



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - FACE

Departamento de Administração

Curso de Especialização em Gestão Pública na Saúde

GISELE ANE BORTOLINI

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL (EAAB)

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência
parcial para a obtenção do título
de Especialista do curso de
Gestão Pública na Saúde da
Universidade de Brasília, sob a
orientação da Prof. Adalmir de
Oliveira Gomes.

Brasília - DF

2017

Resumo

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) é uma política pública que visa qualificar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável ofertadas pelas equipes de saúde da atenção básica no Brasil. O presente trabalho tem como objetivo fazer um diagnóstico da implementação da EAAB nas diferentes regiões e estados do país. Para tanto, realizou-se um estudo quantitativo de cunho descritivo usando bases de dados secundárias a respeito da EAAB, inclusive dados referentes ao perfil dos tutores da política. Os resultados variam muito conforme a Região e o Estado em que a política foi implementada. As Regiões Centro-Oeste e Norte tiveram maior cobertura da EAAB, mas, por outro lado, essas regiões concentram o maior número de tutores não atuantes. Embora tenham sido formados 4 mil tutores, a EAAB está presente em apenas 1193 Unidades Básicas de Saúde - UBS, o que corresponde a 9,4% das UBS do país. Com base nos resultados, os gestores federais poderão ofertar melhor apoio aos Estados, fortalecendo a estratégia em áreas com menores índices de implementação, e assim contribuir com a saúde das crianças brasileiras.

Palavras Chave: Política Pública, Avaliação, Implementação, Nutrição.

1. INTRODUÇÃO

A nutrição adequada nos primeiros anos de vida está associada às condições de saúde das crianças no momento presente e acabam influenciando o estado de saúde e nutrição por toda vida. Desta forma, investir na saúde das crianças, é uma forma de investir na promoção da saúde e prevenção de doenças que sobrecarregam o Sistema Único de Saúde.

Considerando que no Brasil, a saúde é direito de todos e dever do Estado, diversas políticas públicas estão em curso para contribuir com a concretude desse direito. Entre elas, destaca-se a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) que é foco de avaliação deste trabalho. A EAAB é uma estratégia que está em curso desde 2013 e visa qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar que são ofertadas pelas Equipes de Saúde para as famílias. A EAAB prevê a formação de tutores que são responsáveis pela implementação da estratégia em pelo menos uma Unidade Básica de Saúde. As unidades de saúde envolvidas na Estratégia, podem receber uma certificação, caso cumpram os critérios previstos na portaria que a institui.

Desta forma, o objetivo do presente trabalho é fazer um diagnóstico da implementação da EAAB no Brasil nas etapas de oficinas de formação de tutores, UBS envolvidas e certificação. O estudo buscou avaliar a EAAB tanto por Região do país, quanto por Unidades da Federação. Além disso, foi realizada uma análise do perfil dos tutores da política pública. Os resultados do estudo são importantes para subsidiar melhorias no processo de implementação da referida estratégia. Com base nos resultados, os gestores federais poderão ofertar melhor apoio aos Estados, fortalecendo a estratégia em áreas com menores índices de implementação e assim contribuir com a saúde das crianças brasileiras.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE NUTRIÇÃO NO BRASIL

A Nutrição nos primeiros anos de vida, impacta diretamente nas condições de saúde e nutrição ao longo da vida (VITOLLO et al 2008; DEWEY et al 2008; FELDENS et al 2010). Já foi demonstrado que milhões de crianças residentes em países em

desenvolvimento não atingem seu pleno desenvolvimento infantil, em função, da má nutrição (GRANTHAM-MCGREGOR et al 2007; HODDINOTT et al 2008).

O Ministério da Saúde recomenda que as crianças sejam amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade e continuem sendo amamentadas até dois anos ou mais (BRASIL, 2010). De acordo com inquérito nacional realizado em todas as capitais do Brasil e no Distrito Federal, apenas 41% das crianças menores de seis meses estavam recebendo leite materno de forma exclusiva e apenas 58,7% mamavam na idade de 9 a 12 meses (BRASIL, 2009). As recomendações também apontam que as crianças devem começar a receber outros alimentos com 6 meses, além do leite materno (BRASIL, 2010), no entanto, já foi evidenciado o elevado consumo de refrigerante, bolacha recheada e salgadinho antes de 12 meses de idade (BRASIL, 2009).

A história da saúde no país é marcada por grandes conquistas apoiadas pelos movimentos sociais. A promulgação da constituição de 88 é um marco importante da saúde no país, pois antes tínhamos uma assistência à saúde excludente, que só beneficiava trabalhadores e suas famílias, mediante contribuição. Com a constituição de 88, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior sistema público de saúde de mundo que se propõe a atender mais de 100 milhões de habitantes (BRASIL, 1988; BRASIL, 2011a).

São inegáveis os avanços na concretude do direito à saúde nas últimas três décadas no Brasil, no entanto, grandes desafios ainda persistem na gestão interfederativa do SUS. A descentralização do SUS é considerada um dos avanços em termos de propostas para o sistema, pois reconhece que o município é o principal responsável pela saúde da população que lá reside. As ofertas dos serviços de saúde devem ser feitas com base na realidade local, por isso, o município é entendido como a unidade com maior capacidade de entender as demandas locais. No entanto, apesar de termos um sistema que se propõe a ser único, temos um sistema fragmentado em mais de 5.570 municípios, com grande centralidade das decisões e direções da política no Ministério da Saúde, que fragmenta a oferta em muitos programas federais que nem sempre são compatíveis com as necessidades dos municípios (BRASIL, 2011a; SANTOS 2011; SANTOS 2015).

Desde as leis 8080 e 8142 de 1990, muitas portarias, normas e outros instrumentos foram publicados para suprir lacunas constitucionais e apesar do excesso de normatização foram considerados importantes instrumentos de planejamento e pactuação da gestão interfederativa do SUS. Os pactos vieram para simplificar e reduzir

a normatização, substituir a lógica de habilitação por adesão, sendo uma oportunidade estratégica para mudanças concretas na municipalização do SUS, pois os gestores municipais assinavam um termo de compromisso. Mais recentemente, o decreto 7508 de 2011, que institui o Contrato Organizativo de Ação Pública, veio para exigir uma nova dinâmica de organização e gestão do SUS, se propõe a aprimorar as relações interfederativas e institui novos instrumentos e dinâmicas para a gestão compartilhada do sistema. O contrato previsto define as responsabilidades de cada um dos entes federativos na garantia do direito à saúde e na efetivação do sistema (BRASIL 1990; BRASIL 1990; BRASIL 2011a; BRASIL 2011b). No entanto, ainda são incertos os resultados dessa proposta, visto que a maioria dos estados ainda estão em processo de elaboração e poucos estados possuem contratos assinados entre todos os entes federados.

A gestão interfederativa também é prejudicada pelo subfinanciamento da saúde crônico do setor saúde. O diagnóstico é claro e revela que no período pós constituinte, a União vem, a cada ano, diminuindo a participação, em termos percentuais, no financiamento da saúde, mesmo sendo a grande arrecadadora de recursos, e estados e municípios tem aumentado sua participação, em termos percentuais, no gasto público com saúde no país. É consenso que se gasta pouco com saúde no Brasil e que para termos um sistema garantidor de direitos é preciso aumentar o gasto público com saúde (Brasil, 2009; CONASEMS, 2012; MENDES 2013; SOARES E SANTOS 2014). Além de aumentar o gasto, é preciso qualificar o gasto em saúde que é feito. Qualificar o gasto em saúde, envolve a utilização de instrumento de gestão que apoiem o melhor planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações e programas de saúde.

Adotar modelos de gestão por resultados, seja no governo federal, estadual ou municipal, pressupõe, principalmente, o aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e avaliação das ações, programas e serviços ofertados. Historicamente a prática de propor uma nova política ou programa de saúde nem sempre era vinculada a mecanismos estabelecidos de monitoramento e avaliação. Muitos programas federais, estaduais ou municipais permanecem sem monitoramento e avaliação, sendo apenas uma transferência de recursos. É preciso avançar e qualificar os instrumentos de monitoramento e avaliação do SUS. É importante que a gestão das políticas públicas seja organizada de forma simplificada, com o objetivo de desburocratizar. O excesso de

normas e processos tornam as propostas, ações e programas de difícil efetivação (BRASIL, 2014).

As relações intergovernamentais possuem grande impacto na implementação e efetivação das políticas públicas. Com a redemocratização e descentralização das políticas públicas, essas relações se tornaram cada vez mais complexas, pois com diferentes graus de autonomia, o SUS possui gestores federais, estaduais e municipais. Por isso, a coordenação entre os níveis de governo é de suma importância (ABRUCIO e FRANZECE 2013).

2.1 Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil - EAAB

Para organização das ações de alimentação e nutrição no âmbito do SUS, em 1999, foi publicada a primeira versão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN (BRASIL, 1999). Em função das mudanças ocorridas no perfil de saúde e nutrição da população brasileira na última década, representado pela diminuição das doenças infecto contagiosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis e diminuição da desnutrição e aumento da obesidade (BARRETO et al, 2011; SCHMIDT et al, 2011; CONDE & MONTEIRO 2014), a PNAN foi revisada e republicada no ano de 2011. A PNAN tem como propósito: “a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição” (BRASIL, 2012).

A PNAN apresenta nove diretrizes, a saber: 1) Organização da Atenção Nutricional; 2) Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; 3) Vigilância Alimentar e Nutricional; 4) Gestão das ações de alimentação e nutrição; 5) Participação e Controle Social; 6) Qualificação da força de trabalho; 7) Controle e Regulação de Alimentos; 8) Pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição e 9) Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional. A referida política também apresenta as responsabilidades institucionais de cada esfera de gestão com a política (BRASIL, 2012).

Recente estudo apontou que a PNAN é descentralizada por uma rede com atuação nos Estados e Municípios, no entanto, foram evidenciadas dificuldades

políticas, institucionais e operacionais para que a efetividade da PNAN no SUS. Uma das principais barreiras encontradas é a priorização de um modelo biomédico, curativo e de alta complexidade em detrimento da promoção da saúde (RIGON et al 2016).

A PNAN, tem como uma das suas diretrizes a promoção da alimentação adequada e saudável, sendo que a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) é uma ação para implementação dessa diretriz. A EAAB visa qualificar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável ofertadas pelas Equipes de Saúde da Atenção Básica no Brasil. A Atenção Básica “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com objetivo de desenvolver atenção integral...” (BRASIL, 2011, página 19). Além disso, a EAAB tem como propósito melhorar as condições de saúde e nutrição das crianças brasileiras menores de dois anos por meio do aumento da prevalência de crianças que são amamentadas e recebem alimentos complementares saudáveis no país. (BRASIL, 2013).

Apesar dos índices de aleitamento materno terem melhorado nos últimos anos, o Brasil está muito aquém do que a Organização Mundial da Saúde considera ideal tanto na prevalência de crianças que são amamentadas exclusivamente até seis meses e depois seguem sendo amamentadas até dois anos ou mais, como para os outros alimentos que são ofertados para crianças no período de 06 a 24 meses (VENÂNCIO et al, 2013; BORTOLINI et al 2012). A EAAB nasceu da integração de duas estratégias semelhantes e vigentes no SUS a Rede Amamenta e Alimenta Brasil que iniciou em 2008 e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável que nasceu em 2009 (BRASIL, 2015). A EAAB foi instituída por meio da Portaria número 1920 de 05 de setembro de 2013. A referida portaria apresenta os objetivos e diretrizes para a implementação da Estratégia nos Estados e Municípios. A Gestão da Estratégia é realizada pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde que tem responsabilidades comuns e específicas definidas em portaria.

A implementação da Estratégia prevê algumas etapas, a saber: oficinas de formação de tutores e oficinas das Unidades Básicas de Saúde que habilitam tutores para apoiar as UBS no processo de planejamento e implementação de ações para

promover o Aleitamento Materno (AM) e Alimentação Complementar (AC) no âmbito daquela UBS, seguida da fase de acompanhamento, monitoramento e certificação da UBS. Uma vez formado, o tutor é responsável por implementar ações de AM e AC em pelo menos UBS (BRASIL, 2013).

Figura 1 – Fluxo de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.



Fonte: Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013.

São responsabilidades do tutor: Conhecer o território e as atividades desenvolvidas na UBS, realizar oficinas de trabalho com todos profissionais da UBS, discutir a prática de aleitamento materno e alimentação complementar no contexto do processo de trabalho das UBS, apoiar a elaboração, implementação de um plano de ação que inclua novas ações de promoção do AM e AC e estimular a articulação de ações intersetoriais no território da UBS (BRASIL, 2015).

CrITÉRIOS para certificação de uma UBS na EAAB de acordo com a portaria (BRASIL, 2013): 1) desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar; 2) monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar; 3) dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar; 4) cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265 de 2006, e não distribuir "substitutos" do leite materno na UBS; 5) contar com a participação de pelo menos de 85% dos profissionais da equipe

nas oficinas desenvolvidas; e 6) cumprir pelo menos uma ação de aleitamento materno e uma de alimentação complementar pactuada no plano de ação.

Venâncio et al. (2013) avaliaram a Rede Amamenta Brasil, estratégia anterior à EAAB, por meio de estudo de caso da implementação da estratégia em nível federal, estadual e municipal. Observaram que no nível federal, foram realizadas 100% as ações planejadas, com grau de implementação de 100%. Em nível estadual o grau de implementação observado foi de 89%, sendo apenas 24 estados dos 27 realizaram oficinas para formarem tutores nos seus territórios. Em nível local, foram avaliadas as cidades de Corumbá, Porto Alegre e Brasília, mostrando grau de implementação de 100%, 28,6% e 18,2% nas Unidades Básicas Envolvidas. O critério utilizado para avaliar o grau de implementação foi o cumprimento dos critérios estabelecidos para certificar a UBS na estratégia.

Outro estudo conduzido por Venâncio et al. (2016), avaliou 56 UBS que implementaram a antiga Rede Amamenta Brasil. Os autores avaliaram o grau de implementação por meio de um escore criado usando os critérios para certificação. Das UBS avaliadas, apenas 32,1% cumpriam os critérios de certificação. Foi observado que nas UBS que cumpriam 4 ou mais dos critérios estabelecidos pelo MS, maior prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva (44%), quando comparadas as demais UBS que não cumpriam ou cumpriam menos critérios. Passanha et al. (2013) avaliaram a Rede Amamenta Brasil na cidade de Ribeirão Preto e mostraram que a prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva foi maior em UBS que era certificadas na Rede Amamenta.

2.2 Implementação de políticas públicas

Lima (2013) realizou uma sistematização dos modelos existentes de implementação de políticas públicas e resumiu em dois modelos. O primeiro tem foco no processo de formulação e o segundo tem foco na implementação local e atuação das burocracias. A atividade política é central no processo de formulação e a prática administrativa está mais presente na implementação, com arenas e atores distintos. O primeiro é denominado *top down* ou desenho prospectivo e a segunda *bottom up* ou desenho retrospectivo.

Características do primeiro modelo seriam (LIMA 2013, p.103):

“Limitar, regular e controlar a discricionariedade dos implementadores são questões centrais. Regras claras, compreensíveis e específicas visam a permitir a difusão do plano e minimizar a discricionariedade, considerada uma distorção da autoridade governamental. Às falhas de comunicação comumente é atribuído o fracasso do processo de implementação, sempre julgado com base no grau de alcance dos objetivos previamente definidos.”

Howlett e Ramesh (1995), Van Meter e Van Horn (1996) e Sabatier e Mazmanian (1996) (Apud LIMA 2013) apontaram quatro variáveis que podem influenciar o processo de implementação desse tipo de política: o primeiro questiona a natureza do problema que a política tem como foco, se existe tecnologia de intervenção disponível e acessível, se a teoria causal é válida e o tamanho da população alvo; já o segundo pontua o quanto o plano consegue estruturar a implementação; o terceiro refere-se ao contexto social, político e econômico e o quarto é sobre a capacidade administrativa de recursos humanos e estrutura organizacional.

O segundo modelo questiona a influência dos formuladores no processo de implementação e a de que a definição exata de resultados aumenta a probabilidade de êxito. Neste modelo, a discricionariedade dos implementadores é inerente ao processo e é desejável, uma vez que esses atores detêm conhecimento da realidade local e podem adaptar o plano de acordo com as necessidades. A política muda conforme a execução acontece, a implementação é resultado de um processo de interação da formulação, implementação e reformulação (LIMA, 2013).

Nesse modelo, a burocracia é a chave do sucesso ou insucesso da implementação. Os chamados burocratas de rua, que tomam as decisões e adaptam de acordo com a realidade. Nesse caso, as condições de trabalho são determinantes da atuação desses atores. Lipsky (Apud LIMA 2013 p.104) destaca característica que considera importantes: recursos são geralmente escassos para desenvolver as todas atividades; demanda por serviço tende a aumentar até encontrar a oferta; os objetivos do serviço público tendem a ser desejáveis e não fixos; é difícil medir a atuação desses burocratas, dada a discricionariedade; caráter não voluntário dos clientes (LIMA, 2013).

De acordo com Dalfior et al (2015) as políticas definidas como prioritárias em nível macro, precisam passar por um processo de aceitação ou rejeição por parte dos implementadores locais. Além disso, a municipalização do SUS, faz com que existam diferentes cenários locais que influenciam a implementação das políticas públicas de saúde.

A EAAB prevê diversas etapas de implementação que são extremamente dependentes da aceitação local da estratégia e atuação dos burocratas do sistema de saúde. Desta forma, o sucesso ou insucesso da implementação da estratégia está diretamente relacionado a atuação desses agentes. Por meio dos sistemas de monitoramento da Estratégia é possível traçar um diagnóstico da Estratégia e atuação dos tutores.

2. MÉTODO

Para avaliar a implementação da EAAB foram utilizadas informações do sistema de monitoramento empregado pelos gestores da política e disponível na página do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>). As informações não são públicas, por isso, foram solicitadas aos gestores em novembro de 2016. Os dados utilizados para realização da primeira parte do estudo consistem em informações inseridas pelos gestores estaduais e municipais no sistema de monitoramento entre 2013 e 2016.

Os indicadores utilizados para a avaliação do processo de implementação da EAAB foram os seguintes:

- Número de oficinas de formação de tutores: indica o número de oficinas de formação de tutores realizadas em cada Unidade da Federação, por Região e Brasil e cadastradas no sistema.
- Número de tutores formados: indica o número de tutores formados nas oficinas de formação de tutores realizadas em cada Unidade da Federação, por Região e Brasil e cadastrados no sistema.
- Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) envolvidas: indica o número de Unidades Básicas de saúde que receberam uma oficina de trabalho conduzida por tutor e prevista da Estratégia.
- Número de profissionais de saúde das UBS envolvidos: indica o número de profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde que participaram da oficina de trabalho conduzida por um tutor da Estratégia.
- Unidades Básicas Certificadas: número de Unidades Básicas de Saúde que receberam certificação do Ministério da Saúde por cumprirem os seis critérios previstos na portaria. Dados informados pelos gestores federais da estratégia.
- Estimativa da cobertura da Estratégia: indicador calculado utilizando o número de Unidades Básicas de Saúde cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) até novembro de 2015 nas modalidades Unidade Mista, Posto de Saúde e Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde por Unidade da Federação e número de tutores formados por Unidade da Federação.

Para a segunda parte do estudo, a análise de atuação dos tutores, o comitê de acompanhamento da EAAB elaborou um questionário e a entrevista foi realizada por telefone, pela ouvidoria do SUS, que disponibilizou o banco de dados para análises secundárias, apresentadas nesse estudo. A pesquisa foi realizada entre abril e junho de 2016 com 3.691 tutores, sendo que consentiram em participar da pesquisa e foram informados que a ligação seria gravada 1.759 tutores. Foram realizadas três tentativas de contatos com os tutores em dias e horários diferentes. As respostas dos tutores foram registradas no Sistema de Pesquisa da Ouvidoria Geral do SUS e posteriormente exportados para o excel. A metodologia completa e relatório descritivo elaborado pela Ouvidoria do SUS encontra-se disponível no site do Departamento de Atenção Básica (CARVALHO, 2016). Para realização do presente estudo, os tutores foram identificados como atuantes ou não. As variáveis que influenciam a atuação ou não dos tutores, estão abaixo descritas:

- Campo de atuação do tutor: Gestão, Ensino – Universidades, Unidade Básica de Saúde, NASF, Hospital/Banco de Leite, Setor Privado ou Outros.
- Ano de formação: ano em que o tutor foi formado na estratégia.
- Local: Estado em que o tutor foi formado.
- Conhecer a estratégia: se o tutor já conhecia ou não a estratégia quando foi convidado para oficina de formação.
- Aceite para ser tutor: se o tutor foi informado sobre suas responsabilidades como tutor da estratégia e aceite.
- Motivos pelos quais determinados tutores nunca atuaram ou pararam de atuar.

Como esse estudo utiliza dados secundários do Ministério da Saúde, está dispensado de aprovação pelo Comitê de Ética.

Os dados foram analisados meio de análises de estatística descritiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2013 a 2016 foram realizadas 222 oficinas de formação de tutores, formados 4.217 tutores, envolvidas 1.993 UBS e mais de 27 mil profissionais que atuam nessas UBS. As Regiões Sudeste e Nordeste foram as que mais realizaram oficinas de formação de tutores. Em função do maior número de oficinas de formação organizadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, as Regiões Sudeste e Nordeste também apresentam o maior número de tutores habilitados na Estratégia (ver Tabela 1).

As Regiões Sudeste e Nordeste contam com o maior número de UBS envolvidas na Estratégia, sendo 830 e 397 UBS, respectivamente. Ao implementar a Estratégia nas UBS, as Regiões Sudeste e Nordeste também envolveram o maior número de trabalhadores (ver Tabela 1).

Tabela 1 - Número de oficinas de formação de tutores, tutores, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e profissionais da Atenção Básica envolvidos na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no País, nas Regiões e nas Unidades da Federação.

Estado\Região	nº oficinas de formação	nº tutores formados	nº UBS AB envolvidas	nº profissionais AB envolvidos
AC	2	21	6	63
AM	5	71	30	809
AP	0	0	0	0
PA	22	348	128	1.966
RO	4	33	2	23
RR	1	20	27	322
TO	7	132	49	871
Região Norte	41	625	242	4.054
AL	7	136	105	1.206
BA	7	133	71	1.079
CE	6	124	36	532
PB	5	94	15	670
PE	9	220	39	602
PI	4	71	31	640
RN	2	34	31	450
MA	7	140	69	1076
SE	2	19	0	0
Região Nordeste	49	971	397	6.255
DF	12	194	40	406
MS	6	126	68	1.192
MT	3	67	57	639

GO	9	246	103	966
Região Centro Oeste	30	633	268	3.203
RJ	5	97	67	642
SP	13	320	273	3.360
ES	6	122	90	1.489
MG	48	742	400	4.404
Região Sudeste	72	1.281	830	9.895
PR	12	300	93	1.563
RS	9	238	103	1.357
SC	9	169	60	754
Região Sul	30	707	256	3.674
Brasil	222	4.217	1.993	27.081

Fonte: Sistema de Monitoramento da EAAB (2016).

Na região Sudeste, merece destaque o Estado de Minas Gerais, que realizou 51 oficinas. A análise por Estados indica que os estados de Minas Gerais, Pará, Distrito Federal, Goiás, São Paulo e Paraná realizaram o maior número de oficinas de formação de tutores no período avaliado. Pelo sistema de informação, Amapá não realizou nenhuma oficina de formação de tutores. Sendo que os Estados de Minas Gerais e Pará contam com o maior número de tutores formados (Tabela 1).

Na região Sudeste o destaque é o Estado de Minas Gerais com 400 UBS e na Região Nordeste é Alagoas com 105 UBS. O recorte por Estado destaca ainda o Estado de São Paulo que envolveu 273 UBS e o Estado do Pará 128 UBS. Minas Gerais, São Paulo, Pará, Espírito Santo e Paraná mobilizaram o maior número de profissionais que atuam nas UBS (Tabela 1).

A tabela 2 apresenta uma estimativa da capilaridade da Estratégia para o Brasil, para cada Região do Brasil e por Unidade da Federação. É possível observar que as Regiões Nordeste e Sudeste apresentam o maior número de Unidades Básicas de Saúde. Considerando o número de UBS existentes e número de tutores formados é possível observar a possibilidade de cobertura atual da Estratégia no país é de 9,42%, sendo que as Regiões Centro Oeste e Norte são Regiões com maior possibilidade de cobertura da Estratégia e a Região Nordeste com a menor possibilidade de cobertura das UBS. Com os tutores atualmente formados, a Região Centro Oeste poderia cobrir 19,7% das UBS e a Região Norte 15,3% (tabela 2).

Tabela 2 - Estimativa da capilaridade da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no País, nas Regiões e nas Unidades da Federação

Estado\Região	n° UBS	n° tutores formados	Estimativa UBS Cobertas com a EAAB
AC	238	21	8,82
AM	676	71	10,50
AP	212	0	0,00
PA	2.033	348	17,12
RO	364	33	9,07
RR	175	20	11,43
TO	384	132	34,38
Região Norte	4.082	625	15,31
AL	1.019	136	13,35
BA	4.373	133	3,04
CE	2.361	124	5,25
PB	1.590	94	5,91
PE	2.643	220	8,32
PI	1.561	71	4,55
RN	1.290	34	2,64
MA	2.314	140	6,05
SE	674	19	2,82
Região Nordeste	17.825	971	5,45
DF	188	194	103,19
MS	634	126	19,87
MT	966	67	6,94
GO	1.422	246	17,30
Região Centro Oeste	3.210	633	19,72
RJ	2.024	97	4,79
SP	4.916	320	6,51
ES	888	122	13,74
MG	5.762	742	12,88
Região Sudeste	13.590	1.281	9,43
PR	1.590	300	18,87
RS	2.614	238	9,10
SC	1.852	169	9,13
Região Sul	6.056	707	11,67
Brasil	44.763	4.217	9,42

Fonte: Sistema de Monitoramento da EAAB (2016).

O Distrito Federal é a Unidade da Federação que tem maior possibilidade de cobertura da ação. No DF, o número de tutores formados é suficiente para implementar a Estratégia em 100% das UBS existentes. TO têm tutores formados para cobrir

aproximadamente 30% das UBS e MS, PA e PR para aproximadamente 20% das UBS. Além do AP que não consta informações, os Estados com menor possibilidade de capilaridade da Estratégia são Bahia, Rio Grande do Norte e Sergipe.

Certificação das UBS

Até o final de novembro de 2016, foram certificadas 51 Unidades Básicas de Saúde, sendo 13 no AM, 9 no DF, 6 no PA, 6 no RS, 4 em PE, 4 em SC, 3 no ES, 2 no TO, 2 no RJ e 1 em MG (informações que não constam em tabelas).

Atuação dos tutores

De acordo com o inquérito telefônico, 64,43% dos tutores entrevistados não estavam atuando como tutor em UBS. A Região Norte e Centro Oeste tem o maior percentual de tutores não atuantes e a Região Sul e Nordeste de tutores atuantes. Entre os Estados, destacam-se os Estados Ceará (53,7%) e Bahia (51,0%) com maior percentual de tutores atuantes e os Estados de Rio de Janeiro, Espírito Santo, Rondônia e Maranhão com aproximadamente 80% dos tutores não atuando (tabela 3).

Tabela 3 - Análise do perfil dos tutores atuantes e não atuantes de acordo com Região e Estado.

Estado\Região	Não atuantes		Atuantes	
	n	(%)	N	(%)
AC	6	54,55	5	45,45
AM	13	59,09	9	40,91
AP	-	-	-	-
PA	107	75,35	35	24,65
RO	12	80,00	3	20,00
RR	8	72,73	3	27,27
TO	49	64,47	27	35,53
Região Norte	195	70,40	82	29,60
AL	48	71,64	19	28,36
BA	26	48,15	28	51,85
CE	31	46,27	36	53,73
PB	21	60,00	14	40,00
PE	38	62,30	23	37,70
PI	18	51,43	17	48,57
RN	12	66,67	6	33,33
MA	42	79,25	11	20,75
SE	3	100,00	0	0,00
Região Nordeste	239	60,81	154	39,19
DF	86	72,27	33	27,73

MS	38	66,67	19	33,33
MT	32	72,73	12	27,27
GO	72	69,23	32	30,77
Região Centro Oeste	228	70,37	96	29,63
RJ	38	84,44	7	15,56
SP	74	54,81	61	45,19
ES	24	82,76	5	17,24
MG	199	65,25	106	34,75
Região Sudeste	335	65,18	179	34,82
PR	67	56,78	51	43,22
RS	63	57,27	47	42,73
SC	43	60,56	28	39,44
Região Sul	173	57,86	126	42,14
Brasil	1154	64,43	637	35,57

Fonte: Inquérito realizado por telefone (2016).

O maior percentual de tutores não atuantes é da área hospitalar/bancos de leite e setor privado e os maiores percentuais de tutores que atuam na estratégia são profissionais de UBS e NASF. A maioria dos tutores não atuantes foram formados em 2013, tinham pouco conhecimento da estratégia (65,8%) e não foram consultados (67,3%) sobre interesse em ser tutor da estratégia (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise do perfil dos tutores atuantes e não atuantes.

Estado\Região	Não atuantes		Atuantes	
	n	%	n	%
Campo de atuação				
Gestão	324	69,53	142	30,47
Ensino/Universidades	54	72,00	21	28,00
UBS	464	56,04	364	43,96
NASF	136	49,10	141	50,90
Hospital/Banco de leite	139	77,22	41	22,78
Setor privado	42	77,78	12	22,22
Outros	217	78,06	61	21,94
Ano de formação				
2013	294	70,84	121	29,16
2014	359	65,15	192	34,85
2015	365	57,03	275	42,97
2016	13	65,00	7	35,00
Conhecimento prévio da Estratégia				
Sim, o suficiente	130	59,09	90	40,91
Sim, pouco	266	63,48	153	36,52
Não	754	65,74	393	34,26
Aceite ser tutor antes da oficina				
Sim	642	62,09	392	37,91
Não	495	67,26	241	32,74

Fonte: Inquérito realizado por telefone (2016).

Entre os motivos mais citados para a interrupção da tutoria ou por nunca ter atuado, estão a carga horária de trabalho e a falta de apoio e interesse da gestão municipal (Tabela 5).

Tabela 5 - Motivos informados pela interrupção da tutoria e por nunca ter tutorado.

Motivos	n	%
Motivos Interrupção		
problemas meus, pessoais (por exemplo, pouco tempo, desmotivação)	50	9,88
falta de apoio/interesse da equipe	27	5,34
falta de apoio/interesse do gestor da UBS	16	3,16
falta de apoio/interesse do gestor municipal	54	10,67
carga horária de trabalho	139	27,47
Outros	220	43,48
	506	
Motivos nunca atuou como tutor		
problemas meus, pessoais (por exemplo, pouco tempo, desmotivação)	30	4,83
falta de apoio/interesse da equipe	28	4,51
falta de apoio/interesse do gestor da UBS	16	2,58
falta de apoio/interesse do gestor municipal	82	13,20
carga horária de trabalho	192	30,92
Outros	273	43,96
	621	

Fonte: Inquérito realizado por telefone (2016).

Os resultados deste estudo mostram que EAAB ainda apresenta baixa capilaridade no país. Foram formados mais de 4 mil tutores, no entanto, o número de UBS envolvidas é de apenas 1.993. De acordo com as definições da Estratégia, cada tutor deveria acompanhar pelo menos uma UBS, o que ainda não é observado. Sendo assim, a possível cobertura da estratégia é baixa, apenas 9,4%.

Apesar de ser um tema extremamente sensível, que impacta na saúde das crianças brasileiras, a estratégia ainda não se disseminou pelo país. Uma hipótese seria que a Estratégia é ainda recente, pois iniciou em 2013, ou seja, há apenas 3 anos. De acordo com Jannuzzi (2014) é importante identificar o momento adequado de realizar a avaliação de um programa, avaliações muito precoces podem questionar a

legitimidade de um programa quando na realidade ainda não houve tempo para se estruturar.

Ainda de acordo com o ciclo da política pública, tendo um problema sendo identificado, ele precisa entrar na agenda política para a tomada de decisão (Souza 2006; Das Graças 1997). Sendo assim, esse processo precisa acontecer não somente no nível federal, mas também nos Estados e Municípios. Estariam todos os gestores sensibilizados para as baixas taxas de amamentação e alimentação não saudável que aumenta o risco das crianças adoecerem em todos os níveis de governo? Provavelmente não.

De acordo com Paim e Teixeira (2006), política de saúde é uma “área temática com grande complexidade, pois há momentos em que faltam conhecimentos para a tomada de decisões, outros em que há conhecimentos suficientes, mas as decisões são adiadas e, ainda existem aqueles em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências”. No caso da EAAB, existem evidências suficientes mostrando que a situação de alimentação das crianças está muito aquém do desejável e também do impacto na nutrição na saúde das crianças, mas mesmo assim, nem todos os gestores tomam a decisão de pensar e implementar políticas públicas nesse contexto.

Apesar das Regiões Nordeste e Sudeste realizarem mais oficinas de formação de tutores e terem mais tutores disponíveis, ao avaliar o número de tutores formados em relação ao número de estabelecimentos de saúde existentes, percebemos que as Regiões Centro Oeste e Norte são as regiões com maior possibilidade de fazer com que a EAAB chegue em todas UBS. As Regiões Sudeste e Nordeste possuem um número muito maior de estabelecimentos de saúde e por isso, precisam de maior investimento das gestões estaduais e municipais no planejamento e implementação da estratégia. Independente desses números, a cobertura da EAAB é muita baixa em todas Regiões.

De acordo com Abrucio e Franzese (2013), o federalismo causa um grande impacto nas políticas públicas brasileiras e apontam alguns dilemas, que precisam ser potencializados: 1) fortalecimento da governança em nível estadual e municipal; 2) disponibilizar mecanismos que favoreçam a cooperação do nível nacional com os demais; 3) avaliar regiões como lócus de oferta de serviços, ao invés de municípios e fortalecer a governança regional; 4) deixar mais claro os papéis de coordenação e

indução do governo federal e estadual; 5) fortalecer fóruns federativos que reúnem atores intergovernamentais.

Dessa forma, para a implementação da Estratégia em nível nacional, é importante que os gestores responsáveis façam um diagnóstico da atual situação, para melhor direcionar seus esforços de apoio aos Estados e Municípios na implementação. Os resultados desse estudo, podem apoiar nessa perspectiva. Estados, precisam fazer um planejamento de apoio aos municípios e ter um plano de expansão no Estado, deixando claro seu papel. Os municípios também precisam fazer planejamento de implementação de acordo com o número de Unidades Básicas de Saúde.

Outro fator importante que pode ser responsável pela baixa cobertura é o fato de que a estratégia não prevê nenhum incentivo financeiro específico para Estados e Municípios. A área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde, repassa fundo a fundo para todos Estados e 150 municípios o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), que é uma parcela anual para apoiar a implementação da PNAN e dentro das ações que podem ser incentivadas com o recurso está a EAAB. De acordo com pesquisa realizada em 2014, as referências estaduais de alimentação e nutrição consideram o FAN extremamente necessário, porém, insuficiente para apoiar todas as ações previstas na PNAN (BRASIL 2013; PASSOS et al 2014).

A informação de que apenas 1.993 UBS estão na estratégia nos permite inferir que a formação de um tutor, não garante, necessariamente, que esse passe a atuar junto a uma UBS. O inquérito por telefone nos permite complementar que, dos tutores formados e entrevistados, um pouco mais de 1/3 estão atuando. Esse mesmo inquérito sinaliza algumas possíveis causas da não atuação: tutores terem sido formados no início da estratégia, não serem da Atenção Básica, não conhecerem a estratégia antes da participação na formação de tutores e não terem sido.

Lima (2013) realizou uma sistematização dos modelos de implementação de políticas e aponta que os burocratas de rua são decisivos para o sucesso ou insucesso na implementação de uma política pública. Os burocratas de rua, são os trabalhadores que interagem diretamente com cidadãos e têm substancial discricção para realizar seu trabalho. Desta forma, os tutores da estratégia são de suma importância para o sucesso da implementação. Observa-se a excessiva carga horaria de trabalho é um dos fatores limitantes da sua atuação. Esses profissionais da atenção básica, são responsáveis por

um rol enorme de atividades e acabam tendo discricionariedade para priorizar um ou outro.

Dessa forma, esses resultados sinalizam para a importância de um bom planejamento que inclua o acompanhamento dos tutores formados, incluindo ações para fortalecer a atuação desses tutores junto às UBS. Também é importante realizar uma maior divulgação da estratégia e garantir que os tutores sejam informados sobre suas responsabilidades previamente ao convite e participação na oficina de formação de tutores. Além disso, as informações desse estudo colaboram no sentido de que os esforços devem ser centrados na formação de profissionais que atuam na Atenção Básica e não em outros lócus de atuação.

Em 2013, Venâncio e colaboradores publicaram uma avaliação da Rede Amamenta Brasil, ação muito semelhante à atual EAAB, e mostraram que a gestão municipal sensibilizada e atuante, a existência de um coordenador municipal da Estratégia e tutores atuantes vinculados a um projeto institucional são fatores facilitadores e presentes nos municípios com maior sucesso na implementação da Rede (VENÂNCIO et al 2013).

Nesse mesmo inquérito por telefone, foi observado que apesar das Regiões Norte e Centro Oeste terem as maiores probabilidades de coberturas da estratégia, apresentam o maior percentual de tutores não atuantes. As Regiões Sul e Nordeste, apresentam o maior percentual de tutores atuantes. Sendo assim, o planejamento em nível federal deve ser elaborado considerando essas diferenças observadas. Algumas regiões precisam qualificar a atuação dos tutores já existentes como prioridade e outras precisam intensificar a incorporação de novos tutores.

De acordo com presente estudo, poucas UBS chegam ao processo final da ação que é a certificação da Unidade na Estratégia. A certificação das UBS é uma etapa prevista na portaria que institui a Estratégia e são critérios: 1) desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar; 2) monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar; 3) dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar; 4) cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças

de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265 de 2006, e não distribuir "substitutos" do leite materno na UBS; 5) contar com a participação de pelo menos de 85% dos profissionais da equipe nas oficinas desenvolvidas; e 6) cumprir pelo menos uma ação de aleitamento materno e uma de alimentação complementar pactuada no plano de ação.

Já foi demonstrado, em estudo anterior, que quanto maior o número de critérios que uma UBS cumpre em relação à estratégia, maiores são os índices de Aleitamento Materno. De acordo com o estudo realizado por Venancio et al. (2016) em unidades que não cumpriam nenhum critério de certificação, apenas 28,6% das crianças menores de seis meses estavam em aleitamento materno exclusivo, sendo que em UBS que cumpriam todos critérios esse percentual era de 44,4%. Outro estudo realizado em Ribeirão Preto comparou a prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva em estabelecimentos privados, com estabelecimentos públicos e estabelecimentos públicos certificados na Rede Amamenta Brasil e mostrou que as chances de crianças serem amamentadas é maior quando o serviço de apoio é certificado na estratégia (PASSANHA et al 2013).

Os resultados desse estudo, mostram um afunilamento da estratégia, mais de 4 mil tutores e apenas 51 UBS certificadas evidenciando a necessidade de repensar o processo de certificação, iniciando por um diagnóstico dos possíveis motivos pelos quais as UBS iniciam o processo, mas não finalizam. Além disso, as gestões federal e estadual poderiam criar espaços de discussão sobre o processo de certificação, para tornam a ação, mais viável na prática.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que apesar do número elevado de tutores formados, quando se analisa sob a ótica do número de UBS existentes no país, a Estratégia ainda apresenta baixa cobertura. Apresentamos aqui, um diagnóstico da situação da EAAB por Estado e Região, além de informações sobre a atuação dos tutores. Essas informações podem ser utilizadas para realização de um planejamento focado e que considere a realidade de cada Região e Estado na implementação da EAAB.

No planejamento de como a gestão federal vai apoiar cada Região e Estado, é importante incluir as seguintes ações: análise do presente diagnóstico; sensibilização dos gestores estaduais e municipais; apoio ao planejamento local, de acordo com o presente diagnóstico; mobilização dos tutores já formados, na tentativa de resgate de sua atuação; revisão dos critérios e formas de certificação; avaliação da possibilidade de apoio com incentivos financeiros; esclarecer previamente as atribuições dos tutores; garantir que os tutores sejam profissionais da Atenção Básica; elaborar de estratégias de atualização periódica dos tutores; e estabelecer rotina de avaliação e monitoramento da Estratégia.

REFERENCIAS

ABRUCIO, Fernando; FRANZESE, Cibele. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: ARAÚJO, Maria; BEIRA, Lúcia (Org.). Tópicos da Economia Paulista para Gestores Públicos. São Paulo: Fundap, 2007. v. 1, p. 13-31. Disponível em:

<www.defesasocial.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/searh_escola/arquivos/pdf/paper-federalismofernando-abrucio.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

BARRETO, Mauricio L et al.. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* ,May 28;377(9780):1877-89, 2011.

BORTOLINI, Gisele Ane; GUBERT, Muriel Bauermann; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 28, n. 9, p. 1759-1771, Sept. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, P.100, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde – (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1)* Brasília: CONASS, 291p, 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. *Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.* Brasília 2011b.

BRASIL. Dez Passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. . Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Emenda constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. *Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social.* Brasília: 2010.

BRASIL. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. . Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília: 1990.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências*. Brasília: 1990.

BRASIL. Política nacional de alimentação e nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. *Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASEMS, ano II, número 5, 2012.

BRASIL. *SUS 20 anos*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde: Brasília: CONASS, p.282, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p, 1988.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília,

CARVALHO, Marília Greidinger. Produto nº.03 - Documento técnico contendo análise descritiva da atuação dos tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, por meio de inquérito telefônico, com vistas a dar subsídio à área de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde. Contrato nº. SCON2016-02966 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 88º TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA, 2016.

CONDE, Wolney Lisboa; MONTEIRO, Carlos Augusto. Nutrition transition and double burden of undernutrition and excess of weight in Brazil. *American Journal of Clinical Nutrition*. Dec;100(6):1617S-22S, 2014.

DALFIOR, Eduardo Tonole; LIMA, Rita de Cássia Duarte; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro , v. 39, n. 104, p. 210-225, mar. 2015

DAS GRAÇAS RUA, Maria. Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. *Manuscrito, elaborado para el Programa de Apoyo a la Gerencia Social en Brasil. Banco Interamericano de Desarrollo: INDES, 1997..* Disponível em: http://franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/gestao/rua%20maria%20_%20analisedepoliticaspUBLICAS.pdf

FELDENS Carlos Alberto, GIUGLIANI Elsa Regina, VIGO Alvaro, VITOLO Márcia Regina. Early feeding practices and severe early childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: a birth cohort study. *Caries Research*. 2010;44(5):445-52.

GRANTHAM-MCGREGOR Sally, CHEUNG Yin Bun, CUETO Santiago, GLEWWE Paul, RICHTER Linda, STRUPP Barbara. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet* Jan 6;369(9555):60-70, 2007.

HODDINOTT John, MALUCCIO John A, BEHRMAN Jere R, FLORES Rafael, MARTORELL Reynaldo. Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *Lancet*. Feb 2;371(9610):411-6, 2008.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Avaliação de programas sociais: conceitos e referenciais de quem a realiza. *Estudos em Avaliação Educacional*, São Paulo, v. 25, n. 58, p. 22-42, maio/ago. 2014.

KATHRYN G. Dewey, ADU-AFARWUAH Seth. Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Maternal and Children Nutrition* Apr;4 Suppl 1:24-85, 2008.

LIMA, Luciana Leite. Implementação de Políticas Públicas: perspectiva analíticas. *Revista de Sociologia e Política*. Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

MAGALHAES, Rosana. Avaliação de políticas e iniciativas públicas de segurança alimentar e nutricional: dilemas e perspectivas metodológicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 5, p. 1339-1346, May 2014 .

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista Saúde Pública*, São Paulo , v. 40, n. spe, p. 73-78, Aug. 2006.

PASSANHA, Adriana et al. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1141-1148, dec. 2013.

PASSOS, Maria Fabiana Damásio et al. Relatório Final de Pesquisa Avaliação da modalidade de repasse anual fundo a fundo para estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição no SUS de 2006 a 2013. Brasil, 2013.

RIGON, Silvia do Amaral; SCHMIDT, Suely Teresinha; BOGUS, Cláudia Maria. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016 .

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, mar. 2011.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, jun. 2015 .

SCHMIDT, Maria Inês Schmidt et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet Volume 377*, No. 9781, p1949–1961, 4 June 2011.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro , v. 38, n. 100, p. 18-25, Mar. 2014 .

SOUZA, Celina et al. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

VENANCIO, Sonia Isoyama et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00010315, 2016

VENANCIO, Sonia Isoyama; SALDIVA, Sílvia Regina Dias Médici; MONTEIRO, Carlos Augusto. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo , v. 47, n. 6, p. 1205-1208, Dec. 2013.

VITOLO Márcia Regina, BORTOLINI Gisele Ane, DAL BO CAMPAGNOLO Paula, FELDENS Carlos Alberto. Effectiveness of a nutrition program in reducing symptoms

of respiratory morbidity in children: a randomized field trial. *Preventive Medicine*
Oct;47(4):384-8, 2008.