



11º Encontro Internacional de Política Social 18º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Entre o capital e a vida: questão social,
crise ambiental e resistências

Vitória, ES, Brasil, 18 a 20 de agosto de 2026

Eixo: Política Social: fundamentos histórico-teóricos, análise, avaliação e financiamento

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: desafios e avanços na construção da integralidade

Thaís da Silva Knust ¹

Lenauro Lobato ²

Resumo: O artigo analisa a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) como eixo estruturante da atenção à infância no Brasil, evidenciando seus avanços normativos e limites concretos. Parte da compreensão de que a atenção à saúde da criança envolve disputas em torno da cidadania, destacando que, apesar de instituída como prioridade, a infância permanece marcada por desigualdades. Examina a integralidade como princípio organizador da PNAISC, ampliando o cuidado para além do modelo biomédico ao incorporar determinantes sociais, territoriais familiares e ambiental. Aponta a coexistência de um arcabouço normativo robusto com limitações estruturais do SUS, produzindo distanciamentos entre diretrizes e prática. Conclui que a efetivação da política depende do fortalecimento do SUS e da articulação intersetorial.

Palavras-chave: PNAISC; integralidade; saúde da criança.

National Policy for Comprehensive Child Health Care: challenges and advances in building integrality

Abstract: The paper analyzes the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC) as a structuring axis of child health care in Brazil, highlighting its normative advances and concrete limitations. It is based on the understanding that child health care involves disputes around citizenship, emphasizing that, despite being established as a priority, childhood remains marked by inequalities. It examines comprehensiveness as an organizing principle of PNAISC, expanding care beyond the biomedical model by incorporating social, territorial, family, and environmental determinants. It points to the coexistence of a robust normative framework with structural limitations of the SUS, producing gaps between guidelines and practice. It concludes that the effective implementation of the policy depends on strengthening the SUS and on intersectoral coordination.

Keywords: PNAISC; integrality; child health.

1. Introdução

A atenção à saúde da criança no Brasil constitui campo central das políticas sociais e da Saúde Coletiva, envolvendo disputas em torno da garantia do direito à saúde, da cidadania, da proteção social e do papel do Estado. Embora reconhecida como prioridade absoluta, a infância permanece marcada por desigualdades sociais, regionais

¹ Mestranda no Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, na Universidade Federal Fluminense. E-mail: thaisknust@id.uff.br

² Doutora em Saúde Pública, professora titular da Universidade Federal Fluminense. Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, Escola de Serviço Social. E-mail: lenaurolobato@id.uff.br

e institucionais. (Esperidião et al, 2016; Silva et al, 2024; Machado et al, 2024)

Nesse sentido, a saúde da criança se configura enquanto um espaço privilegiado para analisar as contradições entre avanços normativos e limites estruturais das políticas públicas, visto que uma política de saúde é “sujeita a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios”, como afirmam Fleury e Ouverney (2012, p.25), e a saúde da criança tem uma complexidade inerente, como situa Penello (2015) enquanto uma “complexa caminhada do desenvolvimento humano” (p.70) que inclui direitos garantidos desde o acesso à saúde, ao brincar e à ludicidade.

No Brasil, o debate sobre a saúde da criança ganha espaço na CF/88 como um projeto democrático de cidadania no qual, pela primeira vez, o tema assume um espaço prioritário, levando em consideração a condição peculiar de desenvolvimento e centralizando o olhar na integralidade do desenvolvimento infantil (art. 227). Logo após, o ECA, em 1990, reafirma o compromisso com a infância e, paralelamente, ocorre a criação do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.069) e do Programa de Saúde da Família (Brasil, 2000), nos quais a infância passa a contar com planejamento de acompanhamento contínuo em ações de promoção, prevenção, atenção e vigilância, com centralidade na Atenção Primária à Saúde e na articulação das Redes de Atenção à Saúde. Ou seja, programas, campanhas e ações isoladas vão dando espaço para uma compreensão em saúde mais integrada e integral a partir da implantação do PSF e há uma progressão gradual da compreensão da integralidade em saúde, saindo de uma perspectiva de articulação entre níveis de atenção, transformando-se em uma concepção ampliada de saúde, que incorpora os determinantes sociais, o território, a família e o ambiente em que a criança se desenvolve. (Brasil, 2010; Panello, 2015) Ao mesmo tempo, a trajetória do PSF e da articulação da RAS revelam limites impostos por um modelo de proteção social fragilizado, conforme argumenta Fagnani (2018), visto que o projeto de universalização dos direitos sociais teve duração historicamente breve, sendo tensionado por reformas orientadas pela austeridade fiscal, pela focalização e pela retração do financiamento das políticas sociais. No campo da saúde, essa dinâmica se expressa na coexistência de um arcabouço normativo robusto e com um SUS marcado por subfinanciamento crônico e fragilização das capacidades estatais no qual a integralidade se vê tensionada por desigualdades estruturais, pela persistência do modelo biomédico e pela dificuldade de articulação intersetorial. (Lima et al, 2022; Silva et al, 2023; Machado et al, 2024) Essa

trajetória não se desenvolve de forma linear, mas oscila conforme os contextos políticos e institucionais, como sugere Avritzer (2018) funcionando como um “pêndulo democrático”. A partir dessa perspectiva, é possível compreender a emergência de políticas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída em 2015, como expressão de um momento de expansão democrática e de fortalecimento dos direitos sociais. Entretanto, sua implementação ocorre em um cenário posterior de retração democrática e restrição fiscal, o que aprofunda o descompasso entre os princípios normativos da política e sua materialização no cotidiano dos serviços de saúde.

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo analisar criticamente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, considerando seus avanços normativos e conceituais e os desafios para a efetivação da integralidade no contexto do SUS. Parte-se do pressuposto de que a compreensão desses desafios exige articular a análise da política setorial às dinâmicas mais amplas da democracia, da cidadania social e das disputas em torno do financiamento e da organização das políticas públicas no Brasil.

Com vistas a alcançar os objetivos propostos, elegeu-se uma revisão narrativa (Rother, 2007) acerca da PNAISC e da construção da integralidade no cuidado à saúde da criança no âmbito do SUS. Foram consultados artigos indexados na SciELO, BVS, Portal CAPES e marcos legais pertinentes. Foram incluídos estudos sobre integralidade na saúde da criança, organização do cuidado na APS e análises da PNAISC. Excluíram-se trabalhos de enfoque estritamente clínico ou biomédico, sem articulação com políticas públicas, organização do sistema de saúde ou determinantes sociais da saúde. A análise buscou identificar avanços normativos e conceituais da PNAISC, bem como os limites e desafios para sua implementação num contexto marcado por restrições fiscais, desigualdades regionais e fragilidades estruturais da Atenção Primária à Saúde.

2. A PNAISC e seus avanços

A PNAISC, Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, representa a maturação do percurso histórico das políticas de saúde infantil no Brasil. A PNAISC assume explicitamente a concepção ampliada de saúde, fundamentada na integralidade do cuidado, na equidade e na intersetorialidade, estruturando-se em eixos estratégicos que

abrangem desde a atenção ao recém-nascido até a promoção do desenvolvimento integral da criança. Diferentemente de programas anteriores, a PNAISC não se limita a agravos ou faixas etárias específicas, propondo uma organização sistêmica da atenção à infância no SUS.

À vista disso, o funcionamento da PNAISC pressupõe a articulação das redes de atenção à saúde, com centralidade na APS, e o reconhecimento da criança em seu contexto familiar, social, cultural e territorial. Ao incorporar dimensões como saúde mental, prevenção da violência, atenção às crianças com deficiência ou em situações de vulnerabilidade, a política consolida a transição para uma lógica biopsicossocial.

A PNAISC é orientada por um conjunto de princípios estruturantes que são operacionalizados por diretrizes que envolvem desde a gestão interfederativa das ações de saúde da criança e a organização das ações e serviços na RAS, até a promoção da saúde, o fomento à autonomia do cuidado e corresponsabilidade da família, a qualificação da força de trabalho do SUS, o planejamento e desenvolvimento de ações, o incentivo à pesquisa e produção de conhecimento, bem como o monitoramento e avaliação e a intersetorialidade. Essas diretrizes são estruturantes para que a política não se restrinja a programas pontuais, mas constitua um sistema de cuidado contínuo, articulado e adaptado aos contextos locais, regionais e nacionais. (Brasil, 2015; Brasil, 2018).

Além disso, o texto destaca que a PNAISC “se organiza a partir da RAS e de seus eixos estratégicos, [...] em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território”, (Brasil, 2015, n.p) o que reforça sua natureza integradora e coordenada, com a ESF no papel de protagonista na gestão cotidiana do cuidado à criança. (Damasceno et al, 2016; Sousa et al, 2024; Machado et al, 2024) Materializada como atenção à gestação, ao parto da Rede Cegonha, com a garantia de pré-natal oportuno e qualificado, a vinculação da gestante à maternidade de referência e a adoção de boas práticas no parto e nascimento. (Brasil, 2009; Brasil, 2018; Sousa et al, 2024) Tais ações dialogam com o princípio da humanização estimulando, o parto normal, o direito ao acompanhante e no cuidado centrado na mulher, no bebê e na família. (Lima et al, 2022).

Assim como, no que se refere à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável com a iniciativa Hospital Amigo da Criança, o funcionamento de Bancos de Leite Humano e a atuação das equipes da ESF no aconselhamento às famílias. Essas ações materializam o compromisso da PNAISC com a promoção da saúde e com a prevenção de agravos, ao reconhecer o aleitamento materno como estratégia fundamental para a redução da morbimortalidade infantil e para o desenvolvimento saudável. (Silva et al, 2024; Lima et al, 2022)

No âmbito do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, a PNAISC prevê a realização de ações contínuas e sistemáticas, o que se expressa, na prática, no acompanhamento regular das crianças nas UBS, com registro na Caderneta da Criança, avaliação do crescimento, do desenvolvimento neuropsicomotor, da vacinação e das condições de vida, possibilitando intervenções precoces diante de atrasos ou agravos identificados.

No que se refere às doenças prevalentes e às condições crônicas na infância, a PNAISC orienta a organização do cuidado de forma articulada na rede, garantindo acesso oportuno ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação, como, por exemplo, a organização de fluxos de referência para crianças com condições crônicas, como asma ou diabetes, e o cuidado compartilhado entre atenção básica e especializada. Essas ações concretizam o princípio da integralidade ao assegurar que o cuidado não seja episódico, mas contínuo e coordenado. (Sousa et al, 2024)

A política também prevê ações específicas voltadas às crianças em situação de violência, acidentes e outras vulnerabilidades. Estabelece como responsabilidade do SUS a identificação, notificação e atenção integral às crianças vítimas de violência, o que se expressa na obrigatoriedade da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, na articulação com o Sistema de Garantia de Direitos e na construção de projetos terapêuticos singulares. Do mesmo modo, a atenção às crianças indígenas, quilombolas, em acolhimento institucional ou em situação de rua se concretiza por meio de estratégias diferenciadas de cuidado, respeitando especificidades culturais e sociais, conforme o princípio da equidade, explicitamente previsto na PNAISC.

No campo da vigilância em saúde, se estabelece que a política deve contemplar a “vigilância, prevenção e atenção ao óbito infantil, fetal e materno” (Brasil, 2015, n.p). Com Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal na APS, na investigação

sistemática dos óbitos, na análise de evitabilidade e na proposição de medidas corretivas nos serviços de saúde, com o objetivo de qualificar a atenção e reduzir mortes evitáveis.

No plano institucional, atribui funções específicas às instâncias de gestão. Ao Ministério da Saúde, compete, entre outras ações, “articular e apoiar a implementação da PNAISC, em parceria com os gestores estaduais e municipais de saúde”, (Brasil, 2015, n.p) desenvolver mobilização social, propor diretrizes, prestar assessoria técnica, promover articulação intersetorial e fortalecer a participação social no controle e avaliação das ações, o que mostra a intenção normativa de promover uma governança colaborativa e participativa para a política. A implementação dessas proposições pode ser vista no financiamento de ações, na produção de materiais técnicos, na capacitação de profissionais e no apoio institucional. Os estados e municípios compartilham responsabilidades de coordenação, considerando o perfil epidemiológico e as especificidades regionais, para a adequação territorial da política.

Ao instituir mecanismos de governança, monitoramento e avaliação, a PNAISC estabelece que “o processo de monitoramento e avaliação da PNAISC ocorrerá de acordo com as pactuações realizadas nas instâncias colegiadas de gestão do SUS” (Brasil, 2015, n.p.). Para esse fim, a política prevê a utilização dos indicadores de atenção à saúde da criança já incorporados pelos municípios em seus instrumentos de gestão, consolidando uma política pública orientada pela avaliação contínua baseada em evidências e resultados (Brasil, 2015, n.p.). Contudo, a PNAISC não define metas numéricas próprias para esses indicadores, o que pode ser interpretado como uma limitação no âmbito da relação federativa.

Assim, a PNAISC, inova no conjunto de eixos e cria um quadro programático e legal que desenha uma abordagem integral e de curso de vida. Ao promover uma articulação sistêmica entre a promoção da saúde, a prevenção de agravos e as ações de atenção e reabilitação, desde a gestação, representando um avanço na arquitetura conceitual de políticas voltadas à saúde da criança, no entanto, colide com a realidade operacional da APS, cuja capacidade de executar esta visão integral é minada por desafios estruturais profundos.

3. Desafios da integralidade

Apesar dos avanços normativos e conceituais expressos na PNAISC, sua efetivação encontra limites estruturais que se articulam a diferentes dimensões do sistema de saúde e do contexto político-social brasileiro. Um primeiro eixo diz respeito às restrições de financiamento e ao impacto das políticas de austeridade fiscal sobre o SUS, conforme analisam Fagnani (2018) e Salvador (2024), o regime fiscal instituído a partir da EC/95 de 2016 que transformou a compreensão do Estado na construção de políticas universais e contínuas, deslocando o financiamento social para uma lógica de contenção de gastos incompatíveis com a garantia de direitos. Mesmo com a queda da EC 95, os vestígios de uma lógica de custo-benefício permaneceram impregnados nas formulações e nos financiamento das políticas públicas.

No caso da PNAISC, que pressupõe ações longitudinais, territoriais e intersetoriais, o sub financiamento estrutural do SUS fragiliza as condições materiais para a integralidade do cuidado, visto que a saúde acaba por ser capturada por uma lógica de mercado e do custo-benefício. Esse cenário de austeridade aprofunda a fragilização da APS, reconhecida pela PNAISC como eixo coordenador da RAS e espaço privilegiado para a efetivação da integralidade. Fleury (2008) destaca que o enfraquecimento das políticas universais, associado à precarização do trabalho e à insuficiência de financiamento, comprometem essa capacidade de ordenador do cuidado. Na prática, a sobrecarga das equipes, a rotatividade de profissionais e as deficiências de infraestrutura limitam a articulação entre os níveis de atenção, precarizando a continuidade do cuidado e tensionando a lógica da integralidade prevista na política. Dessa forma, o cuidado volta a se reduzir à queixa, restringindo as soluções de diagnósticos na relação saúde-doença, tendo pouco espaço para uma abordagem mais integrativa e, portanto, integral às necessidades não apenas das crianças, mas de seus responsáveis também. (Machado et al, 2024)

O desafio aqui não reside apenas na falta de competência técnica, mas na carência de formação nos princípios da integralidade, como a abordagem dos determinantes sociais, o apoio psicossocial e a articulação de ações intersetoriais. Esta lacuna perpetua um modelo de atenção focado no tratamento da doença em detrimento da promoção da saúde, distanciando a prática quotidiana do ideal proposto pela política. Por efeito do caráter mercadocêntrico e influenciado pelo consenso de Washington essas

reformas econômicas (Alvarenga 2011; Lobato, 2016) restringem a força de mudanças robustas na qualidade e no atendimento, tornando o acesso à saúde enfraquecido e, por consequência atingem de forma insipiente seus objetivos.

Bem como,

A noção de cidadania, base política da construção do modelo constitucional, parece não ter alcançado o fundamento da solidariedade social que lhe é inerente. A noção prevalente é a do direito; direito à educação, à saúde etc., e da responsabilidade do Estado. Mas esse direito não está necessariamente acompanhado da noção de igualdade, expressa na prestação pública e coletiva, mas, antes, no direito individual. (Lobato, 2016, p.93)

As desigualdades regionais e sociais constituem outro eixo central de análise, pois somadas ao avanço de uma compreensão do direito como individual vai tornando as famílias, e as crianças, passivas em relação às práticas de saúde e, por consequência, os serviços em saúde vão se descaracterizando do seu atributo mais democrático que é a participação social, assim como, da falta de vinculação da comunidade com a equipe de saúde, como afirma Mendes (2012).

À vista disso, Machado et al. (2024) chamam atenção para a relação entre profissionais de saúde, crianças e famílias enquanto fundamental para compreender os limites da integralidade na atenção à saúde da criança. Uma vez que evidenciam que práticas profissionais marcadas por relações verticalizadas e assimétricas dificultam a construção de vínculos, a corresponsabilização pelo cuidado e a adesão às orientações terapêuticas. Essa dinâmica produz o que os autores denominam “cuidado desigual”, no qual o saber técnico se sobrepõe à escuta e ao acolhimento, enfraquecendo a longitudinalidade e a confiança necessárias à efetivação da integralidade, especialmente em um momento do ciclo vital marcado pela dependência de um cuidador.

A partir dessa chave analítica, a integralidade proposta pela PNAISC passa a operar em um cenário de instabilidade democrática, no qual direitos formalmente reconhecidos convivem com práticas institucionais marcadas por seletividade, focalização e responsabilização individual. (Alvarenga 2011) Como aponta Fleury et al. (2024), o desmonte das políticas sociais e a descoordenação federativa intensificam assimetrias históricas entre regiões e grupos populacionais. No campo da saúde da criança, essas desigualdades se expressam em diferenças significativas no acesso aos serviços, na qualidade da atenção e nos indicadores de morbimortalidade infantil. A universalidade formal da PNAISC, portanto, convive com uma realidade marcada por

desiguais condições de implementação, especialmente em territórios periféricos, áreas rurais e populações marginalizadas, o que evidencia os limites da política em promover equidade sem um financiamento redistributivo robusto e estratégias específicas de enfrentamento das iniquidades.

A intersetorialidade, princípio estruturante da política, também encontra obstáculos relevantes para sua materialização. Conforme argumenta (Pereira, 2020) o avanço de uma racionalidade neoliberal e conservadora tem deslocado a responsabilidade pela proteção social do Estado para os indivíduos e suas famílias, por consequência, essa lógica se traduz na dificuldade de articular saúde, assistência social, educação e saneamento, o que compromete o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde da criança e reforça discursos moralizantes sobre a família e a infância, em detrimento de uma abordagem estrutural das desigualdades.

Ainda que as contribuições de Fleury et al (2024) sejam centrais para a compreensão do processo contemporâneo de desdemocratização e desmonte das políticas sociais no Brasil, torna-se necessário tensionar criticamente seus argumentos à luz da experiência concreta de políticas como a PNAISC. Ao enfatizar os efeitos macroestruturais do avanço do populismo autoritário e da racionalidade neoliberal sobre a cidadania social, a autora evidencia os limites impostos ao Estado na garantia de direitos universais; contudo, essa leitura tende a tratar o campo das políticas públicas como relativamente homogêneo.

No caso da saúde da criança, observa-se a coexistência de movimentos contraditórios: ao mesmo tempo em que se consolidam retrocessos no financiamento e na capacidade estatal, permanecem disputas institucionais, normativas e profissionais que sustentam avanços parciais e resistências no interior do SUS. Assim, a integralidade não é simplesmente inviabilizada pela conjuntura política, mas permanentemente tensionada por ela, produzindo arranjos híbridos entre princípios universais e práticas seletivas.

Essa leitura encontra forte ressonância no conceito de pêndulo democrático, formulado por Avritzer (2018), segundo o qual a democracia brasileira se estrutura de forma oscilante, alternando períodos de ampliação e retração de direitos, participação social e institucionalidade democrática. No campo da saúde, e particularmente na saúde da criança, esse movimento permite compreender a PNAISC como expressão de um

momento de inflexão democrática, no qual foi possível avançar na consolidação de políticas orientadas pelo direito, pela integralidade e pela proteção social. Entretanto, o deslocamento posterior do pêndulo em direção a um contexto de regressão democrática e austeridade fiscal aprofunda o descompasso entre o arcabouço normativo da política e sua implementação concreta, evidenciando a fragilidade das conquistas quando não sustentadas por pactos políticos duradouros e financiamento estável.

4. Considerações finais

A PNAISC constitui um marco normativo e conceitual relevante no campo da saúde pública, ao consolidar a integralidade como princípio orientador do cuidado e ao reconhecer a infância como prioridade absoluta. Sua formulação expressa o amadurecimento histórico das políticas de saúde da criança no SUS e a incorporação de uma concepção ampliada de saúde, que articula dimensões biológicas, psicossociais, familiares e territoriais, superando abordagens fragmentadas e centradas exclusivamente no controle de agravos.

Todavia, a análise desenvolvida ao longo deste trabalho evidencia que a efetivação da PNAISC se dá em um contexto marcado por uma inflexão democrática, assim, foi possível avançar na normatização de direitos e na consolidação de princípios universais, mas passa a ser implementada em um cenário posterior de retração democrática, austeridade fiscal e fragilização das capacidades estatais.

Nesse sentido, a trajetória da PNAISC ilustra de forma emblemática o que Fagnani (2018) denomina de breve ciclo da cidadania social no Brasil. Embora a CF/88 tenha inaugurado um projeto de universalização dos direitos sociais, esse processo revelou-se historicamente curto e profundamente tensionado por reformas orientadas pela lógica fiscalista, pela focalização e pela mercantilização das políticas sociais. No campo da saúde da criança, essa dinâmica se expressa na coexistência paradoxal entre um arcabouço normativo avançado e um sistema de saúde subfinanciado, no qual a APS enfrenta limitações estruturais que comprometem sua capacidade de coordenar o cuidado e garantir a integralidade.

Os desafios identificados são o subfinanciamento, fragilização da APS, desigualdades regionais, persistência do modelo biomédico, limites da intersetorialidade e a relações profissionais-famílias marcadas por assimetrias e que não devem ser

compreendidos como falhas técnicas isoladas, mas como expressões de disputas políticas mais amplas em torno do papel do Estado na garantia de direitos. A integralidade, nesse contexto, revela-se menos como um dado consolidado e mais como um campo permanente de disputa, tensionado entre a lógica do direito universal e processos de responsabilização individual, moralização da família e retração da proteção social.

Dessa forma, embora a PNAISC represente um avanço significativo no plano normativo e conceitual, sua efetivação depende de condições políticas, institucionais e financeiras que extrapolam o setor saúde. Garantir a integralidade na atenção à saúde da criança exige o fortalecimento do SUS e da APS, a retomada de pactos democráticos comprometidos com a universalidade dos direitos e a construção de políticas intersetoriais capazes de enfrentar as desigualdades estruturais que atravessam a infância no Brasil. Sem essas condições, a integralidade corre o risco de permanecer como um princípio formal, esvaziado de sua potência transformadora no cotidiano dos serviços e na vida das crianças e de suas famílias.

5. Referências

ALVARENGA, L. V. H. **A focalização e a universalização na política social brasileira: opostos e complementares**. Texto para Discussão n. 56. Niterói: Centro de Estudos sobre Desigualdade e Desenvolvimento (CEDE/UFF), 2011. Disponível em: <https://cede.uff.br/wp-content/uploads/sites/251/2021/04/TD-056.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2025.

AVRITZER, L. **O pêndulo da democracia no Brasil: uma análise da crise 2013–2018**. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 273–289, 2018.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 dez. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1990.

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). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 2 jan. 2026.

DAMASCENO, S. S. *et al.* **Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à atenção primária**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2961–2973, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015219.25002015.

ESPERIDIÃO, M. A. et al. **A infância como objeto de análise política em saúde**. In: TEIXEIRA, C. F. (org.). Observatório de análise política em saúde. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 305–338. DOI: 10.7476/9788523220211.0010.

FAGNANI, E. **Austeridade e seguridade: a destruição do marco civilizatório brasileiro**. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. (org.). Economia para poucos. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

FLEURY, S. et al. **Populismo autoritário, desdemocratização e desmonte das políticas sociais**. In: FLEURY, S. (org.). Cidadania em perigo. Rio de Janeiro: Cebes, 2024.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. M. **Política de saúde: uma política social**. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 25–57.

LIMA, A. M. P. et al. **Evolução das políticas relacionadas à saúde da criança na atenção primária brasileira**. Preprint SciELO, 2022. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4524/8730>. Acesso em: 17 dez. 2025.

LOBATO, L. V. C. **Fragilidades do caso brasileiro: políticas sociais e modelos de bem-estar**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2016.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**. Brasília: OPAS, 2012.

PENELLO, L. **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS)**. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67–76, 2015.

PEREIRA, C. P. **Nova direita, corporocracia e política social**. In: PEREIRA, P. A. P. (org.). Ascensão da nova direita. São Paulo: Cortez, 2020.

ROTHER, E.T. **Revisão sistemática X revisão narrativa**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007.

SALVADOR, E. **O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais**. Argumentum, Vitória, v. 16, n. 1, p. 6–19, 2024. DOI: 10.47456/argumentum.v16i1.44218.

SILVA, L. C. et al. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: revisão de literatura**. Europub Journal of Health Research, v. 5, n. 2, p. 1–19, 2024. DOI: 10.54747/ejhrv5n2-068.

SOUSA, C. S. et al. **Redes de atenção à saúde na assistência à criança com doença crônica**. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 98, n. 2, e024335, 2024. DOI: 10.31011/reaid-2024-v.98-n.2-art.2051.