromete a aderência das políticas municipais de saúde ao corpo legislativo temático, por não apresentar dados sobre seu planejamento ou mapeamento de recursos disponíveis ou indisponíveis.

Ressalta-se que já existiam programas direcionados a uma linha de cuidado específico no PMS 2018-2021. Como exemplo, temos a Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador (REAST), responsável, primordialmente, pelo fortalecimento da Política de Saúde do Trabalhador, procurando estruturar e desenvolver ações direcionadas ao público alvo, formais ou informais, públicos ou privados, desempregados ou aposentados, de maneira individual e coletiva. Para consolidar esta política em Aracaju, foi apresentada a necessidade de desenvolvimento de as ações com autonomia e resolutividade, internamente e externamente (Aracaju, 2017b).

Hoje, a REAST conta com um organograma composto por uma coordenação da rede, apoio técnico financeiro e operacional, apoio administrativo e duas frentes de trabalho: Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST “Anísio Dário” e a Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT (Aracaju, 2017b).

⁵⁰ A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) gerencia o Sistema Único de Saúde da capital, planejando, formulando, supervisionando e executando políticas de saúde pública, tais como atividades médicas, paramédicas, odontológicas e fornecimento gratuito de medicamentos básicos para a população. Também é função da secretaria de Saúde coordenar os serviços das vigilâncias sanitária e epidemiológica, bem como realizar pesquisas médicas-sanitárias e executar outras atividades de sua competência (Aracaju, 2017b).

A REAST serve para exemplificar o que o estudo tem reiterado e, em suma, ratificar nossa reflexão inerente a temática, sobre o dever municipal de consolidar uma rede de atenção à saúde na primeira infância. Essa consolidação só é possível a partir de uma política pública local, com planejamento especializado; cronograma de ações resolutivas e coordenação em rede; e ações sistemáticas que possuam apoio técnico especializado, orçamento e operacionalidade, alicerçadas nos objetivos e diretrizes do Marco Legal da Primeira Infância (Aracaju, 2017b).

No que diz respeito às instituições de atendimento, seguindo a verificação da organização da rede administrativa de apoio ao sistema de saúde municipal, na perspectiva do PMS 2018-2021, se estruturou uma equipe de apoiadores institucionais para a Rede de Atenção Primária à Saúde. A medida de proteção, fixou como das suas missões programadas atuar para a implementação dos projetos e políticas presentes no Plano Municipal de Saúde (Aracaju, 2017b).

Este grupo tinha como missão olhar para o território de atuação e para o cotidiano das equipes e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), além do papel de escutar, de forma qualificada, os trabalhadores, gestores e usuários destes equipamentos de saúde, acolhendo demandas, bem como atuar para a implementação dos projetos e das políticas estabelecidas e pactuadas no Plano Municipal de Saúde, nas instâncias deliberativas e de caráter tripartite da saúde entre União, Estados e Municípios (Aracaju, 2017b)

Conforme já abordado no primeiro capítulo, os princípios constitucionais, o ECA e a legislação temática determinam a forma e a relevância da formação das medidas de proteção para a primeira infância. Segundo a tipificação, deve ser uma proteção integral com prioridade absoluta, tendo em vista concretizar as disposições do Marco Legal. Não restam dúvidas que a estruturação das políticas são um dever que se inicia no planejamento e, na perspectiva de Vasconcelos (2024), é importante compreender se os serviços prestados atendem ao que preconiza o ECA e as demais legislações vigentes.

Em uma perspectiva mais ampla, no que diz respeito à saúde infanto-juvenil, a PNAISC confere aos municípios, através das suas Secretárias de Saúde, a competência implantar e implementar ações e serviços através do Plano Municipal de Saúde, bem como articular o alinhamento com a estrutura o planejamento regional. A ausência da linha de cuidado para a primeira infância e da definição dos seus planos, programas, equipamentos e orçamento fere os princípios da proteção integral e da prioridade absoluta, como já exaustivamente apresentado, bem como toda a abordagem legislativa vigente sobre políticas públicas para a primeira infância

relacionada no segundo capítulo (Brasil, 2015b).⁵¹

Os dados presentes no PMS 2018-2021 chamam a atenção para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que, além dos atendimentos de “porta de entrada”, operacionalizam as ações das equipes de saúde da família⁵³. Também são ofertadas consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, incluindo àquelas realizadas pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, desenvolvida por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionista, educadores físicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos (Aracaju, 2017b).

Existe também, em cada UBS, acolhimento dos usuários pelos assistentes sociais que, embora não façam parte da conformação mínima da Equipe de Saúde da Família, desempenham um papel de suma importância. Algumas UBS são consideradas de referência para as demais por ofertarem consultas de Pediatria, Ginecologia e Saúde Mental (psicologia e psiquiatria) (Aracaju, 2017b).

Essas medidas intersetoriais demonstram uma articulação em rede, como preconiza o Marco Legal para a Primeira Infância, mesmo sem trazer programas específicos para crianças de zero a seis anos. Os dados oficiais municipais indicam possíveis avanços nas medidas de proteção da saúde infanto-juvenil como um todo, mas ressaltam os desafios vencidos para instrumentalizar uma linha de cuidado integral para saúde da criança no SUS. A situação é avaliada como positiva, mas, no entanto, as medidas ainda merecem nossa atenção, pois apenas algumas UBS ofereciam atendimento com médico especializado em pediatria⁵⁴ (Brasil, 2016a; Aracaju, 2017b).

⁵¹Portaria 1.130/2015 Ministério da Saúde - Art. 5º A PNAISC possui as seguintes diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças:

- I - gestão interfederativa das ações de saúde da criança;
- II - organização das ações e serviços na rede de atenção;
- III - promoção da saúde (Brasil, 2015b).

⁵² Portaria 1.130/2015 Ministério da Saúde Art. 17. Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios:

- I - implantar/implementar a PNAISC, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locais e articular o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Municipal de Saúde, e no Planejamento Regional (Brasil, 2015b).

⁵³ Atendimento de porta de entrada hospitalar de urgência e emergência são serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental (Goiás, 2022).

⁵⁴Lei 13.257/2016, Art. 21: O art. 11 da [Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990](#), passa a vigorar com a seguinte redação:

“ [Art. 11.](#) É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

§ 1º A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação.

§ 2º Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente, àqueles que necessitarem, medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas.

Outro ponto de atenção no PMS 2018-2021, são os desafios encontrados para as ações. É destacada a insuficiência de oferta, uma vez que o crescimento populacional do Município não foi acompanhado do aumento de portas de entrada, pronto-atendimentos e unidades da rede hospitalar de urgências e emergências. Além de grande pressão de demanda dos casos agudos nas Unidades da Rede de Atenção Primária e nos hospitais (Aracaju, 2017b).

Os serviços da Rede de Atenção especializada também enfrentam dificuldades. A necessidade de uma linha de cuidado complexa, no que tange à oferta de serviços e procedimentos, possui gargalos. Os principais são a falta de integração com entre os serviços especializados; o incremento dos processos de referência e contrarreferência; e a educação permanente dos trabalhadores. Por se tratarem de medidas de proteção, cuidado e efetividade de políticas públicas, é fundamental a existência de um contexto de padronização e o desenvolvimento de protocolos e fluxos que possam otimizar a relação entre oferta e demanda. (Aracaju, 2017b).

Analizando o contexto do PMS 2018-2021, no ano de sua elaboração, a Rede de Atenção Primária do município era composta por 44 UBS, que compartilhavam 137 (cento e trinta e sete) equipes de saúde da família e 99 (noventa e nove) equipes de saúde bucal, além das equipes de referência e de apoio, dos profissionais administrativos, limpeza, segurança, dentre outros. A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) era de 69%. Concomitante a isso, o município indicou o crescimento urbano e a perda de algumas equipes, devido aos processos de exoneração e aposentadorias. Em primeira análise, se identifica que, além do aumento da demanda e redução dos efetivos profissionais, os serviços não estavam alinhados com o Marco Legal da Primeira Infância e a cobertura da política da ESF era baixa (Aracaju, 2017b).

Vemos também que o PMS 2018-2021 não contemplou a proteção integral, a prioridade absoluta e a articulação em rede. O estudo de Vasconcelos (2024), também com enfoque em Aracaju, indica que, para melhor efetivação dos direitos do público infantil, é obrigatória esse tipo de coordenação. Para que esse mecanismo exista, é preciso articulação e planejamento, designando uma gama de estratégias que devem ser observadas e executadas pelos diferentes Poderes e nas diversas esferas de governo, levando-se em conta que a política de proteção à criança e ao adolescente não acontece apenas no âmbito do atendimento, mas também no planejamento, na gestão, na prevenção e na fiscalização de diversas políticas sociais. A concretização do direito à saúde também é um instrumento de justiça social.

§ 3º Os profissionais que atuam no cuidado diário ou frequente de crianças na primeira infância receberão formação específica e permanente para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, bem como para o acompanhamento que se fizer necessário.” (Brasil, 2016)

Em relação ao Plano Municipal de Saúde 2022-2025 (PMS 2022-2025), o município contou com a participação de uma equipe técnica da diretoria administrativa, diretoria financeira, diretoria de inteligência, vigilância e atenção à saúde, núcleo jurídico, controle interno e assessoria da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju e Conselho Municipal de Saúde (CMS)⁵⁵. O referido documento apresenta como missão garantir o cuidado, com acesso integral aos serviços de saúde, de forma humanizada, inovadora e resolutiva para proporcionar qualidade de vida aos cidadãos. Apresenta a intenção de ser referência nacional na atenção integral aos usuários, ao se utilizar das ferramentas de respeito, compromisso, ética, responsabilidade, valores e transparência (Aracaju, 2022).

Aponta em sua apresentação que se trata de um planejamento consistente para apoiar a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no enfrentamento da fragmentação da atenção com a intenção de integrar e otimizar recursos, tendo em vista melhorar a eficiência e qualidade de suas ações e serviços. A posição do município, nesse aspecto, é coerente com os normativos constitucionais e infraconstitucionais já apresentados, inclusive com a ideia geral preconizada pelo Marco Legal da Primeira Infância, quanto a integração e gestão das redes de atendimento (Aracaju, 2022).

Na sua formulação, contemplou as diretrizes, ações, indicadores e metas para a saúde, tendo como base a análise do perfil demográfico, epidemiológico e sanitário da população, bem como no relatório consolidado da 11ª Conferência Municipal de Saúde e nos projetos prioritários das Redes de Atenção à Saúde (RAS) propostas no plano de governo. É um resultado estruturado a partir de sugestões apresentadas com participação da equipe institucional na discussão e definição das prioridades na saúde local, refletindo de forma clara as propostas para o andamento das atividades que serão desenvolvidas nos próximos quatro anos (Aracaju, 2022).

Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Brasil, 2010).

⁵⁵ O PMS 2022-2025 foi construído tomando por base a projeção orçamentária do Plano Plurianual (PPA) 2022-2025 para a saúde, numa estimativa de orçamento de R\$ 2.649.126.300,00 para o quadriênio, considerando um aumento gradativo de acordo com a necessidade na manutenção dos serviços de saúde essenciais (Aracaju, 2022).

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (Brasil, 2010).

Todavia, é importante ressaltar que o novo plano foi construído no contexto pós pandemia COVID-19. Os dados municipais, como já identificado no plano anterior, informam que o município enfrentava desafios na estruturação das redes de cuidado. Portanto o novo planejamento ressalta que as consequências locais da pandemia se tornam mais um desafio para a municipalidade (Aracaju, 2022).

O município registrou como objetivo promover o acesso qualificado aos serviços de saúde, respeitando as especificidades do território. Logo, definiu 09 (nove) diretrizes, dentre elas a gestão das ações da atenção primária à saúde; gestão das ações de média e alta complexidade (ambulatorial e hospitalar); gestão das ações de vigilância em saúde; gestão, manutenção e desenvolvimento institucional de saúde; operacionalização da rede da assistência farmacêutica; fortalecimento do controle social; gestão participativa; judicialização da saúde; e gerenciamento de parcerias em saúde (Aracaju, 2022).

Outro elemento importante do PMS 2022-2025, que poderia satisfazer às recomendações do Marco Legal da Primeira Infância, era a intenção em consolidar um planejamento que contemplasse o monitoramento e a avaliação para gerar indicadores pertinentes as políticas públicas de saúde. Como inexistiam ações destinadas especificamente ao público menor de seis anos, não foi possível a criação desses indicadores, que, conforme apresentado anteriormente, é um fator essencial para a concretização das políticas destinadas à primeira infância e seu consequente impacto social (Brasil 2016a; Aracaju, 2022).

Os indicadores municipais, previstos no documento em estudo, não apontam a superação dos desafios relacionado no PMS 2018-2021. O planejamento apresentou mais dois grandes gargalos a serem superados, as consequências da pandemia COVID-19 no sistema de saúde e a manutenção do município como sede da região de saúde, que o situa como referência para todos os municípios sergipanos⁵⁶. Mesmo os menores de seis anos de idade fazendo parte

⁵⁶ Aracaju, além de ser sede desta região de saúde, assume ao mesmo tempo o papel de polo estadual para ações e procedimentos de média e alta complexidade em saúde, tornando-o referência regional e estadual para todos os municípios sergipanos. Na região de saúde Aracaju são oito municípios que compõe: Aracaju (672.614 habitantes); São Cristóvão (92.090 habitantes), Laranjeiras (30.327 habitantes); Barra dos Coqueiros (31.439 habitantes); Riachuelo (10.354 habitantes); Divina Pastora (5.290 habitantes) e Itaporanga D' Ajuda (35.054 habitantes), totalizando uma população estimada conforme IBGE 2021 de 881.101 pessoas (Aracaju, 2022).

dos usuários do sistema, não foram contemplados com planejamentos, estruturas orçamentárias, metas ou indicadores específicos, conforme preconiza o Marco Legal da Primeira Infância (Brasil, 2016a; Aracaju, 2022).

Ao comparar os dados gerais da rede de atenção primária, relacionado ao plano anterior, identificamos que a Rede de Atenção Primária era composta por 44 UBS, passando a ter 45 unidades. Aponta também, na Rede de Atenção Primária, 141 equipes de saúde da família e 77 equipes de saúde bucal, além das equipes de referência e de apoio, dos profissionais administrativos, limpeza, segurança, dentre outras. As ações acontecem de maneira integrada e compartilhada com a Atenção Básica, e quando necessário com os demais centros de atenção em Saúde, Assistência e Segurança (CAPS, Urgências, CREAS, dentre outros). Houve um aumento de 04 equipes de saúde da família e redução de 22 equipes de saúde bucal, além disso, essas equipes são compartilhadas com as UBS, com o Programa Saúde na Escola (PSE) e com o Programa Saúde na Família (PSF) (Aracaju, 2022).

Quanto ao papel crucial das instituições na materialização dos normativos e na concretização dos direitos fundamentais das crianças na primeira infância, nesse estudo com olhar direcionado ao direito à saúde, resta evidente a alta vulnerabilidade intrínseca aos primeiros meses e anos de vida. Nesse aspecto a proteção prioritária não se justifica apenas nas diferenças da capacidade física e cognitivas inerentes à idade, mas nas consequências imediatas e de longo prazo que afetam o bem-estar e o desenvolvimento futuro (UNICEF, 2021).

O eixo saúde e bem-estar exige que o sistema de saúde seja pensando para enfrentar as particularidades temática do momento presente da infância enquanto cuidado integral, enfrentando os desafios do presente e do futuro. O município precisa agir de forma articulada e planejar a oferta de serviços com uma modelagem adequada ao contexto infantil (Agenda 227, 2024)⁵⁷.

Para compreender a importância da inserção da política de saúde para a primeira infância no Plano Municipal de Saúde, com fundamentos no Marco Legal da Primeira Infância, é preciso compreender o que o PMS representa para o município. Ele é um desenho dos caminhos e propostas para Aracaju voltar a ser a Capital da Qualidade de Vida, demonstrando um compromisso com as ações efetivas para continuar melhorando a assistência à saúde e um convite, para todos que defendem a saúde como um direito e um sistema de saúde que defenda

⁵⁷ A agenda 227 é um movimento apartidário da sociedade civil brasileira que tem como objetivo colocar crianças e adolescentes no centro da construção de um Brasil mais justo a partir da concretização da prioridade absoluta garantida à população de 0 a 18 anos pelo artigo 227 da Constituição Federal (Agenda 227, 2026).

a vida de seus cidadãos (Aracaju, 2022).

A saúde como direito absoluto e social, bem como política pública, é essencial para o desenvolvimento humano e a coesão social. Ao considerar a saúde não apenas como um benefício, mas como um direito fundamental inalienável de suma importância para a dignidade humana e equidade na vida das crianças, sua concretização se faz necessária. Ressalta-se, mais uma vez, que não foram identificados planos e programas no âmbito municipal de saúde com foco na linha de cuidado que materializasse uma rede assistencial para a primeira infância⁵⁸.

Prosseguindo, outra análise revela uma lacuna significativa: crianças frequentemente não são beneficiadas com a prevalência necessária na formulação de políticas públicas que reconheçam e respeitem suas condições peculiares. O ECA promove importante contribuição ao esclarecer que a garantia de prioridade não se limita ao atendimento em fila hospitalar entre crianças e adultos. Na verdade, estabelece a garantia de proteção e socorro em qualquer circunstância, preferência de formulação, execução e destinação privilegiada dos recursos públicos⁵⁹.

Ao analisar os PMS (2018 a 2025) podemos inferir que, nesse lastro temporal de 2018 a 2025, a prioridade na formulação da política pública para a primeira infância não foi objeto da agenda pública municipal. Nossa reflexão, parte da compreensão que o arcabouço jurídico temático, já exposto no capítulo anterior, impõe o dever ao município de estruturar um plano municipal para a primeira infância, que abarque a concretização do direito à saúde em perspectiva intersetorial, para tanto é necessário seja pensado e estruturado com base no Marco Legal, documentos adjacentes e impresso nos planos do executivo municipal.

Identificamos, ainda, que as crianças de zero a seis anos estão submetidas ao sistema

⁵⁸ Programa é uma ação institucional de natureza contínua. Nesse caso, a ação é encerrada apenas se houver um direcionamento para tal. Ele traduz as políticas de atuação de um órgão. Já projeto é um esforço temporário, com início e fim definidos, cujo objetivo é criar produtos, serviços ou resultados exclusivos, por meio de atividades planejadas, executadas e controladas, utilizando recursos humanos, materiais e financeiros específicos (Brasil, 2016b).

⁵⁹ ECA - 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.

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 6º Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento (Brasil, 1990).

geral de saúde sem a observância dos objetivos e diretrizes do Marco Legal, tampouco da PNAISC. A falta de um Plano nesse período afetou o desenvolvimento dos programas, impedindo e impossibilitando seu caráter de especificidade, e comprometeu o acesso adequado e contínuo, gerando desumanização e fortalecimento das vulnerabilidades. Desrespeitou também diversos princípios constitucionais e legislações correlatas, conforme apresentado no capítulo 2 deste estudo.

O princípio da equidade é ferido, quando os cuidados de forma interdisciplinar voltados para a primeira infância são listados como apenas um item dentro do sistema geral, portanto, se faz necessário seguir o ciclo definido desde a CF/88 até o Marco Legal da Primeira Infância, com encaminhamento contínuo e intersetorial, dentro de um programa pensando, inclusive, com a reserva privilegiada de orçamento para suprir as demandas inerentes à primeira infância. De síntese, sem o provimento de valores, sem o detalhamento da estratégia, sem a formulação, monitoramento e controle, as ações são pulverizadas dentro do sistema geral de saúde.

A proteção dos direitos da criança em seus diversos aspectos é um fato novo e em consolidação, a evolução histórica remonta a invisibilidade e tratamentos degradantes, fator que se complica dentro de um contexto social de vulnerabilidades. Lima, Poly, José (2017) ressaltam que a visão passada era que a criança se diferenciava do adulto apenas em relação ao tamanho e a força para o trabalho. Não havia uma efetiva divisão das etapas do desenvolvimento humano (infância, juventude e fase adulta). Ao criar o mínimo de autonomia, a criança já era tratada como um adulto. Dessa forma, não havia um critério a ser seguido como desenvolvimento biológico ou cronológico da idade e, muito menos, o psicológico para determinar o início e o fim das fases da vida.

Outra lacuna significativa foi o lapso de quase dez anos para aprovação do Plano Municipal pela Primeira Infância em Aracaju. Espera-se que com o Plano, o público entre zero e seis anos seja realmente beneficiado com a prevalência necessária na formulação de políticas públicas que reconheçam e respeitem suas condições peculiares. Antes de qualquer discussão, é importante ressaltar, mais uma vez, que ações pontuais voltadas para as crianças, não concretiza a proteção prevista na legislação, ferindo flagrantemente os direitos e garantias fundamentais do público que deveria ser prioritariamente protegido.

O estudo revela duas importantes consequências dessa ausência. Inicialmente, o descumprimento da legislação temática impede o controle social, por dificultar a análise da simetria da legislação federal e a prática local. Assim, enquanto a lei geral do SUS busca estabelecer normas gerais que se aplicam a todos de forma igualitária, o Marco Legal e a PNPI pretendem efetivar a equidade, ao personalizar a aplicação da norma para garantir justiça social

para o público infantil. Assim, os indicadores podem ser comprometidos e as ações podem ser insuficientes para os fins que se propõem, pois, até o momento, não há um planejamento de ações de curto, médio e longo prazo especializado, apenas a recente previsão legal do legislativo municipal (Brasil, 1990b; Aracaju, 2022).

Outro ponto interessante, diante da não implementação das disposições do Marco Legal da Primeira Infância nas práticas locais, é que os indicadores tendem a serem pulverizados dentro do contexto do sistema geral de ações municipais, fato que tende a tornar a resposta estatal fragilizada. Essas informações são importantes para avaliar, reformular, melhorar e, especialmente, medir a efetividade, tendo em vista o impacto social desejado na vida das crianças.

A centralidade do princípio do melhor interesse da criança, conforme estabelecido no artigo 227 da Constituição Federal de 1988 e ampliado pelo artigo 3º do ECA, deve reger todas as ações e decisões relativas aos direitos da saúde na infância, assegurando que suas necessidades e direitos sejam a principal consideração em qualquer circunstância, inclusive nas decisões administrativas e judiciais (Brasil, 1988; Brasil, 1990). Ao adotar o princípio do melhor interesse da criança como base de todas as ações que envolvem os direitos da infância, especialmente, no que concerne ao setor de saúde, pretende assegurar uma abordagem mais centrada nesse público, levando em conta sua dignidade, estágio de desenvolvimento e direitos fundamentais.

O direito a prioridade na formulação de políticas públicas especializadas, na seara dos direitos sociais previstos no art. 6ª da CRFB/88, com preferência na sua formulação e execução, exige do Estado uma ação prestacional, conforme esclarece Bucci (2017)⁶⁰, apontando que o fundamento mediato das políticas públicas, o que justifica o seu aparecimento, é a própria existência dos direitos sociais – aqueles, dentre o rol de direitos fundamentais do homem, que se concretizam por meio de prestações positivas do Estado.

Apesar de o Brasil contar com um arcabouço normativo robusto voltado à proteção da primeira infância e do público infante-juvenil como um todo, a exemplo do ECA, do Marco Legal da Primeira Infância, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e, desde 2025, da Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI), ainda persistem os entraves relevantes no plano da implementação local. A inexistência ou

⁶⁰Leciona Bucci (1997), que o entrelaçamento das políticas públicas com o direito administrativo, mas vamos recorrer a uma das suas conclusões: A política é mais ampla que o plano e se define como o processo de escolha dos meios para a realização dos objetivos do governo com a participação dos agentes públicos e privados. Políticas públicas são os programas de ação do governo para a realização de objetivos determinados num espaço de tempo certo.

insuficiência de planos municipais que estructurem um planejamento específico e prioritário fragiliza a articulação intersetorial e revela um distanciamento entre a normatividade instituída e sua concretização prática.

A sanção do Plano Municipal da Primeira Infância de Aracaju, conforme será apresentado a seguir, se apresenta como uma possível mudança de paradigma dentro da garantia dos direitos previstos para os menores de seis anos. A adoção de medidas intersetoriais, que garantam o direito ao cuidado às crianças na primeira infância, sob a perspectiva integral e integrada de políticas públicas, com investimentos e metas específicas, tendem a trazer uma melhoria real na qualidade de vida e no desenvolvimento pleno dessas crianças, conforme preconiza a Constituição e as leis.

3.3 ANÁLISE DO PLANO MUNICIPAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA DE ARACAJU (PMPI/AJU)

A Prefeitura Municipal de Aracaju, através da Mensagem nº 029/2025, encaminhou para o Presidente da Câmara Municipal de Aracaju, em caráter de urgência, a proposição do Projeto de Lei 443/2025, que institui o Plano Municipal pela Primeira Infância de Aracaju (PMPI/AJU). Anexo à mensagem, foi apresentado robusto relatório com dados, estatísticas, princípios e legislações que embasavam o normativo, demonstrando empenho de diversos órgãos municipais na elaboração do documento (Aracaju, 2025e).

Em 12 de novembro de 2025, foi apreciado e aprovado, com vinte e quatro Emendas. O normativo, denominado Lei da Primeira Infância, foi sancionado pela prefeita em dezembro de 2025 e, atualmente, se encontra em redação final, não possuindo, até o momento, numeração oficial (Aracaju, 2025d; Aracaju, 2025e).

A lei define que o PMPI/AJU possui seis Eixos Estratégicos: i) educação, desenvolvimento e cultura lúdica na primeira infância, com fortalecimento do cuidado integral e da valorização do brincar como linguagem essencial do desenvolvimento infantil; ii) saúde integral e inclusão para o desenvolvimento pleno, abrangendo ações desde a gestação; iii) assistência social, cuidado e garantia dos direitos na primeira infância, com a consolidação de redes de proteção contra a violência; iv) segurança, proteção e cidadania, promovendo uma cidade segura, protetora e acolhedora; v) habitação, ambiente urbano, esporte cultura e lazer; e vi) planejamento, coordenação e avaliação de resultados, visando fortalecer a gestão pública

voltada à primeira infância, por meio do planejamento intersetorial e da articulação entre as políticas (Aracaju, 2025e).

Cada Eixo Estratégico possui diretrizes e metas próprias. Por razões temáticas, o presente estudo dará enfoque apenas no Eixo 2, saúde integral e inclusão para o desenvolvimento pleno. As diretrizes previstas para esse Eixo são: i) promoção da saúde infantil, com ações de prevenção e educação em saúde; ii) cuidado integral e humanizado, respeitando as especificidades da primeira infância; iii) atenção à saúde materno-infantil, desde o pré-natal até o acompanhamento do desenvolvimento infantil; iv) vigilância em saúde e imunização, com cobertura vacinal universal e controle de agravos; v) saúde mental e fortalecimento de vínculos, por meio de ações voltadas ao cuidado emocional da criança e suas famílias; e vi) intersetorialidade, integrando as ações da Secretaria de Saúde, Educação e Assistência Social (Aracaju, 2025e).

Junto com as metas de cada Eixo, foram apresentadas estratégias para sua concretização. O Eixo 2 possui treze metas e estratégias, conforme quadro abaixo:

METAS	ESTRATÉGIAS	
Meta 1	Reduzir a incidência de cárie dentária em crianças de 0 a 6 anos.	• Implementar programas de escovação supervisionada, com distribuição de escovas e creme dental fluoretado. • Implantar a "primeira consulta odontológica, até o primeiro ano de vida". • Capacitar professores e cuidadores sobre higiene bucal, para reforçar hábitos saudáveis no cotidiano das crianças. • Orientar sobre alimentação saudável, com ênfase na redução do consumo de açúcar. • Inserir temas sobre saúde bucal em atividades pedagógicas (histórias, músicas, desenhos, teatro).
Meta 2	Alcançar 90% de cobertura vacinal, com as vacinas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), em crianças de 0 a 2 anos, até 2036.	• Sensibilizar e mobilizar a população sobre a importância da vacinação na Primeira Infância. • Melhorar o registro e monitoramento das coberturas vacinais. • Reduzir as taxas de abandono do esquema vacinal.

		• Incentivar a busca ativa das crianças faltosas, para atualização das vacinas, nas Unidades de Saúde da Família. • Treinar profissionais da atenção primária sobre o calendário vacinal e manejo das situações especiais. • Acompanhar mensalmente a cobertura vacinal por faixa etária. • Identificar áreas de baixa cobertura e intervir nelas. • Realizar reuniões periódicas de avaliação com a equipe de saúde
Meta 3	Capacitar, anualmente, 100% dos médicos e enfermeiros da Atenção Primária em crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 2 anos.	• Levantar número total de médicos e enfermeiros na APS. • Definir conteúdo programático. • Realizar capacitação on-line, por meio de videoaulas, e/ou presencial.
Meta 4	Garantir que 100% das Unidades de Saúde da Família do município estejam cadastradas e ativas como Unidades Notificadoras de Violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	• Cadastrar, no SINAN, as USF que ainda não são notificadoras. • Garantir acesso à ficha de notificação (manual e digital). • Designar responsável pela notificação em cada USF. • Capacitar profissionais das Redes de Atenção à Saúde do SUS sobre o tema da violência e sobre a importância da notificação dos casos relacionados à Primeira Infância, incluindo automutilação/tentativas ou suicídio.
Meta 5	Garantir que 100% das escolas da Primeira Infância, cadastradas no Programa Saúde na Escola (PSE), realizem ações sobre alimentação saudável.	• Realizar reunião de planejamento com as Secretarias de Educação e Saúde, para pactuação de ações, com foco na temática Alimentação Saudável. • Monitorar, mensalmente, as ações realizadas pelas escolas, por meio de prontuário eletrônico. • Reunião de sensibilização das ações do PSE, com foco no tema prioritário em todas as Unidades aderidas.
Meta 6	Garantir que 100% das escolas da Primeira Infância, cadastradas no	• Realizar reunião de planejamento com as Secretarias de Educação e

	Programa Saúde na Escola (PSE), realizem ações de educação em saúde bucal.	Saúde, para pactuação de ações, com foco na temática Orientações em Saúde Bucal. • Monitoramento mensal das ações realizadas pelas escolas, por meio de prontuário eletrônico. • Reunião de sensibilização das ações do PSE, com foco no tema prioritário, em todas as Unidades aderidas.
Meta 7	Garantir que 100% das escolas da Primeira Infância, cadastradas no Programa Saúde na Escola (PSE), realizem ações educativas de controle do Aedes aegypti.	• Reunião de planejamento com as Secretarias de Educação e Saúde, para pactuação de ações, com foco na temática Controle do Aedes aegypti. • Reunião de sensibilização das ações do PSE, com foco no tema prioritário, em todas as Unidades aderidas.
Meta 8	Garantir que, pelo menos, 75% das gestantes, cadastradas na Atenção Primária, realizem 7 ou mais consultas de pré-natal, com o primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação.	• Garantir disponibilidade de horários para pré-natal nas equipes de Saúde da Família. • Acompanhar evolução do número de consultas de cada gestante. • Capacitar as equipes sobre atualização da Rede Alyne e protocolos do pré-natal, conforme Ministério da Saúde.
Meta 9	Garantir que, pelo menos, 75% das crianças, acompanhadas na Atenção Primária, realizem 07 ou mais consultas de puericultura no primeiro ano de vida, conforme o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde.	• Levantar o total de crianças menores de 01 ano cadastradas. • Identificar quantas crianças realizaram 07 ou mais consultas • Analisar USF com menor cobertura. • Disponibilidade de agendamento remoto para atendimento em puericultura. • Orientar os profissionais os pais e/ou responsáveis sobre a importância da puericultura.
Meta 10	Reduzir a mortalidade infantil em crianças de 0 a 6 anos em 30%, até 2036.	• Ampliar o número de equipes de Saúde da Família, com foco em acompanhamento de gestantes e crianças. • Garantir acesso ao pré-natal de qualidade com, no mínimo, 07 consultas. • Implantar vigilância ativa dos óbitos infantis com comitês locais.

		Garantir a disponibilização do esquema básico vacinal para as crianças menores de 2 anos. • Realização de visita pela equipe de Saúde da Família para recém-nascido e puérpera. • Garantir a oferta da realização de 07 ou mais consultas de puericultura, no primeiro ano de vida.
Meta 11	Garantir o atendimento de crianças menores de 6 anos, no ambulatório de Saúde Mental.	• Estruturar equipes multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental. • Promover capacitações regulares da equipe multiprofissional sobre saúde mental infantil, desenvolvimento infantil e vínculo familiar. • Incluir temas como: sinais de alerta, transtornos do neurodesenvolvimento, autismo, fatores psicossociais e estratégias de intervenção precoce.
Meta 12	Aumentar a prevalência da amamentação, com foco no aleitamento materno exclusivo até os seis meses e na continuidade até os dois anos ou mais.	• Oferecer orientação e apoio sobre aleitamento materno e alimentação saudável durante as consultas de pré-natal, grupos de gestantes e puericultura; • Criar ou adequar salas de apoio à amamentação em equipamentos públicos e oferecer programas de conscientização para a população sobre a importância do aleitamento materno; • Monitorar o estado nutricional das crianças e o percentual de amamentação exclusiva para identificar vulnerabilidades e orientar a atuação dos serviços.
Meta 13	Prevenção, detecção precoce, tratamento, assistência e cuidados paliativos do câncer em crianças de 0 à 6 anos.	• Realizar reuniões com as organizações de apoio, assistência e saúde para crianças em tratamento de câncer; • Garantir para as crianças, em fase de diagnóstico, o atendimento preferencial e emergencial em todos os exames a que for submetida; • Promover campanhas de conscientização sobre o câncer

		infantojuvenil e em especial com alusão ao setembro dourado. • Capacitações nas modalidades a distância e presencial para os profissionais da atenção primária sobre os sinais e sintomas do câncer infanto juvenil.
--	--	---

Fonte: Mensagem nº 029/2025 – Prefeitura Municipal de Aracaju (Aracaju, 2025e).

Em relação aos princípios norteadores da lei temos: i) a proteção integral; ii) prioridade absoluta; iii) intersetorialidade e integração das políticas pública; iv) atendimento integral, humanizado e prioritário às crianças em situação de vulnerabilidade; v) urbanismo sensível à infância; vi) participação da criança e escuta qualificada; vii) respeito à diversidade e à pluralidade das infâncias; viii) coerência, complementaridade e coesão entre as políticas pública; e ix) gestão pública democrática e responsável, com base na legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência e transparência, orientada pela efetividade e pela sustentabilidade das ações voltadas à primeira infância (Aracaju, 2025e).

É prevista também a elaboração, pela Administração Pública Municipal, de relatórios anuais de monitoramento e avaliação do Plano, contendo, no mínimo: i) detalhamento das ações executadas pelos órgãos e entidades municipais envolvidas; ii) investimentos e despesas realizadas com ações voltadas à primeira infância; iii) análise do cumprimento das metas estabelecidas; e iv) resultados alcançados, conforme indicadores previstos no Plano. Para isso, deverá ser instituída, em até trinta dias após a publicação da lei, uma Comissão de Monitoramento no âmbito do CMDCA (Aracaju, 2025e).

O Plano terá validade de dez anos, com vigência até 2035, sendo que, até o término do primeiro semestre do nono ano, deverá ser encaminhado pelo Poder Executivo novo projeto de lei que institua as diretrizes, metas e estratégias do plano decenal subsequente. Em relação ao financiamento das metas, estratégias e ações previstas, as mesmas devem ser incorporadas ao PPA, LDO e LOA, devendo os órgãos e entidades municipais com atribuições correlatas prever, em suas propostas orçamentárias anuais, dotações específicas destinadas ao público menor de seis anos de idade (Aracaju, 2025e).

Dentre as alterações aprovadas do texto original, se destaca a inserção da escuta qualificada de pais e responsáveis, tendo em vista fortalecer a participação social no planejamento e execução das políticas públicas (Emenda nº 1); a construção de novas unidades de ensino infantil, com marco temporal até 2028, especialmente voltadas para o acesso ao ensino integral (Emendas nº 3, 6 e 7); adequação de todos os ambientes das unidades escolares, visando a acessibilidade e o desenvolvimento integral das crianças de zero a seis anos (Emendas

nº 8 e 9); e apoio psicológico e atendimento especializado, com a incorporação de profissionais de psicologia e serviço social nas unidades de educação infantil (Emenda nº 12) (Aracaju, 2025d).

Por fim, temos as proposições que incluem no texto do artigo 4º o princípio da saúde integral e inclusiva, com foco em alimentação saudável e atenção às crianças com deficiência ou em situação de vulnerabilidade (Emenda nº 34) e, no campo ambiental, temos o fortalecimento das ações de educação ambiental e da capacitação de professores da rede pública até 2035 (Emendas nº 36 e nº 37) (Aracaju, 2025d).

A nova legislação é aderente ao Marco Legal da Primeira Infância e à Política Nacional Integrada da Primeira Infância, reforçando os princípios orientadores para o planejamento de políticas públicas, especialmente a observância da proteção integral, reconhecendo como sujeito de direitos os menores de seis anos e aplicando a prioridade absoluta nos termos do artigo 227 da CF/88 e do ECA, para que se efetive a precedência nos investimentos (Brasil, 1988; Brasil 1990; Aracaju, 2025e).

O PMPI/AJU, se corretamente executado, tende a ser uma ferramenta de planejamento e gestão das políticas públicas pra a primeira infância extremamente eficaz. De síntese prevê como instrumentos a intersetorialidade e integração das políticas com a intenção de promover uma atuação coordenada, que possa ter eficácia no atendimento integral, humanizado e prioritária às crianças com vigência até 2035. (Aracaju, 2025e).

O marco inovador da nova legislação se encontra nos artigos 10, 11 e 12, ao definir a obrigatoriedade da municipalidade de elaborar um plano com metas, estratégias e previsão de ações diretamente incorporadas no Plano Plurianual, à Lei de Diretrizes Orçamentárias e à Lei Orçamentária – LOA. Além disso, determina que os órgãos e entidades especifiquem qual a dotação orçamentária destinada a implementação do plano⁶¹.

A questão da análise de impacto regulatório também merece destaque. Seixas e Saccaro Junior (2024) aponta que, embora a prática de avaliação regulatória tenha se consolidado como uma ferramenta internacional de governança, no Brasil ainda existe baixa institucionalização dessa metodologia. Os autores ressaltam que há uma concentração dessa atividade em órgãos específicos, mas sem difusão suficiente entre as áreas de saúde, o que compromete a identificação precoce de falhas normativas e limita a implementação de políticas com base em evidências.

⁶¹ Mensagem nº 029/2025 - Art. 11. Os órgãos e entidades municipais com atribuições correlatas à primeira infância devem prever, em suas propostas orçamentárias anuais, dotações específicas destinadas à implementação das ações contempladas no Plano de que trata esta Lei (Aracaju, 2025e).

O ordenamento jurídico e regulatório brasileiro, especialmente no campo da saúde, apresenta um conjunto complexo de dispositivos normativos direcionados para o eixo saúde na primeira infância. A fragmentação de competências entre os entes federativos, a assimetria de capacidades institucionais e a ausência de mecanismos integrados de avaliação tornam evidente a necessidade de alinhamento regulatório. Superar essas lacunas é condição essencial para que o ordenamento jurídico-regulatório cumpra plenamente sua função de garantir o direito à saúde na primeira infância.

O alinhamento regulatório na prática institucional surge não apenas como uma questão técnica, mas como uma exigência democrática para a consolidação de direitos sociais e a promoção da equidade no âmbito do direito à saúde.

4 CAMINHOS PARA A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITOS À SAÚDE INFANTIL EM ARACAJU

O objetivo do capítulo é verificar os caminhos para a concretização do direito à saúde infantil na primeira infância. Inicialmente, será apresentado o princípio da intersetorialidade e seu papel nas políticas pública da primeira infância; em seguida, os desafios da implementação do PMPI/AJU no contexto da governança pública das políticas colaborativas e, por fim, a importância da transparência ativa no controle popular.

A luz do referencial teórico-normativo federal e municipal, apresentado nos capítulos anteriores, conclui-se que Aracaju não concretiza o direito à saúde por meio de políticas públicas específicas para a primeira infância. O que existe, atualmente, são programas esparsos, que atendem público limitado, conforme veremos à frente. Considerado o marco temporal de 2018 a 2025, na análise dos Planos Municipais de Saúde, vimos que a não aplicação das diretrizes e objetivos previstos no Marco Legal da Primeira Infância nas ações da Secretaria, aliados à inexistência de uma linha de cuidado especializada, compromete os direitos garantidos as crianças menores de seis anos.

Frisamos, mais uma vez, que a efetivação do direito à saúde no Brasil exige uma análise aprofundada do marco normativo constitucional, das legislações infraconstitucionais e dos compromissos assumidos pelo país no plano internacional, conforme anteriormente realizado. A CRFB/88 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, atribuindo-lhe centralidade no rol de direitos sociais e impondo sua garantia mediante políticas públicas. Para o estudo, nossa análise tem como traço marcante a procura pela existência de ações planejadas e a consequente consolidação de uma rede de proteção aprimorada pela intersetorialidade, criando dados concretos para avaliar resultados, adaptar ou propor novas ações. Além disso, o sucesso das políticas e dos planos dependem do trabalho cooperado e articulado entre os entes federados.

Observa-se que as legislações mais recentes têm fluído no sentido de que órgãos, setores e temas se entrelacem, com objetivo de atingir o maior público possível, atuando em diversas frentes especializadas. Uma demonstração disso está em algumas disposições da Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI) e do Plano Municipal da Primeira Infância de Aracaju (PMPI/AJU). Ambos os documentos reforçam a ideia de atuação e coordenação intersetorial ou multisetorial; criação de eixos estruturantes, que atendam, principalmente, saúde, educação, assistência social, habitação e segurança; além da previsão de

recursos específicos para as ações destinadas ao público até seis anos de idade (Brasil, 2025b; Aracaju, 2025e)⁶²⁶³⁶⁴.

Em razão do curto espaço de tempo da aprovação da PNPI e do PMPI/AJU⁶⁵, não é possível, neste momento, apresentar se as suas recomendações foram obedecidas, por ocasião das destinações das Leis Orçamentárias Anuais federal, municipal, dos recursos dos Planos dos Ministérios e das Secretarias. Por esse motivo, faremos uma abordagem de aspectos técnicos e doutrinários que visam a elaboração de ações efetivas, sob o aspecto do impacto social pretendido pela política pública.

O primeiro está relacionado à metodologia de avaliação da qualidade dos serviços a serem implementados, em especial na ótica da saúde. Trazemos como exemplo o guia “Direito é Qualidade”, lançado pelo Ministério da Saúde em 2015, e que propõe metodologias para avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental e assistência social com base nos direitos humanos. Por mais que não esteja direcionado efetivamente à primeira infância, a metodologia pode ser usada como base de análise de serviços de saúde de uma maneira global (Brasil, 2015a).

O documento foi confeccionado a partir de ferramentas apresentadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o que possibilita uma avaliação abrangente dos serviços, visando a identificação de problemas nas práticas existentes de atendimento à saúde e o planejamento de meios efetivos para assegurar que os serviços sejam de boa qualidade, respeitem os direitos humanos, atendam às necessidades dos usuários e promovam a autonomia, a dignidade e o direito à autodeterminação dos usuários (Brasil, 2015a).

⁶² O §1º do art. 1º da PNPI define que o documento tem como finalidade estabelecer coordenação intersetorial e integrada das políticas setoriais destinadas à criança na primeira infância, em articulação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Já o art. 1º do PMPI/AJU apresenta o documento como um instrumento multissetorial de planejamento e gestão das políticas públicas voltadas às crianças de zero a seis anos de idade, com vistas à promoção do seu desenvolvimento integral e à garantia dos seus direitos fundamentais (Brasil, 2025b; Aracaju, 2025e).

⁶³ O art. 4º da PNPI prevê cinco eixos estruturantes: i) viver com direitos; ii) viver com educação; iii) viver com saúde; iv) viver com dignidade; v) integração de informações e comunicação com a família. O art. 4º do PMPI/AJU, conforme apresentado anteriormente, define como eixos: i) educação, desenvolvimento e cultura lúdica na primeira infância; ii) saúde integral e inclusão para o desenvolvimento pleno; iii) assistência social, cuidado e garantia de direitos na primeira infância; iv) segurança, proteção e cidadania; v) habitação, ambiente urbano, esporte, cultura e lazer; e vi) planejamento, coordenação e avaliação de resultados (Brasil, 2025b; Aracaju, 2025e).

⁶⁴ O art. 9º da PNPI define que os Ministérios coordenadores dos eixos estruturantes de que trata o art. 4º deverão assegurar a destinação de recursos, conforme disponibilidade orçamentária e financeira, e o suporte técnico necessário à implementação da PNPI. O art. 11 do PMPI/AJU prevê que os órgãos e entidades municipais com atribuições correlatas à primeira infância devem prever, em suas propostas orçamentárias anuais, dotações específicas destinadas à implementação das ações de que trata a lei (Brasil 2025b; Aracaju, 2025e).

⁶⁵ A PNPI foi aprovada em agosto de 2025, enquanto o PMPI/AJU foi sancionado em dezembro de 2025 e aguarda a publicação para entrar em vigor (Brasil, 2025b; Aracaju, 2025d).

Os mecanismos previstos no guia podem ser utilizados não apenas pelo setor público em âmbito nacional e internacional, mas também por entidades da sociedade civil que atuam na defesa do direito à saúde e dos direitos humanos como um todo. De forma resumida, as ações preveem o estabelecimento de uma equipe de gerenciamento e objetivos dos projetos; uma estrutura de avaliação; comitês de avaliação com metodologia de trabalho definida; treinamento dos membros dos comitês; previsão de autoridade legal para a atuação dos colegiados; preparação de termos de consentimento, visando condutas éticas; programação e condução da avaliação; revisão da documentação de referência; apresentação e uso dos resultados obtidos (Brasil, 2015a).

Trazendo para o plano da municipalidade, o comitê responsável pela análise e avaliação da qualidade dos serviços a serem implementados é a Comissão de Monitoramento, formada por membros do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), criado pela lei nº 2.520/1997, conforme apresentado no capítulo anterior. O próprio texto do PMPI/AJU prevê, no §§1º e 2º do art. 7º, a criação da Comissão e a exigência de envio, pela Secretaria Municipal do Planejamento e Gestão (SEPLOG), dos relatórios emitidos pelas Secretaria e órgão envolvidos nas ações do PMPI/AJU ao CMDCA; além de prever, no parágrafo único do art. 9º, que o CMDCA é o responsável pela coordenação do novo plano decenal da primeira infância, vigente a partir de 2035 (Aracaju, 2025e) ⁶⁶⁶⁷.

Cabe pontuar uma pequena divergência no texto original do PMPI/AJU, enviado para a Câmara Municipal de Aracaju através da Mensagem nº 029/2025, de 13 de outubro de 2025. O art. 2º do Projeto de Lei trouxe como referência o Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº

⁶⁶ PMPI/AJU – Art. 7º Compete à Administração Pública Municipal elaborar relatórios anuais de monitoramento e avaliação do Plano que trata esta lei (...).

§1º A Comissão de Monitoramento, formada por membros do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA, deve ser instituída no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da publicação desta Lei.

§2º Os relatórios devem ser elaborados de forma articulada pelos órgãos responsáveis pela execução do Plano e consolidadas pela Secretaria Municipal do Planejamento e Gestão (SEPLOG), que os encaminhará à Comissão de Monitoramento do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA

§3º Os relatórios e o conteúdo atualizado do Plano devem ser divulgados, anualmente, nos canais de comunicação oficiais da Administração Pública Municipal, observados os princípios da publicidade, transparência e controle social (Aracaju, 2025e).

⁶⁷ PMPI/AJU – Art. 9º Até o término do primeiro semestre do 9º (nono) ano de vigência do PMPI/AJU, o Poder Executivo deve encaminhar ao Poder Legislativo projeto de lei que institua o Plano Decenal subsequente, com base em diagnóstico atualizado, diretrizes, metas e estratégias para o novo ciclo.

Parágrafo Único. A elaboração do novo Plano deve observar as diretrizes do processo participativo, com ampla escuta social, sob a coordenação do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA, conforme estabelece a Lei nº 2.520, de 27 de agosto de 1997 (Marco Legal da Primeira Infância de Aracaju).

13.257/2016) e a Lei nº 2.520, de 25 de maio de 2018⁶⁸. Em reportagens vinculadas pela Prefeitura Municipal, a lei foi apresentada como Marco Legal da Primeira Infância do Município de Aracaju. Entretanto, conforme apresentado no capítulo anterior, a Lei nº 2.520 é de 1997 e dispõe sobre a Política Municipal de Atendimento dos Direitos da Criança e Adolescente como um todo, e não apenas para os menores de seis anos. Também não foi localizado o Marco Legal da Primeira Infância do município. A divergência foi apresentada via canais oficiais à Secretaria Municipal de Educação (Aracaju, 1997; Aracaju, 2025c; Aracaju, 2025d).

Com relação a previsão orçamentária e temática, a análise dos Planos Municipais de Saúde de 2018 a 2025 demonstraram reduzida aderência às ações do Marco Legal da Primeira Infância e até mesmo da saúde infanto-juvenil como um todo, dentro da perspectiva constitucional da absoluta prioridade. Dentre os programas destinados ao público alvo do estudo, temos como primeira ação a ampliação do acesso do pré-natal, com captação precoce na Atenção Primária à Saúde através do aumento da porcentagem de cobertura de 7 ou mais consultas. A meta era abranger 62,5% das gestantes, sendo cumprida e atingindo 69,4% do público alvo (Aracaju, 2017b; Aracaju, 2022; Aracaju, 2024e).

A segunda ação se relaciona à concessão de 24.374 Benefícios Primeira Infância (BPI) no valor de R\$ 150,00 por criança, destinado às famílias beneficiárias que possuem, em sua composição, crianças com idade entre 0 (zero) e 7 (sete) anos incompletos. Por fim, temos o Programa Criança Feliz (PCF), regulado pelo Governo Federal a partir do Decreto nº 9.579/2018. O PCF possui caráter intersetorial tem como finalidade promover o desenvolvimento integral das crianças menores de seis anos, considerando sua família e seu contexto de vida, em consonância com o disposto no Marco Legal da Primeira Infância (Brasil, 2018a; Aracaju, 2024e).

Dentre as prioridades de atendimento, temos as gestantes e crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e crianças afastadas do convívio familiar em razão de medidas protetivas previstas no ECA. A prestação de contas de 2024 informa que em todo o município, apenas 100 pessoas são assistidas pelo programa, todas residentes no Bairro Santa Maria. A equipe responsável é composta de um supervisor e três visitadoras. As gestantes e crianças inseridas no BPC recebem duas visitas semanais. Já as crianças de 0 a 36 meses, quatro visitas mensais com um tempo médio de 30 a 45 minutos. As

⁶⁸ PMPI/AJU – Art. 2º. O PMPI/AJU compõe-se de princípios, valores, eixos estruturantes, metas e estratégias, conforme o disposto na Lei (Federal) nº 13.257, de 08 de março de 2016, e na Lei nº 2.520, de 25 de maio de 2018 (Aracaju, 2025e).

atividades realizadas pelas visitadoras têm como referência os livros, jogos e brincadeiras das culturas populares na Primeira Infância e Manual do visitador catalogados pelo Ministério da Cidadania. Ao total, em 2024, foram disponibilizados R\$ 81.129,00 (oitenta mil, cento e vinte e nove reais) no PSF em Aracaju (Brasil, 2018a; Aracaju, 2024e).

Ao fim análise dos Planos Municipais de Saúde (2018-2021 e 2022-2025) e da Prestação de Contas Municipal referente ao ano de 2024, que deveriam, respectivamente, planejar as políticas públicas para concretização do direito à saúde na primeira infância e apresentar os gastos efetivamente realizados, fica destacada a ausência de aderência dos normativos locais ao Marco Legal da Primeira Infância. No entanto, com a sanção do PMPI/AJU em 2025, fica nítida uma conversão de rumo em busca do planejamento e execução de ações para consolidação da linha de cuidado específica e especializada.

A ausência ou insuficiência de aderência aos fundamentos constitucionais e infraconstitucionais compromete a implementação dos planos, programas e projetos que devem ser alinhados as diretrizes, objetivos e metas vigentes. Assim, as poucas ações destinadas especificamente ao grupo da primeira infância não se convertem em uma política pública de saúde estruturada e intersetorial. Portanto, temos configurado um ambiente de fragilidade na execução e avaliação das políticas públicas produzidas no período anterior a implementação do PMPI/AJU.

Em um estudo de mapeamento de práticas pela primeira infância, Chiesa et al. (2018) concluíram, dois anos após a edição do Marco Legal da Primeira Infância, que diversos fatores envolvem a consolidação do cuidado na primeira infância. Mas afirmam que participação ativa dos governantes é um fator determinante para a concretização e efetividade dos projetos municipais. Não é possível realizar ações que não estão planejadas, direcionadas e sem aporte orçamentário, desta forma, o monitoramento também será prejudicado com dados dispersos e pouco integrados. As escolhas administrativas têm impacto direto na dignidade das crianças, isto posto, espera-se que com o PMPI/AJU esses desafios sejam superados.

A busca por revelar a dinâmica do Marco Legal da Primeira Infância, no contexto local, se justifica pela necessidade de saber como o Poder Executivo Municipal enfrentou o tema. O distanciamento do planejamento e dos demais normativos com o Marco, aliados à ausência ou insuficiência na implementação de planos e programas, são uma violação da proteção integral e, consequentemente, o esvaziamento da prioridade absoluta como critério jurídico vinculante. Com o advento da PNIP em âmbito nacional e do PMPI/AJU em âmbito local, há fortes indícios que a os direitos dos menores de seis anos, em especial no contexto da saúde, receberão uma atenção mais centrada e sensível as suas particularidades.

A PNIP e o PMPI/AJU surgem como reforço às demandas por uma abordagem intersetorial articulada ente os entes federativos, instituições, órgãos e setores, para exigir a estruturação de redes de atendimento inteiramente destinada à primeira infância. O contexto legislativo temático, com enfoque no eixo saúde e bem-estar, visa assegurar o direito fundamental à saúde nos equipamentos geridos pela Administração Pública, conforme art. 1º do Decreto (Brasil, 2025b)⁶⁹.

A síntese dessa análise evidencia que a efetividade dos direitos da primeira infância exige não apenas previsão normativa, mas sobretudo capacidade de articulação entre diferentes níveis de regulação e compromisso político-institucional com sua plena materialização, fundado no planejamento, destinação de recursos orçamentários e gestão. A seguir, serão feitos apontamentos relevantes sobre os fundamentos da intersectorialidade; governança pública e transparência ativa, tendo em vista, a importância desses elementos para a concretização plena do direito à saúde na primeira infância.

4.1 PRINCÍPIO DA INTERSETORIALIDADE: SEU PAPEL NAS POLÍTICAS PÚBLICA DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Após a análise dos principais normativos que versam sobre a primeira infância, temos como ponto comum a presença da intersectorialidade e da multisectorialidade. Essa exigência é prevista, inclusive, no plano internacional. No Projeto de Lei nº 6.997/2013, base do Marco Legal da Primeira Infância, foi apresentado que o Comitê dos Direitos da Criança das Nações Unidas recomenda o desenvolvimento de estratégias baseadas em direitos, coordenadas e multisectoriais, para que o interesse superior da criança seja sempre o ponto de partida no planejamento e na prestação de serviços. Essa afirmação corrobora com o que foi apresentado durante a pesquisa, pois a proteção da infância, sob a ótica da absoluta prioridade, é direito fundamental do público infante-juvenil (Brasil, 2013c).

A luz dos ensinamentos de Ribeiro; Veronese (2021) temos que os sistemas de proteção consagrados no enfrentamento da proteção de crianças e adolescentes, segundo a Universidade

⁶⁹ Decreto 12.574/2025 - Art. 1º. Fica instituída a Política Nacional Integrada da Primeira Infância – PNIP, no âmbito da União.

§ 1º. A PNIP tem como finalidade estabelecer coordenação intersectorial e integrada das políticas setoriais destinadas à criança na primeira infância, em articulação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

de Harvard, incluem fatores diversos, a saber: i) amparo legal; ii) sistema integrado, com consistência e intercâmbio; iii) doutrina; iv) políticas públicas; e v) estruturas de governança intersetorial. Seguindo essa lógica, conforme apresentado nos capítulos anteriores, temos amparos legais no plano internacional, a exemplo das recomendações da ONU; no plano constitucional, com a definição da infância e da saúde como direitos sociais e introdução do princípio da absoluta prioridade; e, no plano infraconstitucional, com o advento do Marco Legal da Primeira Infância, da PNPI e do PMPI/AJU (Brasil, 1988; Brasil, 2016a; Brasil 2025b; Aracaju, 2025e).

Em relação ao sistema integrado e intercâmbio, temos a previsão de atuação sob colaboração do Estado, através de seus entes federados, das famílias e da sociedade civil como um todo nas ações direcionadas à saúde e à proteção da infância e juventude. Na doutrina, temos a definição das disposições do art. 227 como norma constitucional de aplicação plena, fato reconhecido pelo STF. E, por fim, nas políticas pública e estruturas de governança intersetorial, temos diversos programas conjuntos e legislações que se complementam, dentro das funções constitucionais de cada ente, visando a concretização de direitos consagrados, em especial a saúde (Brasil, 1988; Brasil, 2018a; Brasil, 2016a; Brasil 2025b; Aracaju 2025e).

Ressaltamos, mais uma vez, que as políticas públicas para à primeira infância possuem, essencialmente, um caráter preferencial na sua concepção e organização. Para tanto, no âmbito da municipalidade, o plano municipal de saúde deve prever detalhadamente as linhas de cuidado e suas especificidades na rede de atendimento, além dos recursos, insumos e metas, visando a validação e o respeito as vulnerabilidade e particularidades do público infantil. Vemos essas características no PMPI/AJU, fato que traz grandes expectativas de uma concreta atuação intersetorial para a primeira infância em Aracaju (Aracaju, 2025e).

Historicamente as crianças pequenas tem recebido atenção parcial e precária, focada, principalmente, naquelas em situação de extrema vulnerabilidade. No capítulo anterior apresentamos a forte influência da doutrina da situação irregular nos normativos da primeira infância anteriores ao PMPI/AJU. A fragmentação produz políticas de atendimento por setores desconexos o que fraciona a criança em áreas distintas. De tal sorte, concebe uma visão reducionista do eixo saúde e bem estar, com políticas setoriais verticalizadas que não dialogam entre si. Tendo como resultado a redução da criança em suas necessidades com a descontextualização de sua teia de relações sociais, psicológicas e ambientais (Brasil, 2013c).

Uma visão conjuntural que trabalhe a articulação dos setores é como encaixar peças em um todo orgânico e um passo para a construção de ações articuladas. A pesquisa de Agum, Riscado, Menezes (2015) esclarece que uma política é resultado de processos sociais e, para ser

implementada, passa por fases, enquanto enfrenta debates sobre ideias e formas de agir com a intenção de nortear práticas políticas. Nesse contexto, temos a intersectorialidade e a multisectorialidade como uma forma de agir indispensável aos direitos da primeira infância.

A definição de Eixos de trabalho e a sua necessidade de cooperação, previstos na PNPI e no PMPI/AJU, contribuem para reduzir a fragmentação do atendimento ao ampliar a eficácia das ações estatais e favorecer o desenvolvimento humano em suas múltiplas dimensões. Para que essa intersectorialidade se concretize, se torna indispensável compreender seus fundamentos, reconhecer os obstáculos que a limitam e explorar as potencialidades que podem fortalecer a política social no país.

A intersectorialidade, conforme Bucci (1997), é o aspecto funcional e inovador na concepção do modelo das políticas públicas da atualidade. Em relação a elas, mais importante que os objetivos ou as metas temporais fixadas, será o processo de sua implementação, a partir dos parâmetros previstos em lei. Assim, a principal mudança trazida pela intersectorialidade é justamente o vínculo entre os normativos que se complementam para dar vigor imperativo ao processo de estruturação, concedendo a amplitude desejada na construção das políticas públicas e gerando maiores chances de concretização.

Em paralelo a isso, temos a importância do princípio da municipalização da política de atendimento dentro do contexto da doutrina da proteção integral, citado por Sposato (2015) e apresentado no segundo capítulo. Junqueira (2004), apresenta o município como espaço definido territorial e socialmente, onde é concretizada a integração interinstitucional e a ação intersectorial. Essa interação pode ser construída através de um processo dinâmico entre os sujeitos, mediada por novos paradigmas, que devem informar a mudança das instituições sociais e de suas práticas. Mesmo os problemas sociais se manifestando setorialmente, sua solução está na dependência da ação de mais de uma política. É no âmbito do município que a articulação das políticas sociais se viabiliza proporcionando maiores oportunidades de eficácia na sua gestão.

Prossegue o autor defendendo que, sob um aspecto mais amplo, descentralização, intersectorialidade e rede são abordadas como estratégias de um novo modelo de gestão municipal na execução e organização das políticas sociais, tendo em vista a qualidade de vida dos munícipes. A descentralização propõe a transferência do poder de decisão sobre as políticas sociais para os níveis periféricos das cidades, possibilitando o envolvimento dos seus usuários. Não está adstrita apenas aos entes públicos, mas também para entes privados de caráter público (Junqueira, 2004).

O art. 8º do PMPI/AJU prevê essa possibilidade, ao autorizar instrumentos de cooperação, termos de colaboração ou de fomento, convênios e outros ajustes, nos termos da

legislação vigente, com órgãos e entidades da Administração Pública, em todas as esferas de governo, organizações da sociedade civil e entidades privada sem fins lucrativos⁷⁰. Essa disposição corrobora com a tese apresentada, ao definir a multiplicidade de atores envolvidos nas ações relacionadas ao público da primeira infância. Entretanto, o autor frisa que a descentralização, por si só não otimiza a gestão integradas das políticas (Aracaju, 2025e; Junqueira, 2004).

Para que a otimização ocorra, a intersetorialidade constitui uma alternativa, pois integra as diversas políticas sociais na solução dos problemas sociais, que afetam grupos de população que ocupam determinado território. Fechner (2024) defende que, devido à complexidade do termo, conceituar intersetorialidade não se constitui tarefa fácil e prática. No entanto, algumas conceituações podem ser feitas, levando-se em consideração as formas de se perceber a mesma dentro de uma dada realidade.

A primeira, e uma das mais frequentes nos estudos sobre o tema, é de Junqueira e Inojosa (1997). Para os autores, intersetorialidade é a articulação de conhecimentos e experiências no planejamento, implementação e avaliação das ações, para que sejam alcançados resultados integrados no enfrentamento de situações com alta complexidade. Ressaltam ainda que a intersetorialidade tem como finalidades o desenvolvimento social, a melhoria da condição de vida da população e eliminar a exclusão social.

Outra definição, oferece maior atenção aos agentes envolvidos no processo, indicando a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, portanto, de saberes, poderes e vontades diversas, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos para a saúde da população (Feuerwerke, Costa; 2000).

Independentemente das diferenças pontuais ou de enfoque, é certo que a intersetorialidade passou a ganhar valor à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para

⁷⁰ PMPI/AJU – Art. 8º Para a execução das ações previstas no Plano de que trata essa Lei, o Poder Executivo Municipal pode firmar instrumentos de cooperação, termo de colaboração ou de fomento, convênios e outros ajustes, nos termos da legislação vigente, com:

I – órgãos e entidades da Administração Pública, em todas as esferas de governo;

II – organizações da sociedade civil;

III – entidades privadas, sem fins lucrativos

Parágrafo Único. A celebração de parcerias não exime o Poder Público Municipal de sua responsabilidade direta pela formulação, coordenação, financiamento e execução das políticas públicas voltadas à primeira infância (Aracaju, 2025e).

sua execução (Nascimento, 2010). O fortalecimento da democracia brasileira ocasionou maiores cobranças aos agentes políticos em relação à qualidade dos serviços públicos e da utilização da verba estatal.

A intersectorialidade está prevista no art. 3º do PMPI/AJU como um princípio orientador e fundamento⁷¹. No documento, é definido como a integração das políticas públicas, com articulação entre saúde, educação, assistência social, direitos humanos, cultura, habitação, segurança e demais áreas, promovendo atuação coordenada e eficaz. Essa definição, em conjunto com os outros artigos do Plano, está dentro do contexto de articulação, apresentada por Junqueira e Inojosa; de protagonismo dos atores envolvidos, de Feuerwerke e Costa; e de busca da eficácia da implementação das políticas de Nascimento (Aracaju, 2025e; Junqueira, Inojosa, 1997; Feuerwerke, Costa, 2000; Nascimento, 2010).

Prosseguindo, dentro do contexto de um modelo de gestão municipal de excelência com dimensão intersectorial das políticas públicas, temos as redes, definidas como a interação de pessoas, instituições, famílias, municípios e estados, mobilizados em função de uma ideia abraçada coletivamente. As diferentes atividades que a determinam, implicam na formação de rede como a possibilidade de intercâmbio (Junqueira, 2004).

Apresenta Junqueira (2004), versando sobre as lições apresentadas por Saidón (1995), ao destacar que as redes, em sua multiplicidade, remetem tanto a uma dimensão conceitual

⁷¹ PMPI/AJU – Art. 3º. Constituem princípios orientadores do Plano Municipal pela Primeira Infância de Aracaju – PMPI/AJU, em consonância com o disposto na legislação vigente e nas normativas de proteção à infância, os seguintes fundamentos:

I – proteção integral e efetiva da criança, reconhecendo-a como sujeito de direitos civis, humanos e sociais, assegurando-lhe o desenvolvimento pleno, saudável e seguro desde a gestação.

II – prioridade absoluta, nos termos do art. 227 da Constituição Federal e do Estatuto da Criança e do Adolescente, conferindo primazia às crianças nas políticas públicas, nos investimentos, nas decisões administrativas e judiciais;

III – intersectorialidade e integração das políticas públicas, com articulação entre saúde, educação, assistência social, direitos humanos, cultura, habitação, segurança e demais áreas, promovendo atuação coordenada e eficaz;

IV – atendimento integral, humanizado e prioritário às crianças em situação de vulnerabilidade, considerando condições sociais, econômicas, étnico-raciais, territoriais, de deficiência, ou outras formas de desigualdade que comprometem seus direitos;

V – urbanismo sensível à infância, com a construção e adaptação dos espaços urbanos para garantir acessibilidade, segurança, mobilidade e estímulo ao desenvolvimento integral, promovendo direito à cidade pelas crianças;

VI – participação da criança e escuta qualificada, reconhecendo sua capacidade de expressão, escuta ativa e consideração de sua perspectiva no planejamento, na execução e na avaliação das políticas que lhe dizem respeito;

VII – respeito à diversidade e à pluralidade das infâncias, reconhecendo e valorizando as diferenças étnico-raciais, culturais, linguísticas, religiosas, sociais, de gênero e de composição familiar;

VIII – coerência, complementariedade e coesão entre as políticas públicas, com integração e continuidade das ações de diferentes setores e níveis de governo;

IX – gestão pública democrática e responsável, com base na legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência e transparência, orientada pela efetividade e pela sustentabilidade das ações voltadas à primeira infância (Aracaju, 2025e).

quanto a um sentido instrumental. Ela é uma proposta de ação como um modo de funcionamento do social, uma forma espontânea de organização em oposição a uma dimensão formal e instituída. Dessa forma, ao invés de um processo rígido e estereotipado, as ações se tornam criativas e inventivas.

Assim, a rede surge da percepção conjunta dos problemas comuns e da possibilidade de resolvê-los não apenas no âmbito de um município, mas da articulação entre outros atores sociais envolvidos com o problema e a solução. O Marco Legal da Primeira Infância, em seu art. 12, prevê a atuação em rede, definindo a participação da família e do Estado na proteção e promoção da criança na primeira infância; e na criação, apoio e participação das redes de proteção (Junqueira, 2004; Brasil, 2016a)⁷².

Em relação à PNPI, por mais que as redes não sejam citadas explicitamente, é definida como uma das diretrizes do art. 2º a abordagem participativa no aprimoramento da qualidade das ações e na garantia da oferta dos serviços públicos; e a articulação em âmbito federal e em regime de colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios⁷³. Essa previsão corrobora com a ideia de articulação entre os atores sociais envolvidos com o problema e a solução. No PMPI/AJU, também não há citação direta à atuação em rede, entretanto há previsão de participação de atores diversos, seja da Administração Pública, organizações da sociedade civil ou entidades privadas, sem fins lucrativos (Junqueira, 2010; Brasil, 2025b; Aracaju, 2025e)⁷⁴.

Por fim, se faz necessário a diferenciação entre multisetorialidade e intersetorialidade. A multisetorialidade deriva do reconhecimento de que os problemas sociais, a exemplo dos enfrentados nas áreas da saúde e da educação, têm múltiplas causas e efeitos conectados. Consequentemente, seu enfrentamento depende da ação conjunta de diferentes setores ou

⁷² Lei nº 13.257 – Art. 12. A sociedade participa solidariamente com a família e o Estado da proteção e da promoção da criança na primeira infância, nos termos do caput e do § 7º do art. 227, combinado com o inciso II do art. 204 da Constituição Federal, entre outras formas:

I - formulando políticas e controlando ações, por meio de organizações representativas;

II - integrando conselhos, de forma paritária com representantes governamentais, com funções de planejamento, acompanhamento, controle social e avaliação;

III - executando ações diretamente ou em parceria com o poder público;

IV - desenvolvendo programas, projetos e ações compreendidos no conceito de responsabilidade social e de investimento social privado;

V - criando, apoiando e participando de redes de proteção e cuidado à criança nas comunidades;

VI - promovendo ou participando de campanhas e ações que visem a aprofundar a consciência social sobre o significado da primeira infância no desenvolvimento do ser humano (Brasil, 2016a).

⁷³ Decreto nº 12.574/2025 – Art. 2º. São diretrizes da PNPI:

VI - abordagem participativa no aprimoramento da qualidade das ações e na garantia da oferta dos serviços públicos;

VIII - articulação em âmbito federal e em regime de colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios (Brasil, 2025b).

⁷⁴ Aracaju (2025e), op. cit., p. 80.

órgãos, para que sejam tratados de acordo com sua complexidade. Por mais que na multissetorialidade exista a participação de atores diversos nas ações, não há, necessariamente, articulação no planejamento, implementação e avaliação das medidas adotadas.

Essa diferença conceitual é reconhecida no art. 8º do Marco Legal da Primeira Infância, ao determinar uma abordagem multi e intersetorial no atendimento dos direitos dos menores de seis anos⁷⁵. No art. 1º do PMPI/AJU, é citado o caráter multissetorial do Plano, além das disposições atinentes à intersetorialidade presentes no art. 3º⁷⁶⁷⁷.

É possível concluir que, se pretende imprimir um caráter multissetorial das medidas direcionadas ao público da primeira infância, mas também, está presente o caráter intersetorial no PMPI/AJU. O plano se apresenta como um modelo de gestão municipal moderno para a execução e organização das políticas sociais destinadas ao público menor de seis anos. Conforme apresentado no decorrer do tópico, possui claros mecanismos de descentralização, intersetorialidade e atuação em rede dos atores envolvidos, gerando grandes expectativas na melhoria dos serviços sociais destinados à primeira infância.

4.2 OS DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PMPI/AJU NO CONTEXTO DA GOVERNANÇA PÚBLICA DAS POLÍTICAS COLABORATIVAS

Da análise do presente estudo, se infere que as alterações normativas trazidas pela CRFB/88 e pelo ECA, com a definição da absoluta prioridade nas ações que versam sobre o interesse das crianças e dos adolescentes, foi fundamental para transformar esse público em sujeito de direitos, e não apenas objeto de direitos. Inclusive, temos o reconhecimento desse

⁷⁵ Decreto nº 13.257/2016 – Art. 8º. O pleno atendimento dos direitos da criança na primeira infância constitui objetivo comum de todos os entes da Federação, segundo as respectivas competências constitucionais e legais, a ser alcançado em regime de colaboração entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Parágrafo único. A União buscará a adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios à abordagem multi e intersetorial no atendimento dos direitos da criança na primeira infância e oferecerá assistência técnica na elaboração de planos estaduais, distrital e municipais para a primeira infância que articulem os diferentes setores (Brasil 2016a).

⁷⁶ PMPI/AJU – Art. 1º. Fica instituído o Plano Municipal pela Primeira Infância em Aracaju – PMPI/AJU, na forma desta Lei, como instrumento multissetorial de planejamento e gestão das políticas públicas voltadas a crianças de 0 (zero) a 6 (seis) anos de idade, com vistas a promoção de seu desenvolvimento integral e à garantia de seus direitos fundamentais (Aracaju, 2025e).

⁷⁷ Aracaju (2025e), op. cit., p. 84.

princípio como norma de eficácia plena, demonstrando a sua necessidade de produzir efeitos imediatos⁷⁸.

Entretanto, para que a absoluta prioridade seja posta em prática, é preciso uma série de ações articuladas, em rede e com caráter intersetorial, além da participação de todos os entes federados, sociedade civil e famílias. Em que pese esse caráter colaborativo, os municípios ficaram com grande parte dos encargos. No que diz respeito à saúde, a Lei nº 8.088/1990 prevê a ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; a conjugação dos recursos financeiros entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios na prestação dos serviços e assistência à saúde; e a prestação, pela Direção Nacional do SUS, de cooperação técnica e financeira aos Estados e Municípios para o aperfeiçoamento de sua atuação institucional (Brasil, 1990b).

É necessário tecer alguns comentários sobre o papel dos municípios no federalismo brasileiro. Pires (1999), ao citar os estudos de Marcus André Barreto Campelo de Melo, apresenta que, somente no início do regime militar os municípios tiveram algum protagonismo, em razão da ideia de desenvolvimento integrado do Ministério do Interior. Durante o governo Geisel, com a recentralização administrativa, o municipalismo ficou deslocado enquanto princípio ordenador de políticas. Isso se manteve até 1985, quando se iniciaram os movimentos pela promulgação de uma nova Constituição.

Com o advento da CRFB/88 e o reconhecimento dos municípios como entes federados autônomos, estes se tornaram a unidade federativa central para a implementação e oferta de políticas públicas, especialmente as de bem-estar social. Dessa forma, cresceram as demandas para uma gestão qualificada ante as novas funções e responsabilidades. Os governos locais ficaram com a atribuição de prestar cuidados básicos de saúde, educação pré-escolar, fundamental e assistência social à população carente, além de funções como desenvolvimento urbano e transporte público local. Estas novas responsabilidades foram acompanhadas pela garantia constitucional de autonomia política, administrativa e financeira (Souza; Grin, 2021).

Feita essa ressalva sobre o papel do município no constitucionalismo brasileiro e a sua importância dentro da descentralização das políticas públicas, trataremos especificamente da governança pública, em especial dos governos locais. Matias Pereira (2014) defende que o Estado existe fundamentalmente para realizar o bem comum. Por sua vez, a Administração

⁷⁸ A classificação da eficácia das normas constitucionais em plena, contida e limitada foi criada por José Afonso da Silva. As de eficácia plena, são aquelas que, desde a entrada em vigor da Constituição, produzem, ou têm possibilidade de produzir, todos os efeitos essenciais, relativamente aos interesses, comportamentos e situações, que o legislador constituinte, direta e normativamente, quis regular (Moraes, 2023).

Pública pode ser aceita como o aparelho de Estado, organizado com a função de executar serviços para satisfazer as necessidades da população. É uma organização com o objetivo de pôr em prática funções políticas e serviços realizados pelo governo ou então um conjunto de atividades destinadas à execução de obras e serviços, comissionados ao governo para o interesse da sociedade.

A governança pública é definida como o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade (Brasil, 2017). Não significa a criação de mais controles e burocracia. Ao contrário, seu objetivo é prover formas de descobrir oportunidades de remover controles desnecessários, que se tornam empecilhos à entrega de resultados, pois seu objetivo é a melhoria do desempenho da organização para a geração de valor (Brasil, 2020).

Para que a boa governança seja obtida e os resultados esperados pela sociedade sejam alcançados, de forma legítima, é necessário a existência de estruturas administrativas (instâncias), processos de trabalho, instrumentos (ferramentas, documentos, etc.), fluxo de informações e comportamento de pessoas envolvidas direta ou indiretamente na avaliação, no direcionamento e no monitoramento da organização. Visando obter a melhoria dos resultados da administração pública no âmbito da União, foi publicado o Decreto nº 9.203/2017, que dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional (Brasil, 2020; Brasil, 2017).

O normativo traz uma série de conceitos, incluindo o de governança pública; princípios; diretrizes; mecanismos para o exercício da governança; a criação do Comitê Interministerial de Governança (CIG), além de outras recomendações. Os princípios estão definidos no art. 3º do Decreto⁷⁹. O primeiro deles, a capacidade de resposta, é definido como a resposta eficiente e eficaz às necessidades das partes interessadas, somadas à capacitação técnica e postura ética e profissional dos agentes públicos; a capacitação e envolvimento dos cidadãos nas decisões públicas, inclusive por meios eletrônicos; e apoio às demais iniciativas do governo eletrônico, como a prestação de serviços multicanal (maior utilização das

⁷⁹ Decreto nº 9.203/2017 – Art. 3º. São princípios da governança pública:

- I - capacidade de resposta;
- II - integridade;
- III - confiabilidade;
- IV - melhoria regulatória;
- V - prestação de contas e responsabilidade; e
- VI – transparência (Brasil, 2017).

ferramentas de tecnologia) para ampliar o alcance, a agilidade e o acesso a serviços públicos e reduzir os custos (Brasil, 2017; Brasil 2020).

O segundo princípio é a integridade, relacionado às ações organizacionais e ao comportamento do agente público. Sugere a adoção de políticas de integridade baseadas em contexto, evidências e riscos, evitando-se programas de conformidade excessivamente rígidos, pois tendem a ser limitados e falham como impedimento ao comportamento antiético. A confiabilidade, por sua vez, representa a capacidade das instituições de minimizar as incertezas para os cidadãos nos ambientes econômico, social e político, se mantendo o mais fiel possível aos objetivos e diretrizes previamente definidos, passando segurança à sociedade em relação a sua atuação e, por fim, mantendo ações consistentes com a sua missão institucional (Brasil, 2017; Brasil, 2020).

O quarto princípio é a melhoria regulatória, representada pelo desenvolvimento e avaliação de políticas e de atos normativos em um processo transparente, baseado em evidências e orientado pela visão de cidadãos e partes diretamente interessadas. Não se trata apenas de uma regulação econômica dos princípios realizada pelas agências reguladoras, sendo mais abrangente inclusive quanto aos aspectos abordados. O quinto, prestação de contas e responsabilidade, ou *accountability*, é a obrigação que têm as pessoas ou entidades às quais se tenham confiado recursos, de assumir as responsabilidades de ordem fiscal, gerencial e programática que lhes foram conferidas, e de informar o cumprimento desses a quem lhes delegou essas responsabilidades (Brasil, 2017; Brasil, 2020).

Por último temos a transparência, compreendida como a possibilidade de a sociedade obter informações atualizadas sobre operações, estruturas, processos decisórios, resultados e desempenho do setor público. Esses dados devem estar, inclusive, na forma de dados abertos, para possibilitar as partes interessadas a obtenção de informações que sejam de seu interesse e não apenas aquelas impostas por disposições de leis ou regulamentos. O TCU apresenta mais um princípio não previsto no Decreto nº 9.203/2017, a equidade e participação, que consiste em promover tratamento justo a todas as partes interessadas, levando em consideração seus direitos, deveres, necessidades, interesses e expectativas (Brasil, 2017; Brasil, 2020).

As diretrizes da governança estão dispostas no art. 4º do Decreto nº 9.203/2017 e estão diretamente relacionadas às características dos princípios⁸⁰. Por fim, no art. 5º, temos os três

⁸⁰ Decreto nº 9.203/2017 - Art. 4. São diretrizes da governança pública:

I - direcionar ações para a busca de resultados para a sociedade, encontrando soluções tempestivas e inovadoras para lidar com a limitação de recursos e com as mudanças de prioridades;
II - promover a simplificação administrativa, a modernização da gestão pública e a integração dos serviços públicos, especialmente aqueles prestados por meio eletrônico;

mecanismos para o exercício da governança pública. Iniciamos com a liderança, que compreende conjunto de práticas de natureza humana ou comportamental exercida nos principais cargos das organizações, para assegurar a existência das condições mínimas para o exercício da boa governança. Essas práticas compreendem a integridade, competência, responsabilidade e motivação (Brasil, 2017).

Em seguida, temos a estratégia, compreendida como a definição de diretrizes, objetivos, planos e ações, além de critérios de priorização e alinhamento entre organizações e partes interessadas, para que os serviços e produtos de responsabilidade da organização alcancem o resultado pretendido. Finalizando, temos o controle, compreendido por processos estruturados para mitigar os possíveis riscos com vistas ao alcance dos objetivos institucionais e para garantir a execução ordenada, ética, econômica, eficiente e eficaz das atividades da organização, com preservação da legalidade e da economicidade no dispêndio de recursos (Brasil, 2017).

Na análise do PMPI/AJU, em relação às disposições gerais e nas metas sobre o eixo saúde, sob a perspectiva dos princípios da governança, chegamos a algumas conclusões importantes. Em relação ao princípio da capacidade de resposta, temos a aderência do Plano ao Marco Legal da Primeira Infância e ao PNIPI, demonstrando uma resposta tempestiva ante a necessidade de se criar políticas direcionadas ao público menor de seis anos (Brasil, 2016b; Brasil 2017; Brasil 2025a; Aracaju, 2025e).

Além disso, nas metas apresentadas no item 3.3 do presente estudo, vemos uma preocupação com medidas preventivas, a exemplo da redução de incidência de cárie; alcance de 90% da cobertura vacinal em crianças de zero a dois anos até 2036; ações do Programa Saúde na Escola (PSE) sobre alimentação saudável, saúde bucal e controle do *aedes aegypti*;

III - monitorar o desempenho e avaliar a concepção, a implementação e os resultados das políticas e das ações prioritárias para assegurar que as diretrizes estratégicas sejam observadas;

IV - articular instituições e coordenar processos para melhorar a integração entre os diferentes níveis e esferas do setor público, com vistas a gerar, preservar e entregar valor público;

V - fazer incorporar padrões elevados de conduta pela alta administração para orientar o comportamento dos agentes públicos, em consonância com as funções e as atribuições de seus órgãos e de suas entidades;

VI - implementar controles internos fundamentados na gestão de risco, que privilegiará ações estratégicas de prevenção antes de processos sancionadores;

VII - avaliar as propostas de criação, expansão ou aperfeiçoamento de políticas públicas e de concessão de incentivos fiscais e aferir, sempre que possível, seus custos e benefícios;

VIII - manter processo decisório orientado pelas evidências, pela conformidade legal, pela qualidade regulatória, pela desburocratização e pelo apoio à participação da sociedade;

IX - editar e revisar atos normativos, pautando-se pelas boas práticas regulatórias e pela legitimidade, estabilidade e coerência do ordenamento jurídico e realizando consultas públicas sempre que conveniente;

X - definir formalmente as funções, as competências e as responsabilidades das estruturas e dos arranjos institucionais; e

XI - promover a comunicação aberta, voluntária e transparente das atividades e dos resultados da organização, de maneira a fortalecer o acesso público à informação (Brasil, 2017).

redução da mortalidade infantil no público alvo em 30% até 2036; aumento da prevalência da amamentação; e prevenção, detecção precoce, assistência e cuidados paliativos do câncer (Brasil 2017; Aracaju, 2025e).

Essas ações tendem a ampliar o alcance dos programas, ampliar o acesso a serviços públicos e reduzir os custos com saúde, ao tratar de ações preventivas. Além disso, tem aderência com o objetivo do Sistema Único de Saúde (SUS) de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, conforme art. 5º da Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990b)⁸¹.

No tocante à confiabilidade, definida como a capacidade das instituições de minimizar as incertezas para os cidadãos temos, além da existência de metas objetivas, a previsão de responsabilidade do Poder Público Municipal pela formulação, coordenação, financiamento e execução das políticas públicas voltadas à primeira infância, conforme parágrafo único do art. 8º⁸². No que diz respeito à melhoria regulatória e necessidade de um processo transparente orientado pela visão dos cidadãos e partes diretamente interessados, temos os fundamentos da participação da criança e da escuta qualificada; e da gestão pública democrática e responsável previsto no art. 3º do PMPI/AJU (Brasil, 2017; Aracaju, 2025e)⁸³.

Dentro dos princípios de prestação de contas e responsabilidade, ou *accountability*, e transparência, temos a previsão de relatórios anuais de monitoramento e avaliação e a sua necessidade de divulgação nos canais de comunicação oficiais da Administração Pública Municipal, observados os princípios da publicidade, transparência e controle social, conforme previsto, respectivamente, no caput art. 7º e em seu §3º⁸⁴. Vemos, assim, que as disposições do PMPI/AJU se apresentam aderentes às boas práticas da governança pública, definidas pelo Governo Federal e por órgãos de controle (Brasil, 2017; Aracaju, 2025e).

Finalizando o tópico, temos que tratar sobre a autonomia financeira dos municípios. Conforme apresentado, a transformação dos municípios em Ente Federado pela CRFB/88 trouxe autonomia política, administrativa e financeira. Junto a ela, também veio a responsabilidade de execução de boa parte das ações relacionadas aos direitos sociais da

⁸¹ Lei nº 8.080/1990 - Art. 5º. São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Brasil, 1990b).

⁸² Aracaju (2025e), op. cit., p. 80.

⁸³ Aracaju (2025e), op. cit., p. 81.

⁸⁴ Aracaju (2025e), op. cit., p. 74.

população, a exemplo da saúde, educação primária, mobilidade e ordenamento urbano, a maioria em caráter colaborativo. Pelas novas regras, coube ao administrador local a efetivação das políticas públicas.

Entretanto, essa autonomia financeira foi limitada, não acompanhando o aumento das atribuições constitucionais, fazendo com que os municípios continuem muito dependentes das receitas de transferência, inclusive os de portes médio e grande. A limitação da autonomia financeira municipal, conjugada às maiores responsabilidades assumidas pelas prefeituras, levou à reação dos municípios, que se organizaram e formaram entidades para defender seus interesses, como a Confederação Nacional dos Municípios (Santos, 2004; Santos, 2011).

Para entendermos esses efeitos nas políticas públicas a cargo dos governos locais, temos que apresentar, de maneira sumarássima, como é feito o repasse de recursos provenientes dos impostos entre os Entes⁸⁵. Os municípios não deverão fazer quaisquer repasses dos impostos de sua competência, mas somente deles participar, como legítimos destinatários (Mailer, 2011). Isso quer dizer que os impostos de competência do município e por eles arrecadados, não são divididos com a União e o Estado. Por sua vez, o do Estado é dividido com os municípios; e o da União com os Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme preconiza os artigos 157 a 165 da CRFB/88 (Brasil, 1966; Brasil, 1988).

Em uma primeira análise, isso pode parecer suficiente para suprir as necessidades orçamentárias do município, mas o problema é mais complexo do que parece. Segundo a Receita Federal, em 2023, de todos os valores arrecadados com tributos no Brasil, apenas 7,21% correspondiam a tributos de competência local. Essa situação era ainda pior em 2014, onde o percentual era de 6,07%. Os Estados, por sua vez, arrecadaram 24,95% do total em 2023, ante 25,47% em 2014; e a União, arrecadou 67,84% em 2023, contra 68,46% em 2014. Mesmo com o aumento do percentual de arrecadação dos municípios, vemos que essa parcela ainda é muito pequena quando comparados aos outros entes e para o excesso de atribuições constitucionais atinentes aos direitos sociais a eles atribuídos (Brasil, 2023a).

Após as transferências intergovernamentais, essa situação melhora um pouco, mas ainda se mostra desfavorável aos governos locais. Estudo da Confederação Nacional de Municípios (CNM), aponta que de 2000 a 2007, a fatia de todos os tributos arrecadados no País direcionados aos municípios ficou em torno de 16,5%. A fatia dos Estados ficou em torno de

⁸⁵ Lei nº 5.172/1966 – Art. 16. Imposto é o tributo cuja obrigação tem por fato gerador uma situação independente de qualquer atividade estatal específica, relativa ao contribuinte (Brasil, 1966). Estes tributos estão sujeitos às regras de repasse entre os entes.

26% e da União 57,5%. Isso demonstra uma disparidade gigantesca entre os Entes, ainda mais quando comparamos as atribuições (CNM, 2008).

Em relação ao sistema de saúde, a Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, define as atribuições da direções nacional, estaduais e municipais do SUS. As nacionais, previstas no art. 16, estão ligadas principalmente à formulação, avaliação e apoio de políticas públicas, ações de coordenação e fiscalização e definição coordenação de sistemas. Aos Estados compete, dentre outras, conforme art. 17, ações complementares aos outros Entes, descentralização para os municípios dos serviços e ações de saúde e prestar apoio técnico e financeiro, em caráter supletivo, aos municípios (Brasil, 1990b).

Aos municípios, ente com menor parcela do orçamento, as ações são muito mais numerosas e demandam grande quantitativo de pessoal e recursos, conforme demonstra o art. 18 da Lei nº 8.088/1990⁸⁶. Isso dificulta, e até inviabiliza, a adoção de políticas públicas destinadas ao cidadão de maneira geral. Situação análoga acontece em outros setores, a exemplo da educação, serviços públicos de interesse local e planejamento urbano (Brasil, 1990b).

Face a esse desequilíbrio entre atribuições e recursos, vemos uma disparidade entre os Entes. As diferenças salariais, estruturais e materiais dos órgãos e entidades da União, dos Estados e dos Municípios é evidente. O comprometimento orçamentário dos municípios com a

⁸⁶ Art. 18. À direção municipal do SUS compete:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saneamento básico; e
 - d) de saneamento básico;
 - e) de saúde do trabalhador;
 - f) de saúde bucal;
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação (Brasil, 1990b).

manutenção da máquina pública local praticamente inviabiliza novos investimentos, aumentando a cada dia a dependência da União e das emendas legislativas. Cortes no orçamento Federal, oriundos, muitas vezes, da má gestão, corrupção ou do excesso de benefícios destinados aos Poderes e órgãos federais, inviabiliza a concretização de políticas públicas.

Por mais que os novos normativos que tratem da proteção do público da primeira infância sejam promissores, é imperativo a transferência de recursos previstos no art. 9º da PNPI⁸⁷. Sem recursos, mesmo o PNPI/AJU se mostrando aderente às boas práticas de governança pública, de intersetorialidade e de transparência pública, conforme será abordado no final deste estudo, as chances das ações se tornarem efetivas e acessíveis aos menores de seis anos reduzem significativamente.

4.3 TRANSPARÊNCIA ATIVA: FUNDAMENTO PARA A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Finalizando o estudo, faremos alguns apontamentos relacionados à transparência ativa e sua importância para o controle popular das ações desempenhadas pelos agentes públicos. Partimos da CRFB/88, que define, no inciso XXXIII do art. 5º, que todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado (Brasil, 1988).

Temos também, no art. 37 da CRFB/88, dentro dos princípios da Administração Pública, a publicidade. O artigo define, em seu §3º, inciso II, a obrigatoriedade da lei em disciplinar o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo. O último dispositivo constitucional que trata do assunto é o §2º do art. 216, sobre a cultura. É definida a obrigação da administração pública, na forma da lei, de realizar a gestão da documentação governamental e as providências para franquear sua consulta a quantos delas necessitarem.

⁸⁷ Decreto 12.574/2025 – Art. 9º. Os Ministérios coordenadores dos eixos estruturantes de que trata o art. 4º deverão assegurar a destinação de recursos, conforme disponibilidade orçamentária e financeira, e o suporte técnico necessário à implementação da PNPI (Brasil, 2025a).

(Brasil, 1988)⁸⁸⁹.

Em uma visão doutrinária, o direito do cidadão de receber informações dos órgãos públicos impõe duas obrigações sobre os governos. Primeiro, existe a necessidade de publicar e disseminar informações essenciais sobre o que os diferentes órgãos públicos estão fazendo. Segundo, os governos têm a obrigação de receber do cidadão pedidos de informação e respondê-los, disponibilizando os dados solicitados e permitindo que o público tenha acesso aos documentos originais indicados ou receba cópias dos mesmos (Martins, 2011).

O princípio da publicidade administrativa é um direito fundamental do cidadão e indissociável do princípio democrático. Possui um substrato positivo, a partir do dever estatal de promover amplo e livre acesso à informação, e um substrato negativo, ao ressaltar o acesso a dados e informações que afetem à segurança da sociedade e do Estado e o direito à intimidade. Deste direito, surgem quatro vertentes: i) o direito de conhecer todos os expedientes e motivos referentes à ação administrativa; ii) garantia frente ao processo de produção de decisões administrativas, possibilitando a ampla defesa; iii) direito subjetivo de acesso aos arquivos e registros públicos, em decorrência direta do princípio democrático; e iv) direito de exigir do Estado ações positivas para possibilitar a visibilidade, cognoscibilidade, e controle das ações administrativas (Motta, 2007).

Por outro lado, temos de diferenciar publicidade e transparência. Motta (2007), ao citar as lições de Wallace Paiva Martins Júnior e Marcos Juruena Vilella Souto, indica que o princípio da transparência administrativa é composto pelos subprincípios da publicidade, da motivação e da participação popular na gestão administrativa, estando relacionados diretamente com a ideia de Estado Democrático de Direito. O verdadeiro controle visível ou transparente se dá quando se revela a intimidade das autoridades investidas de poder, naquilo que se refere ao exercício desse poder. O exercício de uma função pública, voltada para o público, deve permitir o seu constante acompanhamento, sem que o direito de intimidade, inegável aos indivíduos, especialmente contra o próprio Estado, possa ser alegado para afastar esses controles.

⁸⁸ CRFB/88 - Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

§ 3º A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente:

II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII (Brasil, 1988).

⁸⁹ CRFB/88 – Art. 216. Constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem:

§ 2º Cabem à administração pública, na forma da lei, a gestão da documentação governamental e as providências para franquear sua consulta a quantos dela necessitem (Brasil, 1988).

Ao conciliar doutrina com a legislação, temos a Lei nº 11.111/2005, que versava sobre o direito de receber informações de interesse particular, coletivo ou geral dos órgãos públicos da administração federal. O normativo era simples e apresentava apenas a limitação de acesso a documentos sigilosos; a necessidade de instituição da Comissão de Averiguação e Análise de Informações Sigilosas, responsável por decidir sobre a aplicação da ressalva ao acesso de documentos; e a necessidade dos Poderes, MPU e TCU de disciplinarem internamente sobre a necessidade de manutenção da proteção das informações por eles produzidas. A classificação dos documentos sigilosos e a definição das autoridades competentes para fazê-lo, por sua vez, era disciplinada pelo Decreto nº 4.553/2002 (Brasil, 2002; Brasil, 2005).

A Lei de Acesso a Informações – LAI (Lei nº 12.527/2011), revogou a Lei nº 11.111/2005, criando um normativo robusto, adaptado às novas tecnologias digitais, com regramentos claros sobre as ações a serem adotadas pela Administração Pública em relação à transparência ativa e passiva. As suas definições passaram a valer para todos os órgãos, poderes e entidades privadas sem fins lucrativos que recebam recursos públicos para a realização de ações de interesse público, da administração direta e indireta da União, Estados, Distrito Federal e Municípios (Brasil/2011)⁹⁰.

Apresentou uma série de diretrizes e conceitos para o cumprimento de suas disposições, além dos procedimentos de acesso, hipóteses de limitação de conteúdo e mecanismos e prazos para recursos. Desta maneira, definições objetivas sobre a classificação de informações quanto ao grau e prazo de sigilo (ultrassecreta, secreta e reservada), informando em quais situações estas poderiam ser consideradas imprescindíveis à segurança do Estado e da sociedade e outras situações de limitação de acesso; além das autoridades responsáveis pela sua classificação. Por fim, apresentou condutas ilícitas que ensejam responsabilidade aos agentes públicos, civis e militares, e as sanções previstas (Brasil, 2011)⁹¹.

⁹⁰ A transparência ativa ocorre quando há disponibilização da informação de maneira espontânea (proativa). É o que ocorre, por exemplo, com a divulgação de informações na Internet, de modo que qualquer interessado possa acessá-las diretamente. A transparência passiva, por outro lado, depende de uma solicitação do cidadão. Ela ocorre por meio dos pedidos de acesso à informação. Desse modo, o órgão ou entidade deve se mobilizar no sentido de oferecer uma resposta à demanda (Brasília, 2026).

⁹¹ Lei 12.527/2011 - Art. 24. A informação em poder dos órgãos e entidades públicas, observado o seu teor e em razão de sua imprescindibilidade à segurança da sociedade ou do Estado, poderá ser classificada como ultrassecreta, secreta ou reservada.

§ 1º Os prazos máximos de restrição de acesso à informação, conforme a classificação prevista no caput, vigoram a partir da data de sua produção e são os seguintes:

I - ultrassecreta: 25 (vinte e cinco) anos;

II - secreta: 15 (quinze) anos; e

III - reservada: 5 (cinco) anos.

§ 2º As informações que puderem colocar em risco a segurança do Presidente e Vice-Presidente da República e respectivos cônjuges e filhos(as) serão classificadas como reservadas e ficarão sob sigilo até o término do mandato em exercício ou do último mandato, em caso de reeleição.

Por fim, temos a Lei Complementar nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. As suas disposições são definidas para toda a Administração Pública direta e indireta. Apresenta regras sobre a formulação da Lei de Diretrizes Orçamentárias; da Lei Orçamentária Anual; da execução orçamentária e cumprimento das metas; das receitas e despesas públicas; das transferências voluntárias; da destinação dos recursos públicos para o setor privado; da dívida e do endividamento; e da transparência, controle e fiscalização (Brasil, 2000).

Da mesma forma, define que os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias; as prestações de contas e o respectivo parecer prévio; o Relatório Resumido da Execução Orçamentária e o Relatório de Gestão Fiscal; e as versões simplificadas desses documentos, todos instrumentos de transparência, deverão ter ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público (Brasil, 2000).

Apresenta, até este momento, que a transparência será assegurada mediante o incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos; liberação ao pleno conhecimento e acompanhamento da sociedade, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira, em meios eletrônicos de acesso público; adoção de sistema integrado de administração financeira e controle; e divulgação no Portal de Transparência, em formato aberto e padronizado, de dados atualizados sobre benefícios de natureza tributária, financeira e creditícia concedidos (Brasil, 2000).

Transportando essas definições sobre publicidade e transparência para os principais normativos que tratam da primeira infância, temos a previsão, no art. 11 do Marco Legal da Primeira Infância, que as políticas públicas terão, necessariamente, componentes de monitoramento e coleta sistemática de dados, avaliação periódica dos elementos que constituem a oferta dos serviços à criança e divulgação dos seus resultados.

A PNPI, por sua vez, traz como uma de suas diretrizes o fortalecimento do planejamento, do monitoramento e da avaliação como ferramentas centrais para a execução e o

§ 3º Alternativamente aos prazos previstos no § 1º, poderá ser estabelecida como termo final de restrição de acesso a ocorrência de determinado evento, desde que este ocorra antes do transcurso do prazo máximo de classificação.

§ 4º Transcorrido o prazo de classificação ou consumado o evento que defina o seu termo final, a informação tornar-se-á, automaticamente, de acesso público.

§ 5º Para a classificação da informação em determinado grau de sigilo, deverá ser observado o interesse público da informação e utilizado o critério menos restritivo possível, considerados:

I - a gravidade do risco ou dano à segurança da sociedade e do Estado; e

II - o prazo máximo de restrição de acesso ou o evento que defina seu termo final (Brasil, 2011).

aprimoramento contínuo da Política. Dentre os objetivos, temos a obrigatoriedade de coletar, integrar gradualmente e manter atualizados os dados e as informações das políticas públicas setoriais relativas à criança e a seus responsáveis legais e, por último, foi instituída a Estratégia de Monitoramento e Avaliação da PNPI (Brasil, 2016a; Brasil, 2025a)⁹².

Em relação ao PMPI/AJU, temos o art. 6º, que define o monitoramento e a avaliação periódica do Plano, além da obrigatoriedade da elaboração de relatórios anuais de monitoramento e avaliação pela Comissão de Monitoramento do CMDCA, conforme o art. 7º. Esses documentos devem ser elaborados de forma articulada pelos órgãos responsáveis pela execução do Plano e divulgados pelos canais oficiais da Administração Pública Municipal (Aracaju, 2025a)⁹³⁹⁴.

Em resumo, se verifica que a publicidade e a transparência são princípios basilares do Estado Democrático de Direito. Conforme demonstrado, se constata que os normativos que versam sobre a primeira infância, em âmbito nacional e municipal, possuem a exigência

⁹² Decreto nº 12.574/2025 - Art. 5º. Fica instituída a Estratégia de Monitoramento e Avaliação da PNPI, com os objetivos de:

I - assegurar o monitoramento e a avaliação da execução das ações e dos resultados alcançados na implementação do plano de ação estratégico da PNPI; e

II - assegurar a definição de métricas e a consolidação de indicadores para mensurar a evolução dos padrões de desenvolvimento integral da criança na primeira infância.

§ 1º O monitoramento e a avaliação de que trata o inciso I do caput serão realizados por meio da:

I - definição dos indicadores de monitoramento relativos à execução de ações para cada eixo estruturante da PNPI;

II - coordenação da coleta, da sistematização e da divulgação de informações periódicas relativas à execução das ações de cada eixo estruturante da PNPI;

III - coordenação da coleta, da sistematização e da divulgação de informações periódicas relativas ao alcance dos resultados e das metas previstas no plano de ação estratégico da PNPI; e

IV - consolidação de relatórios periódicos, com a sistematização dos avanços e dos desafios para a implementação das ações necessárias à consecução das metas e dos objetivos do plano de ação estratégico da PNPI.

§ 2º A definição de métricas e a consolidação de indicadores de que trata o inciso II do caput serão realizadas mediante definição do conjunto mínimo de dados para o acompanhamento do desenvolvimento integral da primeira infância e da criação de indicador nacional sintético para seu monitoramento periódico.

§ 3º Os Ministérios que integram a PNPI poderão, no âmbito de suas competências, estabelecer norma específica com o conjunto mínimo de dados para sua área setorial, sem prejuízo do disposto no § 2º, assegurada a integração das informações.

§ 4º O indicador nacional sintético de desenvolvimento da primeira infância, de que trata o § 2º, será composto, no mínimo, por métricas e indicadores referentes à pobreza, à nutrição, à educação, à saúde e à proteção social das crianças.

§ 5º Os dados de monitoramento e de avaliação serão divulgados de forma desagregada, consideradas, sempre que possível, as dimensões étnico-racial, de deficiência, socioeconômica e regional, por ente federativo da população de primeira infância no País, nos termos do disposto na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

§ 6º O tratamento de dados pessoais relacionados a crianças, no âmbito da PNPI, deverá observar as disposições da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e as orientações constantes do Decreto nº 10.046, de 9 de outubro de 2019 (Brasil, 2025a).

⁹³ PMPI/AJU – Art. 6º. A implementação do Plano Municipal de que trata esta Lei deve ser objeto de monitoramento e avaliação periódica, com vistas a aferição do cumprimento das metas e ao aperfeiçoamento contínuo das estratégias adotadas (Aracaju, 2025a).

⁹⁴ Aracaju (2025e), op. cit., p. 74.

indubitável de da criação de mecanismos de monitoramento, análise e difusão de dados à população, para que tenham aderência às boas práticas relacionadas da transparência ativa, o que possibilitará o controle das ações e resultados obtidos com a implementação dos planos e ações executadas a nível local.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da pesquisa é analisar a concretização do direito à saúde em Aracaju-SE, com fundamento na legislação vigente e nas políticas públicas específicas para à primeira infância. Para atingir esse objetivo foi realizada, inicialmente, uma pesquisa sobre os fundamentos constitucionais, infraconstitucionais e internacionais que amparam o direito à saúde infantil. Apresentamos a evolução dos princípios da absoluta prioridade e da proteção integral no ordenamento jurídico brasileiro; os princípios da bioética sob a perspectiva das crianças.

Constata-se que a definição, na CRFB/88, da absoluta prioridade como princípio das ações destinadas às crianças e adolescentes e a adoção da doutrina da proteção integral pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) decorre do amadurecimento do processo constituinte. Essa mudança da ordem jurídica brasileira alinhada aos princípios do Estado Democrático de Direito, mudou a mentalidade da doutrina da situação irregular para o critério principiológico da proteção integral.

A nova perspectiva impõe à família, à sociedade e ao Estado o dever jurídico de assegurar às crianças e aos adolescentes o respeito a todos os direitos fundamentais inerentes à sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, tendo como objetivo superar o paradigma assistencialista e repressivo que existia anteriormente. A absoluta prioridade também se firmou como uma das bases da dignidade da pessoa humano para o público infanto-juvenil.

Sobre a bioética, permite compreender que as práticas tradicionais partem, em regra, do indivíduo adulto, autônomo e plenamente capaz como sujeito de decisões morais. Já a bioética no contexto infantil parte do reconhecimento de que a criança não pode ser concebida como mero instrumento de preparação para a vida adulta, mas como sujeito que vivencia um tempo presente dotado de valor próprio, com necessidades específicas que demandam tutela jurídica delineadas à luz das suas particularidades.

Por essa razão, ela se projeta como um campo normativo e prático essencial para a concretização dos direitos da criança, em especial para a primeira infância. Isso faz com que ela deixe de ser apenas um campo reflexivo e passe a desempenhar função normativa relevante, orientando a interpretação e a concretização dos direitos fundamentais e sociais, em especial na seara do direito à saúde.

Para analisar a conformidade das políticas públicas e normativos municipais com foco no direito à saúde na primeira infância, se estruturou a análise, a partir dos mais importantes normativos federais relacionados aos direitos dos menores de seis anos, com enfoque nas disposições que tratavam sobre a saúde. O primeiro foi a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), publicada em 2015 pelo Ministério da Saúde. A PNAISC tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança, com especial atenção à primeira infância e as populações de maior vulnerabilidade, além de buscar um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Foi reconhecida na PNAISC, que promover a integralidade no cuidado da criança era um ato de alta complexidade, que necessitaria de ações articuladas em todos os níveis para a implementação em todas as esferas de ação do SUS. À época, inclusive, foi mencionado que o Brasil havia firmado compromissos internacionais, dentre eles as metas 4 e 5 do desenvolvimento do milênio (reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna). A par disso, já em 2015, o planejamento e o desenvolvimento de ações humanizadas e qualificadas já eram um dever dos entes públicos.

A seguir, apresentamos o Marco Legal da Primeira Infância, lei de 2016, que ampliou a densidade normativa do direito à saúde ao estabelecer princípios e diretrizes para políticas públicas voltadas às crianças de zero a seis anos. Essa legislação evidencia que a saúde da criança deve ser tratada de forma intersetorial, englobando aspectos de nutrição, educação, convivência familiar e comunitária, além de ações de proteção contra violência e negligência.

Ao reconhecer a importância da primeira infância como fase crítica para o desenvolvimento humano, o marco legal fortalece a ideia de que o direito à saúde deve ser promovido de maneira integral e preventiva, em conformidade com o texto constitucional e por todos os entes federativos. Novamente, a legislação vem reafirmar o dever de se estabelecer políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância que atendam às especificidades desta faixa etária para garantir o seu desenvolvimento integral.

Por último, apresentamos a Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIFI). Mais uma vez, se destaca a finalidade de estabelecer coordenação integrada das políticas setoriais destinadas ao público alvo, em articulação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Também foram previstas ações que respeitem à primeira infância em sua diversidade e considere as características socioeconômicas, territoriais e regionais, étnico-raciais, de gênero e de deficiência.

Listamos também os principais normativos locais sobre a temática emanados do Poder Legislativo Municipal de Aracaju. Destaca-se a Lei nº 2.520/97, que dispõe sobre a Política

Municipal de Atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente, por se a referência para todos os normativos que versam sobre a temática no município, demonstrando um papel semelhante ao ECA dentro da ordem jurídica local. A lei possibilitou a parceria intermunicipal com entidades privadas para o atendimento regionalizado dos programas e serviços socioeducativos ou de proteção e serviços especiais; alterou disposições do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Aracaju (CMDCA), incluindo seu regimento interno; e fez alterações no Conselho Tutelar.

Em seguida, temos o Decreto nº 3.297/2010 que, além de trazer importantes mudanças no Regimento Interno do CMDCA, foi o primeiro normativo municipal a versar sobre direito da criança e adolescente ao apresentar, em seu art. 2º, a prioridade absoluta como princípio legal que rege a temática. Outro normativo importante foi o Decreto nº 5.580/2017, que instituiu o Comitê Gestor Intersetorial de Políticas para a Primeira Infância em Aracaju e o Programa Criança Feliz, no âmbito da Secretaria Municipal da Família e Assistência Social (SEMFAS), com a finalidade de planejar e articular ações necessárias para alcançar os objetivos dos Programas de Primeira Infância. Foi o primeiro normativo localizado na pesquisa a apresentar disposições específicas aos menores de seis anos, demonstrando uma mudança do pensamento voltado à doutrina da situação irregular para a doutrina da proteção integral prevista na CRFB/88 e no ECA.

Em 2021 foi expedido o Decreto nº 6.621/2021, que designou membros para o Grupo de Trabalho Intersetorial responsável pela elaboração do Plano Municipal da Primeira Infância de Aracaju (PMPI) e, em 2024, entrou em vigor a Lei nº 5.869, que instituiu o mês de agosto como o mês da primeira infância em Aracaju. Além do simbolismo, foi definida, dentre outras, a realização de ações integradas no âmbito do município para amplo conhecimento do significado da primeira infância; respeito às especificidades das crianças menores de seis anos; disseminação na importância de investimentos ao público alvo e iniciativa dos Poderes municipais e sociedade civil relacionadas à temática. Há também previsão de prioridade por parte da Câmara Municipal, em agosto, na discussão e votação de proposições legislativas que, de forma direta ou indireta, beneficiem as crianças nessa faixa etária.

No mesmo ano foi sancionada a Lei nº 5.975, que dispõe sobre princípios e diretrizes para a elaboração e implementação das políticas públicas voltadas à primeira infância, no âmbito do município de Aracaju. O normativo foi o último passo antes da aprovação do PMPI/AJU. Dentre os princípios, se destaca o desenvolvimento integral, abrangendo todos os aspectos da personalidade; participação da criança na definição das ações que lhe dizem respeito de acordo com o estágio de desenvolvimento e as formas de expressão próprias da

idade; e prioridade do investimento público na promoção da justiça social, da equidade e da inclusão sem discriminação da criança, para que se garanta isonomia ao acesso de bens e serviços.

Finalizando a análise legislativa dos normativos municipais, apresentamos a Lei da Primeira Infância, sancionada em 10 dez. 2025, a partir do Projeto de Lei nº 443/2025, e que contempla o Plano Municipal da Primeira Infância de Aracaju (PMPI/AJU). O documento, elaborado por especialistas de diversas áreas, engloba seis eixos estratégicos: Educação, Desenvolvimento e Cultura Lúdica na Primeira Infância; Saúde Integral e Inclusão para o Desenvolvimento Pleno; Assistência Social, Cuidado e Garantia de Direitos na Primeira Infância; Segurança, Proteção e Cidadania; Habitação, Ambiente Urbano, Esporte, Cultura e Lazer; e Planejamento, Coordenação e Avaliação de Resultados.

Com a propositura do plano, o município deu um importante passo na concretização do direito à saúde na perspectiva da primeira infância. O PMPI/AJU é um reconhecimento do ente federativo da legislação vigente e, assim, consolida o tema como um problema público a ser enfrentando, ao prever a necessidade de se pensar, planejar e executar ações específicas e especializadas ao público infantil. O PMPI/AJU é um normativo que demonstra grande aderência do Poder Público Municipal às disposições do Marco Legal da Primeira Infância e da PNPI, saindo do caráter focado em ações da doutrina da situação irregular e iniciando uma nova fase legislativa que busca efetivar proteção integral com absoluta prioridade.

Partindo da análise dos Planos Municipais de Saúde (PMS), de 2018 a 2021 e de 2022 a 2025, com o objetivo de se verificar a existência de programas específicos para o público para a primeira infância em âmbito local. Podemos inferir que, nesse lastro temporal de 2018 a 2025, a prioridade na formulação da política pública para a primeira infância não foi objeto de destaque da agenda pública municipal, havendo apenas ações esparsas em relação à saúde.

Encerra-se o estudo na busca de verificar os caminhos para a concretização do direito à saúde infantil na primeira infância. Para isso, discorre sobre a importância da intersetorialidade e seu papel nas políticas públicas na primeira infância, chegando à conclusão de que o PMPI/AJU se apresenta como um modelo de gestão municipal moderno para a execução e organização dos programas, projetos e ações. Nota-se um movimento em prol de mecanismos de descentralização, intersetorialidade e atuação em rede dos atores envolvidos, o que suscita grandes expectativas na melhoria dos serviços destinados à primeira infância.

No que diz respeito aos desafios da implementação do PMPI/AJU no contexto da governança pública das políticas colaborativas, foram encontrados diversos dispositivos de capacidade de resposta, integridade, melhoria regulatória, prestação de contas e

responsabilidade e transparência. Entretanto, o desequilíbrio enfrentado pelos municípios entre as atribuições previstas e os recursos do orçamento local, tendem a inviabilizar novos investimentos e aumenta a dependência da União e, consequentemente, das emendas legislativas. Por mais que o PMPI/AJU seja um normativo moderno e promissor, a falta de recursos pode reduzir significativamente a implementação e execução dos projetos e ações.

A publicidade e a transparência são princípios basilares do Estado Democrático de Direito. Restou evidente que os normativos que versam sobre a primeira infância, em âmbito nacional e municipal, determinam a estruturação de mecanismos de monitoramento, análise e difusão de dados gerados diretamente das ações específicas para a primeira infância. Os dados devem ser captados e individualizados pela temática específica, o que configura aderência às boas práticas relacionadas da transparência ativa na perspectiva da legislação temática sobre o tema. Desta forma, se consolida o controle das ações e resultados obtidos com os planos e ações executadas a nível local.

Podemos inferir que o município de Aracaju não possui, até o momento, ações e planos abrangentes para a primeira infância, com diagnóstico, planejamento e estrutura consolidada de uma linha de cuidado no eixo saúde e bem estar estruturada em rede intersetorial. Nota-se que as ações são esparsas e o atendimento segue, basicamente, as mesmas dinâmicas do atendimento geral. Entretanto, as disposições do PMPI/AJU são promissoras para mudar esse panorama, mas dependem, principalmente, da transferência de recursos do Estado e da União para execução do programa aprovado como política pública municipal para a primeira infância.

Conclui-se, que sob o solo da primeira infância ocorre a formação do ser. Ao negligenciar esse período tão singular é condicionar o indivíduo a um futuro que não contemple as suas máximas possibilidade. A proteção e o cuidado na primeira infância devem ser vistos não apenas na frieza da lei e da burocracia, mas sim sob a ótica do desenvolvimento e da busca por uma sociedade mais fraterna, justa e igualitária.

REFERÊNCIAS

- ACNUDH. Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. **Conclusões sobre o Brasil (5 jun. 2025)**. ACNUDH, Genebra, 2025. Disponível em: <https://acnudh.org/pt-br/comite-de-direitos-da-crianca-da-onu-publica-conclusoes-sobre-o-brasil>. Acesso em: 13 jul. 2025.
- AGENDA 227 (2024). **Prioridade Absoluta nas Eleições 2024**: Diretrizes para uma gestão municipal comprometida com a infância e a adolescência. Disponível em: https://agenda227.org.br/wp-content/uploads/2024/05/Diretrizes_16mai2024-Grafica-16p.pdf. Acesso em: 15 jan. 2026.
- AGENDA 227 (2026). **Quem somos**. Disponível em: <https://agenda227.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 15 jan. 2026.
- AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. **Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão**. Revista Agenda Política | Vol.3 – n.2 – julho/dezembro – 2015 | ISSN: 2318-8499. Disponível em: <https://www.agendapolitica.ufscar.br/index.php/agendapolitica/issue/view/7>. Acesso em: 06 jan. 2026.
- ALMEIDA, Eloísa Machado de; BARBOSA, Ana Laura Pereira; FERRARO, Luíza Pavan. **A prioridade absoluta dos direitos de crianças e adolescentes nas cortes superiores brasileiras** (2022). Disponível em: <https://alana.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Prioridade-Absoluta-Cortes-Superiores.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2026.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de; ...; CASSOTI, Elisete. **Transição entre Atenção Primária e Especializada no acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica**: acesso restrito e cuidados descontínuos. São Paulo: Saúde e Sociedade, v. 33, e230947, (2024). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PjB3pGFqKY85PbMwZbjRdRF/>. Acesso em: 20 maio 2025.
- AMARAL, Sérgio Henrique do; GONDINHO, Brunna Verna Castro. **A saúde suplementar e sua atuação junto ao Sistema Único de Saúde**: uma revisão integrativa. São Paulo: Universidade de São Paulo, (2025). Disponível em: <https://ecopolsaude.com.br/wp-content/uploads/2025/05/12-TCC-Sergio-Amaral-1.pdf>. Acesso em: 17 set. 2025.
- ANDREOSI, C. A. C. **Aplicação do mapeamento de fluxo de valor (MFV) no processo de liberação de leitos**: um estudo de caso em um nosocômio com atendimento de urgência e emergência. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Ouro Preto: Universidade Federal do Ouro Preto, 2018. Disponível em: <https://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/1018>.
- ARACAJU. **Aracaju apresenta Plano Municipal de Saúde para os próximos quatro anos**. Aracaju, SE: Prefeitura Municipal: 2025f. Disponível em: https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/113848/aracaju_apresenta_plano_municipal_de_saude_para_os_proximos_quatro_anos.html. Acesso em: 17 jan. 2026.

ARACAJU. Câmara Municipal, 2025d. **Câmara aprova 24 emendas ao Plano Municipal da Primeira Infância de Aracaju**. Disponível em:

<https://www.aracaju.se.leg.br/institucional/noticias/camara-aprova-24-emendas-ao-plano-municipal-da-primeira-infancia-de-aracaju>. Acesso em: 15 jan. 2026.

ARACAJU. **Com programa saúde na escola, prefeitura assegura 13 eixos recomendados pelo Ministério da Saúde**. Aracaju, SE: Prefeitura de Aracaju, (2024a). Disponível em:

https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/105455/com_programa_saude_na_escola,_prefeitura_a_ssegura_13_eixos_recomendados_pelo_ministerio_da_saude.html. Acesso em: 27 out. 2025.

ARACAJU. **Decreto nº 3.297**, de 24 de novembro de 2010. Homologa resolução nº 50 do conselho municipal dos direitos da criança e do adolescente – CMDCA. Disponível em:

<https://leis.org/municipais/se/aracaju/lei/decreto/2010/3297/decreto-n-3297-2010-homologa-resolucao-n%C2%BA-50-do-conselho-municipal-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-cmdca>. Acesso em: 12 jan. 2026.

ARACAJU. **Decreto nº 5.580**, de 20 de outubro de 2017. Institui o Comitê Gestor Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância em Aracaju e o Programa Criança Feliz, e dá outras providências. Aracaju, SE: (2017a). Disponível em:

<https://leis.org/municipais/se/aracaju/lei/decreto/2017/5580/decreto-n-5580-2017-institui-o-comite-gestor-intersectorial-de-politicas-publicas-para-a-primeira-infancia-em-aracaju-e-o-programa-crianca-feliz-e-da-outras-providencias?termo=MARCO%20LEGAL%20DA%20PRIMEIRA%20INF%C3%82NCIA>. Acesso em: 12 jan. 2026.

ARACAJU. **Decreto nº 6.621**, de 29 de novembro de 2021. Designa Membros para o Grupo de Trabalho Intersetorial responsável pela elaboração do Plano Municipal da Primeira Infância de Aracaju, e dá providências correlatas. Aracaju, SE: 2021b. Disponível em:

<https://leis.org/municipais/se/aracaju/lei/decreto/2021/6621/decreto-n-6621-2021-designa-membros-para-o-grupo-de-trabalho-intersectorial-responsavel-pela-elaboracao-do-plano-municipal-da-primeira-infancia-de-aracaju-e-da-providencias-correlatas?termo=PRIMEIRA%20INF%C3%82NCIA>. Acesso em: 12 jan. 2026.

ARACAJU. **Edital de Chamamento Público nº 01/2024 do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Aracaju, SE: Prefeitura Municipal (2024d).

Disponível em:

https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/pdf/2024/cmdca/EDITAL_01_2024_CMDCA_atual_1_2024_aprovado_minuta_1_.pdf. Acesso em 12 jan. 2026.

ARACAJU. **EMEF Olavo Bilac recebe pais de alunos para roda de conversa sobre paternidade**. Aracaju, SE: Prefeitura de Aracaju. Disponível em:

https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/111915/emef_olavo_bilac_recebe_pais_de_alunos_par_a_roda_de_conversa_sobre_paternidade.html. Acesso em: 16 ago. 2025.

ARACAJU. **Lei nº 1.764**, de 03 de dezembro de 1991. Dispõe sobre a política municipal de atendimento dos direitos da criança e do adolescente e dá outras providências. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a/se/a/aracaju/lei-ordinaria/1991/177/1764/lei-ordinaria-n-1764-1991-dispoe-sobre-a-politica-municipal-de-atendimento-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-e-da-outras-providencias?q=1764>. Acesso em: 12 jan. 2026.

ARACAJU. **Lei nº 2.520**, de 27 de agosto de 1997. Altera a redação da Lei nº 1.764, de 03 de dezembro de 1991, que dispõe sobre a Política Municipal de Atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:

<https://leis.org/municipais/se/aracaju/lei/lei-ordinaria/2005/3320/lei-ordinaria-n-3320-2005-altera-os-artigos-9%C2%BA-e-12-da-lei-n%C2%BA-2520-97-e-da-outras-providencias>.

Acesso em: 12 jan. 2026.

ARACAJU. **Lei nº 4.644**, de 22 de maio de 2015. Institui o regime jurídico da função pública de Conselheiro Tutelar dos Direitos da Criança e do Adolescente do Município de Aracaju, e dá providências correlatas. Disponível em: <https://leis.org/municipais/se/aracaju/lei/lei-ordinaria/2015/4644/lei-ordinaria-n-4644-2015-institui-o-regime-juridico-da-funcao-publica-de-conselheiro-tutelar-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-do-municipio-de-aracaju-e-da-providencias-correlatas>.

Acesso em: 12 jan. 2026.

ARACAJU. **Lei nº 5.975**, de 13 de junho de 2024. Aracaju, SE: 2024c. Dispõe sobre princípios e diretrizes para a elaboração e implementação das políticas públicas voltadas à primeira infância, no âmbito do município de Aracaju, e dá providências correlatas.

Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/se/a/aracaju/lei-ordinaria/2024/598/5975/lei-ordinaria-n-5975-2024-dispoe-sobre-principios-e-diretrizes-para-a-elaboracao-e-implementacao-das-politicas-publicas-voltadas-a-primeira-infancia-no-ambito-do-municipio-de-aracaju-e-da-providencias-correlatas?q=plano+municipal+da+primeira+inf%C3%A2ncia>.

Acesso em 10 jan. 2026.

ARACAJU. **Lei Ordinária nº 5.869**, de 06 de fevereiro de 2024. Aracaju, SE: 2024b. Institui o mês de agosto como o Mês da Primeira Infância, no âmbito do Município de Aracaju, e dá providências correlatas. Disponível em: <https://leis.org/municipais/se/aracaju/lei/lei-ordinaria/2024/5869/lei-ordinaria-n-5869-2024-institui-o-mes-de-agosto-como-o-mes-da-primeira-infancia-no-ambito-do-municipio-de-aracaju-e-da-providencias-correlatas?termo=5869>.

Acesso em: 12 jan. 2026.

ARACAJU. **Portaria nº 109/2017**, de 13 de setembro de 2017. Estabelece o Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Prefeitura Municipal de Aracaju: 2017b. Disponível em:

https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/pdf/2020/saude/27_01_2020-Versao-ADEQUADA-do-PMS-Final-PMS-2018-2021.pdf. Acesso em: 14 jan. 2026.

ARACAJU. **Prefeita Emília Corrêa sanciona Lei da Primeira Infância em Aracaju**.

Aracaju, SE: Prefeitura de Aracaju, 2025d. Disponível em:

<https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/114575/prefeita-emilia-correa-sanciona-lei-da-primeira-infancia-em-aracaju.html#:~:text=Em%20rela%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20educa%C3%A7%C3%A3o%2C%20o,o%20car%C3%A1ter%20hist%C3%B3rico%20da%20san%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 10 jan. 2025.

ARACAJU. **Prefeitura de Aracaju avança na elaboração do Plano Municipal da Primeira Infância**. Aracaju, SE: Prefeitura de Aracaju, (2025b). Disponível em:

<https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/112596/prefeitura-de-aracaju-avanca-na-elaboracao-do-plano-municipal-da-primeira-infancia.html>. Acesso em 10 jan. 2025.

ARACAJU. **Prefeitura de Aracaju envia Plano Municipal pela Primeira Infância para a Câmara de Vereadores**. Aracaju, SE: Prefeitura de Aracaju, (2025c). Disponível em:

https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/113636/prefeitura_de_aracaju_envia_plano_municipal_pela_primeira_infancia_para_a_camara_de_vereadores.html. Acesso em: 10 jan. 2026.

ARACAJU. Prefeitura Municipal. **Mensagem nº 029/2025, de 13 de outubro de 2025.** Proposição do Projeto de Lei que institui o Plano Municipal pela Primeira Infância – PMPI/AJU, e dá providências correlatas. Aracaju, SE: Prefeitura de Aracaju, 2025e.

ARACAJU. **Prestação de Contas Anual:** Município de Aracaju. Aracaju, SE: Prefeitura de Aracaju (2024e). Disponível em: https://transparencia.aracaju.se.gov.br/prefeitura/wp-content/uploads/relatorios_gestao/Relatorio_de_Gestao_2024.pdf. Acesso em 17 jan. 2026.

ARACAJU. **Programa criança feliz entrega kits socioeducativos a usuários do CRAS Santa Maria.** Aracaju, SE: Prefeitura de Aracaju (2021a). Disponível em: https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/89264/programa_crianca_feliz_entrega_kits_socioeducativos_a_usuarios_do_cras_santa_maria.html. Acesso em: 27 out. 2025.

ARACAJU. Saúde na escola: Aracaju amplia cobertura do programa para 130 instituições. Aracaju, SE: Prefeitura de Aracaju, (2025a). Disponível em: https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/109085/saude_na_escola_aracaju_amplia_cobertura_do_programa_para_130_instituicoes.html#:~:text=A%20Prefeitura%20de%20Aracaju%2C%20por%20meio%20das,fazem%20parte%20da%20iniciativa%2C%20incluindo%20100%25%20da. Acesso em: 28 out. 2025.

ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde (2022). **Plano Municipal de Saúde 2022-2025.** Disponível em: https://transparencia.aracaju.se.gov.br/wp-content/uploads/saude/PMS_2022_2025.pdf. Acesso em: 14 jan. 2026.

ASTOLPHO, Monique Pio; OKIDO, Aline Cristina Cavicchioli; LIMA, Regina Aparecida Garcia. Rede de cuidados a crianças com necessidades especiais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 213-219, (2014). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nNLgzDQw7KQx3vVqtx8yzSF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2025.

AVELAR, Mariana Rossi; MALFITANO, Ana Paula Serrato. **A proposição de articulação em rede para atenção pública a crianças e adolescentes.** São João del-Rei: Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 15, n. 2, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v15n2/10.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2025.

BOCHI, Camila Souza; MAGALHÃES, Aline Lima Pestana; COSTA, Diovane Ghignatti da; GELBCKE, Francine Lima; MORAES, Érica Brandão de. **Análise do fluxo do atendimento de pacientes no serviço de hemodinâmica sustentado no pensamento Lean.** Texto & Contexto Enfermagem, v. 33:e20230309, (2024). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/rFWjGHTrChP6fNqCkn7tN6m/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Emenda Constitucional nº 65**, de 13 de julho de 2010. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc65.htm. Acesso em: 6 jan. 2026

BRASIL. **Decreto 10.770**, de 17 de agosto de 2021. Institui a Agenda Transversal e Multissetorial da Primeira Infância (2021). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Decreto/D10770.htm. Acesso em 12 jan. 2026.

BRASIL. **Decreto 12.083**, de 27 de junho de 2024. Estabelece as diretrizes para a elaboração da Política Nacional Integrada para a Primeira Infância e institui o seu Comitê Intersetorial (2024a). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/Decreto/D12083.htm. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 12.574**, de 05 de agosto de 2025. Institui a Política Nacional Integrada da Primeira Infância (2025a). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/D12574.htm. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 4.553**, de 27 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a salvaguarda de dados, informações, documentos e materiais sigilosos de interesse da segurança da sociedade e do Estado, no âmbito da Administração Pública Federal, e dá outras providências. Brasília, DF: 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4553.htm. Acesso em: 18 jan. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 jan. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 9.203**, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília, DF: 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm. Acesso em 19 jan. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 9.579**, de 22 de novembro de 2018. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências. Brasília, DF: 2018b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9579.htm#art126. Acesso em: 17 jan. 2026.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101**, de 04 de maio de 2000. Brasília, DF: 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em : 18 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 11.111**, de 05 de maio de 2005. Regulamenta a parte final do disposto no inciso XXXIII do caput do art. 5º da Constituição Federal e dá outras providências. Brasília, DF: 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/11111.htm. Acesso em: 19 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.852**, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Brasília: 2013a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12852.htm. Acesso em 06 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.257**, de 08 de março de 2016 (2016a). Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília, DF: Presidência da República, [2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/13257.htm. Acesso em: 7 fev. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.617**, de 10 de julho de 2023. Institui o mês de agosto como o Mês da Primeira Infância. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/14617.htm. Acesso em: 08 fev. 2025.

BRASIL. **Lei nº 4.513**, de 1º de dezembro de 1964. Autoriza o Poder Executivo a criar a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, a ela incorporando o patrimônio e as atribuições do Serviço de Assistência a Menores, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4513.htm. Acesso em 06 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 5.172**, de 25 de outubro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5172compilado.htm. Acesso em: 18 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 6.697**, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6697.htm. Acesso em 06 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990 (1990b). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.242**, de 12 de outubro de 1991. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8242.htm. Acesso em 06 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Educação. **Governo lança Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNPI)**. Brasília, DF: Ministério da Educação, (2025b). Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/noticias/2025/agosto/governo-lanca-politica-nacional-integrada-da-primeira-infancia>. Acesso em: 12 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Carga Tributária do Brasil em 2023: Análise por tributos e base de incidência**. Brasília, DF: 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/receita-federal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos/carga-tributaria/carga-tributaria-no-brasil-2023>. Acesso em 18 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_qualidade.pdf. Acesso em: 8 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro (2010). **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 14 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.135**, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 14 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para implementação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, (2018a). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAdade-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 13 abr. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Nacional (2022a). **Monitoramento em Foco: A Importância do Monitoramento das Políticas Públicas e de conhecer o fenômeno a ser monitorado**. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/relatorio/relatorio_227.pdf. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. **Transversalidade nas Políticas Públicas, no Plano e no Orçamento**. Brasília, DF: 2024b. Disponível em:

<https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/orcamento/arquivos/guia1-geral-web.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2026.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (2022b). **Primeira Infância**. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/acoes-e-programas-de-gestoes-anteriores/primeira-infancia>. Acesso em 12 jan. 2026.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 6.997**, de 18 de dezembro de 2013. Altera o art. 1º e insere dispositivos sobre a Primeira Infância na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: 2013c. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1214724&filename=PL%206998/2013. Acesso em: 18 jan. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2016b). **Quais as diferenças entre programa, projeto e plano de ação**. Boletim Tome Nota, Edição 25. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/publicacaoainstitucional/index.php/btnota/article/view/12157/12264>. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (2. Turma). **Habeas Corpus n. 143.641/SP**. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Data de julgamento: 20 fev. 2018. Data de publicação: DJe-228, de 26 out. 2018. Brasília, DF: 2018a. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/hc143641final3pdfvoto.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (2004). **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45**. Rel. Min. Celso de Mello. Brasília, DF, 29 abr. 2004. *Informativo STF*, n. 345. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br>. Acesso em: 2 jan. 2026.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança aplicável a organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU** / Tribunal de Contas da União. Edição 3 - Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externoda Administração do Estado – Secex Administração, 2020. 242p.

BRASÍLIA. Companhia Imobiliária de Brasília (Terracap). **Qual a diferença entre transparência ativa e transparência passiva?** Disponível em: <https://www.terracap.df.gov.br/index.php/listagem-faq/78-lgpd-lei-geral-de-protecao-de-dados-pessoais/204-61-qual-a-diferenca-entre-transparencia-ativa-e-transparencia-passiva>. Acesso em: 18 jan. 2026.

BRUM, Letícia Willrich ; ... ; Tomasi, Elaine. **Qualidade da atenção a crianças menores de dois anos na rede básica do Brasil em 2018**: indicadores e fatores associados. São Paulo: Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 26, e230005, (2023). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2023.v26/e230005/>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Políticas públicas e direito administrativo**. Brasília a. 34 n. 133 jan./mar. 1997. Disponível em> <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/198/r133-10.PDF> Acesso:12/06/2024, p.11,33,45.

CAMPOS, Nathalia da Fonseca; COSTA, Leonardo Bocchi. **Discussões sobre bioética, direito penal e pacientes testemunhas de Jeová**. Rev. Bioét. vol.30 no.2 Brasília Abr./Jun. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/J4xZd63GdxrHkcY4GwYyJxF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 jan. 2026.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Guia de formação da etapa 3**: acesso à rede de atenção à saúde. Fortaleza: SESA, 2024. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2024/08/Guia_Formacao_etapa_3_CE.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

CHAVES, L. A.; ANDRADE, E. I. G.; SANTOS, A. F. **Configuração das redes de atenção à saúde no SUS**: análise a partir de componentes da atenção básica e hospitalar. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kVHyS985TPQQtskzd34FS9K/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2025.

CHIESA, Anna Maria; TORIYAMA, Áurea Tamami Minagawa; NEVES, Lucila Faleiros; SILVA, Reginalice Cera da. **Práticas Ampliadas de Puericultura na Política São Paulo pela Primeiríssima Infância**. Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância: 2018. Disponível em: https://saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/bis_sppi_19_1.pdf#page=17). Acesso em 17 jan. 2026.

CONANDA. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 41**, de 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. *Diário Oficial da União*: Brasília, 1995. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/6035>. Acesso em: 06 jan. 2026.

CONANDA. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 256**, de 12 de dezembro de 2024 (2024a). Estabelece diretrizes para a atenção a crianças e adolescentes em situação de orfandade, decorrente da morte de um ou de ambos os pais ou cuidadores primários. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/13779?mode=full>. Acesso em: 06 jan. 2026.

CONANDA. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 258**, de 23 de dezembro de 2024 (2024b). Estabelece diretrizes para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e a garantia de seus direitos. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-258-de-23-de-dezembro-de-2024-605843803>. Acesso em: 06 jan. 2026.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS - CNM. **Estudos fiscais**: estimativas da participação dos entes da federação no bolo tributário. Estudos Técnico CNN – Volume 1 (2008). Disponível em: <https://cnm.org.br/storage/biblioteca/ET%20Vol%201%20-%202008.%20Estudos%20Fiscais%20-%20Estimativas%20da%20participa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20entes%20da%20federa%C3%A7%C3%A3o%20no%20bolo%20tribut%C3%A1rio.pdf>. Disponível em: 18 jan. 2026.

COSEMSSP. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do estado de São Paulo. **Manual NRI [Núcleo Interno de Regulação]**. São Paulo: COSEMSSP, (2021). Disponível em: https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Manual_NIR.pdf. Acesso em: 19 set. 2025.

COUVRE, Tâmis Hora Batista Fontes; ALVES, Míriam Coutinho de Faria; CALDAS, Kelly Helena Santos. **Bioética latino americana: reflexões no contexto do neoconstitucionalismo**. Revista Unisul de Fato e de Direito. v. 10 n. 20 (2020). Disponível em: <https://doi.org/10.19177/ufd.v10e202020169-179>. Acesso em: 09 jan. 2026.

DAMASCENO, Simone Soares; NÓBREGA, Vanessa Medeiros da; COUTINHO, Simone Elisabeth Duarte; REICHERT, Altamira Pereira da Silva; TOSSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; COLLET, Neusa. **Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, (2016). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n9/2961-2973/>. Acesso em: 13 set. 2025.

DENBURG, Avram. (2015). **A Sensitive Period: Bioethics, Human Rights, and Child Development. Health and human rights**, Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26204580/>. Acesso em: 08 jan. 2026.

FECHNER, Karen Lili. **Intersetorialidade entre educação, saúde e assistência social: limites e possibilidades nos municípios do Plano Norte Catarinense** / Karen Lili Fechner. Canoinhas: Universidade do Contestado, 2024, 161f. Tese apresentada para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento Regional pelo Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. Orientador: Prof. Dr. Argos Gumbowsky.

FERTONANI, Hosanna Pattrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n6/1869-1878/>. Acesso em: 09 jan. 2026.

FEUERWERKER, Laura M.; COSTA, Heloniza. **Intersetorialidade na rede Unida**.

FREITAS, Bruno Peres; CARDOSO, Carla Verônica Correa; TAVARES, Maria Teresa Goudard. **O plano municipal pela primeira infância em São Gonçalo: documentando e refletindo uma experiência de construção de políticas públicas para as infâncias na cidade**. Zero-a-Seis, Florianópolis, v. 25, n. 48, p. 980-1004, 2023. Disponível em: <http://periodicos.ufsc.br/index.php/zerosais/article/view/94130/54781>. Acesso em: 28 out. 2025.

FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL. **Integração das políticas de educação, saúde e assistência social voltadas às crianças de 0 a 6 anos. Recomendações Primeira Infância Primeiro**, São Paulo, 2024. Disponível em: <https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/recomendacoes/integrar-politicas-educacao-saude-assistencia-social-voltadas-criancas-0-6-anos/>. Acesso em: 6 out. 2025.

FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL. **O que é epigenética e como ela afeta o desenvolvimento infantil**. Disponível em: <https://biblioteca.fmcsv.org.br/biblioteca/o-que-epigenetica-como-afeta-desenvolvimento->

infantil/?gad_source=1&gad_campaignid=21287529789&gbraid=0AAAAADi_GMQexIIFt_MJbd8sgLmRERAMRK&gclid=Cj0KCQIAyP3KBhD9ARIsAAJLnnaYgJdtXrTF0abn67BFldnJ449vqywsGmondzEONsJp6D1HdjFzl30aAuRzEALw_wcB. Acesso em: 08 jan. 2026.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde (2022). **Panorama Geral das Portas de Entrada de Urgência e Emergência das Unidades Estaduais**. Disponível em: <https://cosemsgo.org.br/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.15-Porta-de-entrada-hospitais-de-urgencia.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2026.

GRAFFIGNA, Eduardo Bustelo (2005). **Infancia em Indefensión**. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2005.47>. Acesso em: 08 jan. 2026.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama estado de Sergipe**. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/aracaju/panorama>. Acesso em: 28 out. 2025.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **Descentralização, Intersetorialidade e Rede na Gestão da Cidade**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/5z8Cktz8WQmTG95qcGDChrw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2026.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rose Marie. **Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária**. São Paulo: FUNDAP, 1997.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2011.

KOERICH, Magda Santos; MACHADO, Rosani Ramos; COSTA, Eliani. **Ética e Bioética: Para dar início à reflexão**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NrCmm4mctRnGGNpf5dMfbCz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 jan. 2026.

LIMA JÚNIOR, Paulo Gomes de. **Concepções da Bioética Hermenêutica**. Global Crossings, Minas Gerais, Brasil, v. 1, n. 1, p. 393–416, (2024). DOI: 10.69818/gc.v1.n1.393-416.2024. Disponível em: <https://www.globalcrossings.com.br/revista/index.php/gc/article/view/51>. Acesso em: 12 jan. 2026.

LIMA JÚNIOR, Paulo Gomes de; MARTINS, Raphael Faria. **Dignidade da pessoa humana: uma construção ética e moral** (2021). *Direito em Movimento*, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 205–239, 2021. Disponível em: <https://ojs.emerj.com.br/index.php/direitoemmovimento/article/view/342>. Acesso em: 12 jan. 2026.

LIMA, Hentiele Feksa; OLIVEIRA, Diúlia Calegari de; BERTOLDO, Caren da Silva; NEVES, Eliane Tatsch. **(Des)constituição da rede de atenção à saúde de crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde**. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 11, e40, p. 1-20, (2021). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223355>. Acesso em: 14 maio 2025.

LIMA, Renata Mantovani de; POLI, Leonardo Macedo; JOSÉ, Fernanda São. **A evolução histórica dos direitos da criança e do adolescente: da insignificância jurídica e social ao reconhecimento de direitos e garantias fundamentais.** Revista Brasileira de Políticas Públicas, v. 7, n. 2 (2017). Disponível em:

<https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/4796>. Acesso em: 15 jan. 2026.

LOZANO VICENTE, Agustín. **Bioética infantil: principios, cuestiones y problemas.** Acta bioeth., Santiago, v. 23, n. 1, p. 151-160, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2017000100151&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2026.

MAILER, Daniela Tadei. **Repartição da receita é tema do direito financeiro.** Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2011-set-30/reparticao-receita-tema-direito-financeiro-nao-tributario/>. Acesso em: 18 jan. 2026.

MARTINS, Paula Ligia. **Acesso à Informação:** Um direito fundamental e instrumental. Acervo, Rio de Janeiro, v. 24, no 1, p. 233-244, jan/jun 2011. Disponível em: <https://revista.an.gov.br/index.php/revistaacervo/article/view/381/381>. Acesso em: 18 jan. 2026.

MATIAS PEREIRA, José. **Curso de Administração Pública:** foco nas instituições e ações governamentais / José Matias-Pereira. – 4. ed. – São Paulo: Atlas, 2014.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional.** 18 ed. São Paulo: SaraivaJur, 2023. 1784 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: https://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo_2001.pdf. Acesso em: 06 fev de 2026.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional.** 39. ed. atual. até a EC nº 128/22. São Paulo: Atlas, 2023. 1112 p.

MOTTA, Fabrício. **Notas sobre publicidade e transparência na Lei de Responsabilidade Fiscal no Brasil.** A&C R. de Dir. Administrativo & Constitucional, Belo Horizonte, ano 7, n. 30, p. 91-108, out./dez. 2007. Disponível em: <https://dspace.almg.gov.br/items/6be9a2e0-7558-4a9b-a852-94b612e26578>. Acesso em: 18 jan. 2026.

MOURA, Elaine Andrade; ...; MÁRMORA, Claudia Helena Cerqueira. **Os planos genéticos do desenvolvimento humano:** a contribuição de Vigotsk (2016). Revista Ciências Humanas, [S. l.], v. 9, n. 1, 2016. DOI: 10.32813/2179-1120.2016.v9.n1.a298. Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/298>. Acesso em: 09 jan. 2026.

NASCIMENTO, Sueli do. **Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas.** Serviço Social & Sociedade. São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/TDCqtLhvDvRnRmDXhtTBHZK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2026.

NEVES, Eliane Tatsch; ...; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. **Acesso de crianças com necessidades especiais de saúde à rede de atenção**. Revista Brasileira de Enfermagem, 72 (suppl 3), p. 65-71, (2019). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VPCNt9TBqQNzwGFQg5cqXyK/?lang=pt>. Acesso em: 1 fev. 2025.

OLIVEIRA, Evangelina. X. G. de; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. **Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2), p. 386-402, (2004). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qh8LMDRsKNC55gN5YxFkXdq/>. Acesso em: 14 jun. 2025.

OLIVEIRA, Simone da Silva. **Mapeamento e análise do processo de atendimento ao cliente: estudo de caso de uma empresa de autopeças na cidade de Maceió**. Revista Valore, Volta Redonda, v. 5, p. 384-400, (2020). Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/download/872/649/2410>. Acesso em: 15 ago. 2025.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Convenção sobre os Direitos da Criança (ratificação no Brasil em 1990)**. UNICEF Brasil, (2018). Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/atuacao-internacional/organizacao-das-nacoes-unidas-onu/relatorios-internacionais-1/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 28 mar. 2025.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Sobre a ONU**. (2025). Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/279573-sobre-onu>. Acesso em: 24 ago. 2025.

PEREIRA DE LIMA, Acácia Mayra; ... PINTO JÚNIOR, Elzo Pereira (2024). **Assistência à Saúde da Criança na Atenção Primária Brasileira: um Histórico dos Principais Marcos Normativos entre 1990-2022**. APS EM REVISTA, 6(1), 211–225. Disponível em: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/334>. Acesso em: 09 jan. 2026.

PERNAMBUCO. Tribunal de Contas de Pernambuco. **Marco legal da primeira infância: como ele pode mudar a vida das crianças?**. 2025. Disponível em <https://tomeconta.tcepe.tc.br/marco-legal-da-primeira-infancia/#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20o%20Marco,das%20crian%C3%A7as%20com%20um%20todo>. Acesso em: 13 set. 2025.

PIRES, Maria Coeli Simões. **Autonomia municipal do estado brasileiro**. Brasília, DF: 1999. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/482/r142-14.PDF?sequence=4&isAllowed=y#page=20.36>. Acesso em 18 jan. 2026.

POSSAMAI, Verônica Ribeiro; BATISTA, Rodrigo Siqueira. **Bioética da proteção de Schramm e Kottow: princípios, alcances e conversações**. Rev. Bioét. vol.30 no.1 Brasília Jan./Mar. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/pyNdhtZWPQnKM3HDhF4dJwm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 09 jan. 2026.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD).

Relatório de Desenvolvimento Humano 2003. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metas_desenvolvimento_milenio.pdf. Acesso em 10 jan. 2026.

REDE NOSSA SÃO PAULO. Fundação Bernard Van Leer. Guia Formativo. Monitoramento de Políticas para a Primeira Infância. 2020. Disponível em:

https://www.observaprimeirainfancia.org.br/static/user/user_3_arquivos_zndfgsrt_guia_monit_ramento_baixa.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

REZZÓNICO, Carlos A. **Bioética y derechos de los niños.** Archivos Argentinos de Pediatría, v. 102, n. 3, p. 214–219, 2004. Disponível em:

<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2004/A3.214-219.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2026.

RIBEIRO, Joana; VERONESE, Josiane Rose Petry. **Princípios do Direito da Criança e do Adolescente e Guarda Compartilhada:** Estudos de casos com a Família ampliada ou extensa. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2021. Disponível em:

[file:///C:/Users/User/Documents/Nova%20pasta/SA%C3%9ADE%20PEDIATRICA/vers%C3%A3o%20em%20trabalho/Livro%2004%20-%20Prioridade%20Absoluta%20\(Veronese\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Documents/Nova%20pasta/SA%C3%9ADE%20PEDIATRICA/vers%C3%A3o%20em%20trabalho/Livro%2004%20-%20Prioridade%20Absoluta%20(Veronese)%20(1).pdf). Acesso em 18 jan. 2026.

SAIDÓN, Osvaldo. Las redes: pensar de outro modo, In: DABAS, E. & NAJMANOVICH, D. Redes. El Lenguaje de los Vinculos, Buenos Aires, 1ª ed., Paidós, 1995, p. 205-207.

SANTOS, Angela Moulin S. Penalva. **Descentralização e autonomia financeira municipal:** a perspectiva das cidades médias. Indic. Econ. FEE, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 101-126, nov. 2004. Disponível em:

<https://revistas.planejamento.rs.gov.br/index.php/indicadores/article/view/423>. Acesso em: 18 jan. 2026.

SANTOS, Angela Penalva. **Autonomia Municipal no Contexto Federativo Brasileiro.**

Revista Paranaense de Desenvolvimento - RPD, [S. l.], n. 120, p. 209–230, 2012. Disponível em: <https://ipardes.emnuvens.com.br/revistaparanaense/article/view/171>. Acesso em: 18 jan. 2026.

SANTOS, Maria Carolina Salustino dos; ...; NASCIMENTO, Nathalia Claudino do.

Desafios da rede de assistência materna no Brasil: revisão da literatura. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 8, n. 12, p. 80355-80362, 2022. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/download/55650/40947>. Acesso em: 14 set. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

Saúde em Debate, v.22, p.25-35, 2000

SÊDA, Edson. **A criança e o direito alternativo.** São Paulo: LTr, 1992.

SÊDA, Edson. **A criança e o direito do desenvolvimento humano.** [S. l.], 2011. Disponível em: <https://www.edsonseda.com.br>. Acesso em: 2 jan. 2026.

SEIXAS, Luiz Felipe Monteiro; SACCARO JUNIOR, Nilo Luiz. **Quem faz análise de impacto regulatório no Brasil?** Uma avaliação da experiência federal. Brasília, DF: Ipea, jan. 2025. 38 p. : il. (Texto para Discussão, n. 3046). DOI: <https://dx.doi.org/10.38116/td3046-port>

SERGIPE. **Governo de Sergipe lança programa Ser Criança e fortalece ações com foco na primeira infância.** 2023. Disponível em: [https://www.se.gov.br/noticias/governo/governo_de_sergipe_lanca_programa_ser_crianca_e_fortalece_acoes_com_foco_na_primeira_infancia#:~:text=Pol%C3%ADtica%20de%20Estado,-O%20programa%20Ser&text=e%20extrema%20pobreza,-,A%20pol%C3%ADtica%20se%20estrutura%20de%20acordo%20com%20tr%C3%AAs%20eixos:%20Gestar,todas%20as%20crian%C3%A7as%20no%20estado](https://www.se.gov.br/noticias/governo/governo_de_sergipe_lanca_programa_ser_crianca_e_fortalece_acoes_com_foco_na_primeira_infancia#:~:text=Pol%C3%ADtica%20de%20Estado,-O%20programa%20Ser&text=e%20extrema%20pobreza,-,A%20pol%C3%ADtica%20se%20estrutura%20de%20acordo%20com%20tr%C3%AAs%20eixos:%20Gestar,todas%20as%20crian%C3%A7as%20no%20estado.). Acesso em: 12 set. 2025.

SILVEIRA. **A doutrina da proteção integral e a violação dos direitos das crianças e adolescentes por meio de maus tratos.** Disponível em: https://ibdfam.org.br/img/artigos/A%20doutrina%2017_11_2011.pdf. Acesso em 08 jan. 2026.

SOUZA JÚNIOR, José Carlos de. **Infância, Punição e Cidadania Negada: Uma Análise Histórica da Instituição Correccional FEBEM de 1902 - 1999.** 2025. 65 p. Dissertação (Graduação em História) – Instituto de História, Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/47244/4/Inf%C3%A2nciaPuni%C3%A7%C3%A3oCidadaniaNegada.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2026.

SOUZA, Celina; GRIN, Eduardo José. **Desafios da Federação Brasileira:** descentralização e gestão municipal. Capacidades estatais municipais: o universo desconhecido no federalismo brasileiro [recurso eletrônico] / organizadores Eduardo José Grin, Diogo Joel Demarco [e] Fernando Luiz Abrucio. – Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2021. 714 p.: pdf. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/236393/001134539.pdf?sequence=1#page=6.08>. Acesso em: 18 jan. 2026.

SOUZA, Renilson. Rehen de; VIEIRA, Martha Gonçalves.; LIMA JÚNIOR, Cláudio José Ferreira de. **A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal - Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, Distrito Federal, v. 24, n. 6, p. 2075-2084, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6RN6Y7QYmpt7pFHKpY65MBs/?format=pdf>. Acesso em: 12 mai. 2025.

SPOSATO, Karyna Batista. **Criança, Democracia e Neoconstitucionalismo no Brasil.** dike, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 157 A 180, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/dike/article/view/3756>. Acesso em: 6 jan. 2026.

THOMASI, Tanise Zago. **Capacidade Jurídica dos órfãos terapêuticos: perspectivas sobre novos medicamentos pediátricos** / Tanise Zago Thomasi. Brasília: UniCEUB, 2017, 385 f. Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Direito pelo Programa de Mestrado e Doutorado em Direito do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Orientador: Prof. Dr. Marcelo Dias Varela.

THOMASI, Tanise Zago; VARELLA, Marcelo Dias. **A proteção integral dos órfãos terapêuticos: a vulnerabilidade da saúde das crianças no desenvolvimento de novos medicamentos.** Revista da Faculdade de Direito – PUC Minas (2018). Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.2318-7999.2017v20n40p143-189>. Acesso em 09 jan. 2026.

TODOS PELA EDUCAÇÃO. **Recomendações para a construção da Política Nacional Integrada para a Primeira Infância.** 2024. Disponível em: <https://todospelaeducacao.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2024/06/sumario-executivo-pnpi-2024.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2025.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **30 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança.** Brasília, (2019). Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/6276/file/30-anos-da-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2025.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Contribuições para a adaptação e o aprimoramento dos serviços de proteção social básica do SUAS no contexto de calamidade, emergência e pandemia da COVID-19.** Brasília, (2021). Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/12741/file/servicos-do-suas-nas-emergencias-e-pandemia-da-covid-19.pdf> Acesso em: 13 jan 2026

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Desenvolvimento infantil.** Brasília, (2026) Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/desenvolvimento-infantil>. Acesso em: 12 jan. 2026.

VASCONCELOS, Deyzirrê Kelle Santos. **A articulação em rede na proteção integral da criança e do adolescente em acolhimento institucional em Aracaju:** desafios e avanços / Deyzirrê Kelle Santos Vasconcelos. São Cristóvão: UFS, 2024, 135f. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - PROSS, da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Serviço Social. Orientadora: Maria Conceição Vasconcelos Gonçalves.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. **Direito à saúde no Brasil:** seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça (2020). IPEA 2547 Texto para Discussão Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/5ceebbae-8cc7-44a2-bd19-45b9aba2fecb/content>. Acesso em: 27 jun. 2025.

VIEIRA, Lorena Tassara Quirino; ...; SAIDAH, Tárik Kassem. A Beneficência como Pilar da Bioética. Disponível em: https://www.cremego.org.br/wp-content/uploads/2025/05/REVISTA-BIOETICA-CREMEGO_1_2020.pdf#page=46. Acesso em: 10 jan. 2026.