

ARIADNE BARBOSA DO NASCIMENTO EINLOFT

IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO  
COMPLEMENTAR SAUDÁVEL (ENPACS): PROPOSTA DE UM MODELO DE  
AVALIAÇÃO EM NÍVEL MUNICIPAL

Dissertação apresentada à Universidade  
Federal de Viçosa, como parte das  
exigências do Programa de Pós-  
Graduação em Ciência da Nutrição,  
para obtenção do título de *Magister  
Scientiae*

VIÇOSA  
MINAS GERAIS - BRASIL  
2014

ARIADNE BARBOSA DO NASCIMENTO EINLOFT

IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO  
COMPLEMENTAR SAUDÁVEL (ENPACS): PROPOSTA DE UM MODELO DE  
AVALIAÇÃO EM NÍVEL MUNICIPAL

Dissertação apresentada à Universidade  
Federal de Viçosa, como parte das  
exigências do Programa de Pós-  
Graduação em Ciência da Nutrição,  
para obtenção do título de *Magister  
Scientiae*

Aprovada: 28 de fevereiro de 2014.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Passos

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosangela Minardi Mitre  
Cotta (Coorientadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Sonia Lopes Duarte

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Giana Zarbato Longo  
(Coorientadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Raquel Maria Amaral Araújo  
(Orientadora)

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família de Viçosa, MG, especialmente das unidades dos bairros São Sebastião e Santa Clara, que mesmo em meio a tantas dificuldades, fazem a diferença em suas áreas de atuação.

“Nós construímos a realidade que nos constrói”  
Edgar Morin

“Um caminho é só um caminho, e não há desrespeito a si ou aos outros em abandoná-lo, se é isto que o coração nos diz...  
Examine cada caminho com muito cuidado e deliberação.  
Tente-o muitas vezes, tanto quanto julgar necessário.  
Só então pergunte a você mesmo, sozinho, uma coisa...  
Este caminho tem coração?  
Se tem, o caminho é bom, se não tem, ele não lhe serve.  
Um caminho é só um caminho”.  
Carlos Castaneda

“A vida, ai, quão breve navegação de cabotagem!”  
Jorge Amado

“Mais vida serviria, se não fora para tão longo amor, tão curta a vida”  
Luiz Vaz de Camões

## AGRADECIMENTOS

Neste momento de encerramento de um ciclo, fecho meus olhos e abro meu coração em um movimento de gratidão a todos aqueles que contribuíram com este trabalho, seja diretamente com sugestões e críticas, seja indiretamente por meio do apoio, da amizade, do amor e da paciência.

Ao meu marido, amigo, companheiro, Carlos Joaquim, muito obrigado por me suportar, em todos os sentidos, durante esta trajetória, por me incentivar e acreditar em mim, sempre. Por nunca perder a fé e manter a minha, nos momentos de dificuldade. Por me fazer rir e por ter me dado nossos maiores tesouros.

À Alice e Lucas, meus filhos, por entenderem as minhas ausências e serem a força que preciso para continuar a caminhar e a me melhorar, em todos os sentidos.

Aos meus pais e irmãos, cujo apoio e carinho foi mais do que imprescindível para a conclusão desta etapa.

À Universidade Federal de Viçosa e ao Departamento de Nutrição e Saúde, extensivo a todos os professores e funcionários, que tanto contribuíram para a minha formação.

À Professora Raquel Amaral, minha orientadora, que com imensa paciência me guiou com a confiança e conhecimentos necessários nesta estrada tão nova e desconhecida para mim, entendendo, mas não permitindo que minhas limitações me impedissem de fazer um bom trabalho.

À Professora Rosângela Minardi, cujas aulas me tiraram da inércia em que me encontrava, me lançando em uma ordem de coisas novas e que me modificaram para sempre.

À Professora Maria Cristina Passos, que atendeu ao meu convite, vindo de outra cidade, às vésperas do carnaval, para contribuir com sua visão e experiência.

À Professora Giana Zarbato Longo, sempre muito prestativa, que também aceitou o convite para participar da minha defesa.

Aos Professores Renato, Maria Sônia e Luiza, obrigado pelo apoio.

À Neila, cuja ajuda foi imprescindível para coleta dos dados e cuja presença tornou esta etapa mais alegre e divertida.

À Secretaria Municipal de Saúde, especialmente na pessoa da coordenadora Carmelita Correa Paes Barreto e aos profissionais das unidades de Estratégia de Saúde da Família de Viçosa, MG, pelo apoio, solicitude e carinho com que me receberam.

Aos cuidadores, mães e responsáveis pelas crianças da minha pesquisa, obrigado por me abrirem as portas de suas casas e vidas.

À FAPEMIG e à CAPES, que com financiamento do projeto e o apoio da bolsa de mestrado, respectivamente, proporcionaram o desenvolvimento e efetivação do estudo.

À Míriam Abreu Albuquerque, minha lâmpada no nevoeiro da incerteza.

Ao Jessé de Andrade, meu mestre, por me conduzir no caminho do equilíbrio interior.

À Valdeli Augusto Evangelista, Juliana Cerqueira de Paiva e Eugênia Lopes, companheiros e amigos do Tai chi, em cujo exemplo silencioso me pauto em vários momentos da vida.

Aos companheiros do CEIS, especialmente meus irmãos da reunião de quarta-feira, cujo amor e amizade não tenho mais como agradecer.

A Deus e aos amigos espirituais pela vida e por ter colocado em meu caminho todos os citados, que sem que muitas vezes saibam, deixaram marcas e aprendizados por toda a minha existência.

## ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS .....	ix
RESUMO .....	x
ABSTRACT .....	xiii
1. INTRODUÇÃO GERAL .....	1
2. JUSTIFICATIVA .....	4
3. HIPÓTESE DE TRABALHO E PERGUNTA NORTEADORA.....	5
4. OBJETIVOS .....	6
4.1. Objetivo geral .....	6
4.2. Objetivos específicos .....	6
5. SUJEITOS E MÉTODOS .....	7
5.1. Sujeitos.....	7
5.2. Área de estudo .....	7
5.3. Desenho do estudo .....	10
5.4. Instrumentos para coleta de dados .....	10
5.4.1. Questionários .....	10
5.4.2. Entrevista semiestruturada.....	11
5.4.3. Grupo focal .....	12
5.4.4. Análise documental .....	13
5.5. Aspectos éticos .....	13
5.6. Análise dos dados .....	14
5.6.1. Análise quantitativa .....	14
5.6.2. Análise qualitativa .....	14
ARTIGOS.....	15

6. POLÍTICA E PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA NO BRASIL: MARCOS, INFLUÊNCIAS E EVOLUÇÃO DAS ABORDAGENS .....	16
6.1. Resumo .....	16
6.2. Introdução .....	17
6.3. Metodologia .....	18
6.4. Política e programas de alimentação e nutrição para lactentes e crianças de primeira infância no Brasil .....	19
Décadas de 1930 e 1940: a intervenção estatal e a invisibilidade das crianças ante os olhos do Estado .....	19
Décadas de 1950 e 1960: a influência de órgãos americanos nas políticas de alimentação brasileiras ou a alimentação infantil como estratégia de dominação/escoamento de produção .....	22
Década de 1970: a criança no contexto dos cuidados primários em saúde .....	25
Década de 1980: redemocratização e novos atores sociais na arena da saúde – o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde da Criança .....	27
Década de 1990: a criança e a ótica da desnutrição e das carências – avanços e retrocessos .....	29
Anos 2000: a criança e o modelo de cuidado ampliado .....	32
6.5. Conclusão .....	35
6.6. Referências bibliográficas .....	36
7. PROPOSTA DE UM MODELO DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS .....	41
7.1. Resumo .....	41
7.2. Introdução .....	42
7.3. Desenvolvimento do modelo .....	45
7.4. Considerações finais .....	50
7.5. Referências bibliográficas .....	51
8. AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL: UM ESTUDO DE CASO .....	53
8.1. Resumo .....	53
8.2. Introdução .....	55



8.3. Metodologia .....	57
8.3.1. Desenho do estudo .....	57
8.3.1.1. Definição da amostra de estudo .....	60
8.3.1.2. Coleta de dados .....	61
8.3.1.3. Análise dos dados.....	62
8.4. Aspectos éticos .....	62
8.5. Resultados .....	63
8.5.1. Avaliação do processo de implantação e implementação da ENPACS .....	63
8.5.1.1. Etapa 1: Avaliação centrada nos objetivos.....	63
8.5.1.2. Etapa 2: Avaliação centrada nos participantes.....	67
8.6. Discussão .....	80
8.6.1. Etapa 1: Avaliação centrada nos objetivos .....	80
8.6.2. Etapa 2: Avaliação centrada nos participantes .....	82
8.6.2.1. Restrições e Características individuais de membros da equipe .....	82
8.6.2.2. Perspectivas e preocupações do cliente.....	86
8.7. Conclusão.....	90
8.8. Referências Bibliográficas .....	91
9. CONCLUSÕES GERAIS .....	99
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	101
ANEXOS .....	105

## LISTA DE SIGLAS

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

APS – Atenção Primária em Saúde

BIREME – Biblioteca Regional de Medicina

ENPACS – Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAO – Food and Agriculture Organization

IBFAN – International Baby Food Action Network

MS – Ministério da Saúde

NBCAL – Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNAM – Política Nacional de Aleitamento Materno

PSF – Programa Saúde da Família

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – United Nations International Children Emergency Fund (Fundo das Nações Unidas pela Infância)

WABA – World Alliance for Breastfeeding Action

WHO – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

## RESUMO

EINLOFT, Ariadne Barbosa do Nascimento, M.Sc. Universidade Federal de Viçosa, Fevereiro 2014. **Implementação da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS): proposta de um modelo de avaliação em nível municipal.** Orientador: Raquel Maria Amaral Araújo. Coorientadores: Rosangela Minardi Mitre Cotta e Giana Zarbato Longo.

No cenário das ações para redução da morbimortalidade infantil surge a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), lançada no Brasil para promover o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável como atividade de rotina nos serviços de saúde, em nível de Atenção Primária, em todo o país. O valor dessa iniciativa pública se iguala ao da necessidade de avaliações do processo de sua implantação e implementação, além do seu impacto sobre os indicadores nutricionais, tendo em vista a incipiência da experiência brasileira em avaliação de políticas e programas públicos da esfera estatal. Neste sentido, este estudo teve como objetivo avaliar o processo de implantação e implementação da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) no município de Viçosa-MG. Ademais, buscou-se também subsidiar os processos de tomada de decisão em políticas e programas de alimentação e nutrição, contribuindo com a produção de conhecimentos referentes ao desenvolvimento e aplicação de um modelo adaptado para o processo de investigação avaliativa da ENPACS, que poderá ser utilizado e, ou servir de base para estudos futuros. Trata-se de um estudo de caso, onde se pretendeu avaliar a ENPACS num contexto local, no período de outubro de 2012 a dezembro de 2013. Foram envolvidos no estudo cuidadores (mães, pais, avós ou outros membros da família que fossem os responsáveis diretos pelo cuidado do menor) de crianças menores de cinco anos cadastradas e moradoras em áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (n=395); agentes comunitários de saúde (n=79); enfermeiros coordenadores de equipes de Estratégia Saúde da Família (n=8); profissionais capacitados na ENPACS (n=5); gestores municipais atuais e do período de implantação da Estratégia no município (n=2); coordenadores do Serviço de Nutrição e de Estratégia Saúde da Família municipal (n=2). Para a avaliação da implantação e implementação da ENPACS foi proposto um modelo composto de duas etapas, construído considerando-se a configuração da Estratégia, que abarca atividades educativas para a alimentação complementar saudável e o monitoramento dos marcadores de consumo alimentar, realizado por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional web – Sisvan web. Na primeira etapa, utilizou-se a Avaliação Centrada nos Objetivos da

ENPACS, que pretendeu verificar em que medida a Estratégia atingiu seus objetivos, conforme proposições de Bryce et al. (2004). Na segunda etapa utilizou-se a Avaliação Centrada nos Participantes para verificar junto aos gestores, profissionais de saúde das ESF's e responsáveis pelas crianças menores de 5 anos, as restrições administrativas e ocupacionais, a experiência e percepções sobre a importância da ENPACS para a saúde das crianças, utilizando-se de entrevistas e grupos focais. Os dados quantitativos foram tabulados no Excel 6.0 e SPSS 10.0, o que permitiu a formação dos escores e elaboração do diagrama e das frequências. A análise das falas foi realizada por meio do método de análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 1977). Os resultados apontaram a existência de uma grande demanda numérica de crianças em idade correspondente ao público do programa, bem como a ocorrência de desvios nutricionais nas crianças de seis meses a dois anos de idade. A análise do número de cuidadores que responderam ao formulário de marcadores do consumo alimentar de menores de dois anos de idade revelou que o Sisvan-web foi alimentado somente em 2010, todavia, apenas com informações referentes à alimentação nos primeiros seis meses de vida, totalizando um número de crianças muito abaixo do esperado. 53,19% das crianças menores de 6 meses haviam sido acompanhada no mês anterior à entrevista conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde para esta faixa etária; entretanto, 53,19 % destes mesmos cuidadores referiram não ter recebido orientação sobre aleitamento materno no mesmo período. 52,41% dos cuidadores avaliaram as orientações recebidas como insuficientes. Não foi possível verificar o impacto da ENPACS no município por insuficiência de dados. De forma geral, a metodologia de implantação da ENPACS no município em estudo foi bem avaliada pelos profissionais que participaram da oficina de implantação no ano de 2010, contudo, sua atuação restringiu-se ao nível ambulatorial. Em 46,84% das equipes o acompanhamento de rotina das crianças é realizado mensalmente e em 100% as atividades restringem-se à avaliação antropométrica. As fragilidades apontadas pelos profissionais são: vinculação profissional e educação continuada. O desconhecimento da ENPACS demonstrado por 75% dos gestores e coordenadores reflete-se na ausência de respostas afirmativas dos agentes comunitários e também nas ações de saúde desenvolvidas para crianças de primeira infância no município. Em geral, os cuidadores avaliam de forma positiva as ações desenvolvidas para crianças menores de 2 anos; porém, o mesmo não ocorreu em relação à qualidade da consulta. Decorridos três anos, a implantação e implementação da ENPACS no município estudado não ocorreram de forma efetiva. Conforme evidenciaram os parâmetros avaliados, há deficiência no seu processo de implantação e implementação, revelando um descompasso entre o nível operacional e as

instâncias gestoras superiores, onde os diferentes graus de adesão dos atores sociais aos objetivos e à metodologia da estratégia por si só, já sinalizam o enfraquecimento dos esforços dispendidos para sua efetivação.

## ABSTRACT

EINLOFT, Ariadne Barbosa do Nascimento, M.Sc. Universidade Federal de Viçosa, February 2014. **Implementation of the National Strategy for Complementary Healthy Feeding: proposal of an evaluation model at municipal level.** Adviser: Raquel Maria Amaral Araújo. Co-advisers: Rosangela Minardi Mitre Cotta and Giana Zarbato Longo.

In the scenario of the actions to reduce infantile morbimortality, the National Strategy for Complementary Healthy Feeding (ENPACS) is launched in Brazil in order to promote breastfeeding and complementary healthy feeding as routine practice in health services, in terms of Primary Care, throughout the country. The value of this public initiative equalizes the need for evaluation of its implantation and implementation process, besides its impact on nutritional indicators, as taking into account the incipiency of the Brazilian experience in evaluation of public policies and programs within state ambit. Thus, this study was carried out to evaluate the implantation and implementation process of the National Strategy for Complementary Healthy Feeding (ENPACS) in Viçosa municipality - MG. Furthermore, it was also sought to subsidize the decision-making processes in policies and programs concerning to alimentation and nutrition, as contributing to production of the knowledge concerning to development and application of a model adapted to evaluative research process of the ENPACS that can be used and, or serve as basis for future studies. This is a case study, where the intention was to evaluate the ENPACS in local context over the period from October 2012 to December 2013. The study embraced the caretakers (mothers, fathers, grandparents or other family members who were directly responsible for the care of the child) of the registered children under five years and residents in areas embraced by the Strategy for Family Health (n = 395). In addition, the following agents were also involved: community health workers (n=79); nurses coordinating the teams of the “Strategy for Family Health” (n = 8); professionals trained in ENPACS (n =5); either current municipal managers and those who acted during the Strategy implantation period in municipality (n=2); coordinators of the Nutrition Service and municipal Strategy for Family Health (n=2). For evaluation of the implantation and implementation of ENPACS, a model was proposed. This model was composed by two stages and was built by considering the configuration of the Strategy that includes either educational activities for complementary healthy feeding and the monitorship of the dietary intake markers accomplished through Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional web – Sisvan - web. In the first step, the Evaluation Centered on Objectives of the ENPACS was used in order to ascertain the extent the Strategy achieved its

objectives, according to propositions by Bryce et al. (2004). In the second step, the Evaluation Centered on Participants was used in order to verify, with the managers, health professionals of the Strategy for Family Health (ESF's) and guardians of the children under 5 years old, the administrative and occupational restrictions, the experience and perceptions concerning to importance of the ENPACS for the health of the children, by using interviews and focus groups. The quantitative data were tabulated in Excel 6.0 and SPSS 10.0, which allowed the formation of the scores and the elaboration of the diagram and frequencies. The analysis of the speeches was performed by using the content analysis method, thematic modality (BARDIN, 1977). The results indicated the occurrence of a large numerical demand of children at age corresponding to the public of the program, as well as the occurrence of nutritional problems in children at age range from six months to two years. The analysis of the number of caregivers who responded to the formulary of markers of the food intake in children under two years of age showed that Sisvan - web was fed only in 2010, however, only with information referring to food at the first six months of life, as totaling a number of children much lower than expected. The age range of the children younger than 6 months (53.19%) was monitored on the month before interview, as recommended by the Ministério da Saúde; however, 53.19 % of the same caregivers reported having received no guidance on breastfeeding over the same period. A total of 52.41 % caregivers evaluated the guidance as insufficient. It was not possible to verify the impact of the ENPACS upon municipality due to insufficient data. In general, the methodology of the ENPACS implementation in the municipality under study was well evaluated by professionals who participated in the establishment workshop in year 2010; however, its performance was limited to ambulatory level. In 46.84 % of the teams, the routine monitoring of the children is held monthly and 100 % activities are restricted to the anthropometric assessment. The weaknesses identified by professionals are: professional binding and continuing education. The non-acquaintance of ENPACS demonstrated by 75% of the managers and coordinators is reflected on absence of affirmative responses of the community agents and also on health care developed for young children in the municipality. In general, caregivers evaluate positively the actions developed for children under 2 years of age; however, this did not occur in relation to the quality of the query. After three years, the deployment and implementation of the ENPACS in the municipality under study did not occur effectively. As evidenced by the parameters under evaluation, there is deficiency in its implantation and implementation process, as revealing a mismatch between the operational level and superior management levels, where different degrees of the actors' adhesion to the

objectives and methodology of the strategy signalize the weakening of the efforts spent for their effectiveness.



## 1. INTRODUÇÃO GERAL

Embora seja reconhecido que a infância é um período único e que o investimento na saúde infantil pode proporcionar melhores condições de saúde para o adulto, ainda hoje este fato não tem merecido atenção suficiente. O panorama atual da saúde mostra claramente que não é resolutivo simplesmente desviar o olhar da infância para outra faixa etária. A criança e suas inúmeras potencialidades precisam tornar-se visíveis, nas questões que vão desde o cuidado à sua saúde - e suas especificidades - mas também considerando que é na infância que se previne as doenças crônicas não transmissíveis. Neste período, oportunidades perdidas são oportunidades não retornáveis (MOREIRA; GOLDANI; 2010).

A OMS e o UNICEF desenvolveram conjuntamente a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância para revitalizar a atenção do mundo sobre o impacto que as práticas alimentares têm no estado nutricional, crescimento e desenvolvimento, saúde, e na própria sobrevivência dessas crianças. A Estratégia Global tem como base as evidências da importância da nutrição nos primeiros meses e anos de vida e do papel crucial que as práticas alimentares apropriadas desempenham no alcance de resultados ótimos de saúde. A falta da amamentação – e especialmente a falta de aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida – constituem importantes fatores de risco para a morbidade e mortalidade infantis. O impacto negativo, cujos efeitos podem perdurar durante toda a vida, incluem o fraco desempenho escolar, a produtividade diminuída e o desenvolvimento intelectual e social prejudicados (OMS; UNICEF; IBFAN, 2005).

Estratégias de intervenção nutricional foram listadas entre as ações de prevenção mais efetivas para redução da mortalidade em crianças menores de cinco anos. A promoção do aleitamento materno é considerada a primeira das intervenções, com potencial de prevenir 13% de todas as mortes. A promoção da alimentação complementar, a terceira das ações efetivas, tem o potencial de prevenir 6% de todas as mortes. A ação de administração de zinco e vitamina A ocupa a quinta posição com potencial de prevenção de 5 e 2% das mortes. Na sétima posição encontra-se a água, saneamento básico e higiene com potencial de prevenção de 3% das mortes (JONES et al, 2003).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2008) enfatiza a “promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis” como um componente importante para a promoção da saúde. O incentivo ao aleitamento materno, além do resgate de hábitos e práticas alimentares regionais, do estímulo ao consumo de alimentos locais de

baixo custo e elevado valor nutritivo e de padrões alimentares variados devem integrar ações e medidas que contemplem desde os primeiros anos de vida. A socialização do conhecimento sobre alimentos e o processo de alimentação também devem fazer parte de um processo educativo permanente.

A responsabilidade social de garantir à criança o mais elevado padrão de saúde, explicitamente reconhecida na Convenção dos Direitos da Criança, inclui a garantia de um padrão nutricional satisfatório. O cuidado nutricional diz respeito às práticas domésticas realizadas por pessoas responsáveis pelo cuidado com a criança e de como elas usam os alimentos e os recursos disponíveis para a saúde, a fim de garantir sua sobrevivência, crescimento e desenvolvimento. Intervenções que aumentem o poder e a liderança das mulheres nas comunidades tem se mostrado decisivas para melhorar o status de saúde do grupo materno-infantil. Aumentar o poder da mulher, especialmente em termos de comunidade, é uma ação essencial para reduzir o número de mortes de menores de cinco anos de idade, correspondente ao Quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 5) (ACCIOLY et al., 2009).

Autores como Burlandy (2009) e o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2011a), ressaltam também a importância do redimensionamento da prática profissional para o desenvolvimento da autonomia decisória e do potencial de cuidado em saúde das mulheres. Profissionais de saúde bem capacitados, através de ações educativas participativas que considerem a realidade vivida pela população, sua linguagem, seus saberes e habilidades, podem contribuir para essa construção da autonomia decisória das mulheres no contexto da atenção integral à saúde através de redes de apoio construídas nos serviços de saúde, entre profissionais e usuários e entre os próprios usuários (BURLANDY, 2009).

Soma-se à importância de iniciativas públicas emancipatórias e modificadoras da realidade atual, a necessidade de avaliações do processo de sua implantação e implementação, além da verificação de seu impacto sobre os indicadores nutricionais, dada a intensificação do interesse de formuladores de políticas, gestores públicos, profissionais e acadêmicos nas últimas décadas em contraponto à incipiência da experiência brasileira em avaliação de políticas e programas públicos da esfera estatal (HENRIQUE et al., 2007).

A implementação de políticas públicas configura-se como um processo complexo e dinâmico que tende combinar, permanentemente, diferentes estratégias voltadas à diminuição de conflitos e construção de compromissos. Segundo Magalhães et al. (2007) a implementação, não consiste apenas de uma fase de execução de objetivos e metas

previamente formuladas, mas é, também, um momento de redesenho das alternativas de ação, evidenciando assim, enfrentamentos políticos em torno de múltiplos valores, interesses e perspectivas.

Ainda de acordo com Magalhães et al. (2007), a importância da compreensão do processo de implementação de programas como um terreno de barganhas, coalizões e “encontro de diferentes intenções” está no fato desta ser a arena onde os objetivos e o desenho operacional contidos em normas e marcos legais de uma política podem ser alcançados, mas, também, como estes podem ser reformulados a partir de escolhas e compromissos assumidos pelos agentes implementadores. Para estes mesmos autores, a relevância de estudos com foco em contextos locais de implementação reside na possibilidade que estes tem de revelar em profundidade os dilemas concretos que envolvem a condução, coordenação e gerenciamento de programas sociais.

Adicionalmente, é interessante a incorporação das percepções dos atores sociais no processo de avaliação como forma de dimensionar a qualidade dos programas. De acordo com Uchimura e Bosi (2002), esta forma ampliada de avaliação não apenas permite a compreensão da qualidade para diferentes grupos, como também as formas pelas quais esta se apresenta ou não nesses programas, ampliando a análise para questões que abarquem aspectos relacionados aos níveis simbólicos, ao universo dos significados, das motivações, crenças e valores, respeitando sua complexidade, riqueza e profundidade.

## 2. JUSTIFICATIVA

Estudos referentes ao padrão de consumo alimentar nos dois primeiros anos de vida têm constatado uma introdução precoce (antes dos seis meses de vida da criança) e oferta inadequada de alimentos (SIMON et al., 2003; OLIVEIRA e OSÓRIO, 2005; BRUNKEN et al., 2006; SALDIVA et al., 2007).

Da mesma forma, são reconhecidas as consequências da prática alimentar inadequada nos primeiros anos de vida, particularmente nas populações menos favorecidas, o que está associado ao aumento da morbidade, representada pelas doenças infecciosas, pela desnutrição, excesso de peso e pelas carências específicas de micronutrientes, tais como ferro, zinco e vitamina A (BRASIL, 2010a).

Sabe-se, também, que estratégias de intervenção nutricional, como a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar estão elencadas entre as ações de prevenção mais efetivas para redução da mortalidade em crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2010a). Assim, um desafio lançado no Brasil para efetivar estas intervenções como atividade de rotina nos serviços de saúde, em nível nacional, foi a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) (BRASIL, 2010a).

O valor dessa iniciativa pública se iguala ao da necessidade de avaliações do processo de sua implantação e implementação, além do seu impacto sobre os indicadores nutricionais. Embora vários programas que visem à prevenção da desnutrição e das carências nutricionais específicas tenham sido realizados, muito pouco é conhecido sobre o real efeito desses programas ou intervenções sobre as deficiências que pretendem prevenir ou tratar (SANTOS, 2009).

Deste modo, pretende-se com este estudo gerar informações que possam contribuir para o redirecionamento no desenvolvimento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, a qual a ENPACS foi unificada, bem como subsidiar os processos de tomada de decisão em políticas e programas de alimentação e nutrição. Acresce-se a possibilidade de identificação de crianças em situação de risco nutricional nos aspectos da alimentação e da antropometria.

Para o meio científico contribuirá com a produção de conhecimentos referentes ao desenvolvimento e aplicação de um modelo adaptado para o processo de investigação avaliativa da ENPACS, que poderá ser utilizado e, ou servir de base para estudos futuros.

### 3. HIPÓTESE DE TRABALHO E PERGUNTA NORTEADORA

Considerando a dificuldade de adesão dos principais atores da atenção em saúde nos municípios aos programas governamentais de promoção da saúde, tem-se como hipótese de trabalho que a implantação e implementação da Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável no município de Viçosa-MG não se efetivou em sua plenitude.

Como pergunta norteadora, questiona-se se o processo de implantação e implementação da ENPACS no município tenha se efetivado de modo a incentivar a orientação alimentar como atividade de rotina nos serviços de saúde e monitorar os marcadores do consumo alimentar, conforme preconizado pela própria Estratégia.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. Objetivo geral

Avaliar o processo de implantação e implementação da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) no município de Viçosa-MG.

### 4.2. Objetivos específicos

- Analisar o processo de implantação e implementação da ENPACS;
- Verificar o nível de conhecimento e compreensão dos gestores e profissionais das equipes de saúde da família (ESF) sobre a ENPACS e demais ações de saúde infantil desenvolvidas no município;
- Avaliar, a partir da perspectiva dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, a qualidade da atenção em saúde recebida pelas crianças menores de cinco anos no município;
- Avaliar, a partir da perspectiva materna, a qualidade da atenção em saúde recebida pelas crianças menores de cinco anos no município;
- Avaliar o impacto da ENPACS na evolução dos marcadores do consumo alimentar de crianças menores de cinco anos;
- Avaliar o impacto da ENPACS na evolução do estado nutricional de crianças menores de cinco anos;
- Propor uma metodologia para o processo de investigação avaliativa da implantação e implementação da ENPACS nos municípios.

## 5. SUJEITOS E MÉTODOS

### 5.1. Sujeitos

Foram envolvidos no estudo cuidadores (mães, pais, avós ou outros membros da família que fossem os responsáveis diretos pelo cuidado do menor) de crianças menores de cinco anos cadastradas e moradoras em áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família; agentes comunitários de saúde; enfermeiros coordenadores de equipes de Estratégia Saúde da Família; profissionais capacitados na ENPACS; gestores municipais atuais e do período de implantação da Estratégia no município; coordenadores do Serviço de Nutrição e de Estratégia Saúde da Família municipal.

A definição da faixa etária das crianças seguiu a mesma abrangida pela Estratégia. A ENPACS focaliza suas ações nos menores de 5 anos em virtude da associação entre o aumento da morbidade por doenças infecciosas, pela desnutrição, excesso de peso e pelas carências específicas de micronutrientes, tais como ferro, zinco e vitamina A e práticas alimentares inadequadas nos dois primeiros anos de vida.

Para a definição da amostra de cuidadores utilizou-se a fórmula para estimativa de prevalência, considerando-se 50% de prevalência esperada do fenômeno, 5% de erro amostral, 10% de recusas e perdas e 20% para controle de fatores de confusão. Considerou-se a população de referência no ano de 2012 (2235 famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família com filhos menores de 5 anos, também cadastrados) totalizando 395 cuidadores a serem selecionados de forma aleatória. O cálculo foi realizado por meio do programa Statcalc do Epi-Info 6.04.

Os agentes comunitários de saúde, profissionais, gestores e coordenadores foram entrevistados em sua totalidade.

### 5.2. Área de estudo

O município de Viçosa ocupa uma área de 300,15 km<sup>2</sup> (IBGE - Censo 2000). Localiza-se na Zona da Mata de Minas Gerais e abrange quatro distritos: a sede, Silvestre, Cachoeira de Santa Cruz e São José do Triunfo. É limitado pelos municípios de Teixeira e Guaraciaba, ao norte; Paula Cândido e Coimbra, ao sul; Cajuri e São Miguel do Anta, a leste; e Porto Firme, a oeste.

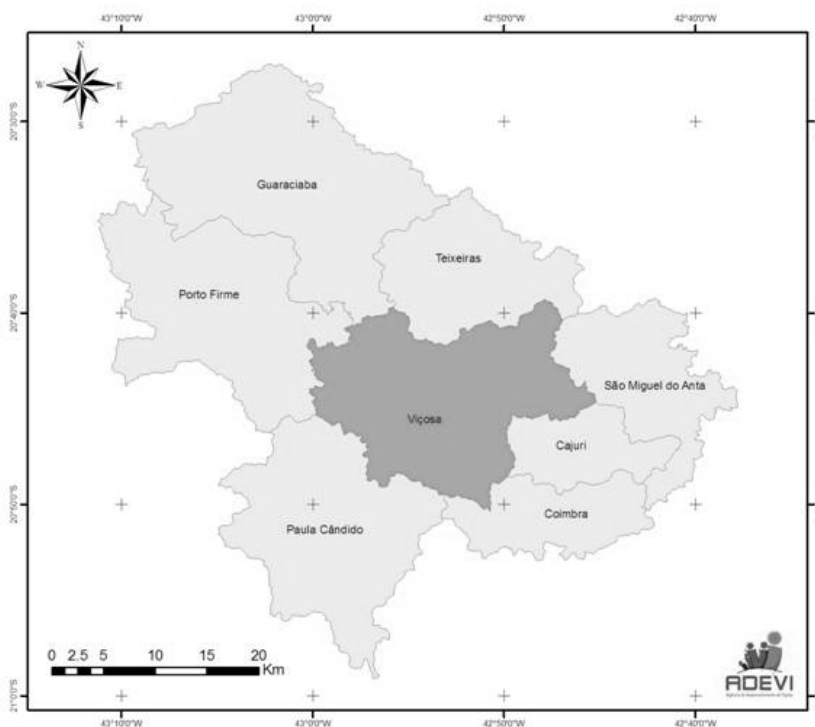


Figura 1: Limites do Município de Viçosa

Fonte: Retrato Social de Viçosa, 2012.

A população viçosense praticamente triplicou nas últimas quatro décadas, passando de 25.784 habitantes em 1970 para 76.147 em 2011 (IBGE, 2010). Esse crescimento populacional foi acompanhado por um significativo processo de urbanização que, em Viçosa, fez com que a população urbana passasse de 65,9% do total em 1970, para 93,2% em 2010 (CRUZ, 2010).

Analisando a série histórica da evolução de alguns indicadores durante os anos de 1991 a 2010, observa-se uma redução na taxa de mortalidade infantil, mortalidade de menores de 5 anos, probabilidade de sobrevivência até 60 anos e uma elevação da esperança de vida ao nascer (PNUD/IPEA/FJP, 2013).

A taxa de analfabetismo municipal é de aproximadamente 5,61% na população com 15 anos ou mais no ano de 2010 (PNUD/IPEA/FJP, 2013), ainda superior aos 5% considerado aceitável internacionalmente (RIPSA, 2008).

A atividade econômica do município gira em torno da Universidade Federal de Viçosa. Vários são os empreendimentos na área de prestação de serviços, criados para atender à demanda proveniente dos estudantes, servidores e professores da UFV. Merece destaque a construção civil, cujo crescimento, impulsionado pela expansão da Universidade, produz impacto em todos os setores da economia local, sobretudo no



comércio de material de construção, serralherias, carpintarias, além de serviços de corretagem e locação de imóveis (CRUZ, 2010).

Durante os anos de 1991-2010 notou-se uma elevação na renda per capita média passando de R\$ 434,13 (quatrocentos e trinta e quatro reais e treze centavos) para R\$893,40 (oitocentos e noventa e três reais e quarenta centavos). A desigualdade determinada pelo Índice de Gini reduziu passando de 0,60 em 1991 para 0,56 em 2010 (PNUD/IPEA/FJP, 2013). Entretanto, o perfil distributivo do município ainda é muito desigual. Em 2010, os 20% mais pobres detinham 3,49% da renda municipal, enquanto, os 20% mais ricos acumulavam 61,59% da renda (PNUD/IPEA/FJP, 2013).

Em relação à vulnerabilidade familiar observa-se que 0,24 % de mulheres de 10 a 14 anos e 2,06% de mulheres de 15 a 17 anos tem filhos, 10,62% das mães chefe de família não possuem o ensino fundamental completo e tem filhos menores de 15 anos e 27,66% de crianças residem em domicílios em que ninguém tem ensino fundamental completo (PNUD/IPEA/FJP, 2013).

Na classificação geral do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano e em relações aos outros municípios do estado de Minas Gerais, ocupando a 11<sup>a</sup> posição (PNUD/IPEA/FJP, 2013).

A rede de atenção municipal conta com 2 hospitais (sendo os dois conveniados ao SUS, contabilizando um leito para cada 2,5 habitantes e 1,4 leitos para cada usuário do SUS), duas policlínicas e 17 unidades básicas de saúde, sendo 15 delas unidades de Estratégia de Saúde da Família, cobrindo mais de 73% da população residente no município<sup>1</sup>.

Viçosa, de acordo com a Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS - 2002, encontra-se habilitada na Gestão Plena do Sistema, conferindo a Secretaria Municipal de Saúde a responsabilidade pela gestão de todo o sistema municipal. O município encontra-se subordinado à Gerência Regional de Saúde de Ponte Nova, que cobre 28 municípios, perfazendo uma população de 340.289 pessoas<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional e Coordenação das Equipes de PSF do município de Viçosa, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Fonte: Gerência Municipal de Saúde de Ponte Nova (<http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/superintendencias-regionais-de-ensino>)

### 5.3. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo do tipo Estudo de Caso, uma vez que se pretendeu avaliar a ENPACS num contexto local. De acordo com Minayo (2010), atualmente, os Estudos de Caso são utilizados principalmente na área de administração e de avaliação social, para, dentre outras aplicações, compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta e explorar situações em que determinadas intervenções não trouxeram resultados previstos. Metodologicamente, os Estudos de Caso evidenciam ligações causais entre intervenções e situações da vida real; o contexto em que uma ação ou intervenção ocorreu ou ocorre; o rumo de um processo em curso e maneiras de interpretá-lo; o sentido e a relevância de algumas situações-chave nos resultados de uma intervenção.

Os dados foram coletados nos domicílios dos responsáveis pelas crianças menores de cinco anos e, no caso dos profissionais de saúde, em seus locais de trabalho, durante o período de outubro de 2012 a dezembro de 2013, por uma pesquisadora, uma bolsista de iniciação científica e estagiários devidamente treinados.

### 5.4. Instrumentos para coleta de dados

#### 5.4.1. Questionários

Foram elaborados quatro instrumentos para os diferentes segmentos a serem analisados (profissionais de saúde de ensino superior/tutores, gestores, profissionais de saúde de ensino médio, cuidadores), combinando perguntas abertas e fechadas para permitir ao informante discorrer sobre o tema proposto (Apêndice A, B, C, D). As questões fechadas foram utilizadas para caracterização dos dados socioeconômicos e de formação profissional; as questões abertas foram utilizadas para proporcionar ao entrevistado maior aprofundamento e elaboração das suas opiniões, conforme preconizado por Richardson (2007).

As questões relacionadas ao conhecimento e percepções dos cuidadores entrevistados foram baseadas no trabalho de Almeida e Macinko (2006), que utilizou metodologia elaborada a partir da adaptação de instrumentos componentes do Primary Care Assessment Tool (PCAT), formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da atenção primária e que permitem análise do desempenho das unidades de atenção básica no município, bem como análise da percepção dos usuários sobre a atenção recebida.

Realizou-se, previamente, um estudo-piloto em um dos bairros do município, tendo por objetivo revisar o questionário proposto para os cuidadores, direcionar aspectos da investigação e treinar a equipe inicial do estudo (1 pesquisadora, 1 bolsista de iniciação científica e 2 estagiárias) para a aplicação do instrumento proposto.

#### 5.4.2. Entrevista semiestruturada

As perspectivas e preocupações dos cuidadores, gestores e profissionais capacitados na ENPACS foram levantadas por meio de entrevistas. A ideia inicial era que o pesquisador seguisse um conjunto de questões previamente definidas, mas o fazendo em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal para permitir a emergência de conteúdos, ideias e opiniões pessoais, aspectos afetivos e valorativos, bem como o reconhecimento do significado atribuído à Estratégia nos seus diferentes aspectos.

De acordo com Minayo (2012), a entrevista semiestruturada é um instrumento facilitador da conversa com finalidade, uma vez que mesmo utilizando um roteiro norteador com questões fechadas, permite que o entrevistado exponha livremente o tema estudado por incluir questões abertas.

Inicialmente foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde para obtenção de autorização e apresentação do estudo. O secretário municipal de saúde, juntamente com a Coordenação das Equipes de Saúde da Família, Coordenação de Atenção Básica e Coordenação do Serviço de Nutrição, forneceram as informações referentes à composição das equipes, caracterização das unidades e contatos dos profissionais de saúde. Somente após estes encontros iniciais e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foram iniciados os trabalhos de campo propriamente ditos.

O contato inicial com os entrevistados profissionais de saúde e gestores se deu mediante apresentação do projeto nas próprias unidades de origem de cada profissional após comunicado oficial da Secretaria Municipal de Saúde. As unidades também foram o local de seleção dos cuidadores entrevistados, o que foi realizado por meio das fichas para cadastramento das famílias (Ficha A – Anexo A). As entrevistas com os cuidadores aconteceram nos domicílios destes. Essa sequência de contatos foi realizada para assegurar familiaridade ou proximidade social entre pesquisador e pesquisados, garantindo assim que os entrevistados pudessem ficar mais à vontade e seguros para colaborar, conforme recomendação de Garret (1974).

### 5.4.3. Grupo focal

Adicionalmente às entrevistas, foram realizados grupos focais com os enfermeiros coordenadores das equipes de ESF e, também, com os agentes comunitários de saúde. A opção pelo grupo focal se deu em função da sua característica básica de permitir a livre expressão dos participantes, em caráter qualitativo e com maior aprofundamento dos temas abordados (NETO et al., 2002).

Foram realizados encontros distintos para profissionais de nível médio (agentes) e superior (enfermeiros). A opção por essa divisão e homogeneidade dos grupos se deu para evitar possíveis inibições e bloqueios de manifestações decorrentes de questões hierárquicas e diferenças profissionais. Assim, para participar dos grupos focais realizados foram convidados, para o primeiro, todos os enfermeiros coordenadores das unidades de Estratégia de Saúde da Família (15); e, para o segundo, um representante dos agentes comunitários de saúde de cada unidade, uma vez que estes profissionais são os responsáveis e executores diretos das ações dirigidas aos lactentes e crianças de primeira infância na Atenção Primária. Participaram dos encontros 7 agentes comunitários de saúde, 8 enfermeiros e os dois coordenadores das equipes de Estratégia de Saúde da Família.

As reuniões dos grupos focais ocorreram na dependência da Secretaria Municipal de Saúde do município de Viçosa-MG. Embora se reconheça as limitações do local para tal evento (possibilidade de interferências externas e dificuldade de acolhimento), salienta-se a recusa à sua realização por parte dos gestores municipais se assim não o fosse. A justificativa para a recusa da liberação dos profissionais, caso houvesse necessidade de deslocá-los de seus locais de trabalho, vinculava-se à dificuldade de afastamento dos convidados para participar dos grupos em um momento de reorganização do funcionamento das unidades (o profissional médico passaria efetivamente a cumprir as oito horas de trabalho previstas em contrato e o profissional enfermeiro, como coordenador da equipe, deveria estar presente em tempo integral na unidade para garantia de seu bom funcionamento). Para que não houvesse o impedimento total à realização dos grupos focais foi acordado com a Secretária Municipal de Saúde e coordenadores de ESF que este seria realizado após reunião mensal dos enfermeiros, não necessitando mobilizá-los em outro dia adicional. O mesmo se deu em relação aos agentes de saúde.

Visando sempre a construção de um clima de confiança, foram explicitados logo ao início da reunião os objetivos da pesquisa, a confidencialidade da participação, além de uma rápida apresentação individual. Para facilitar a comunicação, todos utilizaram crachás

com identificação. A discussão foi conduzida por um mediador (no caso, o próprio pesquisador), guiado por um roteiro com questões-chaves e diretivas (Apêndice E). O mediador foi o responsável por introduzir os temas e subtemas a serem debatidos, motivar as discussões, controlar o tempo e a interação dos participantes. As reuniões contaram também com a presença de um relator (que também desempenhou o papel de operador de mídias), responsável por registrar alguns elementos das reuniões, como as ideias gerais, as expressões faciais e corporais ligadas a algumas falas, e outros elementos que possam contribuir quando da análise posterior. No grupo focal dos agentes comunitários de saúde houve também a presença da orientadora do projeto, que assumiu o papel de observadora.

Para otimizar a qualidade do material a ser gravado, e, posteriormente, facilitar o processo de transcrição fidedigna das falas, foram utilizados equipamentos de gravação digital de áudio e vídeo, a saber: uma filmadora com tripé posicionado estrategicamente de modo a captar os rostos de todos os participantes, um gravador de áudio em posição central em relação aos participantes e uma câmera fotográfica para o registro de alguns momentos em foto. Desta forma, foram captados integralmente e com qualidade todos os depoimentos, bem como as expressões faciais, a linguagem corporal, os silêncios eloquentes, dentre outras expressões. A transcrição dos dados foi realizada pela pesquisadora.

#### 5.4.4. Análise documental

A análise documental baseou-se em dados secundários provenientes de sistemas de informações oficiais (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN web; Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB), além de dados provenientes da Coordenação da Atenção Básica e Coordenação de Nutrição municipal, bem como da Gerência Regional de Saúde.

#### 5.5. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa e aprovado em 23 de maio de 2012, sob o número 40511263507, respeitando os aspectos éticos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo B). Todos os participantes do estudo foram orientados

sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido contendo todas as informações sobre o estudo (Anexos C e D).

## 5.6. Análise dos dados

A análise dos dados se deu sob a perspectiva da Triangulação de Métodos (MINAYO, 2005).

### 5.6.1. Análise quantitativa

Os dados quantitativos foram tabulados utilizando-se o *software Microsoft Office Excel 2010*. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva (frequência absoluta, média e mediana).

### 5.6.2. Análise qualitativa

A análise das falas foi realizada por meio do método de Análise de Conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 1977). Esta análise desdobra-se em três momentos:

- **Pré-análise:** com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias presentes nos depoimentos – apreensão do todo.
- **Exploração do material:** releitura das transcrições com o intuito de identificar as unidades de significado;
- **Tratamento dos resultados, inferência e interpretação:** visando agrupar as unidades de significado encontradas de acordo com sua semelhança e a partir daí propor inferências, para posteriormente interpretar com base nas observações e nos estudos bibliográficos, direcionando as discussões e as conclusões sobre o fenômeno estudado (BARDIN, 1977; MINAYO, 2010).

## ARTIGOS

## 6. POLÍTICA E PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA NO BRASIL: MARCOS, INFLUÊNCIAS E EVOLUÇÃO DAS ABORDAGENS

### 6.1. Resumo

Este artigo objetivou reconstituir o processo histórico de construção das políticas e programas de alimentação e nutrição para lactentes e crianças de primeira infância brasileiras, procurando descrever os marcos, as influências e a evolução das abordagens que vigoraram no país, bem como os limitantes à sua implementação e a sua materialização no contexto de vida daqueles a quem estas deveriam atingir. Realizou-se revisão bibliográfica pertinente, contextualizando a trajetória da construção das bases e diretrizes das políticas e programas de alimentação e nutrição infantil no país. Concluiu-se que embora a análise da reconstrução histórica de políticas de alimentação e nutrição para lactentes e crianças de primeira infância no Brasil aponte para o descaso, omissão e inadequação em inúmeros momentos, é possível perceber os avanços ocorridos nas formas de concepção e orientação destas políticas e de seus decorrentes programas nas últimas décadas. Políticas e programas que desconsideram a interdependência da nutrição com os aspectos sociais, especialmente dentro de um contexto de dupla carga de doenças já se mostraram ineficazes para a solução dos problemas alimentares e nutricionais da população brasileira. Ao poder público cabe a construção efetiva de uma rede intersetorial, envolvendo todas as áreas relacionadas à proteção da infância, em um esforço conjunto e compartilhado com a sociedade civil e Academia.

**Palavras-chave:** Políticas de alimentação e nutrição; programas de alimentação e nutrição; saúde infantil.

## POLICY AND PROGRAMS OF FOOD AND NUTRITION FOR INFANTS AND KINDERGARTEN CHILDREN IN BRAZIL : MARKS, INFLUENCES AND EVOLUTION OF THE APPROACHES

### Summary

This review was carried out to reconstruct the historical building process of the policies and programs concerning to food and nutrition for Brazilian infants and young



children, as trying to describe the marks, influences and evolution of the approaches that prevailed in the country as well as the factors limiting their implementation and materialization in the context of the life of those to whom they should achieve. The bibliographic review was accomplished by contextualizing the trajectory in building the foundations and guidelines of the policies and programs for food and nutrition of the children in Brazil. It was concluded that, although the analysis of the historical reconstruction of policies on food and nutrition for infants and young children in Brazil indicates disregard, omission and inadequacy at many moments, it is possible to perceive the progress in the forms of conception and orientation of those policies and their resulting programs in recent decades. Policies and programs disregarding the interdependence between nutrition and social aspects, especially within the context of the double burden of diseases, have proven to be ineffective for solution of the food and nutritional problems in Brazilian population. The government is responsible for the effective construction of an intersectoral network, as involving all areas related to protection of the, in a conjunctural effort shared with civil society and academia.

**Keywords:** Food and nutrition policies, food and nutrition programs, child health.

## 6.2. Introdução

Atualmente, a concepção de saúde adotada preconiza, além da ausência de doenças, a necessidade de consideração das experiências individuais, especialmente as vivenciadas nos primeiros anos, quando são definidos os padrões pessoais do viver e do conviver, para o desenvolvimento pleno da potência ou da capacidade individual para manejar com maior autonomia as questões vivenciais (BRASIL, 2010a).

Segundo a UNICEF, a atenção à saúde das mulheres e crianças é uma prioridade na maioria dos países, tendo em vista o interesse em garantir a reprodução da população em condições favoráveis e o desenvolvimento adequado das gerações futuras, possibilitando a formação de indivíduos saudáveis, úteis e socialmente adaptados, pois são nos primeiros anos de vida, devido a maior plasticidade cerebral, que melhor se pode estimular o desenvolvimento global do indivíduo. Particularmente, as crianças despertam um sentimento de proteção, devido a sua extrema fragilidade e inocência, de tal forma que políticas que priorizem a sua atenção costumam se constituir em políticas de consenso (FRIAS et al., 2009).

Enquanto não estiverem garantidos o crescimento e o desenvolvimento do binômio mãe-bebê, especialmente por meio da promoção, proteção e do apoio à saúde e nutrição dessa população, os governos não alcançarão sucesso nos seus esforços de acelerar um significativo desenvolvimento socioeconômico, político e cultural de longo prazo (OMS; UNICEF; IBFAN, 2005).

Debalde os esforços empreendidos nos últimos anos em nível nacional e internacional, a magnitude da mortalidade e do adoecimento na infância é ainda muito elevada em grande parte do mundo, em consequência das condições de vida adversas experimentadas por grande parte da população. Nas crianças, o reflexo das adversidades do ambiente é marcante porque elas detêm, no início da existência, uma imaturidade imunológica, associada ao desafio do aprendizado de convivência com as agressões do mundo que a circunda. Não é por outro motivo que se diz ser a mortalidade infantil um dos mais sensíveis indicadores de condição de vida (FRIAS, MULLACHERY e GIUGLIANI, 2009).

Dentro deste contexto, as práticas alimentares inadequadas e suas consequências ainda se configuram como grandes obstáculos ao desenvolvimento socioeconômico sustentável e à redução da fome e da pobreza no Brasil e no Mundo (OMS; UNICEF; IBFAN, 2005).

De acordo com a Portaria Nº 2.051, de 8 de novembro de 2001, “lactentes” são as crianças de 0 a 1 ano de idade incompleto; já “crianças de primeira infância” são aquelas de 1 a 3 anos de idade. Estas definições foram criadas e são utilizadas para fins da legislação brasileira de proteção ao aleitamento materno, conforme a RDC nº 222, de 5 de agosto de 2002. No documento do Ministério da Saúde “O futuro hoje: Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento” (BRASIL, 2010a), define-se primeira infância como o período da vida infantil compreendido entre 0 a 6 anos de idade.

Este artigo objetivou reconstituir o processo histórico de construção das políticas e programas de alimentação e nutrição para lactentes e crianças de primeira infância brasileiras, procurando descrever os marcos, as influências e a evolução das abordagens que vigoraram no país, bem como os limitantes à sua implementação e a sua materialização no contexto de vida daqueles a quem estas deveriam atingir.

### 6.3. Metodologia

Utilizou-se pesquisa bibliográfica, desenvolvida com base em material virtual, impresso e publicado, como livros, artigos, documentos, dissertações, teses e outras

publicações relevantes. A estratégia de busca de publicações também incluiu pesquisa em bases eletrônicas. Utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde, que inclui publicações das bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), Biblioteca Cochrane e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), sem especificação de período temporal por se tratar de uma revisão histórica. As palavras-chave “políticas de alimentação e nutrição”, “programas de alimentação e nutrição”, “alimentação infantil”, “lactentes” foram utilizadas, sendo as buscas efetuadas nos índices “Título”, “Resumo”, “Assunto” e em todas as fontes. As referências bibliográficas dos estudos assim localizados foram também rastreadas para localizar outras fontes de potencial interesse. Excluiu-se resumos sem texto completo e trabalhos ou publicações não referentes ao Brasil.

#### 6.4. Política e programas de alimentação e nutrição para lactentes e crianças de primeira infância no Brasil

Os direitos das crianças nos primeiros 24 meses de idade (período considerado crítico para o adequado crescimento e desenvolvimento somático do ser humano) devem ser definidos como prioritários pelos governantes. Eles são regulamentados por instituições internacionais (como Organização das Nações Unidas) e pela Constituição Brasileira, que asseguram a esta faixa etária alimentação adequada para garantir crescimento e desenvolvimento saudável (LIMA, 2005). Entretanto, Vasconcelos (2005) afirma que as distintas formas de intervenção estatal na área de alimentação e nutrição são construídas, desconstruídas e/ou reconstruídas a partir do jogo de interesses econômicos, sociais e políticos que se opera entre os distintos segmentos sociais de cada conjuntura examinada.

#### **Décadas de 1930 e 1940: a intervenção estatal e a invisibilidade das crianças ante os olhos do Estado**

Embora a alimentação seja um tema que suscita interesses e discussões desde a antiguidade, é no período pós Primeira Guerra que emerge como uma área de interesse estratégico para a segurança e soberania das nações. A posição de destaque que o tema adquire, tendo em vista os problemas de alimentação enfrentados no período, estimula a criação de várias instituições científicas em países que iniciavam também o seu

desenvolvimento urbano-industrial a exemplo do Brasil, que na década de 1930 delimita os primórdios do estabelecimento de uma política de enfrentamento da questão da fome e da desnutrição (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

Apesar de ações estatais voltadas para a questão da alimentação da população terem sido conduzidas desde o início do período colonial, pode-se afirmar que os primeiros instrumentos específicos de política social de alimentação e nutrição foram instituídos apenas na década de 1930 do século XX, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1937-1945). Antes disso, a satisfação das necessidades alimentares e nutricionais da população não eram alvo de preocupação, uma vez que o foco do Estado estava no funcionamento eficaz do sistema produtivo (PRADO, 1993). Até então, o país que era eminentemente agroexportador desde o período colonial, ocupava-se apenas com política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação (MENDES, 1996).

A preocupação com o tema “alimentação” no Brasil, desde o princípio, foi relacionada às questões sociais e econômicas: a ligação entre alimentação e renda foi estabelecida já nas primeiras discussões sobre o tema. No início da década de 1930 um grupo expressivo de jovens médicos brasileiros passou a estudar a questão em duas vertentes. Sob influência das escolas americana e europeia, parte deles dedicou-se à pesquisa biológica, clínica e experimental, desenvolvendo um ramo da ciência que se convencionou chamar de 'fisiologia da nutrição'. Outro grupo, influenciado por Pedro Escudero, optou por estudar a nutrição na sociedade, procurando definir um padrão de 'alimentação racional' que disponibilizasse os elementos estudados e preconizados pelos fisiologistas. Todavia, embora coexistissem as duas vertentes, sendo uma ligada ao abastecimento (racionalização da oferta de alimentos) e outra centrada na educação do povo, na execução da política de Estado para a alimentação, prevaleceu, ao longo do tempo, uma terceira vertente: a da distribuição de alimentos (BARROS e TARTAGLIA, 2003).

No pós-30 verificou-se a emergência do processo simultâneo de descoberta científica da fome (o surgimento da Ciência da Nutrição), de criação da prática profissional em Nutrição (criação dos cursos para formação do nutricionista) e de instituição da política social de alimentação e nutrição (VASCONCELOS, 2005).

Os primeiros trabalhos científicos realizados no País buscavam conhecer o problema alimentar da população por meio de estudos sobre orçamento familiar e perfil de consumo alimentar (BARROS e TARTAGLIA, 2003). Utilizando-se este tipo de

metodologia e sob a influência de Pedro Escudero, o médico e professor Josué de Castro, realizou o estudo intitulado "Condições de vida das classes operárias no Recife" que evidenciou a precária qualidade nutricional e sua incapacidade de suprir as necessidades energéticas de crianças e pré-escolares oriundas das 500 famílias estudadas (COIMBRA et al., 1982, apud CAVALCANTE, 2004). A este trabalho, que teve ampla divulgação nacional, somaram-se outros realizados em São Paulo e no Rio de Janeiro, que serviram de base para a definição da "ração essencial mínima" de 1938, um dos itens a ser coberto pelo salário mínimo instituído em 1940 (PELIANO, 1988).

Contemporâneo a este fato, o campo da alimentação e nutrição, dentro de três grandes dimensões (ciência, profissão e política pública do Estado brasileiro), teve sua emergência no decorrer do primeiro Governo de Getúlio Vargas (VASCONCELOS e BATISTA FILHO, 2011). O país iniciava o seu processo de urbanização e industrialização e o perfil epidemiológico caracterizava-se, sobretudo, pela elevada ocorrência das doenças nutricionais relacionadas à miséria, à pobreza e ao atraso econômico, representadas pela desnutrição energético-proteica (DEP) e pelas carências nutricionais específicas como as deficiências de vitamina A (hipovitaminose A), de ferro (anemia ferropriva) e de iodo (bócio endêmico) (VASCONCELOS, 2005).

A despeito disso, a preocupação com a saúde do trabalhador formal por vários anos foi o principal norteador das políticas de alimentação e nutrição do país. Embora este tenha sido inicialmente o único grupo contemplado com políticas públicas, estas se relacionavam apenas aos impactos que a má-nutrição poderiam desempenhar em sua capacidade produtiva e de consumo.

Em 1940, ano onde foi fixado por lei o valor do salário mínimo, foi criado o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), com finalidades mais diversificadas como propiciar instalações e condições para a alimentação adequada dos trabalhadores; fornecer alimentos a preços acessíveis; capacitar pessoal para atividades de nutrição e promover a educação alimentar, que não se restringia aos operários e alcançava a família dos mesmos, mediante a assistência domiciliar de visitadoras de alimentação (ARRUDA e ARRUDA, 2007). Embora o objetivo maior tenha sido a alimentação do trabalhador, o programa previa também o fornecimento de desjejum escolar para os filhos dos trabalhadores da indústria visando diminuir possíveis deficiências nutricionais.

A importância do SAPS reside no fato de que pela primeira vez o Estado brasileiro assumia o papel de condutor de políticas que pudessem solucionar os problemas da fome. A alimentação passa, então, da condição de apenas um campo do saber para a da

necessidade de uma política pública, entendida como a promoção de padrões adequados para a alimentação da população. Entretanto, o foco principal das ações ainda se concentrava no trabalhador e na sua produtividade, que era, segundo Prado (1993, p.28), “repor o desgaste físico gerado no processo de trabalho e aumentar a resistência orgânica e a capacidade produtiva”. O SAPS teve duração aproximadamente de 30 anos, sendo extinto quando ocorreu a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) em 1960 (PRADO, 1993; BARROS e TARTAGLIA, 2003).

O segundo órgão público de Política de Alimentação, Serviço Técnico de Alimentação Nacional-STAN, criado 1942, era subordinado à Coordenação da Mobilização Econômica e, portanto, abrigado na concepção econômica. Nascido com o objetivo de “realizar estudos, trabalhos e pesquisas referentes ao problema da alimentação, bem como sugerir medidas técnicas indispensáveis à melhoria das condições nutricionais da população brasileira” visava, segundo Prado (1993) “alimentar bem o Brasil para que ele ajudasse a ganhar a guerra” (uma vez que o país estava incluído entre os participantes da 2ª Guerra Mundial).

Ainda dois outros organismos nasceram na década de 40. Em 1944 foi criado o Instituto Técnico de Alimentação (ITA), cujo objetivo, de acordo com Barros e Tartaglia (2003), era produzir conhecimentos técnico-científicos que dessem suporte à indústria nacional de alimentos. Este instituto baixou a normatização que obrigou a iodetação do sal de cozinha comercializado nas regiões brasileiras que apresentavam bócio endêmico em sua população. Em 1945, em substituição ao STAN, foi instituída a Comissão Nacional de Alimentação (CNA). Sua regulamentação ocorreu apenas em 1951, ano em que foi incumbida de assistir o governo na formulação da política nacional de alimentação. Foi extinta em 1972, quando da criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) (ARRUDA e ARRUDA, 2007).

### **Décadas de 1950 a 1960: a influência de órgãos americanos nas políticas de alimentação brasileiras ou a alimentação infantil como estratégia de dominação/escoamento de produção**

Para Barros e Tartaglia (2003), a partir do início da década de 50, uma nova forma de execução da política de alimentação e nutrição começa a se delinear - a da implementação de programas de distribuição de alimentos a segmentos específicos da população, como o grupo materno-infantil. A emergência dos programas de assistência

alimentar e nutricional ao grupo materno infantil e aos escolares guardava relação direta com objetivos econômicos e ideológicos. Existem vários indícios que esses programas constituíram mecanismos de ampliação do mercado internacional de mercadorias, procurando padronizar hábitos e práticas alimentares de acordo com os interesses de acumulação do capital em claro desrespeito à soberania alimentar do país. A introdução do leite em pó e desengordurado, por exemplo, por meio dos programas internacionais de ajuda alimentar tornou evidente o objetivo econômico. A ajuda não acontecia de forma monetária (o que poderia estimular a produção e o consumo local de alimentos básicos in natura ou processados), mas de forma de valor de uso, por meio do escoamento do excedente de produção que não havia conseguido se realizar em mercadoria ou se transformar em capital. Vasconcelos (2005) aponta como tais programas se articulavam ao projeto de utilização do alimento como arma de dominação e de fome dos países dependentes, cujos objetivos políticos eram atenuar e reprimir os movimentos sociais de caráter socialista.

Almeida (1999) traz a questão da utilização da mamadeira, incentivada por médicos e pelos fabricantes de leite em pó (que patrocinavam os acontecimentos científicos, fato ainda presenciado atualmente). Em um mecanismo mantenedor de reciprocidade de interesses, os profissionais de saúde promoviam a venda em hospitais e prescreviam o leite industrializado como medida de prevenção da desnutrição infantil e o Estado implementava programas de distribuição gratuita do produto para quem não podia comprar.

Em 1952, o Conselho Nacional de Alimentação – CNA elaborou o 1º Plano Nacional de Alimentação, denominado por Conjuntura Alimentar e o Problema de Saúde Pública. Embora o Plano se estruturasse a partir de quatro grandes projetos (Assistência e Educação Alimentar a Infância e à Adolescência, que incluiria o Programa Nacional de Merenda Escolar; Planos Regionais de Política Alimentar; Planos de Tecnologia Alimentar; e Planos de Estudo, que envolviam estudos para implantação de novas indústrias alimentares e de fomento à produção), este não tinha como preocupação central o combate à causa da desnutrição, ou seja, a fome, gerada pelos inúmeros problemas sociais e econômicos brasileiros. Especificamente em relação às ações que beneficiassem as crianças, a CNA só conseguiu implantar, efetivamente, o Programa Nacional de Merenda Escolar porque contou com a ajuda do Fundo Internacional de Assistência à Infância - UNICEF. Para Hartmann e Diniz (sd.), o interesse pela Merenda Escolar ocultava o interesse em constituir uma política que envolvia a suplementação alimentar e

de proteção de mão de obra futura (as crianças), a qual se destinava estes suplementos. Autores como Barros e Tartaglia (2003), Vasconcelos (2005) e Jaime (2011) descrevem que todos os programas do período estiveram intimamente articulados às organizações internacionais e aos programas internacionais de ajuda alimentar criados no pós-Segunda Guerra Mundial, tais como a *Food and Agriculture Organization* (FAO), o *United Nations International Children Emergency Fund* (UNICEF), o Programa de Alimentos para a Paz, da *Agency for International Development* (USAID) dos Estados Unidos da América e o Programa Mundial de Alimentos (PMA), que escoava os excedentes agrícolas norte-americanos por meio de doações e da venda de alimentos por preços simbólicos.

A partir do Programa da Merenda Escolar, as demais ações governamentais passaram a ser concebidas e executadas na forma de programas, com objetivos específicos, destinados a grupos populacionais específicos sem situação de risco, por diferentes instâncias. Embora adquiram nova característica na sua forma de execução e implementação (passando a envolver diferentes instâncias de governo, Ministérios e Instituições executoras), na maior parte as ações não eram integradas, chegando a haver duplicidade de funções e de populações-alvo (BARROS e TARTAGLIA, 2003).

No final dos anos 1950 a FAO, a OMS e o UNICEF iniciaram a articulação e/ou fomento da primeira tentativa de se coordenar ações nas áreas de saúde, educação e agricultura visando a melhora do estado nutricional da população, os Programas de Nutrição Aplicada (PNAs). Essa intervenção compreendia, basicamente, ações (ao nível da comunidade) do tipo: assistência e pesquisa sobre alimentação e nutrição, treinamento, educação nutricional, produção e conservação de alimentos nas escolas e comunidade, suplementação alimentar para grupos vulneráveis, além de incentivar à ação da população para complementar os esforços governamentais (SALAY, 1993).

Data deste período a ideia de que a segurança alimentar estava relacionada com a insuficiência de produção de alimentos (BURITY et al., 2010) e de que o déficit proteico era o problema nutricional principal das populações dos países pobres, o que fomentou uma linha de ação pública cujo foco era a oferta alimentar, tanto ao nível quantitativo como qualitativo. Ambas as preocupações constavam no Plano Mundial Indicativo para o Desenvolvimento Agrícola da FAO, que não levava em consideração a renda como um dos determinantes do estado nutricional das populações, além do modelo de desenvolvimento agrícola, que poderia agravar as condições alimentares de uma parte da população, conforme ocorreu em vários países, à época da Revolução Verde (SALAY, 1993).



## **Década de 1970: a criança no contexto dos cuidados primários em saúde**

No Brasil, a década de 1970 foi marcada pelo crescente desenvolvimento urbano-industrial e pela transformação do papel feminino na sociedade, não mais limitado apenas às atividades domésticas. Conforme a mulher se inseria no mercado de trabalho formal, era preciso outros alimentos para ajudá-la na função de nutrir o bebê, pois os dispositivos legais existentes não garantiam à trabalhadora o apoio necessário para sustentar a amamentação, conforme recomendações das autoridades públicas de saúde (TSUPAL, 2011).

Deste modo tornou-se conveniente a incorporação das mamadeiras e do leite em pó neste cenário, reforçando a cultura do desmame no nosso meio social. Somada às questões a respeito da alimentação e da nutrição das crianças, a consequente desnutrição na infância passou a ser considerada um problema social de responsabilidade das famílias, da sociedade e do Estado (ALMEIDA, 1999).

No ano de 1970 foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI). Essa coordenação era vinculada à Secretaria de Assistência Médica e tinha como atribuição planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2011a).

Em seguida, em 1972, a Comissão Nacional de Alimentação - CNA foi extinta, tendo sido criado, pelo Ministro da Saúde, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN, que passou a centralizar todos os programas da área. Neste contexto, de acordo com Hartmann e Diniz (sd) a política social passou a ser uma preocupação explícita do Estado, porém o discurso baseou-se no saber técnico e não mais no social, como era enfatizado nos governos anteriores.

Como decorrência do início de uma nova gestão administrativa, em janeiro de 1975 foi celebrado um convênio entre o INAN e o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), formalizando-se a constituição de uma equipe técnica para realizar estudos no campo da alimentação e nutrição e definir o II PRONAN. O I PRONAN, cujo objetivo era atender as necessidades nutricionais de “grupos biologicamente vulneráveis”, como gestantes, nutrizes e crianças menores de sete anos de idade, instituído em 1973, não chegou a ser desenvolvido por problemas de ordem políticos, ideológicos e administrativos (HARTMANN e DINIZ, sd; JAIME, 2011).

Estando presentes os delineamentos estabelecidos no II Plano Nacional de Desenvolvimento (que traduziu um novo comportamento político administrativo e revelou-

se inovador ao conceber a desnutrição como uma doença social), o II PRONAN concentrou sua atuação em quatro grandes linhas: Programa de Suplementação Alimentar - PSA; Programas de Estímulo à Produção e Comercialização de Alimentos Básicos; Programas Complementares e Programas de Apoio que visavam dar condições à redução de carências nutricionais (bócio endêmico, hipovitaminose A, anemia ferropriva) aos grupos de maior vulnerabilidade. Os programas atendiam mulheres da gestação à lactação, crianças até a fase escolar e trabalhadores (ARRUDA, 1985; ARRUDA e ARRUDA, 2007).

O II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, por estar integrado a outros planos de combate aos problemas alimentares no Brasil, representou uma medida inovadora na política nacional, reconhecendo a desnutrição como problema social e objetivando o planejamento de estratégias eficientes para diminuir sua alta incidência, entre o público infantil (ISSLER et al., 2008).

Em 1975 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo propósito era a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. O programa objetivava a concentração de recursos financeiros, preparação da infraestrutura de saúde, melhoria da qualidade da informação, estímulo do aleitamento materno, suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliação e melhoria da qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério e à criança menor de 5 anos. O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil compreendia seis subprogramas: Assistência Materna; Assistência à Criança e ao Adolescente; Expansão da Assistência Materno-Infantil; Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN); Educação para a Saúde; e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 2011a).

O debate iniciado na década anterior em várias partes do mundo, realçando a determinação econômica e social da saúde, abriu caminho para a busca de uma nova abordagem nesse campo, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade. Desse modo, em setembro de 1978 foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e UNICEF em Alma-Ata, capital do Cazaquistão. O documento resultante desse encontro tornou-se um marco ao propor um novo paradigma social para a assistência à saúde no mundo e estabeleceu, pela primeira vez, algumas metas mundiais por consenso, bem como a compreensão de que os problemas de saúde têm repercussões globais, devendo nesta escala ser resolvidos (BRASIL, 2002a).

Em 1979, o reconhecimento por parte da OMS/UNICEF quanto à superioridade do leite humano, aos benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança e ao perigo de propagandas indutoras da alimentação artificial fez com que essas organizações promovessem uma reunião internacional sobre nutrição infantil. Como resultado, um alerta foi dado aos governantes dos países do mundo inteiro e um conjunto de normas foi concebido para controlar a propaganda dos substitutivos do leite humano. Aprimorado, o documento Código Internacional de Comercialização de Alimentos para Lactentes foi aprovado pela Assembleia Mundial de Saúde. O encontro propiciou ainda a fundação da IBFAN, International Baby Food Action Network (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar), hoje formada por grupos de ativistas distribuídos por diversos países, cuja missão é “promover e defender o aleitamento materno e eliminar as práticas não éticas de mercadização de produtos que interferem negativamente na amamentação” (ALENCAR, 2002).

A participação do Brasil na Reunião Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena, representado pela presidência do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) (que colaborou na elaboração do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno), foi importante para a decisão de um programa pró-amamentação no país. Internamente, o quadro era diverso: desestímulo do aleitamento materno pelos pediatras, cujas escolas vivenciavam o assédio de companhias de fórmulas infantis junto a professores e alunos, os quais orientavam a introdução de outros alimentos precocemente na dieta; propaganda não ética de substitutos do leite materno e grande venda desses produtos; distribuição gratuita de leite pelo governo através dos chamados Programas de Suplementação Alimentar, onde a criança podia receber leite em pó desde o início da vida. Neste cenário, as ações de incentivo a amamentação ainda eram raras e ocorriam em instituições isoladas, impulsionadas por profissionais pioneiros (REA, 2003).

### **Década de 1980: redemocratização e novos atores sociais na arena da saúde – o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde da Criança**

Em meados da década de 1980, o tema “alimentação e nutrição” ganhou força no cenário nacional, especialmente com o surgimento das primeiras discussões sobre o conceito de Segurança Alimentar. Durante este período, o movimento da reforma sanitária em defesa de um sistema universal de saúde, igualitário e com participação social, inspirou a organização e a realização da 1ª Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (1986), produto da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) promovida pelo INAN. As

recomendações desta conferência conduziram à aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90), criando o Sistema Único de Saúde e contemplando a estruturação de Comissões Permanentes (entre elas a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde), representando uma conquista histórica para que a alimentação deixasse de ser encarada como um benefício para ser assumida como um direito (COSTA e PASQUAL, 2006).

Também os modelos de análise do problema alimentar se diversificaram em diferentes sentidos. De um lado, propunha-se respostas operacionais aos problemas enfrentados pela prática da política de alimentação. De outro, incorporavam-se novas variáveis na análise do problema alimentar, como a urbanização rápida, a crescente participação da mulher na força de trabalho, etc. Destaca-se, todavia, que o foco central da análise é deslocado; nas décadas anteriores predominavam os modelos que se organizavam a partir das causas multidisciplinares da desnutrição; nos anos de 1980 os estudos sobre como os sistemas alimentares influenciavam o estado nutricional da população passaram a preponderar (SALAY, 1993). As políticas alimentares propostas eram definidas principalmente com base na noção de sistema alimentar, além de incluir programas de nutrição tradicionais. Eram sugeridos princípios endógenos de produção e noções progressistas em gestão de política social (descentralização, participação popular, etc.).

Entre os programas relacionados à saúde da criança desenvolvidos neste período destaca-se o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, instituído em 1981. Considerado modelo nos âmbitos nacional e internacional pela diversidade de ações, a sua finalidade era incentivar o aleitamento materno e reduzir o desmame precoce, dentre outras ações. O programa sugeriu a implantação do alojamento conjunto, o início da amamentação imediatamente após o nascimento, a não oferta de água e outros leites nas maternidades, a criação de leis sobre creche no local de trabalho da mulher e o aumento do tempo da licença maternidade (FRIAS et al., 2009).

Em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) cujo objetivo era melhorar as condições de saúde deste grupo, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviço de saúde (BRASIL, 2011a). As ações envolviam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, o controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas e a imunização (FRIAS et al., 2009).

No ano seguinte, o PAISMC deu lugar a dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Ambos surgiram como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional e seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços, conforme preconiza a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a).

O modelo de política adotado durante a década de 1970, que abordava a suplementação alimentar, subsídios aos alimentos considerados básicos e alimentação dos trabalhadores não foi superado na década de 80. Em 1985, o Programa de Nutrição em Saúde (PNS) do INAN passa a se denominar Programa de Suplementação Alimentar (PSA) e em 1986, pelo Decreto-lei nº 93.120, é regulamentada a implantação do Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes (PNLCC), ligado à Presidência da República, os quais seriam praticamente desativados na década seguinte (ARRUDA e ARRUDA, 2007).

O Programa Nacional do Leite para as Crianças Carentes (PNLCC) foi criado com o objetivo da complementação proteica por meio do fornecimento diário de leite. Retirado com apresentação de tickets (vale leite), distribuídos às mães de crianças beneficiárias após palestras educativas, o Programa foi extinto em 1990, devido à dificuldades operacionais e à falsificação de tickets (HARTMANN e DINIZ, sd).

Em nível internacional, um importante marco referencial na história da amamentação ocorre em 1986, na Assembleia Mundial de Saúde, quando é votada a resolução que clarifica o artigo 6º do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. O entendimento de que as crianças que demandam realmente este tipo de alimento nas maternidades são um número muito reduzido, determina que os substitutos ao leite humano devam ser adquiridos pelos canais normais de compras de medicamentos. Define também que os chamados “leites de seguimento” são desnecessários (REA, 2003).

### **Década de 1990: a criança e a ótica da desnutrição e das carências – avanços e retrocessos**

Em 1990, o Brasil foi um dos países participantes de um encontro realizado em Florença, Itália, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das

Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em busca de mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Nesta época, foi produzido e adotado pelos participantes do encontro “Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global” um conjunto de metas chamado “*Declaração de Innocenti*”, que resgatava o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso. Também no encontro enfatizava-se a recomendação do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, se possível, com outros alimentos, até os dois anos, o que vem sendo adotado pelo Ministério da Saúde com o apoio da Sociedade Brasileira de Pediatria (LAMOUNIER, 1996).

A Cúpula Mundial da Infância (1990), com a participação do Brasil, estabeleceu metas para a década, sendo algumas sobre aleitamento: garantir a duração da amamentação conforme recomendado em *Innocenti*, garantir que 50% dos hospitais que atendam mil partos ou mais sejam credenciados como hospitais “Amigos da Criança” e terminar com a distribuição de sucedâneos de leite materno nos serviços de saúde. Assim, tanto a *Declaração de Innocenti* como a cúpula representaram marcos importantes que influenciaram a reordenação do programa pró-amamentação brasileiro (REA, 2003).

Em 1991, foi fundada a WABA, *World Alliance for Breastfeeding Action*, coalizão de pessoas, organizações e redes cujo objetivo era perseguir os alvos estabelecidos pela *Declaração de Innocenti*. Com sede na Malásia, a WABA tem representações locais nos territórios dos países signatários e, a fim de estabelecer ritmo e frequência para a mobilização que lhe cabe capitanear, lançou a *Semana Mundial de Aleitamento Materno*. Anualmente, a WABA estabelece um tema que norteia as atividades de profissionais da área da saúde, de órgãos governamentais e não governamentais, empresas, governos e população (SIQUEIRA e TOMA, 2002).

Internamente, no início da década de 90, o discurso de modernização do Estado desestruturou os programas de alimentação e nutrição e o INAN foi totalmente esvaziado em termos técnicos, políticos e financeiros (HARTMANN e DINIZ, sd).

O Ministério da Saúde, como instância governamental técnico-normativo e regulamentadora, responsável pela liderança das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, passou progressivamente, a substituir o conceito de saúde materno-infantil pelo de saúde integral da mulher e da criança, criando espaço institucional para a consolidação dos Programas de Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança (FRIAS et al., 2009).

Para fazer frente ao problema da morbimortalidade infantil, novas políticas públicas foram construídas e os investimentos foram ampliados para promover a organização da atenção básica nos municípios, definindo os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF) como estratégias prioritárias capazes de resgatar o vínculo de corresponsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo não só a cura e a prevenção de doenças, mas, também, a valorização do papel das pessoas, das famílias e da comunidade na melhoria de suas condições de saúde e de vida, na perspectiva da promoção da saúde (BRASIL, 2002b). A consolidação do PACS e do PSF no país, sobretudo nos municípios de pequeno porte das regiões Norte e Nordeste, foram decisivas na interiorização de algumas categorias profissionais, além de ampliarem o acesso aos serviços de saúde, com influência direta sobre a saúde infantil (FRIAS et al., 2009).

Em 1993, o INAN, em parceria com os municípios criou o programa “Leite é Saúde” para o atendimento aos desnutridos e gestantes em risco nutricional. Seu objetivo de promover a recuperação nutricional desta população era operacionalizado mediante distribuição de leite em pó ou fluido pasteurizado e óleo de soja, como complemento alimentar. Todavia, este programa não conseguiu atingir a totalidade dos municípios brasileiros.

O Ministério da Saúde, em 1996, adota oficialmente a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), elaborada conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-americana da Saúde (OPS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Esta estratégia, padronizada, baseada em normas internacionais, preconizava mudanças no enfoque de controle de doenças individuais para uma abordagem nova e integrada do tratamento e da prevenção das doenças da infância. Compreendendo um conjunto de critérios simplificados para a avaliação, classificação e tratamento das crianças menores de cinco anos que procuram as unidades de saúde, incluía um somatório de ações preventivas e curativas, como o monitoramento do crescimento e a recuperação nutricional, incentivo ao aleitamento materno e a imunização. Adicionalmente, incentivava a melhoria das habilidades do profissional de saúde, a organização dos serviços de saúde e as práticas familiares e comunitárias relacionadas ao cuidado e saúde das crianças (BRASIL, 2002c).

Em 1998 o Ministério da Saúde criou a Área Técnica de Alimentação e Nutrição - ATAN, subordinada à Secretaria de Políticas de Saúde, tendo como missão implantar medidas de melhoria nutricional e verificar os resultados destas atividades no perfil de saúde da população brasileira (BRASIL, 2008).

O Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), criado em 1999, foi aprovado como parte integrante da Política Nacional de Saúde, tendo como fio condutor o Direito Humano à Alimentação e à Segurança Alimentar e Nutricional. Veio fortalecer os objetivos iniciais dos anos anteriores, estabelecendo sete diretrizes programáticas: o estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; a garantia da segurança e qualidade dos alimentos; o monitoramento da situação alimentar e nutricional; a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; a prevenção e o controle dos indivíduos e das doenças nutricionais; a promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição. Dentre estes, vale ressaltar o estímulo ao aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade e a sua continuidade até os dois anos ou mais (TSUPAL, 2011). Os componentes dessa Política revelavam o intuito de garantia do direito humano à alimentação e nutrição, bem como denotavam que as práticas para alcançá-lo extrapolavam os limites do setor saúde e implicavam ampla articulação com outros setores governamentais e segmentos da sociedade e do setor produtivo (ARRUDA e ARRUDA, 2007).

Neste período, a Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) desenvolveu os seguintes programas e projetos: Programa de Combate às Carências Nutricionais - PCCN, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, ações para o controle da Hipovitaminose A, da Anemia Ferropriva e dos Distúrbios por Deficiência de Iodo, ações para promoção da alimentação adequada e peso saudável (HARTMANN e DINIZ, sd).

### **Anos 2000: a criança e o modelo de cuidado ampliado**

Os desafios do novo milênio relacionados ao tratamento e prevenção de doenças (estendidos também à saúde infantil), impõem fortes demandas para a criação de um novo modelo de cuidado que possa garantir a saúde de um indivíduo em crescimento e desenvolvimento. Neste sentido, a integração dos novos conhecimentos produzidos com os avanços tecnológicos e a nova demografia que se apresenta aponta para um modelo de cuidado ampliado, visando à prevenção das doenças infantis e, também agora, das doenças do adulto (MOREIRA e GOLDANI, 2010).

A maior interação e ampliação das ações de saúde com novas ofertas voltadas para a Primeira Infância sugere intervenções que adotem como referência os princípios e estratégias estabelecidos na série de Conferências Internacionais de Promoção da Saúde (Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Jacarta, México e Bancoc), entre 1986 a 2005. Retoma-se



especialmente a Carta de Ottawa, que reconhece que paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade são requisitos fundamentais para a saúde dos povos, identificando como condições-chave para promover a saúde o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento das ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2010a).

Data do início desta década a criação de programas de transferência de renda como o Programa Bolsa Alimentação, de 2001, que substituiu as ações promovidas sob o rótulo de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN). Essa proposição, que foi gradualmente desativada, conferiu coerência, amplitude e consistência à programação, mediante o repasse de recurso financeiro às famílias cadastradas, prevendo a condicionalidade do benefício ao cumprimento, pelo beneficiado, de um conjunto de ações básicas de saúde (agenda de compromissos). A sua concepção e operacionalização significou um avanço, porque focalizava a atenção nos mais pobres, requeria a corresponsabilidade das famílias e a participação dos conselhos de saúde, estimulando a construção e o fortalecimento da cidadania, concorrendo assim para reforço e qualificação da rede básica de saúde. Igualmente, o repasse financeiro direto às famílias cadastradas flexibilizava os tipos de alimentos a serem adquiridos e reduzia os gastos operacionais em nível de município (ARRUDA e ARRUDA, 2007).

Com resultados positivos e significativos alcançados por iniciativas como as de promoção do aleitamento materno, Projeto Mãe-Canguru e a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância, surgiu a necessidade de concentrar esforços na organização da assistência à população infantil para melhorar seus indicadores de saúde, ainda aquém do preconizado. Desta forma, em 2005, o Ministério da Saúde apresentou a *Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil*. O objetivo da agenda era apoiar a organização de uma rede única integrada de assistência à criança, identificando as principais diretrizes a serem seguidas pelas instâncias estaduais e municipais. O documento propunha um conjunto de ações organizadas em linhas de cuidado abrangendo a criança integralmente para que se supere a desarticulação entre os níveis de atenção, garantindo sua continuidade. Os principais eixos das linhas de cuidado elencadas na Agenda envolviam: o nascimento saudável; as crianças menores de um ano (incluindo ações de promoção do aleitamento materno e saúde em instituições de educação infantil) e as de 1 a 6 anos e 7 a 10 anos (saúde em instituições de educação e atenção às doenças prevalentes) (FRIAS et al., 2009).

O reconhecimento da necessidade da existência de uma política nacional de incentivo ao aleitamento materno na rede de atenção básica, local de maior contato da gestante, da puérpera e da lactante também tornou-se evidente a partir desta década. Ademais, a capacitação dos profissionais da rede de Atenção Primária (normalmente relegados ao segundo plano em virtude das ações de promoção do aleitamento materno acontecerem até então no nível hospitalar), mostrava-se como condição essencial no oferecimento de assistência qualificada às mulheres, bebês e suas famílias. A Rede Amamenta Brasil (BRASIL, 2011) foi criada em 2008 (Portaria n.º 2.799, de 18/11/08) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Comitê Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, tendo como diretriz a construção de um novo paradigma para ensino e aprendizagem do aleitamento materno na atenção básica à saúde. Seu objetivo era capacitar os profissionais de saúde que atuam nas UBS e torná-los novos tutores e agentes multiplicadores das informações nas comunidades, especialmente entre as gestantes e mães, considerando as especificidades locais e regionais, o que contribuiria com a redução da morbimortalidade infantil no Brasil (TSUPAL, 2011).

Em consonância com a Rede Amamenta Brasil e para o fortalecimento das ações de apoio e promoção à alimentação complementar no Sistema Único de Saúde, foi criada em 2009 a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Seu objetivo principal era instrumentalizar os profissionais dos serviços de saúde no fortalecimento das ações de apoio e promoção da alimentação complementar saudável em tempo oportuno e de qualidade (BRASIL, 2010b). A estratégia foi uma proposta da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) em parceria com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Departamento de Atenção Básica do MS (TSUPAL, 2011).

Em decorrência de suas semelhanças (temática, público-alvo, função e perfil do tutor, necessidade de reforçar o papel da gestão estadual e municipal, utilização de metodologia crítico-reflexiva,); das demandas dos estados e municípios em trabalhar aleitamento materno e alimentação complementar conjuntamente; das dificuldades em interromper as atividades das unidades básicas de saúde em dois momentos distintos para treinamentos e do alto investimento nas oficinas de formação de tutores, as duas estratégias foram unificadas em 2012, sob a denominação Rede Amamenta Brasil e Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável – ENPACS (BRASIL, 2013).

A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional (Estratégia Brasileirinhos) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, que visa fortalecer o conjunto de esforços em todo o país para articulação, interação e implantação de ações voltadas à saúde da mulher e da criança até seis anos, etapa da vida designada no Brasil como 'Primeira Infância'. Construída pelo Ministério da Saúde desde 2007 e atendendo às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), considera a importância do desenvolvimento emocional primitivo na definição e configuração de padrões de saúde para a vida. O reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, da iniciativa Estratégia Brasileirinhos como uma proposição consistente para o fortalecimento e enfrentamento das iniquidades que interferem na saúde da mulher e da criança na primeira infância, alinha-se com o compromisso assumido pelo Governo Brasileiro de cumprir os *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Para a estratégia, a incorporação dos conceitos de determinantes sociais da saúde e de ambiente emocional facilitador aponta para um conjunto de fatores intervenientes na produção de sua saúde que ultrapassa a determinação biológica (BRASIL, 2010a).

O diferencial da Estratégia Brasileirinhos reside na proposição de estimular, apoiar e estudar experiências piloto municipais de integração de políticas públicas voltadas para a primeira infância. Seus objetivos principais são a identificação e fortalecimento de ações já existentes na saúde e em outros setores e a construção de novas ações na lógica de atenção, que poderia ser traduzida como um foco nas políticas e ações promotoras de um ambiente saudável para o desenvolvimento infantil, com ênfase no fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, pais/cuidadores e crianças pequenas e no apoio intersetorial às famílias mais vulneráveis. A estratégia tem também como objetivo principal fornecer elementos para implantação de uma política de atenção integral à primeira infância no âmbito do SUS e promover junto a segmentos-chaves como a Educação, Assistência Social, Justiça, Direitos Humanos, Trabalho, Cultura, entre outros, as parcerias necessárias para a implantação de uma política pública de proteção à primeira infância (BRASIL, 2010a).

## 6.5. Conclusão

A análise da reconstrução histórica de políticas de alimentação e nutrição para lactentes e crianças de primeira infância no Brasil, em muitos momentos aponta para o

descaso da saúde infantil, seguindo a característica tendência brasileira de descaso da Saúde Pública de uma forma geral. Não obstante, é possível perceber avanços ocorridos nas formas de concepção e orientação destas políticas e de seus decorrentes programas. Vale destacar, contudo, que novos desafios têm se apresentado, como por exemplo, melhoria do nível educacional da população; desenvolvimento de instrumentos de acompanhamento e monitoração dos programas; controle social através dos conselhos municipais e estaduais; dentre outros.

A história, mesmo que recente, do Brasil, mostra que políticas e programas que desconsideram a interdependência da nutrição com os aspectos sociais, especialmente dentro de um contexto de dupla carga de doenças (desnutrição/obesidade; doenças infectocontagiosas/doenças crônicas não transmissíveis), já se mostrou ineficaz para a solução dos problemas alimentares e nutricionais da população brasileira. Ao poder público cabe a construção efetiva de uma rede intersetorial, envolvendo todas as áreas relacionadas à proteção da infância, em um esforço conjunto e partilhado com a sociedade civil e academia.

Dentro deste contexto de esforço e responsabilidades compartilhadas, a academia tem grande responsabilidade e pode contribuir de forma positiva com as respostas às demandas e prioridades da saúde infantil, subsidiando os gestores em áreas ainda pouco exploradas, como a avaliação de programas, ainda tão incipiente no País.

A passagem dos primeiros anos da vida de um ser humano, embora guardem a impressão de rapidez, são cruciais para determinação da qualidade de vida da população adulta e conseqüentemente do impacto desta no sistema de saúde e produtividade do País. Ultrapassar a mentalidade de ações emergenciais e pontuais para políticas que promovam mudanças estruturais, mais do que otimizar recursos significa solucionar definitivamente questões meramente proteladas e que impactam de forma perniciosa a vida de milhares de pequenos brasileiros em todos os cantos do país.

## 6.6. Referências bibliográficas

ALENCAR, S.M.S.M. Proteção Legal ao Aleitamento Materno. In: REGO, J.D. (Org.) **Aleitamento Materno: um guia para pais e familiares**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. 486p.

- ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 120p.
- ARRUDA, B.K.G.; ARRUDA, I.K.G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 7 (3): p.319-326, 2007.
- ARRUDA, B.K.G. O Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – PRONAN. In: CHAVES, N. **Nutrição Básica e Aplicada**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. 370p.
- BARROS, M.S.C; TARTAGLIA, J.C. A Política de Alimentação e Nutrição no Brasil: Breve histórico, avaliação e perspectivas. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v.14, n.1, p. 109-121, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. AIDPI. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1**. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. 32 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável**. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. IBFAN Brasil. Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. Caderno do Tutor. Brasília; 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde**. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. Manual de Implementação. Brasília; 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 58 p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.- 2ed.rev.- Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **O futuro hoje: Estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras [Informe Técnico-institucional]. **Rev. Bras. Saúde matern. Infant.**, Recife, 2 (2): 193-196, maio - ago., 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.
- BURITY, V. et al. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional.** Brasília, DF: ABRANDH, 2010. 204p.
- COIMBRA, M. et al. Comer e aprender: uma história da alimentação escolar no Brasil. In: CAVALCANTE, A.A.M. et al. Estudos de consumo alimentar: aspectos metodológicos gerais e o seu emprego na avaliação de crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4 (3): p.229-240, 2004.
- COSTA, C.; PASQUAL, M. Participação e Políticas Públicas na Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil. In: GARCÉS, M. et al. **Democracia Y Ciudadanía En El Mercosur.** LOM Ediciones/Programa MERCOSUR Social y Solidário. Santiago, 2006. p.319 a 332.
- FRIAS, P.G., MULLACHERY, P.H.; GIUGLIANI, E.R.J. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: Saúde Brasil 2008. **20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde. 2009; p. 85-110.
- FROTA, M.A. et al. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco**,1(3): p.129-132, 2010.
- HARTMANN, M.C.B.; DINIZ, D.C.P. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição: Um processo histórico.** Disponível em: <<http://serv->

bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/847/726>. Acesso em 27/05/2013.

- ISSLER, H. **O Aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas**. São Paulo: SARVIER; 2008. 628p.
- JAIME, P.C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.**, Campinas, 24(6): p.809-824, 2011.
- LAMOUNIER, J.A. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, vol. 72, n.6, p. 363-368, 1996.
- LIMA, D.B. Condições sanitárias, padrão alimentar e nutricional de crianças nos dois primeiros anos de vida no município de Belo Horizonte – Minas Gerais. Dissertação (Mestrado). 2005. 121p. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, Minas Gerais.
- MENDES, E.V. O sistema único de saúde: um processo social em construção. In: MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.57-98.
- MOREIRA, M.E.L.; GOLDANI, M.Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(2): p.321-327, 2010.
- OMS – Organização Mundial de Saúde; UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância; IBFAN BRASIL – International Baby FoodAction Network. **Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância**. 2005.
- PELIANO, A.M.T.M. Os Programas Alimentares e Nutricionais no contexto da recessão econômica: 1980-1984. In: CHAHAD, J.P.Z.; CERVINI, R. (org.). **Crise e Infância no Brasil: o impacto das políticas de ajustamento econômico**. São Paulo: IPE/USP, 1988. 400p.
- PRADO, M. da S. A Trajetória da Política de Alimentação e Nutrição no Brasil: de 1889-1945. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.20, n.1/4, p.23-31, 1993.
- REA, M.F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1): p. S37-S45, 2003.
- SALAY, E. Política de Alimentação e Nutrição: Evolução das Abordagens. **Revista Cadernos de Debate**. UNICAMP. vol.1, p.1-19. 1993.
- SIQUEIRA, S.R.; TOMA, T.S. As Semanas Mundiais de Aleitamento Materno. In: **Aleitamento Materno** (org. José Dias Rego), São Paulo: Editora Atheneu, 2002.
- TSUPAL, P.A. Avaliação do impacto da capacitação de agentes comunitários de saúde na prevalência do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo. [Tese de doutorado]. Curitiba, 2011. 101 p. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/29033/R%20-%20T%20->

[%20PRISCILA%20ANTUNES%20TSUPAL.pdf?sequence=1>](#) (acesso em 15/03/2013).

VASCONCELOS, F.A.G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Rev. Nutr.** vol.18, n.4, p. 439-457, 2005.

VASCONCELOS, F.A.G.; BATISTA FILHO, M. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1): p.81-90, 2011.



## 7. A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL: CONTRIBUINDO PARA A SUPERAÇÃO DO DESAFIO DA AVALIAÇÃO

### 7.1. Resumo

Ainda que a avaliação de políticas públicas venha emergindo como ferramenta estratégica privilegiada para uma gestão de qualidade, a incipiência brasileira neste tipo de prática é amplamente reconhecida, especialmente na área de alimentação e nutrição. Visando tratar a avaliação como um processo e uma construção que envolve os mais diferentes atores, vem se tornando habituais outras formas de abordagens, além das usualmente utilizadas, com combinação de diversas técnicas de coleta de informações e diversas fontes de evidência, o que auxilia na verificação contínua da confiabilidade, da validade e da interpretação da informação coletada. Posto isto, este artigo descreve uma proposta de modelo para avaliação da implantação e implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. O modelo é composto de duas etapas, construídas de forma a considerar a configuração da Estratégia, que abarca atividades educativas para alimentação complementar saudável e o monitoramento dos marcadores de consumo alimentar, realizado por meio do Sistema de Vigilância e Nutricional web – Sisvan web. Na primeira etapa, utiliza-se a Avaliação Centrada nos Objetivos da Estratégia, que pretende verificar em que medida estes foram atingidos, conforme proposições de Bryce et al. (2004). Na segunda etapa utiliza-se a Avaliação Centrada nos Participantes para verificar junto aos gestores, profissionais de saúde das ESF's e responsáveis pelas crianças menores de 5 anos, as restrições administrativas e ocupacionais, a experiência e percepções sobre a importância da Estratégia para a saúde das crianças. Assim, a perspectiva deste trabalho, que propôs uma metodologia de união de avaliações centradas em objetivos e participantes é que esta auxilie, desde as etapas iniciais de implantação e implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, na identificação de falhas e problemas que possam impedir sua plena efetivação e utilização em diferentes contextos.

**Palavras-chave:** Avaliação de programas; métodos de avaliação; instrumentos de avaliação; alimentação infantil.

## PROPOSING A MODEL FOR EVALUATION OF PROGRAMS: CONTRIBUTING TO OVERCOMING THE CHALLENGE OF THE EVALUATION

### Summary

Although the evaluation of public policies has been emerging as the preferred strategic tool for quality management, the Brazilian insipience in this type of practice is widely recognized, especially in the area of food and nutrition. Aiming to treat the evaluation as a process and a construction involving many different actors, other approaches, besides the commonly used, have become habitual ways with combination of various techniques for gathering information and multiple sources of evidence, which helps continuous verification of reliability, validity and interpretation of the information collected. Therefore, this article describes a proposed model for evaluation of the implantation and implementation of the “Strategy for Suckling and Feeding Brazil”. The model consists of two stages that are constructed to consider the configuration of the Strategy, which includes educational activities for complementary healthy feeding and the monitorship of the dietary intake markers, that is accomplished through Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Sisvan-web. At first stage, the Evaluation Centered on Objectives of the Strategy was used. This evaluation is adopted to determine the extent those objectives have been achieved, according to propositions by Bryce et al. (2004). At second stage, the Evaluation Centered on Participants is used in order to verify with managers, health professionals of the ESF’s and those responsible for children younger than 5 years, the administrative and occupational restrictions, the experience and perceptions about the importance of the Strategy for health of the children. Therefore, the perspective of this work, that proposes a methodology for union of evaluations centered on goals and participants, is to assist, since the initial stages of implantation and implementation of the Strategy for Suckling and Feeding Brazil, the identification of the faults and problems that might restrain its full application and use in different contexts.

**Keywords:** Evaluation of programs, evaluation methods; evaluation tools; infant feeding.

### 7.2. Introdução

“Avaliação” é um termo para o qual não existe uma única definição que seja amplamente aceita entre os gestores e avaliadores. Para Worthen, Sanders e Fitzpatrick

(2004), a avaliação de projetos e programas sociais é um campo ainda novo de estudo, cuja teoria vem sendo construída a partir de visões bastante distintas.

Consensualmente, o termo “avaliação” assume, em linhas gerais, um sentido associado à atribuição de valor, à manifestação de alguém em relação a alguma coisa, sem um compromisso com o fundamento desse juízo ou com o uso de um determinado método. Se, no entanto, o que estiver em foco for a avaliação de políticas e programas de saúde, inscrita, portanto na esfera da cientificidade, não há tanta consonância. Nesse caso, a avaliação pode assumir um vasto espectro de desenhos e configurações, variando teórica e metodologicamente em função do escopo da intervenção ou da racionalidade científica que dá suporte ao estudo (BOSI e UCHIMURA, 2006).

Chianca et al. (2001) definem avaliação como a coleta sistemática de informações sobre as ações, as características e os resultados de um programa ou projeto, juntamente com a identificação, o esclarecimento e a aplicação de critérios para determinar o valor, a qualidade, a utilidade, a efetividade e a importância do programa. Todos os critérios são avaliados em relação aos critérios estabelecidos previamente, gerando recomendações para melhorar o programa ou projeto, além de servir como prestação de contas aos públicos interno e externo do programa desenvolvido. Vale ressaltar que cada tipo de avaliação possui um objetivo particular. No entanto, coerentemente com grande parte das definições de avaliação, acredita-se que seu objetivo básico seja produzir julgamentos de valor e mérito do programa ou projeto que está sendo avaliado (WORTHEN et al., 2004).

Para Santos (2006) o avanço da avaliação em Saúde Pública deve ser acompanhado do emprego de construções metodológicas diversas, visando apreender a realidade e as transformações oriundas de uma determinada forma de intervir em saúde. Nesse aspecto, o autor acrescenta que torna-se necessário avançar tanto na utilização de métodos de coleta de dados quantitativos quanto qualitativos, possibilitando integrar enfoques metodológicos diversos.

Ainda que a avaliação de políticas públicas venha emergindo como ferramenta estratégica privilegiada para uma gestão de qualidade (HENRIQUE et al., 2007), a incipiência deste tipo de prática é reconhecida pelas três esferas de gestão (BRASIL, 2005; CONTANDRIOPOULOS, 2006; HENRIQUE, 2007; FELISBERTO et al., 2010), dada a intensificação do interesse de formuladores de políticas, gestores públicos, profissionais e acadêmicos nas últimas décadas. Ademais, Henrique et al. (2007) afirmam que o país carece de uma “cultura de avaliação, especialmente na área de alimentação e nutrição, historicamente marcada pela descontinuidade.

Listada entre as ações mais efetivas para a redução da mortalidade em crianças menores de cinco anos (JONES et al., 2003), atualmente, as estratégias de intervenção nutricional tem sido pensadas dentro de um novo enfoque, mais abrangente e próximo da realidade das necessidades do público a que se destinam. Na última década, as ações passaram a ser pensadas e planejadas no contexto da Atenção Primária em Saúde e não mais em nível hospitalar (BRASIL, 2010). Neste cenário surgiram diversas iniciativas, entre elas a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar (BRASIL, 2010).

A Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), lançada no ano de 2009 e unificada à Rede Amamenta Brasil em 2012 (sendo a partir de então reconhecida sob a égide da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil), foi construída para ser um instrumento de fortalecimento das ações de apoio e promoção à alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde (SUS). Seu principal objetivo é estabelecer como atividade de rotina nos serviços de saúde o estímulo à formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância. Para tanto, a orientação alimentar visa à introdução da alimentação complementar ao leite materno de qualidade no momento oportuno, respeitando a diversidade cultural e alimentar das regiões brasileiras, baseando-se nos Dez Passos para uma Alimentação Saudável - Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos. Configurando-se como um importante plano de saúde pública, a Estratégia procura fortalecer o aumento da prevalência do aleitamento materno e a melhora dos indicadores de alimentação e nutrição em crianças menores de dois anos, contribuindo para a redução da prevalência de sobrepeso e obesidade de crianças e adultos (BRASIL, 2010).

No âmbito da avaliação de programas e serviços, visando tratar a avaliação como um processo e uma construção que envolve os mais diferentes atores, vem se tornando habituais outras formas de abordagens, quebrando-se o modelo quantitativo e positivista predominante. Seu método se orienta a partir das correntes compreensivistas e se fundamenta na apropriação de estratégias de abordagem antropológica (MINAYO, 2010). São estudos que trabalham predominantemente com material discursivo ou outras formas de linguagem e suas perguntas condutoras referem-se a objetos cuja natureza não admite uma resposta numérica em termos de valores absolutos, razões, proporções ou frequências de distribuição (MERCADO-MARTINEZ; BOSI, 2007).

Na investigação avaliativa, o uso de mais de um método de análise é consensualmente recomendado, como afirma Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004); no entanto, a maioria dos avaliadores concorda que nenhum método ou abordagem isolada é sempre apropriado. Minayo (2005) propõe a Triangulação de Métodos que, além de outras

características, implica o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Na definição da autora, a Avaliação por Triangulação de Métodos, além da integração objetiva e subjetiva no processo de avaliação, inclui os atores do projeto e do programa não apenas como objetos de análise, mas, principalmente, como sujeitos de autoavaliação. Corroborando este mesmo raciocínio, Felisberto et al. (2008) afirmam que o uso simultâneo de diversas técnicas de coleta e diversas fontes de evidência com o objetivo de uma única resposta, auxilia na verificação contínua da confiabilidade, da validade e da interpretação da informação coletada.

Destarte, este artigo tem como objetivo apresentar um modelo para avaliação da implantação e implementação de programas de saúde e nutrição, com vistas a subsidiar futuras avaliações da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

### 7.3. Desenvolvimento do modelo

O modelo foi construído considerando-se a configuração da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), que abarca atividades educativas para a amamentação e alimentação complementar saudável, além do monitoramento dos marcadores de consumo alimentar, realizado por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional web – Sisvan web.

Para o processo avaliativo da EAAB foi desenvolvido um modelo constituído de duas etapas de avaliação:

- **ETAPA 1**

Nesta primeira etapa, utilizou-se a *Avaliação Centrada nos Objetivos* da ENPACS (Quadro 1), que pretendeu verificar em que medida a ENPACS atingiu a sua proposta. Este tipo de avaliação, além de sua simplicidade e facilidade de compreensão, segundo Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004), pode ser facilmente seguida e implementada e produzir informações relevantes para a missão do programa.

Os procedimentos de avaliação nesta etapa seguiram as proposições de Bryce et al. (2004), para a Avaliação Multi-País da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Concebida de forma global pela Organização Mundial da Saúde, esta avaliação incluiu estudos sobre a eficácia, custo e impacto da Estratégia AIDPI em cinco países: Bangladesh, Brasil, Tanzânia, Uganda e Peru. Sete questões foram abordadas

quando a avaliação foi concebida: quem seria responsável; por meio de quais mecanismos a AIDPI poderia afetar a saúde infantil; qual seria o foco (eficácia ou efetividade); quais indicadores seriam medidos; quais os tipos de inferências seriam feitas; como os custos seriam incorporados à estratégia; quais os elementos constituiriam o plano de análise.

Bryce et al. (2004) propõem que a realização da avaliação ocorra em etapas, iniciando-se pela medição de indicadores de oferta e estendendo-se para indicadores de utilização e cobertura, antes que os de impacto sejam medidos, uma vez que estes, embora mais comumente utilizados na avaliação de programas, sejam mais dispendiosos em termos financeiros, não justificando sua utilização na ausência de um nível razoável implementação de um programa.

De acordo com esse modelo, inicialmente é investigado se as intervenções e suas estratégias de implementação foram tecnicamente bem fundamentadas e apropriadas ao contexto epidemiológico e assistencial local, ou seja, se cuidados adequados estão sendo oferecidos nos serviços de saúde e na comunidade (indicadores de oferta). Sequencialmente, analisa-se se os cuidados estão sendo usados pela comunidade (indicadores de utilização), de forma a alcançar um nível adequado de cobertura efetiva da população (indicadores de cobertura). Somente depois de respondidas afirmativamente essas perguntas é que as avaliações de impacto sobre a morbimortalidade, o estado nutricional ou outros indicadores biológicos ou do comportamento devem ser realizadas (indicadores de impacto). A adequada documentação de indicadores de processo (oferta, utilização e cobertura) durante a implementação do programa é extremamente importante para entender os fatores que intervieram no impacto. De acordo com Santos (2009), no caso de programas que não lograram alcançar impacto, por outro lado, este tipo de avaliação permite identificar as medidas que devem ser introduzidas para sua melhoria.

#### QUADRO 1. Avaliação centrada nos objetivos da ENPACS.

<b>NÍVEL 1</b>
INDICADOR: Políticas; Planejamento baseado em resultados.
PERGUNTA: As intervenções e suas estratégias de implementação são tecnicamente bem fundamentadas e apropriadas ao contexto epidemiológico e assistencial local?
ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO: Análise do número de crianças atendidas pela ESF apresentando morbidades, com ênfase nos desvios nutricionais.
ÍNDICE: Percentual de crianças que apresentam morbidades.
DETALHAMENTO: Primeiramente deve ser realizada análise documental para levantamento do número de crianças adscritas à UBS e suas respectivas mães. Em seguida é calculado o percentual de crianças com desvios nutricionais.

<p><b>NÍVEL 2</b></p> <p>INDICADOR: Provisão</p> <p>PERGUNTA: Estão sendo realizadas as atividades previstas no programa?</p> <p>ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO:</p> <p>1 - Análise do número de cuidadores que responderam ao formulário de marcadores do consumo alimentar de menores de cinco anos de idade.</p> <p>2 - Análise da ocorrência e periodicidade de coleta de dados para o SISVAN web e alimentação do sistema.</p> <p>DETALHAMENTO: 1 - Além da utilização das informações já levantadas no nível 1, é realizada consulta no SISVAN web para verificação do número de crianças com dados atualizados sobre seu consumo alimentar, o que irá informar se a criança é acompanhada pelos profissionais da ESF. Para os casos onde os dados dos formulários ainda não tenham sido digitados no SISVAN web, deve-se verificar o número de formulários preenchidos.</p> <p>2 - Consulta no SISVAN web para verificar o número de crianças com dados atualizados sobre seu consumo alimentar. Este dado será comparado com o número de crianças adscritas à UBS.</p>
<p><b>NÍVEL 3</b></p> <p>INDICADOR: Utilização</p> <p>PERGUNTA: As mães utilizam as orientações recebidas?</p> <p>ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO: Verificação de conhecimentos por meio de questionários semiestruturado.</p> <p>ÍNDICE: Conhecimentos, percepções e valores sobre ações de atenção infantil.</p> <p>DETALHAMENTO: Realizada por meio de entrevista aberta conduzidas por questões norteadoras sobre a utilização das orientações recebidas sobre alimentação infantil pela equipe ESF. O roteiro norteador consta das seguintes questões: descrição das experiências e procedimentos relacionados à alimentação da criança; conhecimentos; percepções e valores sobre a alimentação infantil. Recomenda-se que as entrevistas sejam gravadas e transcritas para posterior análise.</p>
<p><b>NÍVEL 4</b></p> <p>INDICADOR: Cobertura efetiva</p> <p>PERGUNTA: Foram alcançados níveis efetivos de cobertura na população?</p> <p>ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO: Análise do número de crianças adscritas e de crianças cadastradas no SISVAN web.</p> <p>ÍNDICE: Relação entre o número de crianças adscritas e de crianças cadastradas no SISVAN web.</p> <p>DETALHAMENTO: A cobertura efetiva é calculada a partir do estabelecimento da relação entre o número de crianças adscritas à UBS e crianças cadastradas no SISVAN Web. Para tal cálculo são utilizadas as informações já levantadas no nível 1 sobre o número de crianças adscritas à UBS e consulta no SISVAN web para verificar o número de crianças cadastradas para em seguida estabelecer o cálculo da cobertura da ENPACS .</p>
<p><b>NÍVEL 5</b></p> <p>INDICADOR: Impacto</p> <p>PERGUNTA: Houve impacto sobre a saúde e a nutrição?</p> <p>ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO:</p> <p>1 - Análise da evolução dos marcadores do consumo alimentar de crianças menores de cinco anos.</p> <p>2 - Análise da evolução do estado nutricional de crianças menores de cinco anos.</p> <p>ÍNDICE:</p> <p>1.1- Indicadores de resultado coletados por meio dos marcadores dietéticos do SISVAN web.</p> <p>2.1- Indicadores de resultado coletados por meio dos marcadores antropométricos do SISVAN web.</p> <p>DETALHAMENTO: A Estratégia preconiza a utilização de indicadores de implementação, que são os marcadores de consumo alimentar, para o monitoramento da alimentação complementar de crianças de 6 a 24 meses acompanhadas. O monitoramento deve ser realizado via Sisvan-web, mediante dados tabulados de questionários de marcadores de consumo alimentar, preenchidos durante atividades educativas e de orientação alimentar realizadas na Atenção Primária.</p> <p>A avaliação de impacto é realizada pelas análises da evolução dos marcadores de consumo alimentar de crianças menores de cinco anos e pela análise da evolução do estado nutricional de crianças</p>

menores de cinco anos. Serão coletadas informações do banco de dados do SISVAN web no período imediatamente anterior à implantação da ENPACS e após pela busca aos relatórios de consumo alimentar do SISVAN web/Unidade de Saúde. Para a determinação do estado nutricional é utilizado o padrão vigente adotado pelo Ministério da Saúde para esta faixa etária (WHO, 2006). Para avaliação do consumo alimentar são utilizados os indicadores para monitorar a introdução do consumo alimentar de crianças de 6 a 24 meses estabelecidos pela ENPACS.

Adaptado de Bryce et al. (2004)

- **ETAPA 2**

Na segunda etapa utilizou-se a *Avaliação Centrada nos Participantes*. Esta abordagem é recomendada quando interessa estudar o contexto dos programas, considerando o grande número de fatores influentes em qualquer avaliação (como restrições operacionais, premissas operacionais da equipe, características individuais de membros da equipe, perspectivas e preocupações do cliente). Segundo Parlett e Hamilton (1976, apud WORTHEN; SANDERS e FITZPATRICK, 2004), a tarefa do avaliador é oferecer uma compreensão abrangente da realidade complexa em torno do programa – “iluminar” acirrando a discussão, desemaranhando complexidades, isolando o significativo do trivial e elevando o nível de sofisticação que caracterizam os debates. A avaliação iluminadora não faz julgamentos; tenta descobrir, documentar e discutir o que o programa abrange e o que é realmente ser um participante dele.

A decisão pela inclusão da percepção dos atores sociais participantes se deu pelo reconhecimento da importância do entendimento do processo pelo qual os resultados esperados de impacto foram ou não alcançados dentro da dinâmica de implantação e implementação da ENPACS. De acordo com Schofield e Anderson (1987), a Avaliação Centrada nos Participantes, ao se concentrar mais nos processos sociais, tende a permitir resultados mais reais, ricos e profundos levando a significados importantes e não alcançáveis em uma abordagem objetiva.

Assim, a segunda etapa da metodologia de avaliação proposta objetiva à verificação (junto aos gestores, profissionais de saúde das ESF's e cuidadores responsáveis pelas crianças) das restrições administrativas e ocupacionais, além das experiências e percepções sobre a importância da Estratégia para a saúde das crianças (Quadro 2).

#### QUADRO 2. Avaliação centrada nos participantes da Estratégia.

##### **Questão 1 - Restrições**

As restrições são avaliadas por meio de questionários semiestruturados, com perguntas relacionadas aos seguintes Temas Norteadores:

Gestores: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; processo de implantação e implementação da Estratégia no município;



Coordenadores de serviços: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; processo de implantação e implementação da Estratégia no município;

Profissionais de saúde: Capacitação na Estratégia.

**Questão 2 - Características individuais de membros da equipe**

As características individuais dos membros da equipe são avaliadas por meio de questionário semiestruturado com perguntas relacionadas aos seguintes Temas Norteadores:

Agentes comunitários de saúde: Experiência e orientação nutricional

Profissionais capacitados na ENPACS: Experiência e avaliação da estratégia; prática profissional

Gestores e coordenadores: Sensibilização, conhecimento e gestão da Estratégia

**Questão 3 - Perspectivas e preocupações dos atores sociais**

As perspectivas e preocupações dos atores sociais são avaliadas por meio de entrevistas individuais e realização de grupos focais, com questões relacionadas aos seguintes Temas Norteadores:

Profissionais de saúde: Condução das ações de saúde infantil e prática profissional

Agentes Comunitários de saúde: Capacitação e prática profissional

Mães ou responsáveis: Validade e utilização das informações recebidas.

Adaptado de Parlett e Hamilton (1976, apud WORTHEN; SANDERS e FITZPATRICK, 2004).

As perspectivas e preocupações dos cuidadores, gestores e profissionais capacitados na ENPACS foram levantadas por meio de entrevistas semiestruturadas (Apêndices A, B, C, D) e pela realização de grupos focais, com o objetivo de conhecer o significado atribuído ao programa em seus diferentes aspectos (MINAYO, 2010).

Nesta etapa, optou-se também pela utilização da técnica do Grupo Focal, o que se justificou por sua característica essencial, apontada por Neto (2002), que é permitir a livre expressão dos participantes em caráter qualitativo, bem como maior aprofundamento dos temas abordados, uma vez que ela trabalha diretamente com a reflexão expressa através da “fala” dos participantes, permitindo que estes apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema. A possibilidade que a técnica apresenta de permitir o conhecimento das concepções dos participantes em um contexto de discussão e participação ativa, permite maior riqueza das informações, bem como a possibilidade de apontamento de norteadores para correções e soluções de problemas encontrados durante o processo de implantação e implementação da Estratégia.

Para Sarti et al. (2008), a prática avaliativa em APS apresenta algumas particularidades que surgem exatamente pela proximidade com a comunidade e seus problemas referentes à saúde. Ainda de acordo com estes autores, as dificuldades enfrentadas no contexto da Atenção Primária englobam uma complexidade de fenômenos não restritos a alterações biofísico-químicas no funcionamento corporal, envolvendo também uma ampla constelação de processos sociais e psicológicos entrelaçados em uma

imbricada rede de interações, onde o sofrimento individual torna-se singular, assim como seu enfrentamento. Portanto, nos dizeres destes autores:

avaliar programas e serviços voltados para o enfrentamento dessa realidade deve incorporar uma perspectiva participativa, de construção coletiva e de aprendizado baseado na problematização das situações encontradas no cotidiano dos serviços (SARTI et al., 2008:2).

Outros autores também reforçam a importância da incorporação de outros atores sociais nos processos de avaliação. Mendes (1999) descreve que não basta a preocupação com os procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde, se não há mudanças no modo como os trabalhadores da área se relacionam com o seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento dos usuários do serviço. De acordo com Deming (1990), para satisfazer o cliente é necessário ter primeiro uma compreensão profunda de suas necessidades e, em seguida, possuir os processos de trabalho que possam, de forma efetiva e consistente, resolver essas questões, o que requer dedicação de recursos para coletar e analisar dados e informações, sistematicamente, para entender os requisitos e as percepções do cliente.

#### 7.4. Considerações finais

Em um contexto de desafios e fragilidades, na presença de limitações físicas, estruturais, políticas e financeiras (como o vivenciado pelo sistema público de saúde brasileiro), torna-se importante a avaliação como suporte do processo decisório na gestão do sistema e na prestação de serviços de saúde. Ademais, soma-se a isto seu papel auxiliar na identificação de estrangulamentos nos processos dos serviços instalados, na verificação da eficiência e da efetividade das práticas assistenciais e na mensuração dos impactos advindos das ações do sistema de saúde na situação sanitária da população (BRASIL, 2005). Assim, a avaliação se efetivaria como uma ferramenta indispensável para a melhoria da qualidade da atenção, incluindo a da atenção básica, em que novas práticas e tecnologias são disponibilizadas (SARTI et al., 2008).

A perspectiva deste trabalho, que propôs uma metodologia que une avaliações centradas em objetivos e participantes, é que este auxilie, desde as etapas iniciais de implantação e implementação da EAAB, na identificação de falhas e problemas que possam impedir sua plena efetivação e utilização em diferentes contextos.

## 7.5. Referências bibliográficas

- BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 275p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável**. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. IBFAN Brasil. Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. Caderno do Tutor. Brasília; 2010.
- BRYCE, J. et al. The multicountry evaluation of the integrated management of childhood illness strategy: lessons for the evaluation of public health interventions. **Am. J. Public Health**, 94(3):406-415, 2004.
- CHIANCA, T. et al. **Desenvolvendo a Cultura da Avaliação em Organizações da Sociedade Civil**. Coleção Gestão e Sustentabilidade. São Paulo: Global, 2001. 134p.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2006; 11:705-11.
- DEMING, E.W. **Qualidade: a revolução na produtividade**. Rio de Janeiro, Marques Saraiva, 1990.
- FELISBERTO, E.; FREESE, E.; BEZERRA, L.C.A.; ALVES, C.K.A.; SAMICO, I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(6):1079-1095, 2010.
- FELISBERTO, E.; FREESE, E.; NATAL, S.; ALVES, C.K.A. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de autoavaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9):2091-2102, 2008.
- HENRIQUE, F.C.S.; LIRA, P.I.C.; SANTOS, S.M.C.; ANDRADE, S.L.L.S. Tendência do campo de avaliação de intervenções públicas de alimentação e nutrição em programas de pós-graduação no Brasil: 1980-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2972-2981, 2007.
- JONES, G.; STEKETEE, R.W.; BLACK, R.E.; BHUTTA, Z.A.; MORRIS, S.S.; Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, Oxford, v. 362, p. 65-71, 2003.

- MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
- MERCADO-MARTINEZ, F.; BOSI, M.L.M. Notas para um debate. A pesquisa qualitativa (em saúde): entre o interesse e o questionamento. In: **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- MINAYO, M.C.S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M.C.S. et al. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.
- NETO, O.C.; MOREIRA, M.R.; SUCENA, L.F.M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. Associação Brasileira de Estudos Populacionais, **Anais...**, Núcleo de Estudos Populacionais da Unicamp, SP. 2002.
- SANTOS, I. Avaliação do impacto de programas nutricionais. **Rev. Nutr., Campinas**, vol. 22, n.1, p.141-150, 2009.
- SANTOS, M. **Da Totalidade ao Lugar**. São Paulo: EDUSP, 2006. 176p.
- SARTI, T.D.; LIMA, R.C.D.; ZORZAL e SILVA, M.; MACIEL, E.L.N. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. **UFES Rev Odont**, 10(1): 63-69, 2008).
- SCHOFIELD, J.W.; ANDERSON, K.M. Combining quantitative and qualitative methods in research on ethnic identity and intergroup relations. Educational, Management and Administration Society, Los Angeles, p. 121-127, 1987. In: ASSUMPCAO, J.J e CAMPOS, L.M.S. Avaliação de projetos sociais em ONGs da Grande Florianópolis: um estudo sobre modelos relacionados ao foco de atuação. **Rev. Adm. Pública** [online], vol.45, n.1, pp. 209-242, 2011.
- WORTHEN, B.L.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de programas**: concepções e práticas. São Paulo: Ed. Gente, 2004.

## 8. AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL: UM ESTUDO DE CASO

### 8.1. Resumo

O presente estudo avaliou o processo de implantação e implementação da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) no município de Viçosa-MG, visando identificar pontos fortes e frágeis para auxiliar no seu direcionamento, especialmente neste momento de integração da ENPACS e a Rede Amamenta Brasil à Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Trata-se de um estudo de caso, realizado no período de outubro de 2012 a dezembro de 2013. Foram envolvidos no estudo os diferentes atores sociais participantes da Estratégia. Para o processo avaliativo foi desenvolvido um modelo constituído de duas etapas de avaliação, sendo a primeira centrada nos objetivos da ENPACS e a segunda centrada nos seus participantes. Os resultados apontam a existência de uma grande demanda numérica de crianças em idade correspondente ao público do programa, bem como a ocorrência de desvios nutricionais nas crianças de seis meses a dois anos de idade. A análise do número de cuidadores que responderam ao formulário de marcadores do consumo alimentar de menores de dois anos de idade revelou que somente no ano de 2010 o Sisvan-web foi alimentado, contudo, apenas com informações referentes à alimentação nos primeiros seis meses de vida, totalizando um número de crianças muito abaixo daquele esperado. A maioria das crianças menores de 6 meses (53,19%) havia sido acompanhada no mês anterior à entrevista conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde para esta faixa etária; todavia, 53,19 % destes mesmos cuidadores referiram não ter recebido orientação sobre aleitamento materno no mesmo período, e 52,41% avaliaram as orientações recebidas como insuficientes. Não foi possível verificar o impacto da ENPACS no município por insuficiência de dados secundários provenientes dos sistemas de informação. De forma geral, a metodologia de implantação da ENPACS no município em estudo foi bem avaliada pelos profissionais que participaram da oficina de implantação no ano de 2010, entretanto, sua atuação restringiu-se ao nível ambulatorial. Em 46,84% das equipes o acompanhamento de rotina das crianças é realizado mensalmente e em 100% as atividades restringem-se à avaliação antropométrica. As fragilidades apontadas pelos profissionais são: vinculação profissional e educação continuada e permanente. O desconhecimento da ENPACS demonstrado por 75% dos

gestores e coordenadores reflete-se na ausência de respostas afirmativas dos agentes comunitários e também nas ações de saúde desenvolvidas para crianças de primeira infância no município. Em geral, os cuidadores avaliam de forma positiva as ações desenvolvidas para crianças menores de 2 anos; contudo, o mesmo não ocorre em relação à qualidade da consulta. Decorridos três anos, a implantação e implementação da ENPACS no município estudado não ocorreram de forma efetiva. As deficiências no seu processo de implantação e implementação revelam um descompasso entre o nível operacional e as instâncias gestoras superiores, onde os diferentes graus de adesão dos atores sociais aos objetivos e à metodologia da Estratégia por si só, sinalizam o enfraquecimento dos esforços dispendidos para sua efetivação.

**Palavras-chave:** Avaliação de programas, métodos de avaliação, instrumentos de avaliação, alimentação infantil, ENPACS, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

## EVALUATING THE IMPLANTATION AND IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL STRATEGY FOR COMPLEMENTARY HEALTHY FEEDING: A CASE STUDY

### Summary

This study was conducted to evaluate the implantation and implementation process of the National Strategy for Complementary Healthy Feeding (ENPACS) in Viçosa municipality - MG, in an attempt to identify strong and weak points in order to assist its directness, especially at this integration time of the ENPACS and Network Breastfeeding Brazil to the Strategy for Suckling and Feeding Brazil. This is a case study, in which the intention was to evaluate the ENPACS within local context over the period from October 2012 to December 2013. The different social actors participating in the Strategy were involved in the study. For the evaluative process, a model consisting of two evaluation stages was developed. The first stage focused on objectives of the ENPACS was adapted from Bryce et al. (2004), whereas the second stage focused on participants was adapted from Worthen, Sanders and Fitzpatrick (2004). The results indicated the occurrence of a large numerical demand of children whose age corresponded to the public of the program, as well as the occurrence of nutritional deviations in children at age range from six months to two years. The analysis of the number of caregivers, who responded to the form of the

food intake markers in children under two years old, showed that only in 2010 the Sisvan-web was fed; however, only with information referring to food at the first six months of life, as totalizing a number of children far below the expected one. Most children younger than 6 months (53.19 %) had been monitored on the month prior to interview as preconized by the Ministry of Health for this age range; however, 53.19 % of the same caregivers reported having received no guidance on breastfeeding over the same period, whereas 52.41 % evaluated the guidance received as insufficient. It was not possible to verify the impact of ENPACS upon municipality due to insufficient data. In general, the methodology of the ENPACS implantation in municipality under study was well evaluated by professionals who participated in the implantation workshop in year 2010; however, their performance was limited to ambulatory level. In 46.84 % of the teams, the routine attendance of children is accomplished monthly and 100% activities are restricted to anthropometrical assessment. The weaknesses identified by professionals are: professional binding and continuing education. The non-acquaintance with ENPACS shown by 75% of managers and coordinators is reflected on absence of affirmative responses from community agents as well as on health care developed for young children in the municipality. In general, the caregivers evaluate positively the actions developed for children younger than 2 years; however, the same is not true regarding the quality of the query. After three years, the implantation and implementation of the ENPACS in municipality under study did not occur effectively. Deficiencies in its implantation and implementation process rather reveal a mismatch between the operational level and higher management levels, where different adhesion levels of the social actors to the objectives and methodology of the strategy already signalize the weakening of the efforts spent to its effectiveness.

**Keywords:** Program evaluations, evaluation methods, evaluation tools, infant feeding, ENPACS, Strategy for Suckling and Feeding Brazil.

## 8.2. Introdução

Dentre os problemas que acometem as crianças, além das formas crônicas e agudas de desnutrição moderada e grave, o sobrepeso vem sendo uma importante questão enfrentada nos Sistemas de Vigilância Alimentar e Nutricional (WHO, 1997). No Brasil, seguindo a tendência mundial, observa-se a diminuição da desnutrição infantil associada ao aumento da prevalência da obesidade, o que tem sido constatado em idades cada vez mais

precoces (MONTEIRO e CONDE, 2000; ABRANTES et al., 2002; SIMON et al., 2009). Em adição aos desvios nutricionais, as doenças infecciosas e as carências específicas de micronutrientes (tais como ferro, zinco e vitamina A) também estão associadas à morbidade nesta faixa etária (BRASIL, 2010) e na vida adulta, potencializando o círculo vicioso da infecção e da desnutrição e da dupla carga de doenças (WHO, 2002; BRASIL, 2009a; FAO, 2012).

Em face deste quadro, os órgãos de saúde do país tem buscado responder à demanda estatal com ações e programas de atenção à saúde infantil, em especial de nutrição.

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN Brasil) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), elaborou a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), desenvolvida para fortalecer as ações de promoção à alimentação complementar saudável no SUS. Tendo como objetivo incentivar os profissionais de saúde da Atenção Primária a realizar orientação alimentar para crianças menores de dois anos como atividade de rotina, a ENPACS se instituiu como resposta para um déficit das políticas nacionais de apoio ao aleitamento materno, cujo foco tradicionalmente esteve na perspectiva hospitalar ou no apoio legal (BRASIL, 2010).

O documento de apresentação da ENPACS (BRASIL, 2010) ressalta a importância do monitoramento nos processos de implantação e implementação da Estratégia, recomendando sua realização de forma periódica e permanente pelas três esferas de governo, para o redirecionamento das ações propostas e superação das metas pré-estabelecidas. Os indicadores de resultado coletados por meio dos marcadores dietéticos do Sisvan-Web são a principal ferramenta neste monitoramento e deveriam ser utilizados para avaliar o grau de implementação da ENPACS quando dos encontros periódicos para elaboração dos planos estaduais e municipais. É previsto o monitoramento da ENPACS por meio do acompanhamento da replicação das oficinas e dos resultados alcançados pelos indicadores do Sisvan-Web para crianças menores de 2 anos.

Em 2012, a ENPACS foi unificada à Rede Amamenta Brasil, também coordenada pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno em conjunto com o Departamento de Atenção Básica. O valor dessa iniciativa pública se iguala ao da necessidade de avaliações do processo de sua implantação e implementação, além do seu impacto sobre os indicadores nutricionais. Embora vários programas que visam à prevenção da desnutrição e das carências nutricionais específicas tenham sido realizados,



muito pouco se sabe sobre o real efeito desses programas ou intervenções sobre as deficiências que pretendem prevenir ou tratar (SANTOS, 2009).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), até o final de 2012 as duas estratégias formaram mais de 4.500 tutores e envolveram mais de 38 mil profissionais da Atenção Básica em todo o Brasil. Entretanto, poucos estudos foram realizados para avaliar a implantação e implementação ou o impacto destas estratégias antes de sua unificação. Identificou-se na literatura um único estudo que avaliou a implantação da Rede Amamenta Brasil desenvolvido por Venâncio et al., (2013), o qual evidenciou que a promoção do aleitamento materno não está plenamente implantada no âmbito da APS. Em busca na literatura não se identificou estudos de avaliação da ENPACS. Segundo Henrique et al (2007) a experiência brasileira com avaliação de políticas e programas públicos da esfera estatal ainda é incipiente, o que reforça o compromisso da academia em responder à essa demanda de investigações avaliativas. A avaliação possibilita intervir na realidade no sentido de modifica-la, identificando problemas nos quais se deve atuar (CAZARIN et al., 2009).

Buscando responder a esta demanda, é objetivo deste estudo avaliar o processo de implantação e implementação da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) no município de Viçosa-MG, identificando os pontos fortes e frágeis, auxiliando assim o seu direcionamento e objetivos de impactar positivamente a saúde do grupo a que se destina.

### 8.3. Metodologia

#### 8.3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caso, que avaliou a ENPACS no período de outubro de 2012 a dezembro de 2013 em Viçosa, MG, onde todas as equipes de Estratégia Saúde da Família foram capacitadas quando da implantação da Estratégia, no ano de 2010.

De acordo com Santos (2009), independentemente do tipo de estudo que se deseje empregar para avaliação de impacto, é muito importante identificar o modelo lógico (a cadeia causal) que reflita os mecanismos por meio dos quais o programa, se efetivo, deverá funcionar. Ainda de acordo com esta autora, a construção do modelo lógico é fundamental para definição dos indicadores a serem utilizados na avaliação.

Desta forma, primeiramente, esquematizou-se o modelo de impacto da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (Figura 1), cuja base sustenta-se na capacitação dos profissionais de saúde da Atenção Primária para a orientação alimentar de rotina nas unidades.

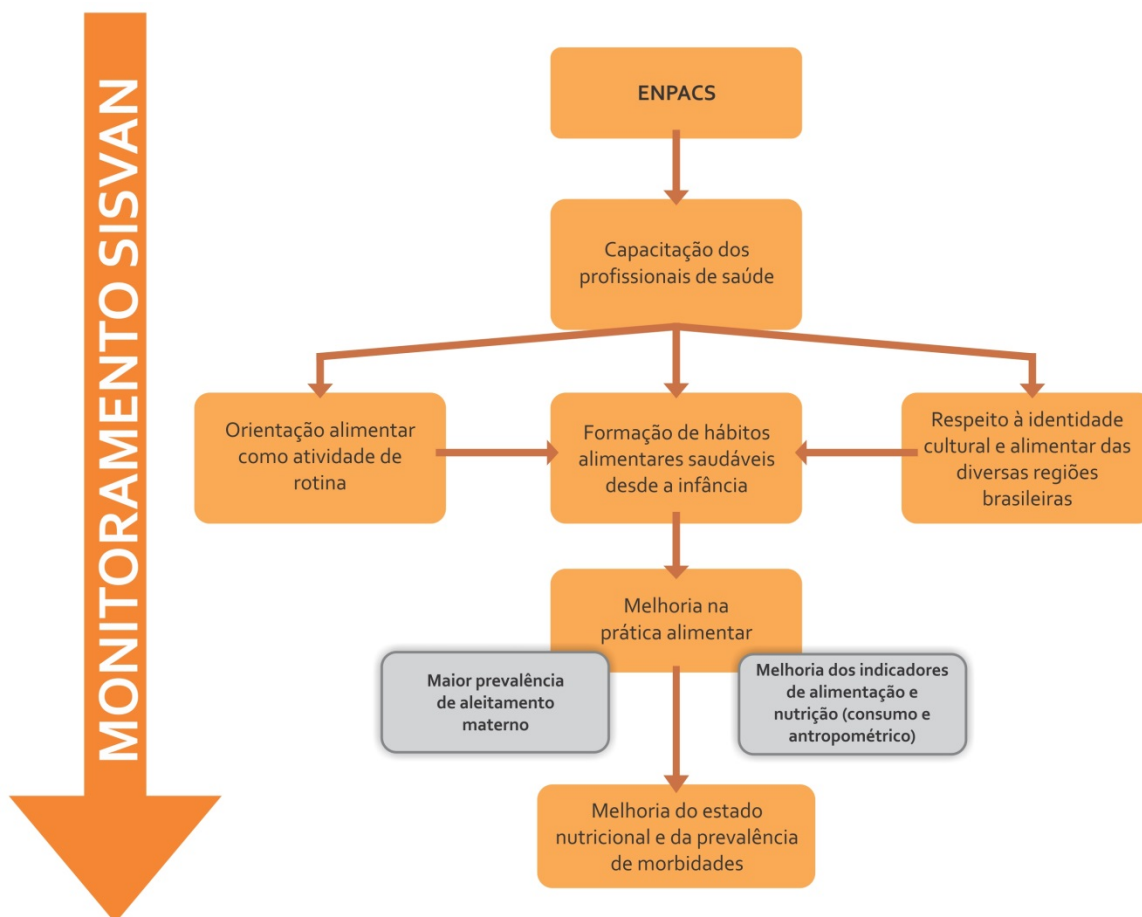


Figura 1: Esquema do processo avaliativo de impacto da ENPACS.

Para o processo avaliativo foi desenvolvido um modelo constituído de duas etapas de avaliação. A primeira (Etapa 1), centrada nos objetivos da ENPACS foi adaptada de Bryce et al. (2004), conforme Quadro 1; e a segunda (Etapa 2), centrada nos participantes, adaptada de Worthen; Sanders e Fitzpatrick (2004), abrangeu as questões propostas por Parlett e Hamilton (1976, apud WORTHEN; SANDERS e FITZPATRICK, 2004).

## ETAPA 1

Nesta etapa pretendeu-se avaliar o alcance dos objetivos da ENPACS, cujo processo de avaliação encontra-se esquematizado no Quadro 1.

QUADRO 1. Avaliação centrada nos objetivos da ENPACS. Adaptado de Bryce et al. (2004)

<p><b>NÍVEL 1</b></p> <p>INDICADOR: Políticas; Planejamento baseado em resultados.</p> <p>PERGUNTA: As intervenções e suas estratégias de implementação são tecnicamente bem fundamentadas e apropriadas ao contexto epidemiológico e assistencial local?</p> <p>ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO: Análise do número de crianças atendidas pela ESF apresentando morbidades, com ênfase nos desvios nutricionais.</p> <p>ÍNDICE: Percentual de crianças que apresentam morbidades.</p>
<p><b>NÍVEL 2</b></p> <p>INDICADOR: Provisão</p> <p>PERGUNTA: Estão sendo realizadas as atividades de coleta de dados sobre os marcadores do consumo alimentar de menores de dois anos de idade e de orientação alimentar previstas no programa?</p> <p>ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO:</p> <p>1 - Análise do número de cuidadores que responderam ao formulário de marcadores do consumo alimentar de menores de cinco anos de idade.</p> <p>2 - Análise da ocorrência e periodicidade de coleta de dados para o Sisvan-web e alimentação do sistema e de orientação alimentar.</p>
<p><b>NÍVEL 3</b></p> <p>INDICADOR: Utilização</p> <p>PERGUNTA: As mães ou responsáveis utilizam as orientações recebidas?</p> <p>ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO: Verificação de conhecimentos por meio de questionário semiestruturado.</p> <p>ÍNDICE: Conhecimentos, percepções e valores sobre ações de atenção infantil.</p>
<p><b>NÍVEL 4</b></p> <p>INDICADOR: Cobertura efetiva</p> <p>PERGUNTA: Foram alcançados níveis efetivos de cobertura na população?</p> <p>ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO: Análise do número de crianças adscritas e de crianças cadastradas no SISVAN web.</p> <p>ÍNDICE: Relação entre o número de crianças adscritas e de crianças cadastradas no Sisvan-web.</p>
<p><b>NÍVEL 5</b></p> <p>INDICADOR: Impacto</p> <p>PERGUNTA: Houve impacto sobre a saúde e a nutrição?</p> <p>ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO:</p> <p>1 - Análise da evolução dos marcadores do consumo alimentar de crianças menores de cinco anos.</p> <p>2 - Análise da evolução do estado nutricional de crianças menores de cinco anos.</p> <p>ÍNDICE:</p> <p>1.1- Indicadores de resultado coletados por meio dos marcadores dietéticos do Sisvan-web.</p> <p>2.1- Indicadores de resultado coletados por meio dos marcadores antropométricos do Sisvan-web.</p>

**ETAPA 2**

Esta avaliação objetivou à verificação, junto aos gestores e profissionais de saúde das ESF's, das restrições administrativas e ocupacionais, bem como a experiência e percepções sobre a importância da ENPACS para a saúde infantil. Também, os

beneficiários do programa, mães ou responsáveis, denominados cuidadores, foram entrevistados sobre suas perspectivas e preocupações referentes às ações propostas na ENPACS, conforme esquematizado no Quadro 2.

QUADRO 2. Avaliação centrada nos participantes da ENPACS. Adaptado de Parlett e Hamilton (1976, apud WORTHEN; SANDERS e FITZPATRICK, 2004).

<p><b>Questão 1 - Restrições</b></p> <p>As restrições foram avaliadas por meio de questionários semiestruturados, com perguntas relacionadas aos seguintes Temas Norteadores:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gestores: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; processo de implantação e implementação da Estratégia no município;</li><li>- Coordenadores de serviços: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; processo de implantação e implementação da Estratégia no município;</li><li>- Profissionais de saúde: Capacitação na Estratégia.</li></ul>
<p><b>Questão 2 - Características individuais de membros da equipe</b></p> <p>As características individuais dos membros da equipe foram avaliadas por meio de questionário semiestruturado com perguntas relacionadas aos seguintes Temas Norteadores:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Agentes comunitários de saúde: Experiência e orientação nutricional;</li><li>- Profissionais capacitados na ENPACS: Experiência e avaliação da Estratégia; prática profissional;</li><li>- Gestores e coordenadores: Sensibilização, conhecimento e gestão da Estratégia.</li></ul>
<p><b>Questão 3 - Perspectivas e preocupações dos atores sociais</b></p> <p>As perspectivas e preocupações dos atores sociais são avaliadas por meio de entrevistas individuais e realização de grupos focais, com questões relacionadas aos seguintes Temas Norteadores:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Profissionais de saúde: Condução das ações de saúde infantil e prática profissional;</li><li>- Agentes Comunitários de saúde: Capacitação e prática profissional;</li><li>- Mães ou responsáveis: Validade e utilização das informações recebidas.</li></ul>

#### 8.3.1.1. Definição da amostra de estudo

Participaram do estudo cuidadores (mães, pais, avós ou outros membros da família que fossem os responsáveis diretos pelo cuidado do menor) de crianças menores de cinco anos cadastradas e moradoras em áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família; agentes comunitários de saúde; enfermeiros coordenadores e ex-coordenadores de equipes de Estratégia Saúde da Família; profissionais capacitados na ENPACS; gestores municipais atuais e do período de implantação da Estratégia no município; coordenadores do Serviço de Nutrição e Estratégia Saúde da Família municipal.

A definição da faixa etária das crianças se deu pelo interesse em avaliar o panorama da saúde infantil no município de uma maneira mais abrangente, tendo em vista a já reconhecida associação entre o aumento da morbidade e mortalidade neste grupo etário e práticas alimentares inadequadas. A ampliação da faixa etária para além dos dois primeiros

anos de vida, foco da ENPACS, também se deu para possibilitar maior riqueza de dados, suprimindo assim possíveis limitações ou ausências de dados secundários.

Para a definição da amostra de cuidadores utilizou-se a fórmula para estimativa de prevalência, considerando-se 50% de prevalência esperada do fenômeno, 5% de erro amostral, 10% de recusas e perdas e 20% para controle de fatores de confusão. Considerou-se a população de referência no ano de 2012 (2235 famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família com filhos menores de 5 anos, também cadastrados) totalizando 394, selecionadas de forma aleatória. O cálculo foi realizado por meio do programa Statcalc do Epi-Info 6.04.

Os agentes comunitários de saúde, profissionais, gestores e coordenadores foram entrevistados em sua totalidade.

#### 8.3.1.2. Coleta de dados

Os dados foram coletados nos domicílios dos cuidadores responsáveis pelas crianças menores de cinco anos e, no caso dos profissionais de saúde, em seus locais de trabalho, durante o período de outubro de 2012 a dezembro de 2013, por pesquisadores devidamente treinados.

Para cada grupo (profissionais de saúde de ensino superior/tutores, gestores, profissionais de saúde de ensino médio, cuidadores), foi elaborado um questionário específico contendo questões abertas e fechadas (Apêndices A, B, C, D). O pesquisador seguiu um conjunto de questões previamente definidas, permitindo a emergência de conteúdos, ideias e opiniões pessoais, aspectos afetivos e valorativos. Em comum, todos os instrumentos possuíam perguntas iniciais de caracterização pessoal com variáveis como idade, sexo, e escolaridade.

As questões relacionadas ao conhecimento e percepções dos entrevistados foram baseadas no trabalho de Almeida e Macinko (2006), que utilizou metodologia elaborada a partir da adaptação de instrumentos componentes do Primary Care Assessment Tool (PCAT), formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da APS e que permitem análise do desempenho das unidades de atenção básica no município, bem como a percepção dos usuários sobre a atenção recebida.

Realizou-se também grupos focais com os enfermeiros coordenadores das equipes de ESF e também com os agentes comunitários de saúde, gravados em áudio e vídeo para garantir a fidedignidade das falas durante o processo de transcrição. Foram convidados todos os

enfermeiros coordenadores das unidades de Estratégia de Saúde da Família (15), além de um agente comunitário de saúde, representando cada unidade. Cada encontro teve duração de uma hora e trinta minutos e participação efetiva de nove enfermeiros e sete agentes comunitários de saúde.

A opção pelo grupo focal se deu em função da sua característica básica de permitir a livre expressão dos participantes, em caráter qualitativo e com maior aprofundamento dos temas abordados (NETO et al., 2002).

#### 8.3.1.3. Análise dos dados

Os dados quantitativos foram tabulados no Excel 6.0, o que permitiu a formação dos escores e das frequências.

A análise das questões qualitativas foi realizada por meio do método de Análise de Conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 1977):

1º Pré-análise: com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias presentes nos depoimentos – apreensão do todo.

2º Exploração do material: releitura das transcrições com o intuito de identificar as unidades de significado;

3º Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: visando agrupar as unidades de significado encontradas de acordo com sua semelhança e, a partir daí, propor inferências para posteriormente interpretar com base nas observações e nos estudos bibliográficos, direcionando as discussões e as conclusões sobre o fenômeno estudado (BARDIN, 1977; MINAYO, 2010).

#### 8.4. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa e aprovado em 23 de maio de 2012, sob o número 40511263507, respeitando os aspectos éticos, conforme Resolução 466/12 Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes do estudo foram orientados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido contendo todas as informações sobre o estudo.

## 8.5. Resultados

### 8.5.1. Avaliação do processo de implantação e implementação da ENPACS

#### 8.5.1.1. Etapa 1: Avaliação centrada nos objetivos

**Nível 1** – Políticas; Planejamento baseado em resultados - As intervenções e suas estratégias de implementação são tecnicamente bem fundamentadas e apropriadas ao contexto epidemiológico e assistencial local?

A análise dos documentos oficiais do programa permitiu verificar que a proposta da ENPACS está embasada em dados e pesquisas sobre a situação nutricional e alimentar de crianças no Brasil. Ademais, fundamenta suas ações no documento do Ministério da Saúde publicado em 2002 intitulado “Dez Passos para uma Alimentação Saudável – Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos”, que apresenta um conjunto de recomendações para uma alimentação complementar saudável, de forma a subsidiar e nortear práticas clínicas e educativas dos profissionais da saúde.

Quanto à adequação ao perfil epidemiológico, vale a ressalva de que a ENPACS objetiva incentivar o aleitamento materno e promover a alimentação complementar saudável independente da ocorrência de morbidades, uma vez que tem caráter preventivo. Pode-se verificar, após consulta à coordenação das equipes de ESF, por meio do consolidado do Sistema de Informações de Atenção Básica de 2012, que no município haviam 2235 famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família com filhos menores de 5 anos, o que aponta a existência de uma demanda numérica de crianças em idade correspondente ao público do programa. Da mesma forma, os dados sobre o estado nutricional das crianças menores de cinco anos correspondentes ao ano de implantação do programa no município, consultados no Sisvan-web ([http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios\\_publicos/relatorios.php](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorios.php)) e SIAB (<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>) (Anexos E), embora insuficientes, revelaram a ocorrência de desvios nutricionais em crianças de seis meses a dois anos de idade.

**Nível 2** – Avaliação da Provisão - Estão sendo realizadas as atividades de coleta de dados sobre os marcadores do consumo alimentar de menores de dois anos de idade e de orientação alimentar previstas no programa?

A análise do número de cuidadores que responderam ao formulário de marcadores do consumo alimentar foi desenvolvida, inicialmente, a partir de consulta no Sisvan-web (<http://dab.saude.gov.br>) (Anexo F) dos dados sobre consumo alimentar de menores de dois anos referentes aos anos 2009, 2010, 2011 e 2012. As informações obtidas revelaram que somente no ano de 2010 o SISVAN web foi alimentado com dados de consumo alimentar, com informações referentes apenas à alimentação nos primeiros seis meses de vida, contudo, totalizando um número de crianças muito abaixo do esperado (Quadros 3, 4 e 5).

**QUADRO 3.** Distribuição de crianças menores de 6 meses de idade em aleitamento materno exclusivo no momento do atendimento. Viçosa, MG, Brasil (2010).

CNES	EAS	Crianças sob aleitamento materno exclusivo		Total de crianças avaliadas
		Qtd	%	
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>22</b>	<b>46,81</b>	<b>47</b>

Fonte: SISVAN-web. <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relConsumoAlimentar.php>

**QUADRO 4.** Distribuição de crianças sob aleitamento materno exclusivo segundo sua duração. Viçosa, MG, Brasil (2010).

Município	IBGE	Crianças sob aleitamento materno exclusivo										Total de crianças avaliadas
		1 mês	%	2 meses	%	3 meses	%	4 meses	%	5 meses	%	
VIÇOSA	317130	1	2,13	1	2,13	3	6,38	2	4,26	0	0,00	47

Fonte: Gerência Regional de Saúde- Ponte Nova, MG.

Diante da possibilidade de ter ocorrido o preenchimento do formulário de marcadores de consumo alimentar sem a consequente alimentação desses dados no SISVAN web, buscou-se, junto aos cuidadores, a informação sobre a ocorrência da aplicação do referido formulário. Todos os cuidadores (395) relataram não ter respondido ao questionário sobre os marcadores do consumo alimentar no período do estudo, o que indica que as ações educativas e de acompanhamento não foram realizadas segundo o preconizado pela ENPACS.

### **Nível 3 – Avaliação da Utilização - As mães utilizam as orientações?**

Neste nível buscou-se informações junto aos cuidadores sobre a realização de acompanhamento nutricional e puericultura, ocasião em que se espera haver espaço para o trabalho educativo de promoção da alimentação saudável (Tabela 1). A partir dessa informação, buscou-se verificar a ocorrência da utilização das orientações pelos cuidadores.



Durante as entrevistas foi possível identificar que a maioria das crianças menores de 6 meses (53,19%) havia sido acompanhada no mês anterior à entrevista (Tabela 1), conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde para esta faixa etária. Todavia, 53,19 % destes mesmos cuidadores referiram não ter recebido orientação sobre aleitamento materno no mesmo período, e 52,41% avaliaram as orientações recebidas como insuficientes. Diante do cenário de fraca ocorrência de orientações e da sua insuficiência, a avaliação da utilização das orientações pelos cuidadores tornou-se inapropriada.

TABELA 1. Acompanhamento nutricional de crianças e puericultura nas ESF, segundo referência do cuidador. Viçosa, MG, Brasil (2012-2013).

<b>Ocorrência de acompanhamento nutricional e puericultura</b>			
A criança menor de 5 anos foi acompanhada no último mês? (N= 395)	Sim	136	34,43
	Não	259	65,57
A criança menor de 2 anos foi acompanhada no último mês? (N= 225)	Sim	94	41,78
	Não	131	58,22
A criança menor de 6 meses foi acompanhada no último mês? (N= 47)	Sim	25	53,19
	Não	22	46,81
O responsável pelo menor de 6 meses recebeu orientação sobre aleitamento materno no último mês? (N= 47)	Sim	22	46,81
	Não	25	53,19
O responsável pela criança menor de 5 anos recebeu orientação sobre alimentação da criança no último mês? (N= 395)	Sim	137	34,68
	Não	258	65,32
O responsável pela criança menor de 2 anos recebeu orientação sobre alimentação da criança no último mês? (N= 225)	Sim	95	42,22
	Não	103	57,78
A criança usou água ou chá antes de completar 6 meses? (N= 395)	Sim	246	62,28
	Não	149	37,72
A criança utilizou ou utiliza chupeta? (N= 395)	Sim	191	48,35
	Não	204	51,65
O responsável avalia as orientações recebidas durante as consultas de acompanhamento como suficientes? (N= 395)	Sim	181	45,82
	Não	207	52,41
	Outro	7	1,77

**Nível 4** – Avaliação da Cobertura Efetiva - Foram alcançados níveis efetivos de cobertura na população?

A busca por informações oficiais, via Sisvan-web, bem como por meio de análise documental na Coordenação da Atenção Básica e Coordenação de Nutrição municipal, além de contatos com a Gerência Regional de Saúde, revelou insuficiência de dados indicativos da cobertura alcançada pelo programa.

QUADRO 5. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses em unidades de Estratégia de Saúde da Família. Viçosa, MG, Brasil (2010).

CNES	EAS	Consumo de verduras/legumes*		Consumo de frutas*		Consumo de carne*		Consumo de feijão*		Consumo assistindo televisão*		Consumo de comida de panela no jantar*		Consumo de bebidas ou preparações adoçadas**		Consumo de papa salgada/comida de panela**		Consumo de suco industrializado ou refresco em pó***		Consumo de refrigerante***		Consumo de leite ou leite com farinha*		Total De Crianças Avaliadas	
		Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%		
2098121	ESF 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2098083	ESF 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6479359	ESF 3	8	80	10	100	8	80	9	90	2	20	7	70	3	30	8	80	4	40	4	40	7	70	10	
2206633	ESF 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6479405	ESF 5	12	85,71	13	92,86	12	85,71	12	85,71	0	0	14	100	2	14,29	14	100	4	28,57	4	28,57	7	50	14	
3659429	ESF 6	4	57,14	4	57,14	4	57,14	5	71,43	0	0	2	28,57	2	28,57	3	42,86	2	28,57	2	28,57	2	28,57	7	7
3659372	ESF 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3917428	ESF 8	3	100	0	0	1	33,33	1	33,33	2	66,67	3	100	1	33,33	2	66,67	1	33,33	0	0	1	33,33	3	3
3690059	ESF 9	10	83,33	8	66,67	7	58,33	9	75	2	16,67	6	50	6	50	9	75	3	25	4	33,33	7	58,33	12	12
3845540	ESF 10	4	100	4	100	2	50	3	75	1	25	3	75	2	50	2	50	0	0	0	0	2	50	4	4
3805131	ESF 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3917371	ESF 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3690113	ESF 13	1	100	0	0	1	100	1	100	1	100	0	0	1	100	1	100	0	0	0	0	1	100	1	1
3659402	ESF 14	1	50	1	50	2	100	2	100	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	1	50	1	50	2	2
3659526	ESF 15	2	50	2	50	2	50	2	50	0	0	2	50	0	0	0	0	2	50	0	0	0	0	4	4
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>45</b>	<b>78,94</b>	<b>42</b>	<b>73,68</b>	<b>39</b>	<b>68,42</b>	<b>44</b>	<b>77,19</b>	<b>08</b>	<b>14,00</b>	<b>37</b>	<b>64,91</b>	<b>18</b>	<b>31,57</b>	<b>40</b>	<b>70,17</b>	<b>16</b>	<b>28,07</b>	<b>15</b>	<b>26,31</b>	<b>28</b>	<b>49,12</b>	<b>57</b>	<b>57</b>

Fonte: Sisvan-web. <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relConsumoAlimentar.php>

## Nível 5 - Avaliação do impacto da ENPACS - Houve impacto sobre a saúde e a nutrição?

Verificou-se que a alimentação do banco de dados do Sisvan-web com informações do estado nutricional e de marcadores de consumo alimentar das crianças beneficiárias do programa não ocorria de forma sistemática e com inclusão de todas as crianças cadastradas, inviabilizando, assim, a verificação do impacto da ENPACS no município.

### 8.5.1.2. Etapa 2: Avaliação Centrada nos Participantes

#### Questão 1 - Restrições

Nas Tabelas 2, 3 e 4 são apresentados dados referentes à avaliação da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável a partir da ótica dos gestores, dos profissionais capacitados na Estratégia e dos ACS, respectivamente.

TABELA 2. Participação dos gestores municipais e coordenadores do serviço de nutrição na implantação e implementação da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. Viçosa, MG, Brasil (2012-2013).

Questão	Resposta	N	%
Conhecimento da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde? (N=4)	Sim	3	75,0
	Desconhece	1	25,0
Conhecimento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? (N=4)	Sim	2	50,0
	Desconhece	2	50,0
Conhecimento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (Enpacs)? (N=4)	Sim	1	25,0
	Desconhece	3	75,0
Reconhecimento de integração entre equipes de treinamento e coordenação municipal? (N=4)	Sim	1	25,0
	Desconhece	3	75,0
Reconhecimento de apoio durante o processo de formação de tutores? (N=4)	Sim	2	50,0
	Desconhece	2	50,0
Reconhecimento de potenciais parceiros no município para implementação da ENPACS? (N=4)	Sim	0	0,0
	Desconhece	4	100,0
Conhecimento de dificuldades para a liberação de recursos para realização da atividade? (N=4)	Sim	1	25,0
	Desconhece	3	75,0
Participação da monitoração da estratégia? (N=4)	Sim	0	0,0
	Não	4	100,0
Conhecimento dos resultados preliminares de avaliação da estratégia no município? (N=4)	Sim	0	0,0
	Não	4	100,0

De forma geral, a metodologia de implantação da ENPACS no município em estudo foi bem avaliada pelos profissionais que participaram da oficina de implantação no ano de 2010 (Tabela 3 e Quadro 6), excetuando-se os itens “Participação em outras oficinas de formação de replicadores” e “Participação no processo de monitoramento da ENPACS”. A participação nestes dois momentos foi restrita apenas ao profissional tutor, que tem estas duas atribuições em comum com os participantes, além de ser o

responsável por apoiar as unidades de saúde na criação de um protocolo de atendimento sobre alimentação complementar; acompanhar o desenvolvimento das ações da ENPACS e utilizar o sistema de monitoramento da Estratégia para avaliação da sua implantação (BRASIL, 2010).

Entretanto, depreende-se que a atuação destes profissionais enquanto capacitados e replicadores nas unidades tenha se dado apenas em nível ambulatorial, haja vista o desconhecimento dos demais atores acerca dos questionários de marcadores de consumo alimentar e das ações pactuadas nas unidades, além da participação de apenas um profissional (o tutor) em outras oficinas de formação de replicadores e no monitoramento da estratégia.

TABELA 3. Avaliação da capacitação na Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável pelos profissionais participantes. Viçosa, MG, Brasil (2012-2013).

Questão	Resposta	N	%
Conhecimento da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde? (N=5)	Sim	5	100,0
	Não	0	0,0
Conhecimento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? (N=5)	Sim	5	100,0
	Não	0	0,0
Houve facilitação para participação integral do profissional nas oficinas? (N=5)	Sim	4	80,0
	Não	1	20,0
O número de oficinas e carga horária foi suficiente? (N=5)	Sim	3	60,0
	Não	2	40,0
A metodologia utilizada foi adequada? (N=5)	Sim	5	100,0
	Não	0	0,0
Houve flexibilidade para criação de ambiente de aprendizagem significativa? (N=5)	Sim	5	100,0
	Não	0	0,0
Houve envolvimento dos participantes com a aprendizagem significativa? (N=5)	Sim	5	100,0
	Não	0	0,0
Houve identificação das necessidades dos participantes? (N=5)	Sim	4	80,0
	Não	1	20,0
Houve estímulo para compartilhamento de experiências e conhecimentos entre os participantes? (N=5)	Sim	5	100,0
	Total	5	100,0
Houve estímulo para reflexão crítica? (N=5)	Sim	5	100,0
	Não	0	0,0
Houve estímulo à problematização da prática? (N=5)	Sim	5	100,0
	Não	0	0,0
Houve estímulo às propostas de transformação das práticas por meio da reflexão crítica?	Sim	5	100,0
	Não	0	0,0
Contato anterior com metodologia crítico-reflexiva? (N=5)	Sim	3	60,0
	Não	2	40,0
Materiais utilizados na oficina foram adequados? (N=5)	Sim	5	100,0
	Não	0	0,0
Material fornecido para consulta posterior foi adequado? (N=5)	Sim	5	100,0
	Não	0	0,0
Contato anterior com conteúdo ou prática em alimentação complementar? (N=5)	Sim	5	100,0
	Não	0	0,0
Local da oficina favoreceu a metodologia proposta? (N=5)	Sim	5	100,0
	Não	0	0,0
Roda de conversa na unidade foi realizada de forma proveitosa? (N=5)	Sim	5	100,0
	Não	0	0,0

O conteúdo ministrado teve valor prático na rotina da UBS? (N=5)	Sim	5	100,0
	Não	0	0,0
Participação em outras oficinas de formação de replicadores? (N=5)	Sim	1	20,0
	Não	4	80,0
Participação no processo de monitoramento da ENPACS? (N=5)	Sim	1	20,0
	Não	4	80,0

QUADRO 6. Avaliação da implantação da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável a partir da ótica dos profissionais capacitados. Viçosa, MG, Brasil (2012-2013).

Profissional	Capacitado 1 Nutricionista	Capacitado 2 Nutricionista	Capacitado 3 Enfermeira	Capacitado 4 Enfermeira	Tutor Nutricionista
<b>Contribuição</b>	Pouca (já tinha especialização na área e procura se atualizar na área)	Atualização na área e reforço de conteúdos	Subsídios para atuação	Prática no atendimento à clientela	Mudança na forma de abordagem da alimentação complementar com as mães/cuidadoras (melhores resultados)
<b>Pontos positivos</b>	Prática na unidade	Metodologia	Atualização científica	Oficinas e troca de experiências	Metodologia
<b>Pontos negativos</b>	Tempo reduzido das oficinas, especialmente na parte teórica	Tempo reduzido das oficinas	Comportamento de alguns participantes (falta de interesse)	Algumas dinâmicas	Tempo reduzido das oficinas
<b>Dificuldades</b>	Nenhuma	Nenhuma	Ampliação para outros profissionais da equipe; oficinas regulares para contemplar profissionais recém-contratados	O excesso de trabalho burocrático ocasionando a falta de tempo para melhor implementação da estratégia e ter um profissional nutricionista todos os dias da semana, 8 horas por dia	Maior tempo para discussões (embora isso poderia inviabilizar oficinas)
<b>Sugestões</b>	Melhor planejamento e continuidade do treinamento	Continuidade do treinamento	Falta de apoio dos gestores locais (facilitação na participação; sensibilização da importância; implantação efetiva dos programas e estratégias; avaliação dos resultados)	Objetividade	Falta de treinamento continuado para novos profissionais nas unidades; desconhecimento dos gestores e coordenadores sobre a ENPACS; mudança constante de profissionais, que são geralmente contratados, sendo substituídos por não treinados

O objetivo principal da ENPACS, que é o fortalecimento das ações de apoio e promoção à alimentação complementar no Sistema Único de Saúde, efetivado através da atividade rotineira de orientação alimentar para crianças menores de dois anos no nível primário de atenção, não se materializou em sua toda potencialidade, conforme pode ser observado na Tabela 4. Para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças da faixa etária abrangida pela Estratégia, o município orienta-se pelos protocolos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e do Programa Viva Vida (MINAS GERAIS, 2004), muito embora, desde a implantação da ESF no município, exista a recomendação da Secretaria Municipal de Saúde e da Coordenação de ESF de manter essa atividade mensalmente.

Não obstante, a maioria das equipes (78,48%) realizarem atividades de acompanhamento de rotina de crianças menores de 2 anos em sua área de atuação, menos da metade (46,84%) o realiza mensalmente. Ademais, as ações desenvolvidas estão restritas, preponderantemente, à aferição de medidas antropométricas apenas (46,84%) (Tabela 4).

A capacitação dos agentes comunitários de saúde em aleitamento materno e práticas alimentares para crianças menores de 2 anos, também evidenciou limitações. Os ACS, profissionais que normalmente tem contato mais frequente e contínuo com os usuários, não são adequadamente capacitados. Conquanto 74,68% tenha recebido algum tipo de capacitação ou treinamento, 46,84% referiram a realização deste há mais de 1 ano. A importância deste tipo de atividade para a prática cotidiana de atenção à criança é reconhecida pelo grupo (72,15%), mas a metodologia utilizada nas capacitações não conseguiu contemplar todas as expectativas e necessidades destes profissionais, necessitando reformulações (Tabela 4).

TABELA 4. Avaliação das ações previstas após implantação da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável pela ótica dos Agentes Comunitários de Saúde. Viçosa, MG, Brasil (2012-2013).

<b>Questão</b>	<b>Resposta</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Conhecimento da ENPACS (N=79)	Sim	0	0,0
	Não	79	100,00
Realização do acompanhamento de rotina de crianças menores de 2 anos em sua área de atuação? (N=79)	Sim	62	78,48
	Não	17	21,52
Frequência de realização de acompanhamento de rotina. (N=79)	Mensal	37	46,84
	Eventual	11	13,92
	Não descreveu	29	36,71
	Não acontece	2	2,53

Ações desenvolvidas durante acompanhamento de rotina das crianças menores de 2 anos. (N=79)	Antropometria apenas	36	45,57
	Antropometria e orientações (alimentação, cuidados gerais, vacinação, dentre outras)	31	39,24
	Visita domiciliar (ACS)	3	3,80
	Não descreveu	6	7,59
	Não realiza	3	3,80
ACS já recebeu algum tipo de capacitação em AM e práticas alimentares para crianças menores de 2 anos? (N=79)	Sim	59	74,68
	Não	20	25,32
Se recebeu, há quanto tempo? (N=79)	Menos de 1 ano	16	20,25
	1 a 4 anos	37	46,84
	Mais de 4 anos	6	7,59
	Não foi capacitado	20	25,32
Se capacitado, considera que houve valor prático? (N=79)	Sim	57	72,15
	Não	3	3,80
	Não foi capacitado	19	24,05
Capacitação poderia ter sido ministrada de outra forma para melhorar aproveitamento? (N=79)	Sim	37	46,84
	Não	24	30,38
	Não foi capacitado	18	22,78
Avaliação da capacitação. (N=79)	<b>Avaliação positiva</b>	12	15,19
	<b>Avaliação negativa (84,81%)</b>	67	
	Continuidade	6	7,59
	Frequência	6	7,59
	Abordagem dinâmica e prática	2	2,53
	Maior duração	5	6,33
	Formato	15	18,99
Não descreveu	33	41,77	
Em caso de dúvida sobre alimentação infantil, a quem recorre? (N=79)	Enfermeiro apenas	29	36,71
	Médico apenas	2	2,53
	Nutricionista apenas	5	6,33
	Membros da equipe (med/enf/nut, acs)	33	41,77
	Outros (livros, internet)	4	5,06
	Não citou	6	7,60

## Questão 2 - Características dos membros da equipe: agentes comunitários de saúde, profissionais capacitados na Estratégia, gestores e coordenadores

Os profissionais de saúde de nível médio (agentes comunitários de saúde) foram entrevistados em sua totalidade (79), por serem estes os principais replicadores do conhecimento ministrado nas oficinas da estratégia. Entre os entrevistados, o sexo feminino foi preponderante (96,20%). A média de idade foi de 34 anos, sendo a maioria casada (46,84%), com ensino médio completo (78,48%) e apenas um filho (43,04%). 51,90% exerciam a função entre 3 a 8 anos e 94,94% eram contratados em um regime de trabalho que não se enquadra nas categorias celetista ou estatutária (Tabela 5).

TABELA 5. Perfil dos agentes comunitários de saúde componentes de equipes de Estratégia Saúde da Família. Viçosa, MG, Brasil (2012-2013).

Característica dos entrevistados		
	N	%
<b>Sexo (N=79)</b>		
Feminino	76	96,20
Masculino	3	3,80
<b>Faixa etária (N=79)</b>		
20-25 anos	7	8,86
26-29 anos	17	21,52
30-34 anos	20	25,32
35-39 anos	18	22,78
>40 anos	17	21,50
<b>Estado civil (N=79)</b>		
Solteiro	35	44,3
Casado	34	46,84
União estável	4	5,06
Viúvo	0	0
Separado/divorciado	3	3,80
<b>Escolaridade (N=79)</b>		
Ensino médio incompleto	1	1,27
Ensino médio completo	62	78,48
Superior incompleto	9	11,39
Superior completo	7	8,86
<b>Número de filhos (N=79)</b>		
Zero	28	35,44
1 filho	34	43,04
2 a 3 filhos	16	20,25
>4 filhos	1	1,27
<b>Curso técnico ou especialização na área da saúde (N=79)</b>		
Sim	19	24,05
Não	60	75,95
<b>Vinculação (N=79)</b>		
Concursado	0	0,00
Contratado	75	94,94
Outros	4	5,06
<b>Tipo de equipe (N=79)</b>		
	46	58,20
Simplex	33	41,80
Ampliada	79	100,00
Total		
<b>Tempo de trabalho como ACS (N=79)</b>		
Meses a 2 anos	35	44,30
3 a 8 anos	41	51,90
> de 9 anos	3	3,80

Na Tabela 6 estão apresentadas as características dos profissionais de nível superior, totalizando dois enfermeiros e três nutricionistas, capacitados na Estratégia e residentes no município. Ressalta-se que destes, apenas um (01) continua vinculado à ESF.



TABELA 6. Perfil dos profissionais capacitados na Estratégia Nacional para Alimentação Complementar. Viçosa, MG, Brasil (2012-2013).

Característica dos entrevistados		
	N	%
<b>Sexo (N=5)</b>		
Feminino	5	100,00
Masculino	0	0,
<b>Faixa etária (N=5)</b>		
30-39 anos	3	60,00
40-49 anos	1	20,00
>50 anos	1	20,00
<b>Profissão (N=5)</b>		
Nutricionista	3	60,00
Enfermeiro	2	40,00
<b>Especialização (N=5)</b>		
Materno-infantil	2	40,00
Saúde Pública	2	40,00
Não possui	1	20,00
<b>Tempo de trabalho (N=5)</b>		
Entre 5 e 9 anos	1	20,00
>10 anos	4	80,00
<b>Vinculação com a prefeitura (período de implantação da ENPACS) (N=5)</b>		
Efetivo	1	20,00
Não efetivo	4	80,00

Na Tabela 7 estão apresentadas as características dos gestores atuais e do período de implantação da Estratégia no município. Entre estes profissionais, apenas o secretário municipal de saúde do período de implantação da ENPACS não era da área da saúde e não tinha pós-graduação. Assim como os demais profissionais entrevistados, a maioria não possuía vínculo efetivo com a prefeitura (50,00%). É interessante observar também que no período das entrevistas o cargo de coordenador do serviço de nutrição municipal era exercido por uma enfermeira, tendo o apoio técnico-científico de uma nutricionista.

A fragilidade do vínculo empregatício e da formação profissional, situação vivenciada não apenas pelos entrevistados, mas também pela quase totalidade dos profissionais atuantes nas unidades de ESF, guarda relação direta com o direcionamento das ações de saúde em âmbito municipal. A realidade enfrentada pelos ACS pode ser extrapolada aos demais trabalhadores inserido na ESF municipal, por sua similaridade. A ausência de vinculação efetiva favorece a rotatividade e dificulta a continuidade da educação profissional. As capacitações e treinamentos são pontuais e tem duração insuficiente às demandas. A formação profissional dos ACS também é outro limitante à sua atuação, uma vez que apenas 24,05% referiram formação específica na área de saúde (e foi realizada por iniciativa própria).

TABELA 7. Perfil dos gestores e coordenadores de serviços de saúde municipais. Viçosa, MG, Brasil (2012-2013).

Característica dos entrevistados		
	N	%
<b>Sexo (N=4)</b>		
Feminino	3	75,00
Masculino	1	25,00
<b>Faixa etária (N=4)</b>		
20-29 anos	1	25,00
30-39 anos	1	25,00
40-49 anos	0	0,00
>50 anos	2	50,00
<b>Profissão (N=4)</b>		
Nutricionista	2	50,00
Enfermeiro	1	25,00
Outro (adm. de empresa)	1	25,00
<b>Pós-graduação(N=4)</b>		
Mestrado (Ciência e Tecnologia de Alimentos)	1	25,00
Especialização (Saúde Pública)	1	25,00
Especialização (Nutrição esportiva)	1	25,00
Não possui	1	25,00
<b>Tempo de trabalho (N=4)</b>		
Até 4 anos	1	25,00
Entre 5 e 10 anos	3	75,00
<b>Vinculação com a prefeitura (período de implantação da ENPACS) (N=4)</b>		
Concursado	1	25,00
Contratado	2	50,00
Cargo de confiança	1	25,00
<b>Cargo (N=4)</b>		
Coordenador	2	50,00
Secretário Municipal de Saúde	2	50,00

O desconhecimento da ENPACS demonstrado por 75% dos gestores e coordenadores reflete-se na ausência de respostas afirmativas dos ACS (a ponta final da atenção) quando estes são questionados sobre seu conhecimento da estratégia e também nas ações de saúde desenvolvidas para crianças de primeira infância no município.

### Questão 3 - Perspectivas e preocupações dos atores sociais

Foram investigadas as perspectivas e preocupações dos cuidadores, dos enfermeiros e dos agentes comunitários de saúde. A escolha deveu-se ao fato de que os cuidadores, em sua maioria mães, são as beneficiárias indiretas dos programas, e os enfermeiros por assumir o papel de gerente do processo de trabalho da equipe de ESF e de promotor da efetivação das políticas públicas de saúde.

Para o entendimento da perspectiva e preocupação dos profissionais de saúde, em relação ao programa e às demais atividades de saúde infantil, foi realizado um grupo focal com os enfermeiros coordenadores das unidades de ESF em virtude do fato destes

profissionais serem os responsáveis pelo treinamento das equipes e planejamento das ações em nível local. Foi também realizado um grupo focal com os agentes comunitários de saúde, os profissionais capacitados pelos coordenadores das equipes e aqueles que possuem contato mais frequente com os usuários dos serviços. Foram convidados representantes de todas as unidades (total de 15), com participação efetiva de 8 enfermeiros, além do coordenador geral das equipes de ESF e da chefe do Departamento de Assistência Ambulatorial no primeiro grupo; no segundo grupo participaram 7 agentes comunitários de saúde.

Da discussão da implantação e implementação no município de atividades previstas na ENPACS resultaram três categorias, conforme esquematizado no Quadro 7.

A primeira categoria, *Processo de trabalho*, foi a classe mais discutida durante os grupos focais e ressaltou a influência da situação profissional na qualidade das ações desenvolvidas e a importância do papel dos gestores na impossibilidade de avaliação do impacto da Estratégia.

A segunda categoria, *Formação Profissional*, expressa os aspectos negativos percebidos pelos profissionais em relação a suficiência e qualidade da educação e capacitação profissional e seus efeitos na realização de ações voltadas para as crianças de primeira infância. A capacitação técnica-científica e a educação continuada foram consideradas fundamentais para a plena inserção de todos os profissionais no cuidado com a criança.

A terceira categoria, *Beneficiários*, revela o reconhecimento da importância das ações desenvolvidas em um ambiente de grande demanda por este tipo de ações.

Em relação aos cuidadores, foram entrevistados 395, sendo a maioria do sexo feminino (97,7%), casada (54, 68 %) e de baixa escolaridade, com 31,65% que não concluíram o ensino fundamental. A idade média foi 30 anos. 59,24% não exerciam atividade remunerada fora do domicílio (59,24%) e tinham apenas 1 filho (59,24%) (Tabela 8).

Em relação às perspectivas e preocupações dos cuidadores, percebe-se que estes, em geral, avaliam de forma positiva as ações desenvolvidas para crianças menores de 2 anos (Tabela 9). Todavia, a qualidade da consulta pode ser questionada ao não serem levados em consideração aspectos importantes à adequação das informações repassadas aos cuidadores, como conhecimento do entorno familiar e da situação de saúde de outros membros da família.

QUADRO 7. Sumarização das categorias, núcleos de sentido e depoimentos dos profissionais de saúde participantes dos grupos focais. Viçosa, MG, Brasil (2013).

<b>Categoria 1</b>	<b>Núcleos de Sentido</b>	<b>Depoimentos</b>
Processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividades curativas</li> <li>-Ações compartimentalizadas, incompletas e descontínuas</li> <li>-Acompanhamento restrito à avaliação antropométrica</li> <li>-Baixo envolvimento do médico</li> <li>- Sobrecarga de trabalho</li> <li>- Estrutura física inadequada</li> <li>-Orientação alimentar não reconhecida como atividade de rotina e normalmente restrita ao nutricionista</li> <li>-Tempo dispendido com questões burocráticas é maior que o de assistência à população</li> <li>-Ausência de vinculação profissional efetiva</li> <li>-Priorização da quantidade em detrimento da qualidade dos serviços prestados à comunidade</li> <li>-Contração de profissional sem perfil adequado</li> </ul>	<p><i>ACS5: Não, tem quatro meses que eu tô lá e praticamente tão falando que vão fazer e não, mas na prática não está tendo, não tá funcionando [puericultura].</i></p> <p><i>ACS7: Nunca teve [puericultura]. Por mais que a gente incentiva, tudo, não tem jeito. A gente vai de porta em porta, conversa, explica, elas mesmas falam[mães]: pra que, não tem retorno nenhum! Para que nós vamos lá só pesar? [...] Simplesmente pesa e mede aqueles [crianças] que vão [puericultura].</i></p> <p><i>ENF9: Na maioria dos PSF's não está acontecendo puericultura, acontece uma pesagem das criança [...] e a mãe vai embora, sem nenhuma informação. [...] A gente recebe as metas para serem cumpridas e é assim: ó, daqui a quatro meses a gente volta e você precisa fazer isso e pronto!</i></p> <p><i>ENF4: Você tá entendendo? Mas a qualidade que se preconiza, que o Ministério fala que tem que ser, que as guias falam, não é feito! Não é verdade, gente?</i></p> <p><i>ENF1: [...] mas é o médico e ele atende 40 numa manhã, do que um médico que atende, por exemplo, doze, mas dentro do que é preconizado[qualidade]. Então, hoje vale mais um número registrado em papel, do que qualidade.</i></p> <p><i>ENF1: Então assim, GRS é aquele pai que é um exemplo para a sociedade, mas não faz o bem para aquela família. GRS é isso, ela te cobra muito, mas não te dá condições.</i></p> <p><i>ENF2: [...] Por exemplo, eu sei que eu não tenho vínculo ali, que eu posso ter meu contrato rescindido a qualquer momento, [...] Aí você fala, nossa gente, eu já não tenho segurança nenhuma, eu já tô trabalhando desse jeito tumultuado, com um monte de serviço, tudo isso mexe com a cabeça da gente!</i></p> <p><i>ENF3: A gente não tem tempo de atender o paciente, acolher o paciente! Aí mandar uma apostila: "o acolhimento do paciente"... Como você vai acolher o paciente, se você tem uma mesa lotada de papel, de tudo... Nosso Deus! Ai a gente fica meio... eu fico revoltada com isso!</i></p> <p><i>ACS3: [...] A pessoa não começa a confiar em você não é no primeiro dia, é ao longo do tempo [...] Agora aí vem outra pessoa para a mesma área, Aí até aquela pessoa pegar confiança leva um bom tempo. Aí vai trocando, o pessoal vai desgastando também [...]</i></p>
<b>Categoria 2</b>	<b>Núcleos de Sentido</b>	<b>Depoimentos</b>
Formação profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Formação e capacitação insuficientes</li> <li>-Inexistência de educação continuada</li> <li>-Treinamentos restritos à exposição de</li> </ul>	<p><i>ENF4: Eu até o período de amamentação, até os seis meses de amamentação exclusiva eu ainda acho tranquilo. Daí pra frente...!</i></p> <p><i>ENF5: E essa questão da capacitação teria que ser para a equipe toda [...]</i></p>

	<p>conteúdos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Inadequação de critérios para seleção de capacitados e replicação dos treinamentos</li> <li>-Maior valorização do profissional médico</li> <li>-Grande demanda por treinamentos práticos</li> </ul>	<p><i>ENF3: Até teve um treinamento aqui [secretaria] para os agentes, mas assim, fica muito a desejar. [...]Tem que ser na prática, a realidade. Os cursos são muito “papelzinho”, sabe, aquela coisa linda...</i></p> <p><i>ACS7: Às vezes você não sabe passar corretamente aquilo que você escutou.</i></p> <p><i>ACS2: Não, eu tive treinamento assim, entre nós ali dentro [agentes], aquelas mais velhas, entendeu, me treinaram ali, no jeito que elas sabem, a fazer o trabalho.</i></p> <p><i>ACS3: [...]tinha muito slide, tinha muita coisa para você assistir, uma coisa assim. E muita leitura, né? Então foi uma coisa assim que você presta atenção e você vê o modo de agir e de fazer. Agora quanto você não estar ali participando, você está só ouvindo, ouvindo, acaba que a mente cansa e você acaba não dando nem atenção nem para aquilo que tá sendo falado.</i></p> <p><i>ACS6: Tipo assim, qual é a minha palavra [valor da orientação] perto da de um médico, pediatra, conhecido, famoso?</i></p> <p><i>ACS5: Eu acho que a enfermeira, o médico, acho que eles [população] acabam tendo mais confiança, “ah é o enfermeiro, o médio que tá passando”, né, porque a gente é comum como eles [ACS se compara à população atendida], não tem estudo para isso, então não passa essa confiança também.</i></p>
<b>Categoria 3</b>	<b>Núcleos de Sentido</b>	<b>Depoimentos</b>
Beneficiários	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Número elevado de crianças menores de dois anos em todas as unidades</li> <li>-Presença de desvios nutricionais</li> <li>-Influência do entorno materno na adesão a prática alimentares inadequadas</li> <li>-Baixo nível socioeconômico e educacional das mães</li> <li>-Grande demanda por orientações</li> <li>-Serviços oferecidos: opção quando não se tem opção</li> </ul>	<p><i>ENF7: [...] e tem muita demanda de criança. Muita demanda, as mães vão na puericultura, sabe, as crianças vão. São crianças necessitadas, tem desnutrição, tem sobrepeso.</i></p> <p><i>ENF1: Vem mudando. Só que invés de mudar para normalizar, tipo assim, está trocando um problema. Da desnutrição saiu para o sobrepeso e não para o normal.</i></p> <p><i>ACS7: Mas geralmente tem muitas mães, eu falo porque eu vejo, com três meses já dá água, já dá comida, feijãozinho, porque foi criada assim, entendeu? A mãe criou ela assim. Ela falou que foi criada assim, ela cria do mesmo jeito. : [...] Por exemplo, eu acabo de ter filho. Minha mãe tá comigo ali. Minha mãe já passou por sete gestações, ganhou sete filhos. Então ela criou sete filho ali. Aí vem você, que é uma agente que não tem preparo nenhum, porque a gente não tem preparo nenhum. Você vai confiar em quem? Nela? Eu vou confiar nela ou em você? Eu vou confiar nela. Eu vou confiar na minha mãe.</i></p> <p><i>ACS5: Quando ela é mais bem orientada, por exemplo, durante a gestação, depois que tem a criança, se tiver uma orientação melhor, mesmo que a família tenha uma influência, mas ela vai pensar duas vezes antes de fazer, ver que não é correto. Acho que não vai seguir aquilo ali 100%, vai mudando.</i></p> <p><i>ACS6: Quem tem acesso faz acompanhamento com pediatra.</i></p>

TABELA 8. Perfil dos cuidadores de crianças menores de 5 anos provenientes de famílias cadastradas em unidades de Estratégia Saúde da Família. Viçosa, MG, Brasil (2012-2013).

Característica dos entrevistados		
	N	%
<b>Sexo (N=395)</b>		
Feminino	378	97,70
Masculino	17	4,30
<b>Faixa etária (N=395)</b>		
<15 anos	2	0,51
16-19 anos	22	5,57
20-25 anos	105	26,58
26-30 anos	105	26,58
31-35 anos	79	20,00
>36 anos	82	20,76
<b>Estado civil (N=395)</b>		
Solteiro	84	21,27
Casado	216	54,68
União estável	73	18,48
Viúvo	10	2,53
Separado/divorciado	12	3,04
<b>Escolaridade (N=395)</b>		
Fundamental incompleto	125	31,65
Fundamental completo	95	24,05
Ensino médio incompleto	52	13,16
Ensino médio completo	101	25,57
Superior incompleto	13	3,29
Superior completo	7	1,77
Analfabeto	2	0,51
<b>Trabalho materno remunerado (N=395)</b>		
Sim	161	40,76
Não	234	59,24
<b>Local de trabalho (N=395)</b>		
Domicílio de terceiros	46	11,65
Domicílio (negócio informal)	9	2,28
Comércio (incluindo setor de serviços e empresas)	72	18,23
Instituições	33	8,35
Trabalhador rural	3	0,76
Sem ocupação	232	58,73
<b>Número de filhos (N=395)</b>		
1 filho	234	59,24
2 a 3 filhos	148	37,47
4 ou mais	13	3,29

TABELA 9. Avaliação dos cuidadores sobre a atenção à saúde de crianças menores de 2 anos desenvolvidas no município de Viçosa MG, Brasil (2012-2013).

Avaliação do vínculo com a unidade			
Questão	Resposta	N	%
Criança é (ou era) avaliada em consulta de puericultura na UBS do seu bairro de origem? (N= 395)	Sim	256	64,81
	Não	139	35,19
Onde a criança é acompanhada em consultas de puericultura? (N= 395)	ESF	236	59,75
	Policlínica	52	13,16
	Consult. particular	80	20,25
	Hospital (Prolac)	9	2,28
	Outro (Pastoral)	18	4,56

Quem realiza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nas consultas de puericultura? (N= 395)	Médico	198	50,13
	Enfermeiro	85	21,52
	Nutricionista	50	12,66
	Estagiários (UFV)	20	5,06
	ACS	34	8,61
	Outros	8	2,02
A criança sempre é examinada pelo mesmo profissional de saúde? (N= 395)	Sim	287	72,66
	Não	68	17,22
	Outro	40	10,12
É possível falar com o mesmo profissional que atendeu a criança se houver alguma dúvida sobre saúde ou alimentação? (N= 395)	Sim	250	63,29
	Não	101	25,57
	Outro	44	11,14
O tempo de atendimento é adequado para que o responsável explique suas preocupações e dúvidas sobre a saúde e alimentação da criança? (N= 395)	Sim	250	63,29
	Não	109	27,60
	Outro	36	9,11
O profissional de saúde compreende (entende) bem os questionamentos dos responsáveis? (N= 395)	Sim	306	77,46
	Não	49	12,41
	Outro	40	10,13
O profissional de saúde responde aos questionamentos do responsável de forma clara e adequada? (N= 395)	Sim	282	71,39
	Não	81	20,51
	Outro	32	8,10
O profissional de saúde faz anotações no prontuário da criança durante o atendimento? (N= 395)	Sim	308	77,97
	Não	56	14,18
	Outro	31	7,85
O profissional de saúde faz questionamentos sobre condições de vida e habitação da família durante o atendimento? (N= 395)	Sim	83	21,01
	Não	272	68,86
	Outro	40	10,13
O profissional de saúde faz questionamentos sobre condições de saúde de outros membros da família durante o atendimento? (N= 395)	Sim	138	34,94
	Não	222	56,20
	Outro	35	8,86
O profissional de saúde conhece todos os membros da família da criança que está atendendo? (N= 395)	Sim	221	55,95
	Não	139	35,19
	Outro	35	8,86
O profissional de saúde questiona ideias e opiniões do responsável em relação às orientações recebidas durante atendimento? (N= 395)	Sim	79	20,00
	Não	291	73,67
	Outro	25	6,33
O profissional de saúde preenche a Caderneta de Saúde da Criança durante o atendimento? (N= 395)	Sim	187	47,34
	Não	176	44,56
	Outro	32	8,10

Quando questionados especificamente em relação aos atributos de uma boa consulta de acompanhamento, suas falas revelaram um anseio pela qualidade e humanização nas ações direcionadas à criança (Quadro 9 e Tabela 10). Os aspectos relacionados à atitude profissional tiveram maior nível de importância, sendo citado por 300 cuidadores entrevistados. A organização do serviço, embora mais bem detalhado pelo maior número de atributos, foi o aspecto menos avaliado em grau de importância, sendo citado por 184 entrevistados.

QUADRO 9. Percepções dos cuidadores sobre os atributos de uma boa consulta de acompanhamento. Viçosa MG, Brasil (2012-2013).

<b>Classes temáticas</b>	<b>Atributos de uma boa consulta</b>
Atitude profissional	Anamnese; exame físico e clínico; orientações adequadas; solicitação de exames bioquímicos; acompanhamento do crescimento/desenvolvimento; avaliação nutricional; adequar orientação à realidade familiar; “falar e explicar mais”; prescrição de suplementos vitamínicos.
Características pessoais do profissional	“Escutar com atenção”; “olhar nos olhos”; “pegar na criança”; criar ambiente de confiança; adequar fala ao entendimento materno; “anotar menos”; demonstrar interesse pela mãe/criança; respeito; simpatia; educação; ser bom (sentido de bondade).
Organização do serviço	Consultas mais demoradas; melhor referenciamento para outros profissionais ou serviço; equipamentos adequados; menor tempo de espera para consultas; “não ter fila para pegar ficha”; segurança; ser atendido independentemente de ser cadastrado; profissional cumprir horário de trabalho; receber material impresso ou escrito com orientações; menor troca de profissionais; reduzir tempo de espera por resultados de exames; atividades além da consulta; horário acessível para mães; atendimento por equipe multiprofissional; mais vistas domiciliares; possibilidade de avaliar o serviço; remédios mais acessíveis; acompanhamento mensal das crianças.

TABELA 10. Ponderação dos atributos de uma boa consulta de acompanhamento, referidos pelos cuidadores. Viçosa MG, Brasil (2012-2013).

<b>Aspectos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Apenas aspectos relacionados à conduta profissional	73	18,48
penas aspectos relacionados à características pessoais do profissional	10	2,53
Apenas aspectos relacionados à organização do serviço	67	16,96
Aspectos relacionados à conduta profissional e características pessoais do profissional	100	25,32
Aspectos relacionados à conduta profissional e organização do serviço	20	5,06
Aspectos relacionados à conduta e características pessoais do profissional e organização do serviço	97	24,56
Não sabe/ não quis responder	28	7,09
Total	395	100,00

## 8.6. Discussão

### 8.6.1. Etapa 1: Avaliação Centrada nos Objetivos

O quadro de ausência de dados de consumo alimentar aponta para a necessidade de sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais da Atenção Primária conforme assevera Ferreira et al. (2013) ao observar o baixo percentual de municípios que alimentaram o Sisvan-web com dados de consumo alimentar. Camilo et al. (2011) também afirmam que a própria falta de explicações sobre a importância da avaliação nutricional como política pública para os profissionais executores diretos das



novas políticas de alimentação e nutrição, foi mais um fator que contribuiu para o descaso inicial dos mesmos com relação a este sistema de informação (CAMILO et al., 2011).

Do exposto, também observa-se a priorização da coleta e digitação de dados antropométricos de beneficiários do Bolsa Família. Este fato, aliado à baixa cobertura do Sisvan, é um forte indício de que este sistema de informação sirva mais à fins de recebimento de recursos do que à formulação e avaliação de políticas e programas de saúde. Ferreira et al. (2013), em seu estudo de análise do Sisvan como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável encontraram situação semelhante: mais de 70% dos 40 municípios estudados informaram a priorização da coleta e digitação de indivíduos beneficiários do Bolsa Família.

A análise conjunta dos níveis 2, 3, 4 e 5 retrata o nível de funcionamento do programa, que não conseguiu ultrapassar o momento de sua implantação. A impossibilidade de verificação de impacto corrobora a não efetivação de sua implementação, decorrentes da ausência de atividades de orientação alimentar de rotina e cobertura insuficiente.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), tanto a implantação, quanto a implementação da ENPACS devem ser monitoradas pelos resultados alcançados nos indicadores de alimentação e nutrição em crianças menores de dois anos, sendo todos os atores envolvidos responsáveis pelo seu monitoramento e avaliação.

A ausência de dados de marcadores de consumo alimentar é um dado preocupante, não apenas por demonstrar o descompromisso com as atividades educativas de práticas alimentares, mas também por evidenciar que, em nível municipal, o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população, condição precípua da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) (BRASIL, 2004) não ocorre, prejudicando a adequação das políticas públicas às necessidades da população (BATISTA-FILHO e RISSIN, 1993; CASTRO, 1995). A importância da confiabilidade e da representatividade da informação também é ressaltada por Arruda (1992) para respaldar decisões e vontades políticas.

A recomendação para a realização do preenchimento dos questionários como atividade de rotina deve-se aos subsídios que estas informações gerariam em termos de “avanços conquistados pela ENPACS” (BRASIL, 2010). Entretanto, durante o processo

de implantação, não foram definidos e capacitados os responsáveis formais pela alimentação do sistema, a periodicidade de avaliações e o papel de cada esfera no processo. Ademais, entende-se que o preenchimento dos questionários de marcadores de consumo alimentar deva estar inserido em um contexto de educação nutricional, durante a orientação alimentar de rotina preconizada pela Estratégia. O seu não preenchimento aponta para falhas importantes nessa atividade.

Embora tenha sido implantada em todas as unidades de ESF do município em estudo, a ENPACS não logrou alcançar a cobertura efetiva de crianças menores de 2 anos. De acordo com Carvalho et al.

*a não realização das atividades mínimas para o acompanhamento do crescimento revela a necessidade de maior prioridade dos gestores sobre esta ação junto às políticas de saúde e educação, especialmente quando se deseja uma gestão plena de atenção básica e quando se busca a efetividade e o impacto do programa sobre o perfil epidemiológico da nutrição na infância, sobre a qualidade de vida e a mortalidade infantil (2008, p.684).*

## 8.6.2. Etapa 2: Avaliação Centrada nos Participantes

### 8.6.2.1. Restrições e características individuais de membros da equipe

A implantação de um programa e, conseqüentemente, seus efeitos, sofrem influência e influenciam sua sustentabilidade, sendo esta definida como a capacidade de uma intervenção proporcionar benefícios sem interrupção durante um longo período de tempo (FELISBERTO et al., 2010, apud *Organization for Economic Co-operation and Development, Independent Evaluation Group, World Bank*).

Embora tenha sido observado a não ocorrência das ações preconizadas pela estratégia, buscou-se investigar junto aos atores envolvidos no processo de implantação e implementação desta, suas percepções sobre a proposta do programa, especificamente com relação à atenção em nutrição infantil numa abordagem em educação preventiva

O desconhecimento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável entre a quase totalidade dos gestores, coordenadores e agentes comunitários de saúde guarda relação direta com seu processo de implantação no município em estudo. Não obstante, 100% das unidades terem sido capacitadas, esta priorizou a apresentação da Estratégia e discussão dos aspectos da alimentação complementar saudável. As questões referentes às ações de vigilância alimentar e nutricional, especialmente a

implementação do Sisvan-web, não foram adequadamente abordadas em virtude da limitação de tempo da oficina.

Depreende-se desta situação um descompasso entre o recomendado e o vivenciado na prática. Segundo o documento de apresentação da Estratégia (BRASIL, 2010), o monitoramento é reconhecido como tarefa imprescindível no processo de implantação e implementação da ENPACS, haja vista a possibilidade de acompanhamento dos indicadores e informações, importantes para subsidiar a tomada de decisões. Entretanto, a duração da oficina, apontada pelo profissionais capacitados como insuficiente, não possibilitou o desenvolvimento adequado deste item, o último a ser abordado durante o treinamento.

A metodologia utilizada nas oficinas pode ser apontada como um aspecto importante à implantação da Estratégia, tendo em vista sua avaliação positiva pelos capacitados. Nas duas reuniões de avaliação, realizadas em 2010 (BRASIL, 2011), a metodologia aplicada (crítico-reflexiva) foi muito bem avaliada pelos Estados, que consideraram que a atividade mais participativa e lúdica incentivou a troca de experiências e a construção do conhecimento a partir da realidade local e do entendimento prévio dos sujeitos envolvidos. Ademais, a participação de toda a equipe nas unidades de saúde também favoreceu a troca de experiência e a integração entre os profissionais.

Segundo o Ministério da Saúde e a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN BRASIL), os tutores e facilitadores são responsáveis pela garantia da continuidade da ENPACS. Estes, ao retornarem para seu âmbito de atuação, tem a missão de replicar o conteúdo da estratégia, o que pode ser feito através da realização de novas oficinas para formação de tutores e/ou com a realização de oficinas chamadas “rodas de conversa”, para sensibilização sobre o tema nas UBS (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011). Neste estudo, constatou-se que os critérios obrigatórios exigidos – formação superior na área de saúde; experiência na área de alimentação complementar; disponibilidade para participação integral do processo – foram respeitados. Contudo, infere-se a limitação da sua ação, tendo em vista a descontinuidade nas realizações de novas oficinas de capacitação, importante em um contexto de grande rotatividade profissional, como o vivenciado na realidade da ESF local. A alta rotatividade profissional também foi uma das dificuldades apontadas durante as reuniões de avaliação da ENPACS (BRASIL, 2011) e no estudo que avaliou a implantação da Rede

Amamenta Brasil, conduzido por Venâncio et al. (2013), à qual foi unificada a ENPACS em 2012.

A capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde; todavia, ela desenvolve-se, também, sob a influência de uma grande variedade de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais, que antecipam e determinam o espaço dentro do qual a capacitação pode operar seus limites e possibilidades (DAVINI, 2009). Os estudos realizados por Vidal et al., (2003) e Samico et al. (2005) avaliando a implantação da Estratégia A t e n ç ã o Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), ressaltaram a importância da capacitação tanto para implantação efetiva da estratégia, quanto para sua utilização pelos agentes comunitários de saúde. Carvalho et al. (2008) asseveram que a falta de treinamento reflete-se na avaliação do processo de monitorização do crescimento infantil.

Os efeitos da implantação parcial da Estratégia são facilmente percebidos ao se constatar a realização de atividades de acompanhamento de crianças menores de 2 anos na maioria das unidades de ESF; porém, em menos da metade destas o acompanhamento era regular e incluía outras atividades além de aferição de medidas antropométricas. A ausência de capacitações e treinamentos que contemplem a necessidade e expectativas dos agentes comunitários de saúde também pode ser listada neste rol da implantação parcial.

Samico et al. (2005), citando Grol (1997), Jones (2000) e Rowe et al. (2001), comentando a ineficiência de intervenções únicas na promoção de mudanças no comportamento profissional, ressaltam a importância de treinamento, supervisão, suporte profissional e incentivos, além da maior clareza durante a implantação de programas na superação de práticas profissionais consolidadas mais em crenças do que em evidências científicas.

Apesar da importância e difusão da capacitação, nem toda ação desta natureza implica em um processo de educação permanente. Muitas vezes os resultados esperados não são alcançados em virtude da redução do olhar à definição de métodos ou técnicas de trabalho, ocultando a orientação dos processos. A experiência acumulada e as avaliações ao longo de décadas mostraram que a hora de passar da aplicação à prática nunca chega e que o acúmulo de esforços e recursos não alcançam os resultados esperados. Ainda que em alguns casos se alcance aprendizagens individuais por meio da capacitação, elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional. Isto é, não se transferem para a ação coletiva (DAVINI, 2009).

A Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável adota como premissa para o processo educativo em alimentação complementar saudável a Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL 2007) e a Educação Problematizadora proposta por Freire (1987). A proposta da Educação Problematizadora na formação dos tutores foi adotada com vistas a um “novo” saber-fazer voltado para a ação cuidativo-educativa (BRASIL, 2010), em oposição à concepção de educação bancária ainda frequentemente incorporada ao processo de formação dos profissionais de saúde, caracterizada pelo predomínio de relações verticais entre educandos e educadores.

Os dados encontrados, semelhantes ao do trabalho conduzido por Gil (2005), remetem à reflexão sobre a efetividade das capacitações para o desempenho das funções cotidianas dos profissionais da Atenção Primária. No município em estudo, chama a atenção o fato da preponderância de profissionais de saúde contratados, ponto comum entre agentes comunitários de saúde, profissionais capacitados na Estratégia, gestores e coordenadores. O estudo de Gil (2005) indicou que a alta rotatividade de profissionais guarda relação com a precariedade de vínculo empregatício, o que compromete a Estratégia Saúde da Família ao dificultar a formação de vínculos de responsabilização e o desenvolvimento de novas práticas profissionais que possibilitem a reestruturação do modelo de atenção.

Pinho (2010) ressalta que a fragilidade dos vínculos influencia negativamente o desenvolvimento profissional, já que limita o acúmulo de conhecimento e habilidades que tornam mais consistentes e duradouras as ações dos atuais e futuros profissionais de Saúde da Família. Ainda de acordo com este autor (apud COTTA, 2006 e BRASIL, 2007b), um dos desdobramentos da precarização dos vínculos de trabalho e da acentuada rotatividade de profissionais na saúde é o funcionamento de equipes de Saúde da Família incompletas, com falta de trabalhadores, por vezes durante períodos prolongados. A insuficiência de trabalhadores, principalmente médicos, em associação à instabilidade no fornecimento de insumos (também frequentemente relatada por profissionais da ESF), gera tensões permanentes nas equipes. A insuficiência de recursos necessários ao funcionamento adequado das equipes, em contextos de carência social com demanda acentuada por serviços de saúde, potencializam os fatores de estresse já bastante presentes na dinâmica de trabalho das equipes em condições estáveis.

Em adição, a forma de realização do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento promovidas nas unidades de ESF do município em estudo em

consultas de acompanhamento (descontinuidade e ausência de informações relevantes), possivelmente tem gerado desmotivação e baixa adesão materna. A realidade profissional também é prejudicial ao vínculo com o usuário e comunidade e à formação da sua autonomia, o que por sua vez torna menos eficaz as ações de saúde por desmotivar o usuário a manter a continuidade da procura por este tipo de serviço.

Do exposto, emerge a configuração desfavorável não apenas aos pressupostos da ENPACS como da própria Estratégia Saúde da Família.

#### 8.6.2.2. Perspectivas e preocupações dos atores sociais

##### *Enfermeiros e agentes comunitários de saúde*

Das três categorias que emergiram do estudo das perspectivas dos profissionais, foi possível identificar os elementos que dificultaram a implantação e implementação da ENPACS no município.

A primeira categoria, Processo de Trabalho, foi a mais explorada pelos profissionais e mostrou grande relação com a viabilidade de implantação de atividades de atenção voltadas para grupo de crianças menores de 2 anos, bem como a qualidade da atenção à saúde dos beneficiários da ENPACS.

A rotatividade profissional, não apenas nas unidades de ESF, mas inclusive na própria Secretaria Municipal de Saúde, foi reconhecida como um fator limitante à qualidade do trabalho desenvolvido nas unidades, além de fomentador de conjunturas que levam a outras situações de desestímulo, tais como o descumprimento de questões contratuais, especialmente no que se refere à carga horária de trabalho do profissional médico e contratação de profissionais sem perfil adequado para atuação na ESF. O relatório Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família 2011, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (UFMG, 2011), além de também verificar a alta rotatividade profissional, identificou o médico como o profissional que apresenta menor tempo de permanência nas equipes em relação aos demais, situação semelhante a do município.

Em revisão de literatura, Pinho (2010), na identificação de fatores associados ao estresse e ao sofrimento dos trabalhadores atuantes em ESF, além de destacar o tipo e a qualidade do vínculo empregatício e a adequação da formação profissional destes trabalhadores às demandas de gestores e da população, associou o aumento do estresse

no processo de trabalho à redução da qualidade do trabalho em equipe e também ao nível de saúde dos profissionais, fato também verificado por Feliciano et al (2010).

Outra questão abordada foi a sobrecarga dos profissionais enfermeiros acarretada por questões burocráticas de gerenciamento da ESF em detrimento às questões de promoção e prevenção. Feliciano et al. (2010), ao relacionar a superposição de atribuições à sobrecarga de trabalho destes profissionais, reforçaram as críticas sobre a divisão de tarefas, sobretudo o pouco envolvimento dos médicos, também descrito pelos entrevistados deste estudo. Ademais, estes autores apontam a associação entre a insatisfação dos enfermeiros como um dos sentimentos constituintes do *burnout*, termo usado, metaforicamente, para descrever o negativismo e desinteresse de profissionais, antes motivados e comprometidos, submetidos a condições laborais frustrantes e desgastantes (TAMAYO et al., 2002, citado por FELICIANO et al., 2010).

As dificuldades acarretadas pela ausência educação permanente também foram discutidas pelos entrevistados. Cervera et al. (2011) identificaram em seu estudo que os trabalhadores relacionam educação em saúde à possibilidade de atualização e ampliação de estudos, ao processo de capacitação e preparação, como também ao treinamento. As dificuldades descritas pelos entrevistados em relação às orientações pertinentes à alimentação infantil também foram descritas por Feliciano et al. (2010), para os quais a consulta de enfermagem desperta a sensação de vulnerabilidade profissional, tanto pela compreensão de que os enfermeiros não estão devidamente capacitados para o exercício da clínica, quanto pela percepção de que ainda não foram claramente definidos os limites de sua competência nesse domínio.

A falta de sensibilização e desconhecimento do gestor municipal, assim como dos profissionais da Atenção Básica sobre a importância e a necessidade de implantar a estratégia, verificada neste estudo e também descrita no Boletim de Avaliação da ENPACS (BRASIL, 2011), pode ser relacionada ao papel das esferas gerenciais superiores. Os enfermeiros entrevistados apontaram a sua insatisfação especialmente em relação à postura de cobrança por resultados numéricos em detrimento da qualidade da atenção advinda de instâncias superiores na hierarquia de gestão do programa. A falta ou inadequação dos treinamentos e capacitações também foram associadas a esta esfera. Embora caiba aos gestores dos SUS as atividades de planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços, bem como a gerência e execução dos serviços de saúde, Mendonça e Macadamar (2008) asseveram que os diferentes níveis de gestão possuem visões diferentes sobre os mesmos serviços a serem prestados, em evidente falta de

alinhamento estratégico (MENDONÇA e MACADAMAR, 2008). O fluxo unidirecional de informações no sentido Atenção Primária-níveis superiores de atenção e gerências, sem o seu devido retorno às esferas geradoras também foi percebido como um fator desestimulante à qualidade do trabalho e à valorização profissional. Em diversos momentos os profissionais participantes deixaram claro o desconforto de sentirem-se “meros geradores de dados e números”, sentimento também dirigido às instituições de ensino locais, que utilizam as unidades de ESF como campo de estágio e de pesquisa, sem retornar, muitas vezes, a estes profissionais o resultado de seus trabalhos.

Em pesquisas que buscam identificar os sucessos, obstáculos e fracassos ligados ao processo de implementação de programas públicos, diversos autores como Arretche (2001) e Magalhães et al. (2007) ressaltam a necessidade de reflexão sobre os níveis de adesão dos agentes implementadores ao conjunto de objetivos e metas dos programas e como estes podem direcionar os rumos da intervenção. Neste sentido, interessa conhecer referências, valores e prioridades assumidas pelos gestores e técnicos locais, clarificando assim os níveis de conflito ou cooperação em torno dos objetivos propostos.

Por fim, a categoria Beneficiários, retrata a importância das ações de saúde desenvolvidas em um ambiente de grande demanda pela população, indicando o valor de estratégias como a ENPACS na formação de um quadro de saúde mais favorável do que o atual.

A mudança do perfil epidemiológico e o aumento relativo das doenças crônicas não transmissíveis observada nos últimos anos, causada, entre outros fatores pela transição nutricional, impõe de forma cada vez mais urgente a mudança de enfoque da saúde no país, conforme observaram Camilo et al. (2011) em sua discussão sobre a criação e implementação do Sisvan, além de Batista Filho et al. (2008), Coutinho et al. (2008), Lessa (2004) e Guimarães e Barros (2001), dentre outros.

Somando-se a isto, a compreensão da saúde dos usuários das unidades de ESF deveria ocorrer no contexto de seus diversos determinantes, sejam eles ambientais ou sociais, ultrapassando o simples enfoque da presença ou ausência de doenças, como salientaram Del Ciampo et al. (2006). De acordo com estes autores, o acompanhamento regular da criança deveria compreender também seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que esta está inserida, uma vez que as ações de saúde se refletem também sobre o seu meio social, a começar pela família.



De acordo com Carvalho et al. (2008), embora para alguns autores não haja evidências seguras de que a monitorização do crescimento *per se* tenha efeito sobre a melhoria do estado nutricional na infância, esta prática vem sendo utilizada não só no Brasil, por meio do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) e da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), como em vários países em desenvolvimento. Este fato se justifica porque independente de impacto, a monitorização do crescimento tem a vantagem de fornecer *feedback* aos profissionais de saúde sobre o efeito de intervenções ou programas dirigidos à população infantil. No entanto, para que esta monitorização seja efetiva, requer-se, no mínimo, um bom nível de registros, altas taxas de cobertura, regularidade do atendimento, mensurações corretas das medidas antropométricas, profissionais treinados, educação materna nas ações de saúde e nutrição e adequada intervenção, conforme bem salientaram Carvalho et al. (2008).

### *Cuidadores*

Embora a frequência de respostas positivas em relação às ações de acompanhamento desenvolvidas para crianças menores de 2 anos tenha sido alta entre os cuidadores, sua qualidade pode ser questionada em diversos aspectos.

Conforme assevera Trad et al. (2002), na construção dos níveis de satisfação, os sujeitos utilizam uma combinação de alguns elementos como um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média da experiência passada em situações de serviços similares e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável. É importante também levar em consideração a realidade da maioria da população, cuja carência em diversos aspectos ainda perpetua a ideia da oferta dos serviços de saúde como uma “dádiva” do Estado, conforme descreveu Bosi (1994).

A continuidade no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é considerado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) uma condição *sine qua non* para sua efetividade. Das entrevistas com os cuidadores, além da dificuldade de manutenção da frequência mínima recomendada, do limitado interesse dos profissionais em conhecer a situação e o entorno ambiental da família das crianças, foi possível verificar a baixa utilização da Caderneta de Saúde da Criança. Segundo Alves et al. (2009), citando o Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Criança (2005), a importância deste documento reside na sua possibilidade de registro dos eventos mais significativos para a saúde infantil, o que facilita o diálogo entre a família e os diversos profissionais que

atendem a criança em diferentes serviços e níveis de atenção demandados no exercício do cuidado com a saúde. Assim como na realidade local, outros estudos como os de Carvalho et al. (2008) e Alves et al. (2009), apontaram um elevado percentual de crianças sem preenchimento adequado de sua Caderneta de Saúde.

A análise do conteúdo das falas dos responsáveis sobre o que esperam de uma boa consulta de acompanhamento revelou um anseio pela qualidade e humanização nas ações direcionadas às crianças, apontando valor negativo aos aspectos relacionados à conduta profissional vivenciada. Em estudos de avaliação da satisfação de usuários resultados semelhantes foram encontrados. Para Samico et al. (2005), os usuários tendem a considerar como mais relevantes dois elementos-chave: a efetividade clínica e a efetividade das relações interpessoais, listando aspectos como humanismo, sensibilidade e receptividade como essenciais aos profissionais para uma boa relação interpessoal. No trabalho de Trad et al. (2002), os atributos mais referidos pelos usuários quando avaliam sua relação com os médicos foram escuta e gentileza. Neste estudo, características apontadas pelos cuidadores como “escutar com atenção”; “olhar nos olhos”; “pegar na criança”; “anotar menos” demonstram a necessidade do que Figueiras et al. (2003) descreveram como um esforço conjunto e uma visão integrada da saúde, não só nos seus aspectos orgânicos, mas também psicoafetivos e sociais para proporcionar às todas as crianças condições de atingirem seu potencial de crescimento e desenvolvimento e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida atual e futura.

## 8.7. Conclusão

Decorridos três anos, a implantação e implementação da ENPACS no município estudado não ocorreu de forma efetiva. Conforme evidenciaram os parâmetros avaliados, há deficiência no seu processo de implantação e implementação, revelando um descompasso entre o nível operacional e as instâncias gestoras superiores, onde os diferentes graus de adesão dos atores sociais aos objetivos e à metodologia da estratégia por si só, já sinalizam o enfraquecimento dos esforços dispendidos para sua efetivação.

Quanto ao processo avaliativo, vale destacar que, por se tratar de avaliação de um programa de promoção da saúde, a busca por informações é prejudicada pela dinâmica política e institucional no município. A depender do contexto, as constantes

mudanças na configuração administrativa dificulta a coleta de dados, exigindo novas investidas e retomada do trabalho em mais de um momento.

Tendo em vista as dificuldades e limitações locais, neste momento de unificação da ENPACS com a Rede Amamenta, torna-se evidente a necessidade de melhoria da utilização do Sisvan-web para que, inicialmente, este seja devidamente alimentado e posteriormente se concretize como um instrumento efetivo de informações para o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população e direcionamento de políticas públicas, deixando de ser apenas um instrumento de armazenamento de dados.

Considerando que as ações da ENPACS se desenvolvem no âmbito da Atenção Primária, importa que os gestores, entendam e assumam a Estratégia Saúde da Família como o modelo de reorganização do sistema de saúde e não mais o vejam como um programa com tempo determinado de duração, resolvendo efetivamente, em um movimento conjunto de todas as esferas de poder, os problemas decorrentes da falta de vinculação e qualificação profissional.

Por fim, conclama-se aos gestores que estes assumam seu compromisso como ator social imbricado nas políticas públicas, fazendo cumprir a letra da lei e reduzindo o descompasso desta com a realidade objetiva no mundo empírico.

#### 8.8. Referências Bibliográficas

ABRANTES, M.M.; LAMOUNIER, J.A.; COLOSIMO, E.A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das Regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **J Pediatr.** 2002; 78(4):335-40.

ALMEIDA, C., MACINKO J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 215p.

ALVES, C.R.L.; LASMAR, L.M.L.B.F.; GOULART, L.M.H.F. ALVIM, C.G.; MACIEL, G.V.R., VIANA, M.R.A., COLOSIMO, E.A.; CARMO, G.A.A.; COSTA, J.G.D.; MAGALHÃES, M.E.N.; MENDONÇA, M.L.; BEIRÃO, M.M.V.; MOULIN, Z.S. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, 25(3), 583-595, 2009.

- ARRETCHE, M.T. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB, organizadores. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC; 2001.
- ARRUDA, B.K.G. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Frustrações, desafios e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. 1992; 8: 96-101.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977. 129p.
- BATISTA FILHO, M.; SOUZA, A.I.; MIGLIOLI, T.C.; SANTOS, M.C.S. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S247-S257, 2008.
- BATISTA-FILHO, M.; RISSIN, A. Vigilância Alimentar e Nutricional: antecedentes, objetivos e modalidades. A VAN no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 9 Supl 1: 99-105, 1993.
- BOSI, M.L.M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (4): 446-456, out/dez, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim ENPACS**. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. IBFAN Brasil. Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. Brasília, vol. 1.; 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável**. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. IBFAN Brasil. Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. Caderno do Tutor. Brasília; 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**: 2006. Brasília, 2008a. Disponível em: <[www.saude.gov.br/pnds2006](http://www.saude.gov.br/pnds2006)>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil**: os primeiros passos

(2007–2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 58 p. 105p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional: Brasil 2006**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família**. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde** – polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.
- BRASIL. Vigilância alimentar e nutricional - **Sisvan**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde / [Andressa Araújo Fagundes et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 120p.
- BRYCE, J. et al. The multicountry evaluation of the integrated management of childhood illness strategy: lessons for the evaluation of public health interventions. **Am J Public Health**, 94(3):406-415, 2004.
- CAMILO, S.M.B.; CAMILO, G. B.; TOLEDO, G. C.; CAMILO JÚNIOR, R. D.; TOLEDO, C.C. Vigilância nutricional no Brasil: criação e implementação do Sisvan. **Rev APS.**, 14(2): 224-228, 2011.
- CARVALHO, M.F.; LIRA, P.I.C.; ROMANI, S.A.M.; SANTOS, I.S.; VERAS, A.A.C.A.; BATISTA FILHO, M. Acompanhamento do crescimento em menores de um ano. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):675-685, 2008.
- CASTRO, I.R.R. **Vigilância Alimentar e Nutricional**: limitações e interfaces com a rede de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.
- CAZARIN, G.; POÇAS, K.C.; MENDES, M. Avaliação e qualidade em saúde: fonte de inovações e reflexões. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, Ministério da Saúde, n.29, 2011.
- CERVERA, D.P.P.; PARREIRA, B.D.M.; GOULART, B.F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1547-1554, 2011.
- COUTINHO, J.G.; CARDOSO, A.J.C.; TORAL, N.; SILVA, A.C.F; UBARANA, J.A.; AQUINO, K.K.N.C.; NILSON, E.A.F.; FAGUNDES, A.; VASCONCELLOS, A.B. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev Bras Epidemiol**, 12(4): 688-99, 2009.
- COUTINHO, J.G.; GENTIL, P.C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S332-S340, 2008.

- DAVINI, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.
- DEL CIAMPO, L.A.; RICCO, R.G.; DANELUZZI, J.C.; DEL CIAMPO, I.R.L.; FERRAZ, I.S.; ALMEIDA, C.A.N. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3), 739-743, 2006.
- FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; SARINHO, S.W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, vol.44 no.3 São Paulo, 2010.
- FELISBERTO, E.; FREESE, E.; BEZERRA, L.C.A.; ALVES, C.K.A.; SAMICO, I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(6):1079-1095, 2010.
- FERREIRA, C.S.; CHERCHIGLIA, M. L.; CÉSAR, C. C. **O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., 13 (2): 167-177, 2013.
- FIGUEIRAS, A.C.M.; PUCCINI, R.F.; SILVA, E.M.K.; PEDROMÔNICO, M.R.M. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(6):1691-1699, 2003.
- FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **The State of Food Insecurity in the World 2012**. Economic growth is necessary but not sufficient to accelerate reduction of hunger. and malnutrition. Rome, 2012.
- FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.
- FROTA, M.A.; MAIA, J.A.; PEREIRA, A.S.; NOBRE, C.S.; VIEIRA, L.J.E.S. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco**.1(3):129-132, 2010.

- GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, vol.21, n.2, pp. 490-498, 2005.
- GUIMARÃES, L.V., BARROS, M.B.A. As diferenças de estado nutricional em pré-escolares de rede pública e a transição nutricional. **J Pediatr** (Rio J); 77 (5): 381-6, 2001.
- HENRIQUE FCS, LIRA PIC, SANTOS SMC, ANDRADE SLLS. Tendência do campo de avaliação de intervenções públicas de alimentação e nutrição em programas de pós-graduação no Brasil: 1980-2004. **Cad. Saúde Pública**, 2007; 23(12):2972-81.
- LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):931-943, 2004.
- MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M.; SCHOTTZ, V.; SCALERCIO, G. A implementação do programa Bolsa Família: as experiências de São Francisco de Itabapoana e Duque de Caxias. **Ciênc. saúde coletiva**. 2007, vol.12, n.6, pp. 1513-1524, 2007.
- MENDONÇA, L.L.; MACADAR, M.A. A importância dos sistemas de informação para o planejamento de ações de ações e políticas de saúde no Programa de Saúde da Família do município de Porto Alegre. Revista Eletrônica de Sistemas de Informação, v7, n.2, artigo 4, 2008. Disponível em: <<http://revistas.facecla.com.br/index.php/reinfo/article/viewArticle/210>>. Acesso em 25 jan 2014.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde da Criança**. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224p
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.
- MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). **Rev. Saúde Pública** 2000; 34(6 Supl):52-61.
- NETO OC, MOREIRA MR, SUCENA LFM. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa**: o debate orientado como técnica de investigação. Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Anais..., Núcleo de Estudos Populacionais da Unicamp, SP. 2002.



- OLIVEIRA, S.F. e ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicol. Soc.**[online]. 2008, vol.20, n.2, pp. 237-246.
- PINHO, M. A. L. **Sofrimento no processo de trabalho na estratégia saúde da família: um diagnóstico através da terapia comunitária**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010. 142 p.
- SAMICO, I.; HARTZ, Z.M.A.; FELISBERTO, E.; CARVALHO, E.F. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**,; 5:229-40, 2005.
- SANTOS, I. Avaliação do impacto de programas nutricionais. **Rev. Nutr., Campinas**, vol. 22, n.1, p.141-150, 2009.
- SILVA, A.C.M.A.; VILLAR, M.A.M.; WUILLAUME, S.M.; CARDOSO, M.H.C.A. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cad Saúde Pública**. 2009; 25(2):349-58.
- SIMON, V.G.N.; SOUZA, J.M.P.; LEONE, C.; SOUZA, S.B. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de dois a seis anos matriculadas em escolas particulares no município de São Paulo. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**. 2009, vol.19, n.2 pp. 211-218.
- TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S.; SANTANA, E.M.; NUNES, M.O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3): 581-589, 2002.
- UFMG, NESCOM. **Monitoramento da qualidade do emprego na Estratégia Saúde da família, 2009**. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado de Trabalho em Saúde – EPSM. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/> Acesso em: 24 jan 2014.
- VENÂNCIO, S.I.; LEVY, R.B., SALDIVA, S.R.D.M.; MONDINI, L.; STEFANINI, M.L.R. Sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. **Rev Bras Saúde Matern Infant**,; 7: 213-220, 2007.

- VENÂNCIO, S.I.; MARTIN, M.C.N.; SANCHES, M.T.C.; ALMEIDA, H.; Gabriela Sintra RIOS, G.S.; FRIAS, P.G. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29 (11):2261-2274, 2013.
- VIDAL, S.A.; SILVA, E.V.; OLIVEIRA, M.G., SIQUEIRA, A.M., FELISBERTO, E; SAMICO, I; CAVALCANTE, M.G.S. Avaliação da aplicação da estratégia Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por agentes comunitários de saúde. **Rev Bras Saúde Matern Infant**,, 3:205-13, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância**. Geneva, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity - Preventing and managing the global epidemic**. Report of WHO Consultation on Obesity. Geneva.1997; 7-16.
- WORTHEN, B.L.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. Tradução AZEVEDO D.A. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004.

## 9. CONCLUSÕES GERAIS

A superação da ideia geral e simplificada de avaliação de programas sociais como julgamento do alcance ou não de objetivos pré-definidos permitiu inúmeros avanços ao longo do tempo, sendo a grande demanda estatal, social e acadêmica um importante indicador deste fato. Todavia, os avanços conceituais não foram suficientemente acompanhados na realidade empírica, haja vista a inexperiência brasileira nesta área.

É sempre pertinente reforçar a importância do papel da avaliação de programas no fornecimento de respostas sobre a qualidade do trabalho, seja esta em termos de eficácia, eficiência ou efetividade. Entretanto, mais do que quantificar ou mensurar ações, os resultados de uma avaliação devem ser utilizados como norteadores para melhorias e planejamento de ações futuras, direcionando a construção de novas políticas e a implementação contínua das já existentes. Vencer a cultura de resistência à sua utilização, especialmente antes da efetivação de novas ações, talvez seja a grande batalha atual neste campo.

A incorporação das perspectivas dos diferentes atores componentes, participantes e beneficiários nos processos avaliativos, peças importantes do processo de implantação e implementação de programas, não pode ser desconsiderada, uma vez que é efetivamente através destes, em suas articulações, negociações e diferentes níveis de adesão que as ações propostas se materializam.

Ressalta-se também que, na implantação e implementação de programas, o monitoramento das ações e a avaliação dos resultados devem ocorrer de forma contínua, desde os estágios iniciais deste processo. Para tal, é extremamente importante a definição clara dos papéis atribuídos a cada esfera de gestão e atuação, evitando superposição de ações ou, situação mais grave, que estas deixem de ser realizadas pela falta de clareza e responsabilização efetiva.

A proposta de metodologia de avaliação utilizada neste estudo mostrou-se adequada à resolução das questões apontadas anteriormente pelo seu desenho simples, baixo custo, possibilidade de utilização em diferentes momentos dos programas, além de ser aplicável em diversos contextos, sejam eles micro contextos (municipais) ou macro (estudos multicêntricos em diferentes países).

Finalizando, do exposto emerge a certeza de que a avaliação de programas deve gerar, como produto final, informações oportunas e adequadas ao entendimento e utilização dos diferentes atores sociais. Parafraseando Pierre Drouet (apud AGUILAR e ANDER-EGG, 1994, p.61), a avaliação deve ser algo mais do que uma simples autópsia. Ela deve ser um instrumento de participação e responsabilização coletiva de superação de entraves e materialização de proposições teóricas para uma realidade prática de transformação e de saúde, em seu conceito mais amplo.

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACCIOLY, E. et al. Saúde do Grupo Materno-Infantil. In: ACCIOLY, E et al. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, Guanabara Koogan, 2009. 129p.
- AGUILAR, M.J., ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 199p.
- ALMEIDA, C., MACINKO J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 215p.
- BERNARDI, J.R.; GAMA, C.M.; VITOLO, M.R. Impacto de um programa de atualização em alimentação infantil em unidades de saúde na prática do aleitamento materno e na ocorrência de morbidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(6): p.1213-1222, 2011.
- BORTOLINI, G.A.; VITOLO, M.R. Impacto de orientação dietética sistemática no primeiro ano de vida nas prevalências de anemia e deficiência de ferro aos 12-16 meses. **Jornal de Pediatria** - vol. 88, n. 1, p33-39. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável**. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. IBFAN Brasil. Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. Caderno do Tutor. Brasília; 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde**. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. Manual de Implementação. Brasília; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 58 p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição/** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.- 2ed.rev.- Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRUNKEN, G.S.; SILVA, S.M.; FRANÇA, G.V.A.; ESCUDER, M.M.; VENÂNCIO, S.I. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **J. Pediatr.**, v.82, n.6, p 445-451, 2006.
- BURLANDY, L. Programas Sociais e a Segurança Alimentar e Nutricional de Mulheres e Crianças. In: ACCIOLY, E. et al. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2009. 129p.
- CRUZ, T.A. (coordenador). **Retrato social de Viçosa** - Viçosa, MG: CENSUS, 2010. 89p.
- GARRET, A (org). **A entrevista, seus princípios e métodos**. 6 ed. Rio de Janeiro, Agir, 1974.
- HENRIQUE, F.C.S P.; LIRA, P.I.C.; SANTOS, S.M.C.; ANDRADE, S.L.L.S. Tendência do campo de avaliação de intervenções públicas de alimentação e nutrição em programas de pós-graduação no Brasil: 1980-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 12, p. 2972-2981, 2007.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317130&search=minas-gerais|vicosa>>. Acesso em 26/09/2013.
- JAIME, P.C.; SILVA, A.C.F.; LIMA, A.M.C.; BORTOLINI, G.A. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.**, Campinas, 24(6): p.809-824, 2011.

- MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M.; SCHOTTZ, V.; SCALERCIO, G. A implementação do programa Bolsa Família: as experiências de São Francisco de Itabapoana e Duque de Caxias. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6): p1513-1524, 2007.
- MINAYO, M.C.S. (org). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244p.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.
- MINAYO, M.C.S. (org). Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 31ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 108p.
- MOREIRA, M.E.L.; GOLDANI, M.Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(2): p.321-327, 2010.
- NETO, O.C. et al. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. Associação Brasileira de Estudos Populacionais, **Anais...**, Núcleo de Estudos Populacionais da Unicamp, SP. 2002. Disponível em <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com\\_JUV\\_PO27\\_Neto\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf)>, acessado em 15/06/2012.
- OLIVEIRA, M.A.A.; OSÓRIO, M.M. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. **J. Pediatr.**, vol. 81, n.5, p.361-367, 2005
- OMS – Organização Mundial de Saúde; UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância; IBFAN BRASIL – International Baby FoodAction Network. **Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância**, 2005.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/home>>.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de

Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.** 3ed, São Paulo: Atlas, 2007. 334p.

SALDIVA, S.R.D.M.; ESCUDER, M.M.; MONDINI, L.; LEVY, R.B.; VENÂNCIO, S.I. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **J. Pediatr.**, vol.83, n.1, p.53–58, 2007.

SANTOS, I. Avaliação do impacto de programas nutricionais. **Rev. Nutr., Campinas**, v.22. n.1, p. 141-150, 2009.

SIMON, V.G.N.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário do município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, 6:29-38, 2003.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VENÂNCIO, S.I.; MARTIN, M.C.N.; SANCHES, M.T.C.; ALMEIDA, H.; Gabriela Sintra RIOS, G.S.; FRIAS, P.G. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29 (11): 2261-2274, 2013.

VITTOLO, M.R.; BORTOLINI, G.A.; FELDENS, C.A. DRACHLER, M.L. Impactos da implementação dos Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças: ensaio de campo randomizado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(5): p.1448-57, 2005.





## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS-CEPH

*Campus Universitário – Divisão de Saúde - Viçosa, MG - 36570-000 - Telefone: (31) 3899-3783*

Of. Ref. Nº 041/2012/CEPH

Viçosa, 23 de maio de 2012

Prezada Professora:

Cientificamos Vossa Senhoria de que o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em sua 2ª Reunião de 2012, realizada nesta data, analisou e aprovou, sob o aspecto ético, o projeto intitulado *Avaliação do Impacto da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) nos Marcadores do Consumo Alimentar e no Estado Nutricional de Crianças Menores de Cinco Anos no Município de Viçosa - MG.*

Atenciosamente,

Professora Patrícia Aurélio Del Nero

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos-CEPH

Presidente

À Professora  
Raquel Maria Amaral Araújo  
Departamento de Nutrição e Saúde - DNS

/rhs.

**ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(Entrevistas domiciliares)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESUMIDO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA**  
**DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA NUTRIÇÃO**

Avaliado: \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO DE TERMO DE CONSENTIMENTO**

(de acordo com o item IV da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Por este instrumento de autorização por mim assinado dou pleno consentimento à Universidade Federal de Viçosa (UFV) para, por intermédio da pesquisadora Ariadne Barbosa do Nascimento Einloft, realizar entrevista cujos dados serão utilizados na pesquisa intitulada “Avaliação do Impacto da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) no Município de Viçosa-MG”. Tenho pleno conhecimento que não haverá desconforto, danos e/ou riscos à minha pessoa decorrentes da pesquisa. Tenho ainda a liberdade de me recusar a participar ou retirar-me em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e prejuízo, além de ter assegurado a garantia de sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, além de não haver nenhuma forma de indenização ou ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa. Concordo plenamente que todos os dados obtidos e os resultados e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento e execução da pesquisa constituam propriedades exclusivas da UFV, à qual dou pleno direito de retenção, uso na elaboração da pesquisa e de divulgação em eventos científicos e acadêmicos, respeitando os respectivos códigos de ética.

Viçosa, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

Pesquisador responsável:

Ariadne Barbosa do Nascimento Einloft – (31) 8875-9975/ 3891-9975

Nutricionista – UFV; especialista em Saúde Materno-Infantil e mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciência da Nutrição – UFV.

## **ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **(Grupo focal)**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, recebi esclarecimentos que foram feitos sobre o estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi foi suficiente para que eu compreendesse que:

- a) Não há riscos ao participar da pesquisa porque me foi garantido que as informações prestadas são confidenciais, ou seja, minha privacidade será garantida e nenhuma informação que prestei poderá ser diretamente associada ao meu nome ou à minha pessoa;
- b) Há benefícios gerados pelo estudo, mas esses são coletivos e referidos à produção de conhecimentos que terei acesso;
- c) Não receberei qualquer benefício financeiro para participar do estudo e também não terei qualquer tipo de despesa;
- d) Poderei, a qualquer momento e sem necessidade de justificar minha decisão, interromper minha participação no estudo, assim como negar-me a responder a quaisquer questões ou fornecer informações que julgue prejudicial à minha integridade física, moral e social;
- e) Os dados e informações do estudo têm fins acadêmicos e após a sua finalização as fotos, gravações e transcrições serão armazenados em meio digital pelo pesquisador, garantindo a privacidade dos informantes.

Autorizo o registro de minha voz ( ) e imagem ( ), gravados em meio digital, por ocasião da realização de grupos focais para a pesquisa “Avaliação do Impacto da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) nos Marcadores do Consumo Alimentar e no Estado Nutricional de Crianças Menores de Cinco Anos no Município de Viçosa-MG”. Estou ciente que tenho garantia de que as gravações se destinam exclusivamente para fins acadêmicos e não podem ter suas transcrições e imagens divulgadas publicamente ou em outros trabalhos, senão naqueles resultantes da própria pesquisa.

Voluntário (Entrevistado/a): \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável:

Ariadne Barbosa do Nascimento Einloft – (31) 8875-9975/ 3891-9975

Nutricionista – UFV; especialista em Saúde Materno-Infantil e mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciência da Nutrição – UFV.

**ANEXO E – ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS NO ANO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL. VIÇOSA, MG, BRASIL.**

Número de crianças de 0 a 6 meses pelo sistema de informação Sisvan. Viçosa, MG, Brasil (2010).

Abrangência Municipal					Peso X Idade								
Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	Peso Muito Baixo para a Idade		Peso Baixo para a Idade		Peso Adequado ou Eutrófico		Peso Elevado para a Idade		Total
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
SUDESTE	31	MG	317130	VIÇOSA	2	1.71	5	4.27	100	85.47	10	8.55	117
<b>TOTAL ESTADO MINAS GERAIS</b>					<b>296</b>	<b>2.95</b>	<b>416</b>	<b>4.15</b>	<b>8028</b>	<b>80.06</b>	<b>1287</b>	<b>12.84</b>	<b>10027</b>
<b>TOTAL REGIÃO SUDESTE</b>					<b>774</b>	<b>2.49</b>	<b>1144</b>	<b>3.69</b>	<b>25782</b>	<b>83.05</b>	<b>3343</b>	<b>10.77</b>	<b>31043</b>
<b>TOTAL BRASIL</b>					<b>2165</b>	<b>2.42</b>	<b>3189</b>	<b>3.56</b>	<b>74577</b>	<b>83.25</b>	<b>9654</b>	<b>10.78</b>	<b>89585</b>

Fonte: Fonte: Sisvan-web. [http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios\\_publicos/relatorios.php](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorios.php)

Número de crianças de 0 a 6 meses pelo sistema de gestão do Bolsa Família (DATASUS). Viçosa, MG, Brasil (2010).

Abrangência Municipal					Peso X Idade								
Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	Peso Muito Baixo para a Idade		Peso Baixo para a Idade		Peso Adequado ou Eutrófico		Peso Elevado para a Idade		Total
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
SUDESTE	31	MG	317130	VIÇOSA	0	-	0	-	6	66.67	3	33.33	9
<b>TOTAL ESTADO MINAS GERAIS</b>					<b>12</b>	<b>1.92</b>	<b>27</b>	<b>4.33</b>	<b>496</b>	<b>79.49</b>	<b>89</b>	<b>14.26</b>	<b>624</b>
<b>TOTAL REGIÃO SUDESTE</b>					<b>27</b>	<b>1.65</b>	<b>52</b>	<b>3.18</b>	<b>1298</b>	<b>79.39</b>	<b>258</b>	<b>15.78</b>	<b>1635</b>
<b>TOTAL BRASIL</b>					<b>82</b>	<b>1.34</b>	<b>131</b>	<b>2.13</b>	<b>4819</b>	<b>78.5</b>	<b>1107</b>	<b>18.03</b>	<b>6139</b>

Fonte: Fonte: Sisvan-web. [http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios\\_publicos/relatorios.php](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorios.php)

Número de crianças de 0 a 6 meses pelo sistema de informação unificado do Sisvan e Bolsa Família. Viçosa, MG, Brasil (2010).

Abrangência Municipal					Peso X Idade								
Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	Peso Muito Baixo para a Idade		Peso Baixo para a Idade		Peso Adequado ou Eutrófico		Peso Elevado para a Idade		Total
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
SUDESTE	31	MG	317130	VIÇOSA	1	0.85	4	3.39	100	84.75	13	11.02	118
<b>TOTAL ESTADO MINAS GERAIS</b>					<b>305</b>	<b>2.89</b>	<b>440</b>	<b>4.16</b>	<b>8470</b>	<b>80.16</b>	<b>1352</b>	<b>12.79</b>	<b>10567</b>
<b>TOTAL REGIÃO SUDESTE</b>					<b>797</b>	<b>2.45</b>	<b>1191</b>	<b>3.67</b>	<b>26938</b>	<b>82.96</b>	<b>3547</b>	<b>10.92</b>	<b>32473</b>
<b>TOTAL BRASIL</b>					<b>2242</b>	<b>2.36</b>	<b>3306</b>	<b>3.48</b>	<b>78869</b>	<b>83.01</b>	<b>10598</b>	<b>11.15</b>	<b>95015</b>

Fonte: Fonte: Sisvan-web. [http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios\\_publicos/relatorios.php](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorios.php)

Estado nutricional de crianças de 6 meses a 2 anos pelo sistema de informação Sisvan. Viçosa, MG, Brasil (2010).

Abrangência Municipal					Peso X Idade								
Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	Peso Muito Baixo para a Idade		Peso Baixo para a Idade		Peso Adequado ou Eutrófico		Peso Elevado para a Idade		Total
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
SUDESTE	31	MG	317130	VIÇOSA	4	0.9	11	2.47	403	90.36	28	6.28	446
<b>TOTAL ESTADO MINAS GERAIS</b>					<b>1094</b>	<b>1.52</b>	<b>1907</b>	<b>2.64</b>	<b>61685</b>	<b>85.47</b>	<b>7489</b>	<b>10.38</b>	<b>72175</b>
<b>TOTAL REGIÃO SUDESTE</b>					<b>2216</b>	<b>1.2</b>	<b>4114</b>	<b>2.24</b>	<b>158622</b>	<b>86.18</b>	<b>19097</b>	<b>10.38</b>	<b>184049</b>
<b>TOTAL BRASIL</b>					<b>7729</b>	<b>1.12</b>	<b>15875</b>	<b>2.29</b>	<b>594011</b>	<b>85.75</b>	<b>75076</b>	<b>10.84</b>	<b>692691</b>

Fonte: Sisvan-web. [http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios\\_publicos/relatorios.php](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorios.php)

Estado nutricional de crianças de 6 meses a 2 anos pelo sistema de gestão do Bolsa Família (DATASUS). Viçosa, MG, Brasil (2010).

Abrangência Municipal					Peso X Idade								
Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	Peso Muito Baixo para a Idade		Peso Baixo para a Idade		Peso Adequado ou Eutrófico		Peso Elevado para a Idade		Total
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
SUDESTE	31	MG	317130	VIÇOSA	2	0.83	5	2.07	218	90.08	17	7.02	242
<b>TOTAL ESTADO MINAS GERAIS</b>					<b>532</b>	<b>1.15</b>	<b>1171</b>	<b>2.53</b>	<b>39301</b>	<b>84.89</b>	<b>5291</b>	<b>11.43</b>	<b>46295</b>
<b>TOTAL REGIÃO SUDESTE</b>					<b>1145</b>	<b>0.99</b>	<b>2534</b>	<b>2.19</b>	<b>98919</b>	<b>85.36</b>	<b>13292</b>	<b>11.47</b>	<b>115890</b>
<b>TOTAL BRASIL</b>					<b>4807</b>	<b>1</b>	<b>11592</b>	<b>2.42</b>	<b>406172</b>	<b>84.67</b>	<b>57135</b>	<b>11.91</b>	<b>479706</b>

Fonte: Sisvan-web. [http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios\\_publicos/relatorios.php](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorios.php)

Estado nutricional de crianças de 6 meses a 2 anos pelo sistema de informação unificado do Sisvan e Bolsa Família. Viçosa, MG, Brasil (2010).

Abrangência Municipal					Peso X Idade								
Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	Peso Muito Baixo para a Idade		Peso Baixo para a Idade		Peso Adequado ou Eutrófico		Peso Elevado para a Idade		Total
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
SUDESTE	31	MG	317130	VIÇOSA	4	0.9	11	2.47	403	90.36	28	6.28	446
<b>TOTAL ESTADO MINAS GERAIS</b>					<b>1094</b>	<b>1.52</b>	<b>1907</b>	<b>2.64</b>	<b>61685</b>	<b>85.47</b>	<b>7489</b>	<b>10.38</b>	<b>72175</b>
<b>TOTAL REGIÃO SUDESTE</b>					<b>2216</b>	<b>1.2</b>	<b>4114</b>	<b>2.24</b>	<b>158622</b>	<b>86.18</b>	<b>19097</b>	<b>10.38</b>	<b>184049</b>
<b>TOTAL BRASIL</b>					<b>7729</b>	<b>1.12</b>	<b>15875</b>	<b>2.29</b>	<b>594011</b>	<b>85.75</b>	<b>75076</b>	<b>10.84</b>	<b>692691</b>

Fonte: Sisvan-web. [http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios\\_publicos/relatorios.php](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorios.php)

**ANEXO F – PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS NO ANO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL. VIÇOSA, MG, BRASIL.**

Distribuição de crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo no momento do atendimento. Viçosa, MG, Brasil (2010).

CNES	EAS	Crianças sob aleitamento materno exclusivo		Total de crianças avaliadas
		Qtd	%	
2099411	CENTRO DE SAUDE DE VICOSA	0	0	0
6827772	CENTRO INTEGRADO VIVA VIDA	0	0	0
2099446	POLICLINICA DE VICOSA	0	0	0
2098121	POSTO DE SAUDE DE NOVO SILVESTRE	0	0	0
2098091	POSTO DE SAUDE DE SAO JOSE DO TRIUNFO	0	0	0
2099381	POSTO DE SAUDE DE SILVESTRE	0	0	0
2099403	UNIDADE DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	0	0	0
2098083	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA AMORAS	0	0	0
6479359	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA BOM JESUS	5	50	10
2206633	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA FRANCISCO DE PAULA OLIVEIRA	0	0	0
6479405	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA JOAO BRAS	0	0	7
3659429	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA NOVA ERA INACIO MARTINS	0	0	2
3659372	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA NOVA VICOSA POSSES	0	0	2
3917428	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA NOVO SILVESTRE	5	71,43	7
3690059	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA SANTO ANTONIO	5	100	5
3845540	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA SANTO ANTONIO II	2	50	4
3805131	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA SAO JOSE CIDADE NOVA BARRINHA	1	100	1
3917371	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA SAO JOSE DO TRIUNFO	0	0	0
3690113	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA SAO SEBASTIAO UNIAO VALE DO SOL	0	0	0
3659402	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA SILVESTRE	3	60	5
3659526	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA STA CLARA BETANIA JK M EUGENIA	0	0	3
5030617	UNIVERSIDADE FEDERAL DE VICOSA DIVISAO DE SAUDE	1	100	1
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>22</b>	<b>46,81</b>	<b>47</b>

Fonte: SISVAN-web.

<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relConsumoAlimentar.php>

Distribuição de crianças sob aleitamento materno exclusivo segundo sua duração. Viçosa, MG, Brasil (2010).

Município	IBGE	Crianças sob aleitamento materno exclusivo										Total de crianças avaliadas
		1 mês	%	2 meses	%	3 meses	%	4 meses	%	5 meses	%	
VIÇOSA	317130	1	2,13	1	2,13	3	6,38	2	4,26	0	0,00	47

Fonte: Gerência Regional de Saúde- Ponte Nova, MG.

Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses. Viçosa, MG, Brasil (2010).


CNES	EAS	Consumo de verduras/legumes*		Consumo de frutas*		Consumo de carne*		Consumo de feijão*		Consumo assistindo televisão*		Consumo de comida de panela no jantar*		Consumo de bebidas ou preparações adoçadas**		Consumo de papa salgada/comida de panela**		Consumo de suco industrializado ou refresco em pó***		Consumo de refrigerante****		Consumo de leite ou leite com farinha*		Total De Crianças Avaliadas		
		Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%		Qtd	%
2099411	CENTRO DE SAUDE DE VICOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6827772	CENTRO INTEGRADO VIVA VIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2099446	POLICLINICA DE VICOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2098121	POSTO DE SAUDE DE NOVO SILVESTRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2098091	POSTO DE SAUDE DE SAO JOSE DO TRIUNFO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2099381	POSTO DE SAUDE DE SILVESTRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2098040	POSTO DE SAUDE DE AAB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2099403	UNIDADE DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2098083	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA AMORAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6479359	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA BOM JESUS	8	80	10	100	8	80	9	90	2	20	7	70	3	30	8	80	4	40	4	40	7	70	10	10	
2206633	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA FRANCISCO DE PAULA OLIVEIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6479405	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA JOAO BRAS	12	85,71	13	92,86	12	85,71	12	85,71	0	0	14	100	2	14,29	14	100	4	28,57	4	28,57	7	50	14	14	
3659429	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA NOVA ERA INACIO MARTINS	4	57,14	4	57,14	4	57,14	5	71,43	0	0	2	28,57	2	28,57	3	42,86	2	28,57	2	28,57	2	28,57	2	28,57	7
3659372	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA NOVA VICOSA POSSES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3917428	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA NOVO SILVESTRE	3	100	0	0	1	33,33	1	33,33	2	66,67	3	100	1	33,33	2	66,67	1	33,33	0	0	1	33,33	3	33,33	
3690059	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA SANTO ANTONIO	10	83,33	8	66,67	7	58,33	9	75	2	16,67	6	50	6	50	9	75	3	25	4	33,33	7	58,33	12	12	
3845540	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA SANTO ANTONIO II	4	100	4	100	2	50	3	75	1	25	3	75	2	50	2	50	0	0	0	0	2	50	4	4	



3805131	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA SAO JOSE CIDADE NOVA BARRINHA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3917371	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA SAO JOSE DO TRIUNFO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3690113	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA SAO SEBASTIAO UNIAO VALE DO SOL	1	100	0	0	1	100	1	100	1	100	0	0	1	100	1	100	0	0	0	0	1	100	1	
3659402	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA SILVESTRE	1	50	1	50	2	100	2	100	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	1	50	1	50	2	
3659526	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA STA CLARA BETANIA JK M EUGENIA	2	50	2	50	2	50	2	50	0	0	2	50	0	0	0	0	2	50	0	0	0	0	4	
<b>Total</b>		<b>34</b>	<b>46</b>	<b>79,31</b>	<b>43</b>	<b>74,14</b>	<b>40</b>	<b>68,97</b>	<b>45</b>	<b>77,59</b>	<b>8</b>	<b>13,79</b>	<b>37</b>	<b>63,79</b>	<b>18</b>	<b>31,03</b>	<b>41</b>	<b>70,69</b>	<b>16</b>	<b>27,59</b>	<b>15</b>	<b>25,86</b>	<b>29</b>	<b>50</b>	<b>58</b>

Fonte: SISVAN-web. <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relConsumoAlimentar.php>

## ANEXO G – Marcadores de consumo alimentar - SISVAN

	Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGPAN SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	
	Estabelecimento de Saúde	Nº CNES
Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde		
Nome completo*	Data de nascimento:*/ /	
Endereço completo		
Identificação (tipo e número)	Data de preenchimento:*/ /	

\* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

### FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR - CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE -

CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES	
1. A criança <b>ontem</b> recebeu leite do peito?	<input type="checkbox"/> Sim (pule para a pergunta 3) <input type="checkbox"/> Não
2. <b>Se não</b> , até que idade seu filho mamou no peito?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> ___ meses <b>OU</b> <input type="checkbox"/> ___ dias
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: <b>aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos</b> )	<input type="checkbox"/> <1 mês ou nunca <input type="checkbox"/> até 1 mês <input type="checkbox"/> até 2 meses <input type="checkbox"/> até 3 meses <input type="checkbox"/> até 4 meses <input type="checkbox"/> até 5 meses <input type="checkbox"/> Ainda está em aleitamento materno exclusivo
4. A criança <b>ontem</b> recebeu: (ler as alternativas para o entrevistado – pode marcar mais de uma alternativa)	<input type="checkbox"/> Leite do peito <input type="checkbox"/> Chá/Água <input type="checkbox"/> Leite de vaca <input type="checkbox"/> Fórmula Infantil <input type="checkbox"/> Suco de fruta <input type="checkbox"/> Fruta <input type="checkbox"/> Papa Salgada <input type="checkbox"/> Outros
CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 6 MESES E MENOS DE 2 ANOS	
1. A criança <b>ontem</b> recebeu leite do peito?	<input type="checkbox"/> Sim (pule para a pergunta 3) <input type="checkbox"/> Não
2. <b>Se não</b> , até que idade seu filho mamou no peito?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> ___ meses <b>OU</b> <input type="checkbox"/> ___ dias
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: <b>aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos</b> )	<input type="checkbox"/> <1 mês ou nunca <input type="checkbox"/> até 1 mês <input type="checkbox"/> até 2 meses <input type="checkbox"/> até 3 meses <input type="checkbox"/> até 4 meses <input type="checkbox"/> até 5 meses <input type="checkbox"/> até 6 meses <input type="checkbox"/> > 6 meses <input type="checkbox"/> Ainda está em aleitamento materno exclusivo
4. <b>Ontem</b> , quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido)	<input type="checkbox"/> Não tomou <input type="checkbox"/> Até 2 (copos/mamadeiras) <input type="checkbox"/> Mais que 2 (copos/mamadeiras)
5. <b>Ontem</b> , a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. <b>Ontem</b> , a criança comeu fruta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. <b>Ontem</b> , a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8. <b>Ontem</b> , a criança comeu feijão?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. <b>Ontem</b> , a criança comeu assistindo televisão?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10. <b>Ontem</b> , a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11. A criança recebeu mel/melado/açúcar/rapadura antes de 6 meses de idade, consumido com outros alimentos ou utilizado para adoçar líquidos e preparações?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12. A criança recebeu papa salgada/comida de panela (comida da casa, comida da família) antes de 6 meses de idade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13. A criança tomou suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho) no último mês?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14. A criança tomou refrigerante no último mês?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15. A criança tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha <b>ontem</b> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 2 ANOS E MENOS DE 5 ANOS	
1. <b>Ontem</b> , quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido)	<input type="checkbox"/> Não tomou <input type="checkbox"/> Até 2 (copos/mamadeiras) <input type="checkbox"/> Mais que 2 (copos/mamadeiras)
2. <b>Ontem</b> , a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. <b>Ontem</b> , a criança comeu fruta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4. <b>Ontem</b> , a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. <b>Ontem</b> , a criança comeu assistindo televisão?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. <b>Ontem</b> , a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. Com que frequência a criança toma sucos/refrescos, leites, chás e outras bebidas com açúcar/rapadura/mel/melado? (ler as alternativas para o responsável)	<input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes(2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
8. Com que frequência a criança toma refrigerantes? (ler as alternativas para o responsável)	<input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes(2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
9. Com que frequência a criança come salgadinho de pacote (aqueles industrializados feitos para crianças)? (ler as alternativas para o responsável)	<input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes(2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
10. Com que frequência a criança come biscoito ou bolacha recheados? (ler as alternativas para o responsável)	<input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes(2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
11. Com que frequência a criança come frutas ou bebe suco de frutas frescas? (ler as alternativas para o responsável)	<input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes(2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
12. Com que frequência a criança come feijão? (ler as alternativas para o responsável)	<input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes(2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Questionário avaliativo da Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) – Gestor

#### A. Informações gerais

1. Nome:
2. Sexo:
2. Data de nascimento:
3. Profissão:
4. Endereço:
5. Número de telefone:
6. E-mail:
7. Endereço:
8. Cidade:
9. Número de anos que trabalha nesta função: \_\_\_\_\_ anos (função atual)

10. Função na unidade de saúde a qual está vinculado:

- Gestor/a (Coordenador/a, Diretor/a)
- Enfermeiro/a
- Médico/a
- Outro profissional de saúde (especifique)

11. Tipo de organização a que está vinculado:

- Equipe Saúde da família
- Centro de saúde
- Hospital público
- Posto de saúde
- Clínica ambulatorial pública
- Outro (especifique)
- Não vinculado

12. Qual o seu tipo de vinculação com a prefeitura do município?

- Funcionário concursado
- Funcionário contratado
- Outro (especificar)

13. Tipo e número de profissionais que trabalham na unidade do entrevistado.

- Agentes Comunitários de Saúde \_\_\_\_\_

- ( ) Auxiliares de Enfermagem
- ( ) Enfermeiros
- ( ) Médicos
- ( ) Odontólogos
- ( ) Outros profissionais de saúde Especifique: \_\_\_\_\_
- ( ) Outros (que não são profissionais de saúde):  
\_\_\_\_\_

**B. Avaliando a Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável (Enpacs)**

Item	Sim	Não
Você conhece a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde?		
Você conhece a Política Nacional de Alimentação e Nutrição?		
Você conhece a Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável (Enpacs)?		
Houve integração entre equipes de treinamento e articulação da coordenação estadual de alimentação e nutrição?		
Houve apoio durante o processo de formação de tutores?		
Existem potenciais parceiros no município para implementação da ENPACS?		
Houveram dificuldades para a liberação de recursos para realização da atividade?		
Participou da monitoração do Programa?		
Conhece resultados preliminares do impacto do Programa no município?		

- a) Como se deu o processo de participação e integração do município à estratégia? Houve algum tipo de sensibilização em relação aos seus objetivos e importância?
  
- b) Quais os critérios utilizados para a seleção dos tutores?
  
- c) Quais são as responsabilidades da esfera municipal na implantação e implementação desta estratégia?
  
- d) Como avalia o processo de capacitação dos tutores?

**APÊNDICE B - Questionário avaliativo da Estratégia Nacional Para Alimentação  
Complementar Saudável ENPACS – Tutor e Profissionais de Saúde**

**A. Informações gerais**

1. Nome:
2. Data de nascimento:
3. Sexo:
4. Endereço:
5. Número de telefone:
6. E-mail:
7. Cidade:
8. Profissão/ ocupação:
9. Formação profissional:
10. Número de anos que trabalha nesta função: \_\_\_\_\_ anos
11. Função na unidade de saúde a qual está vinculado:
  - Gestor/a (Coordenador/a, Diretor/a)
  - Enfermeiro/a
  - Médico/a
  - Nutricionista
  - Outro profissional de saúdeEspecifique: \_\_\_\_\_
12. Qual o tipo de vinculação com a prefeitura do município?
  - Funcionário concursado
  - Funcionário contratado
  - Outro (especificar)
13. Tipo de organização onde trabalha.
  - Equipe Saúde da família
  - Centro de saúde
  - Hospital público
  - Posto de saúde
  - Clínica ambulatorial pública
  - Outro (especifique) \_\_\_\_\_
14. Tipo e número de profissionais que trabalham na unidade do entrevistado.
  - Agentes Comunitários de Saúde \_\_\_\_\_
  - Auxiliar de Enfermagem \_\_\_\_\_
  - Enfermeiros \_\_\_\_\_
  - Médicos \_\_\_\_\_

( ) Odontólogos\_\_\_\_\_

( ) Outros profissionais de saúde

Especifique:\_\_\_\_\_

( ) Outros (que não são profissionais de saúde)

15. Se tutor, como se deu a escolha para sua participação nesta função:

**B. Avaliando a Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável (Enpacs)**

Item	Sim	Não
Você conhece a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde?		
Você conhece a Política Nacional de Alimentação e Nutrição?		
Você conhece a Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável (Enpacs)?		
Foi facilitado a sua participação integral nas oficinas?		
O número de oficinas e carga horária foi suficiente?		
A metodologia utilizada foi adequada?		
Houve flexibilidade para criar ambiente de aprendizagem significativa?		
Houve envolvimento dos participantes com a aprendizagem significativa?		
Houve identificação das necessidades dos participantes?		
Houve estímulo para que os participantes compartilhassem suas experiências e conhecimentos?		
Houve estímulo para reflexão crítica dos participantes?		
Houve estímulo à problematização da prática (problemas do cotidiano)?		
Houve estímulo às propostas de transformação das práticas por meio da reflexão crítica?		
Contato anterior com metodologia crítico-reflexiva?		
Materiais utilizados na oficina foram adequados?		
Material fornecido para consulta posterior foi adequado?		
Contato anterior com conteúdo ou prática em alimentação complementar?		
Local da oficina favoreceu a metodologia proposta?		
Roda de conversa na unidade foi realizada de forma proveitosa?		
O conteúdo ministrado teve valor prático na rotina de sua UBS/UAPS?		
Participou mais de uma vez em oficinas de formação de replicadores?		
Participou do processo de monitoramento da ENPACS?		

a) Qual a contribuição do conteúdo da oficina para ENPACS?

b) O que mais gostou?

c) O que menos gostou?

d) Sugestões para as novas oficinas.

e) Quais as dificuldades para a implementação da ENPACS?





13. Data de nascimento de cada filho:

**B. Avaliando a Enpacs**

1. As crianças menores de 2 anos da área de atuação da sua unidade são avaliadas rotineiramente?  
Se sim, com que frequência?

\_\_\_\_\_

2. Quais são as ações desenvolvidas durante o acompanhamento das crianças menores de 2 anos em sua unidade?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Você já recebeu algum tipo de capacitação ou treinamento em aleitamento materno e práticas alimentares para crianças menores de 2 anos?

1 – ( ) Não                      2 – ( ) Sim

Se sim, há quanto tempo: \_\_\_\_\_

4. Se recebeu capacitação ou treinamento, você acha que as informações repassadas trouxeram alguma novidade, tiveram valor prático em sua rotina de trabalho ou lhe ajudaram em algum aspecto?

1 – ( ) Não                      2 – ( ) Sim

Por que?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Você acredita que esta capacitação ou treinamento poderia ter sido ministrada de uma outra forma para o seu melhor aproveitamento?

1 – ( ) Não                      2 – ( ) Sim

Por que?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Quando você tem alguma dúvida sobre aleitamento materno e práticas alimentares para crianças menores de 2 anos a quem você recorre para saná-las?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE D - Questionário avaliativo da Estratégia Nacional Para Alimentação  
Complementar Saudável (Enpacs) – Responsáveis**

**A. Informações gerais**

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Nome da UBS:
2. Bairro:

**B. Informações sobre o usuário (responsável maior de idade)**

3. Nome:
4. Data de nascimento:
5. Sexo:
6. Estado civil:
7. Profissão:
8. Local de trabalho:
9. Escolaridade:
  - Ensino fundamental (1º grau) incompleto
  - Ensino fundamental (1º grau) completo
  - Ensino médio (2º grau) incompleto
  - Ensino médio (2º grau) completo
  - Ensino superior (universitário) incompleto
  - Ensino superior (universitário) completo

10. Identificação dos filhos (nome completo e data de nascimento):

---

---

---

---

---

**C. Vínculo com a unidade**

11. A(s) criança(s) é avaliada em consulta de puericultura na Unidade Básica de Saúde do seu bairro de origem? (se sim, passe para a questão 13; se não passe para a questão 12)

Sim                       Não

12. Onde a criança é avaliada em consultas de puericultura? Por quem é avaliada nestas consultas?

<input type="checkbox"/> Policlínica	<input type="checkbox"/> Médico
<input type="checkbox"/> Consultório médico (particular)	<input type="checkbox"/> Enfermeiro
<input type="checkbox"/> Hospital (Prolac)	<input type="checkbox"/> Nutricionista
<input type="checkbox"/> Outros (Especificar)	<input type="checkbox"/> Estudante UFV
	<input type="checkbox"/> Estudante Univiçosa

13. Quando o(a) senhor(a) vem a esta unidade de saúde para trazer a criança a uma consulta, ela sempre é examinada pelo mesmo profissional de saúde?

14. Se o(a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre uma orientação dada sobre a saúde e alimentação da criança, o(a) senhor(a) consegue falar com o mesmo profissional que lhe atendeu?

15. Nesta unidade de saúde os profissionais dão tempo suficiente para o senhor(a) explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas sobre a saúde e alimentação da criança?

16. O profissional desta unidade de saúde que lhe atende compreende (entende) bem as suas perguntas?

17. Os profissionais desta unidade de saúde respondem às suas perguntas de uma maneira clara, que o(a) senhor(a) entende bem?

18. Durante as consultas os profissionais desta unidade de saúde fazem anotações no prontuário da criança?

19. Durante a consulta de puericultura os profissionais desta unidade de saúde normalmente perguntam sobre as condições de vida da sua família (ex., desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?

20. Durante a consulta de puericultura os profissionais desta unidade de saúde pedem informações sobre a saúde de outros membros da sua família?

21. O(a) senhor(a) acha que os profissionais desta unidade de saúde conhecem bem a sua família?

22. Os profissionais desta unidade de saúde lhe perguntam sobre quais são as suas ideias e opiniões sobre as orientações sobre a saúde e alimentação da criança?

19. Os profissionais desta unidade de saúde preenchem a Caderneta de Saúde da Criança durante a consulta de puericultura?

#### **D. Avaliando a Enpacs**

Item	Sim	Não
A criança foi avaliada em consulta de puericultura ou nutricional no último mês?		
Você recebeu orientação sobre aleitamento materno no último mês?		
Você recebeu orientação sobre alimentação da criança no último mês?		
A criança usou água ou chá antes de completar 6 meses?		
A criança utilizou ou utiliza chupeta?		
Você avalia as orientações recebidas durante as consultas de puericultura como suficientes?		

O que você espera de uma consulta de puericultura?

## **APÊNDICE E – Avaliação do impacto da implantação e implementação da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) no município de Viçosa-MG**

### **Grupo focal – Roteiro de debate**

#### Grupo 1: Profissionais de nível superior (Enfermeiros)

Questão-chave 1: Você conhece a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS)?

- ✓ Você passou por alguma oficina ou capacitações sobre alimentação infantil? Quem ministrou? ( )
- ✓ Nas unidades existem materiais impressos da ENPACS (Caderno 23, Dez Passos)? ( )
- ✓ Tem conhecimento de avaliações realizadas? Tem conhecimento dos seus resultados? ( )
- ✓ Conhecem as planilhas do Sisvan (marcadores nutricionais)? ( )
- ✓ De que forma as ações pactuadas nas oficinas são monitoradas?

Questão-chave 2: Qual a sua opinião sobre o processo de implantação de programas e estratégias de alimentação infantil no município?

- ✓ Formação profissional capacita para orientação da alimentação infantil, especialmente dos menores de 2 anos? ( )
- ✓ Considera importante a implantação de programas e estratégias que trabalhem a alimentação infantil (especialmente a alimentação complementar)? ( )
- ✓ Existe demanda da população para ações referentes à alimentação infantil? Sem sim, para qual faixa etária a demanda é maior e quais as dúvidas mais comuns e recorrentes? ( )
- ✓ A implantação de atividades de atenção voltadas para este grupo seria viável em termos de estrutura física e profissional? Em caso afirmativo, quem deveria ser o responsável por elas? ( )
- ✓ Os profissionais da sua unidade gostam de realizar este tipo de ação? Por que? ( )
- ✓ Existem ações de puericultura sendo desenvolvidas em sua unidade? Quem são os responsáveis por realizá-las? Quem deveria ser o responsável formal por elas? ( )
- ✓ Como avalia a participação das mães? Por que? ( )
- ✓ Você consegue perceber algum tipo de vinculação das ações de puericultura com outras estratégias ou programas? ( )
- ✓ Existem entraves ao funcionamento de estratégia?
  - Vínculo profissional ( )
  - Avaliações ( )
  - Educação continuada ( )
  - Perfil profissional ( )
  - Papeis da Secretaria Municipal e Regional de Saúde ( )

**Avaliação do impacto da implantação e implementação da Estratégia Nacional para Alimentação  
Complementar Saudável (ENPACS) no município de Viçosa-MG**

**Grupo focal – Roteiro de debate**

Grupo 2: Profissionais de nível médio (Agentes Comunitários de Saúde)

Questão-chave 1: Qual a sua opinião sobre o processo de implantação e implementação de programas e estratégias de saúde infantil no município?

- ✓ Existe demanda da população para ações referentes à alimentação infantil? Sem sim, para qual faixa etária a demanda é maior e quais as dúvidas mais comuns e recorrentes? ( )
- ✓ A implantação de atividades de atenção voltadas para este grupo seria viável em termos de estrutura física e profissional? ( )
- ✓ Quem deveria ser o responsável formal por realizar atividades de orientação da alimentação de menores de 2 anos? ( )
- ✓ Você recebeu algum tipo de treinamento ou capacitação em aleitamento materno e/ou alimentação infantil? Considera importante para a sua prática profissional? ( )
- ✓ Como as ações de puericultura ocorrem nas unidades? ( )
- ✓ Quem são os responsáveis por realizá-las? Quem deveria ser o responsável formal por elas? ( )
- ✓ Como avalia a participação das mães? Por que? ( )
- ✓ Você consegue perceber algum tipo de vinculação das ações de puericultura com outras estratégias ou programas? ( )
- ✓ Os profissionais da sua unidade gostam de realizar este tipo de ação? Por que? ( )
- ✓ Existem entraves ao funcionamento de estratégia?
  - Vínculo profissional ( )
  - Educação continuada ( )
  - Perfil profissional ( )
  - Papeis da Secretaria Municipal e Regional de Saúde ( )

Questão-chave 2: Qual a sua opinião sobre o processo de implantação e implementação da ENPACS no município?

- ✓ Você conhece a ENPACS? ( )
- ✓ Como você avalia a metodologia utilizada durante o treinamento? ( )
- ✓ Como você avalia a roda de conversa e o planejamento das ações realizadas durante o treinamento? A capacitação foi suficiente para você orientar as pessoas da sua comunidade? ( )
- ✓ Em sua unidade foram disponibilizados materiais impressos das oficinas (Caderno do Tutor, Dez Passos)? ( )
- ✓ As avaliações preconizadas foram realizadas? Você tem conhecimento dos seus resultados? ( )
- ✓ Quantas oficinas foram realizadas (e por quem) após a implantação da estratégia? Profissionais novatos foram treinados? ( )
- ✓ Conhece as planilhas do Sisvan (marcadores nutricionais)? ( )

- ✓ Foram realizadas parcerias com outras instituições? ( )
- ✓ Como avalia o desempenho da Secretaria Regional de Saúde? ( )
- ✓ As ações pactuadas nas oficinas foram realizadas? Se sim, de que forma são monitoradas? Se não, a qual motivo você atribui a sua não realização? ( )