

**Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública**

**Processo de implementação da Estratégia Amamenta e  
Alimenta Brasil: Uma análise do caminho de impacto  
do programa.**

**Daiane Sousa Melo**

**Dissertação apresentada ao programa de Pós  
Graduação Nutrição em Saúde Pública da  
Faculdade de Saúde Pública para obtenção de  
título de Mestre em Ciências.**

**Área de concentração: Nutrição em Saúde  
Pública.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Ioyama  
Venancio.**

**São Paulo  
2020**

# **Processo de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: Uma análise do caminho de impacto do programa.**

**Daiane Sousa Melo**

**Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública para obtenção de título de Mestre em Ciências.**

**Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Isoyama Venancio.**

**Versão Corrigida  
São Paulo  
2020**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

#### Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)  
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Melo, Daiane Sousa

Processo de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil : Uma análise do caminho de impacto do programa. / Daiane Sousa Melo; orientadora Sonia Isoyama Venancio. -- São Paulo, 2020.

110 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2020.

1. Aleitamento Materno. 2. Alimentação Complementar. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Política de Saúde. 5. Ciência da Implementação. I. Isoyama Venancio, Sonia , orient. II. Título.

## **Agradecimentos**

Primeiro agradeço a Deus, pois acredito que tem direcionado os caminhos e oportunidades na minha vida. Ingressar em uma das mais renomadas universidades do país foi uma grande conquista e as amizades, e experiências que vivi durante o mestrado trouxeram maior riqueza a esse período de aprendizado. Agradeço à Sonia Ioyama Venancio minha orientadora, que com tanta gentileza me acolheu e que muito me ensinou na rotina acadêmica, sua dedicação e amor à profissão se tornaram uma inspiração para mim. Agradeço à minha família, meus pais Risolene e Josué e às minhas irmãs Eline e Elane e meu irmão Levi, que sempre me deram apoio nas minhas escolhas profissionais mesmo tendo que viver em outra cidade e os momentos juntos com certeza me ajudaram a retomar as energias. Ao Anderson, meu companheiro, sua mãe e minha amiga Leny, agradeço por tanto me incentivarem a lutar para conquistar uma vida profissional de sucesso, pelas horas e dias de trabalho em conjunto e pelo carinho e apoio por mim. Às amigas que tive a sorte de encontrar, Karla, Mariane, Lúcia, Bruna e Leidiana, agradeço pelo companheirismo, pelos jantares divertidos e pela boa convivência que fez esse tempo ser muito mais especial.

Agradeço à superintendência de assistência social da USP pelo apoio estudantil provendo moradia aos alunos da pós-graduação, na qual fui contemplada. Agradeço à equipe da secretaria do programa de pós-graduação Nutrição em Saúde Pública pelo atendimento atencioso prestado. Agradeço à agência CAPES e ao Programa de Excelência Acadêmica pelo financiamento de uma bolsa de mestrado a qual foi de grande apoio na minha dedicação exclusiva ao programa. Aos prezados professores da USP agradeço pela dedicação nas disciplinas ministradas com excelência, uma grande contribuição para meu crescimento acadêmico. Agradeço aos professores que compuseram a banca de qualificação - Gabriela dos Santos Buccini, Patrícia Constante Jaime e Paulo Germano de Frias - e a banca de defesa -Elsa Regina Justo Giugliani, Gabriela dos Santos Buccini e Paulo Germano de Frias - seus apontamentos foram norteadores para a qualidade da dissertação aqui apresentada. Aos docentes Carlos Augusto Monteiro, Maria Helena D'Aquino Benício e Cláudia Maria Bógus agradeço pelas ricas experiências que pude obter através do estágio no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino sob sua supervisão. Meu grande agradecimento às profissionais que participaram das entrevistas desta pesquisa, por compartilharem seus conhecimentos e experiências no trabalho com a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, suas impressões tornaram possível a análise de implementação da Estratégia.

MELO, D. S. **Processo de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: Uma análise do caminho de impacto do programa.** 2020. Dissertação - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2020.

## **Resumo**

**Introdução** - Boas práticas de aleitamento materno (AM) e de alimentação complementar (AC) são reconhecidas internacionalmente como fundamentais para promover o desenvolvimento saudável das crianças e diminuir a mortalidade infantil. No Brasil, importantes estratégias foram desenvolvidas para o apoio, proteção e promoção do AM e da AC, elevando consideravelmente as prevalências desses indicadores. Contudo, pesquisas nacionais reportam prevalências insatisfatórias quando comparadas aos parâmetros propostos pela Organização Mundial da Saúde. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) é uma política nacional que busca qualificar ações de promoção do AM e AC na atenção primária à saúde e influenciar a melhoria desses indicadores de alimentação infantil. Sua metodologia crítico-reflexiva de capacitação dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi amplamente aplicada em todo o país, contudo, os resultados mostram baixo número de UBS certificadas pela EAAB, ou seja, poucas unidades conseguem atingir a completude na implementação. É preciso uma revisão da proposta de implementação da EAAB para analisar pontos críticos e propor um planejamento para implementá-la de forma efetiva e sustentável. **Objetivo** - Analisar barreiras e facilitadores da implementação da EAAB, desenvolver um diagrama teórico e identificar pontos críticos para monitoramento (PCM), facilitadores e premissas para a efetiva implementação em larga escala. **Métodos** - Pesquisa qualitativa, inserida no campo da ciência da implementação, direcionada pelo referencial teórico da análise do Caminho de Impacto do Programa (CIP). Para produção dos dados foram seguidos os passos: revisão documental para desenvolver o diagrama CIP da EAAB, organizado em domínios (entradas, processos, saídas, desfechos e impactos); entrevistas com atores-chaves dos níveis, federal, estadual e municipal, que atuam e/ou atuaram na implementação da EAAB, para identificar barreiras e facilitadores do processo; e análise dos dados para aprimoramento do diagrama CIP. As entrevistas foram transcritas e analisadas tematicamente através de um processo sistemático de codificação, utilizando uma planilha organizada segundo os domínios do CIP. **Resultados** - Foram identificados 17 PCM que influenciam a efetividade da implementação da EAAB nos diferentes domínios do CIP e destacaram em seis temas: 1) Operacionalização dos sistemas de monitoramento da

implementação e de monitoramento dos indicadores de alimentação infantil; 2) Organização da coordenação da EAAB nos estados e municípios; 3) Seleção e atuação dos tutores da EAAB; 4) Monitoramento da implementação da EAAB; 5) Cumprimento dos critérios e processo de certificação das UBS; 6) Qualificação das ações nas UBS. Ademais foram observados facilitadores, premissas e fatores contextuais que podem influenciar a qualidade e sustentabilidade da implementação da EAAB. **Conclusões** - A análise do CIP da EAAB identificou PCM, premissas, fatores contextuais e facilitadores que impactam a implementação em larga escala e permitiu propor recomendações de adaptações no modelo de implementação. Os resultados podem ser úteis para a coordenação, fortalecimento e expansão da EAAB. Estudos futuros podem ser conduzidos para avaliar a efetividade da implementação da EAAB com base na análise do CIP.

**Descritores:** Aleitamento Materno; Alimentação Complementar; Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde; Ciência da Implementação.

MELO, D. S. [Implementation process of Amamenta e Alimenta Brasil Strategy: A program impact pathway analysis]. 2020. Dissertation - Public Health School, USP, São Paulo, 2020. Portuguese.

### **Abstract**

**Introduction** - Good practices of breastfeeding (BF) and complementary feeding (CF) are internationally recognized as fundamental to promote healthy development in children and reduce child mortality. In Brazil, important strategies have been developed for the support, protection, and promotion of BF and CF, significantly increasing the prevalence of these indicators. However, national surveys report unsatisfactory prevalence when compared to the parameters proposed by the World Health Organization. The Amamenta e Alimenta Brasil Strategy (EAAB) is a national policy that seeks to qualify the actions to promote BF and CF in primary health care and influence the improvement of these infant feeding indicators. Its critical-reflexive training methodology for professionals working in Basic Health Units (BHU) was widely applied throughout the country, however, the current results show a low number of UBS certified by EAAB, that is, few units are able to achieve completeness in implementation. A review of the proposed EAAB implementation is needed to investigate critical points, and propose a plan to implement it effectively, and sustainably. **Objective** - To analyze barriers, and facilitators of the EAAB implementation, to develop a theoretical diagram, and identify critical points for monitoring (CPM), assumptions, and drivers for effective large-scale implementation. **Methods** - Qualitative research, inserted in the field of implementation science, guided by the theoretical framework of the analysis of the Program's Impact Path (PIP). To produce the data, the steps were followed: document review to develop the EAAB PIP diagram, organized by domains (inputs, processes, outputs, outcomes, and impacts); interviews with key actors at the federal, state, and municipal levels, who work and/or have worked on the implementation of the EAAB, to identify barriers and facilitators of the process; and data analysis to improve the CIP diagram. The interviews were transcribed and analyzed thematically through a systematic coding process, using a spreadsheet organized according to the PIP domains. **Results** - From the analysis, 17 CPM that influence the EAAB's implementation effectiveness in the different PIP's domains were identified, they stood out in six themes: 1) Operationalization of the implementation's monitoring systems and the infant feeding indicators' monitoring systems; 2) Organization of the EAAB coordination in states and municipalities; 3) Selection and performance of the EAAB's tutors; 4) The EAAB's implementation monitoring; 5) Compliance with the criteria and BHU's

certification process; 6) Qualification of actions at BHU. Furthermore, drivers, assumptions, and contextual factors that can influence the quality and sustainability of the EAAB implementation were observed. **Conclusions** - EAAB's CIP analysis identified PCM, assumptions, contextual factors, and facilitators that impact large-scale implementation and allowed proposing recommendations for adaptations to the implementation model. The results can be useful for the EAAB's coordination, strengthening, and expansion. Future studies can be conducted to evaluate the effectiveness of the EAAB implementation based on CIP's analysis.

**Descriptors:** Breastfeeding; Complementary Feeding; Primary Health Care; Health Policy; Implementation Science.



# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
1.1 CONTRIBUIÇÕES DO ALEITAMENTO MATERNO E DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR PARA A SAÚDE INFANTIL.	12
1.2 PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO	14
1.2.1 Visão Global	14
1.2.2 Realidade Brasileira	16
1.3 PRÁTICAS DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	18
1.3.1 Visão Global	18
1.3.2 Realidade Brasileira	19
1.4 ESTRATÉGIAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO E À ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	22
1.4.1 Propostas Internacionais	22
1.5 ESTRATÉGIAS NO BRASIL	25
1.5.1 A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	30
1.5.1.1 Panorama da Implementação da EAAB	31
1.6 MODELOS PARA ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS EM LARGA ESCALA.	34
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>36</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>37</b>
3.1 OBJETIVO GERAL	37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>38</b>
4.1 DESENHO DO ESTUDO	38
4.2 PRODUÇÃO DOS DADOS	39
4.2.1 Diagrama CIP Inicial: Análise Documental	40
4.2.3 Entrevistas com Atores-Chave	41
4.2.3.1 Seleção dos Participantes	41
4.2.3.2 Roteiro das Entrevistas	42
4.2.3.3 Análise das Entrevistas	43
4.2.4 Diagrama CIP Final	44
4.2.5 Aspectos Éticos	45
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>46</b>
5.1 DIAGRAMA CIP INICIAL	46
5.2 CONTRIBUIÇÕES DAS ENTREVISTAS	49
5.2.1 Pontos Críticos para Monitoramento, Facilitadores e Premissas na Implementação da EAAB.	49
5.2.2 Fatores Contextuais na Implementação da EAAB.	62

5.3 DIAGRAMA CIP FINAL: POLIMENTO	64
<b>6 DISCUSSÃO</b>	<b>68</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>93</b>
Anexo 1 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	93
<b>APÊNDICES</b>	<b>96</b>
Apêndice A - Roteiro Utilizado nas Entrevistas	96
Apêndice B - Caderno de Códigos	101
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	107
<b>Currículo Lattes da autora</b>	<b>109</b>
<b>Currículo Lattes da orientadora</b>	<b>110</b>

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Indicadores de duração mediana do aleitamento materno e prevalência de aleitamento materno exclusivo no Brasil entre 1986 e 2008.	16
<b>Tabela 2</b> - Oferta de leite não materno e mingau na alimentação complementar de crianças amamentadas menores de um ano em 1996 e 2006.	20

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> - Linha do tempo: Propostas internacionais relevantes para proteção, promoção e apoio do aleitamento materno e da alimentação complementar entre 1952 e 2018.	23
<b>Figura 2</b> - Linha do tempo: Estratégias relevantes para proteção, promoção e apoio do aleitamento materno e da alimentação complementar no Brasil entre 1988 e 2019.	27
<b>Figura 3</b> - Componentes da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno do Brasil.	29
<b>Figura 4</b> - Etapas para análise dos caminhos da implementação da EAAB.	39
<b>Figura 5</b> - Diagrama CIP da implementação da EAAB versão inicial.	46-47
<b>Figura 6</b> - Diagrama CIP da implementação da EAAB versão final.	66-67

## Lista de Quadros

<b>Quadro 1</b> - Definição operacional dos domínios do diagrama inicial do Caminho de Impacto do Programa da implementação da EAAB.	40
<b>Quadro 2</b> - Definição operacional de domínios adicionados ao diagrama final do Caminho de Impacto do Programa da implementação da EAAB.	44
<b>Quadro 3</b> - Descrição dos componentes da implementação da EAAB e pontos críticos para monitoramento identificados no domínio “Entradas”.	51
<b>Quadro 4</b> - Descrição dos componentes da implementação da EAAB e pontos críticos para monitoramento identificados no domínio “Processos”.	53-56
<b>Quadro 5</b> - Descrição dos componentes da implementação da EAAB e pontos críticos para monitoramento identificados no domínio “Saídas”.	58-59
<b>Quadro 6</b> - Descrição dos componentes da implementação da EAAB e pontos críticos para monitoramento identificados no domínio “Desfechos”.	60
<b>Quadro 7</b> - Descrição dos componentes da implementação da EAAB e pontos críticos para monitoramento identificados no domínio “Impactos”.	60

## Lista de Siglas

AC - Alimentação Complementar  
ACS - Agentes Comunitários de Saúde  
AM - Aleitamento Materno  
AMC - Aleitamento Materno Continuado  
AME - Aleitamento Materno Exclusivo  
APS - Atenção Primária à Saúde  
CEI - Centro de Educação Infantil  
*C-IYCF - Community Infant and Young Child Feeding*  
CGAN - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição  
CGSCAM - Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno  
COCAM - Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno  
CIP - Caminho de Impacto do Programa  
EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil  
ENPACS - Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar e Saudável  
FAN - Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição  
IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança  
MS - Ministério da Saúde  
NBCAL - Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras  
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PCM - Pontos Críticos para Monitoramento  
PMAQ-AB - Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica  
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança  
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição  
PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher  
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde  
PPAM - Pesquisas de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal  
RAB - Rede Amamenta Brasil  
SES - Secretaria Estadual de Saúde  
SISVAN-WEB - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
SME - Secretaria Municipal de Educação  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTRIBUIÇÕES DO ALEITAMENTO MATERNO E DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR PARA A SAÚDE INFANTIL.

É reconhecido que nos primeiros anos de vida das crianças a alimentação adequada é um elemento crítico para seu desenvolvimento, nos quais um estado nutricional desajustado pode evoluir para quadros clínicos difíceis de reverter. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as intervenções para apoio, proteção e promoção do aleitamento materno (AM) e da alimentação complementar (AC) saudável na infância são as práticas mais efetivas para assegurar a saúde e o crescimento da criança em seu potencial máximo nos primeiros 2 anos de vida. Essas práticas também podem prevenir a obesidade infantil, um crescente problema de saúde pública em muitos países nas últimas décadas (FAO et al., 2020).

É recomendado pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que o AM se inicie logo na primeira hora de vida do bebê e que o leite materno seja o único alimento para a criança até os seis meses, ou seja, nesse período de aleitamento materno exclusivo (AME) não há necessidade de oferecer qualquer outro tipo de alimento ou líquido, incluindo água, salvo orientações médicas para oferta de suplementos ou medicamentos. A partir dos 6 meses de vida as crianças devem receber alimentos seguros e saudáveis de forma gradual e adequada às fases de seu desenvolvimento. Durante o período da introdução da AC as crianças devem continuar a ser amamentadas, recomenda-se que esse aleitamento materno continuado (AMC) seja praticado até os dois anos de vida da criança ou mais. Essas orientações são fundamentadas em crescentes evidências da relação positiva da adoção dessas práticas com benefícios para a saúde do bebê e da mãe em curto e longo prazo (UNICEF, 2016).

O AM salva vidas de milhares de crianças anualmente, ao nível global, mais de 800 mil crianças com idade abaixo dos 5 anos poderiam ter suas vidas salvas se a proporção de AM fosse melhorada (UNICEF, 2016; UNICEF e WHO, 2018). No ano de 2017 entre 130 mil recém-nascidos amamentados, os que receberam o leite materno em tempo tardio - de 2 a 23 horas após o nascimento - apresentaram risco de morte 33% maior do que aqueles que foram amamentados na primeira hora de vida. Além disso, o ato de amamentar na primeira hora

após o parto reduz risco de hemorragia na mulher, pois produz estímulos fisiológicos no corpo da mãe que induzem a involução uterina mais rápida (UNICEF e WHO, 2018).

O AME nos primeiros seis meses de vida é fundamental para a sobrevivência das crianças, especialmente nos países de baixa e média renda onde o risco de morte de crianças não amamentadas é 2,8 vezes maior quando comparado às que são amamentadas exclusivamente. Nestas regiões o AM tem importante relação com a queda da mortalidade e morbidade infantil por infecções respiratórias e diarreia, e pela diminuição no número das hospitalizações por essas causas. Em paralelo, evidências científicas mostram boas perspectivas para as mães que amamentam a longo prazo: para cada 12 meses de amamentação há diminuição em 6% do risco de desenvolverem câncer de mama, uma prevenção de 20 mil mortes ao ano por essa causa e há um possível efeito no risco para câncer de ovário e diabetes tipo 2 (UNICEF, 2016; VICTORA et al., 2016).

O AMC tem o potencial de prevenir metade das mortes de crianças com idade entre 1 a 2 anos, ademais, as crianças e adolescentes que foram amamentadas por mais de 1 ano apresentaram melhor desempenho em testes de inteligência, tanto nos países de alta renda como nos de baixa renda. Segundo dados do UNICEF, a adoção do AMC em países ricos também pode reduzir o risco do excesso de peso na infância (UNICEF, 2016; VICTORA et al., 2016).

Em relação à AC saudável, estima-se que se as recomendações universais fossem praticadas globalmente, cerca de 100 mil mortes na infância seriam evitadas ao ano. Também é comprovado que a introdução de alimentos saudáveis e diversificados na primeira infância tem influência no estabelecimento de preferências alimentares benéficas que se prolongam para os anos seguintes (UNICEF, 2016; VICTORA et al., 2016).

As agendas mundiais reconhecem a importância de priorizar ações para o cuidado da saúde materno-infantil, sendo muitas delas relacionadas à alimentação e nutrição. No ano de 2012 a 65.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde estabeleceu metas para a Nutrição Materno Infantil e da Primeira Infância para 2025, em 2018 as metas foram estendidas para 2030 com algumas revisões. A meta para a prevalência mínima do AME nos primeiros 6 meses de vida é de 50% até 2025 e de 70% até 2030. Espera-se reduzir em 50% o número de crianças com baixa estatura para idade e a prevalência de anemia em mulheres em idade reprodutiva até 2030. É preciso redução de 30% no baixo peso ao nascer, enquanto o sobrepeso e o baixo peso para a estatura na infância deverão ser abaixo dos 3% até 2030 (WHO et al., 2018; WHO e FAO, 2018; WHO e UNICEF, 2018; FAO et al., 2020).

## 1.2 PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

### 1.2.1 Visão Global

Progressos foram alcançados em muitos países em relação às metas para a Nutrição Materno Infantil e da Primeira Infância aprovadas na Assembleia Mundial da Saúde, contudo, globalmente milhares de crianças ainda apresentam algum tipo de desnutrição (FAO et al., 2020). Em 2019, entre as crianças abaixo dos cinco anos a prevalência global de baixo peso para estatura era de 6,9% (47 milhões), enquanto 21,3% (50,5 milhões) eram afetadas pela baixa estatura para a idade e 5,6% (38,3 milhões) estavam com sobrepeso. Esses indicadores de má nutrição têm forte relação com a proporção de crianças que não são alimentadas de forma apropriada para suas necessidades, um quadro que eleva o risco de morbidade e mortalidade para essa fase da vida (FAO et al., 2020).

Evidências sobre a tendência da amamentação no mundo mostram que no ano de 2010 a iniciação do AM foi tardia tanto nos países de baixa renda como entre os de média e alta renda, além disso, muitos dos países mais desenvolvidos não apresentavam essa informação nos inquéritos nacionais (VICTORA et al., 2016). Dados do UNICEF (2017) mostram uma prevalência global de 42% de AM na primeira hora de vida, em contrapartida, em 45 países de renda baixa à média-alta a iniciação do AM na primeira hora de vida era cerca de duas vezes maior quando não havia oferta de alimentação com líquidos à base de leite nos primeiros três dias de vida (UNICEF e WHO, 2018).

A prática do AME nas crianças menores de 6 meses também se encontra abaixo das metas desejadas: no ano de 2010, nos países de baixa renda, 47% das crianças recebiam o AME e nos países de renda média-baixa e média-alta esse número foi inferior, sendo 39% e 37%, respectivamente (VICTORA et al., 2016). Apesar das taxas globais de AME em crianças menores de seis meses terem aumentado moderadamente ao longo dos anos (de 36,9% em 2012 para 44% em 2019), segundo o UNICEF há uma tendência decrescente da prática do AME principalmente após o terceiro mês de vida, quando há aumento da oferta de outros alimentos e/ou o consumo de substitutos do leite materno como as fórmulas infantis (UNICEF, 2016; UNICEF e WHO, 2018).

Em relação ao AMC até os 12 meses, uma revisão sistemática relatou que essa prática é mais disseminada em países de baixa e média-baixa renda e alerta que conforme o produto interno bruto *per capita* aumenta, a prevalência da amamentação diminui significativamente (VICTORA et al., 2016). O UNICEF relatou estagnação da prevalência do AMC na última década com referência a 79 países no ano de 2016, e observa diminuição global da prevalência do AMC conforme a criança cresce, caindo de 74% no primeiro ano de vida para 46% após os 20 meses (UNICEF, 2016).

Se esforços não forem adicionados em direção da promoção do AM, a meta global de 70% de prevalência do AME em menores de seis meses até 2030 não será atingida antes de 2038 (FAO et al., 2020). Além do aumento do risco de mortalidade e morbidade na infância e da perda de benefícios à saúde materno-infantil, baixas prevalências de AM estão relacionadas a prejuízos econômicos devido aos gastos com serviços de saúde em tratamentos de doenças que poderiam ser evitadas. Não somente, mas também na ausência do AM há diminuição do potencial cognitivo das crianças que é associada à perda de renda nacional, atingindo tanto países de alta renda (>\$230 bilhões/ano) como regiões de média ou baixa renda (>\$70 bilhões/ano) (ROLLINS et al., 2016; UNICEF, 2016).

As evidências globais apontam associação da menor prevalência dos indicadores de AM com contexto de maior renda dos países e introdução precoce de líquidos e de alimentos substitutos do leite materno. Especialistas reportam que os determinantes do AM operam em múltiplos níveis e para mudar atitudes e práticas sociais é fundamental implementar intervenções que incluem legislação, política, mobilização da mídia social e aconselhamento para a lactação (ROLLINS et al., 2016; UNICEF, 2016).



### 1.2.2 Realidade Brasileira

No Brasil os inquéritos “Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde” (PNDS) de 1986, 1996 e 2006 e “Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal” (PPAM) realizadas em 1999 e 2008, analisaram informações específicas sobre a prevalência de AM no país (BRASIL, 2009a, 2009b). Com o objetivo de documentar a tendência secular da amamentação no Brasil, VENANCIO e colaboradores (2013b) realizaram análises de comparação que permitiram identificar os indicadores “duração mediana do AM” de sete pesquisas de 1975 a 2008 e a “prevalência do AME em menores de seis meses” das pesquisas de 1986, 1999, 2006 e 2008. A síntese apresentada na Tabela 1 com os indicadores das pesquisas PNDS e PPAM mostra o possível impacto das intervenções implementadas no país na melhoria da prevalência da amamentação.

**Tabela 1** - Indicadores de duração mediana do aleitamento materno e prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses no Brasil entre 1986 e 2008.

Inquérito/ano	Duração mediana do AM (em meses)	Prevalência de AME (%)
PNDS 1986	6,8	3,1
PNDS 1996	7,3	NC
PPAM 1999	9,9	26,9
PNDS 2006	11,9	38,6
PPAM 2008	11,3	41,0

Fonte: Adaptado de VENANCIO et al., 2013b. Notas: AM - aleitamento materno; AME - aleitamento materno exclusivo; NC - Não calculado; PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde; PPAM - Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.

A prática da amamentação progrediu de forma acelerada no Brasil entre os anos de 1999 e 2006, no geral o indicador que mais sofreu modificações no decorrer dos inquéritos foi o AME (BOCCOLINI et al., 2017). No inquérito de 1996 não era questionado sobre o consumo de água e chá nas últimas 24 horas quando a mãe respondia oferecer somente o leite de peito para o bebê, por esse motivo o indicador de AME não pôde ser calculado no estudo de

VENANCIO et al., (2013b). Apesar da expansão considerável da prevalência do AME desde a década de 1980, a velocidade de aumento se manteve estável nos inquéritos mais recentes. Os resultados de uma avaliação da tendência dos indicadores de AM no país nas últimas três décadas, incorporando informações da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS-2013), identificou que o AME e AMC tiveram tendência ascendente de 1986 até 2006 e entre 2006 e 2013 constatou que houve relativa estabilização (BOCCOLINI et al., 2017).

Em 2019 o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019) avaliou mais de 14 mil crianças menores de cinco anos em todas as regiões brasileiras. Resultados preliminares dos indicadores de AM foram divulgados em agosto de 2020 e as estimativas ao nível nacional demonstram que houve aumento nos indicadores de AM:

- AME em crianças menores de 4 meses: 60,0%;
- AME em crianças menores de 6 meses: 45,7%;
- AM em crianças de 12 a 15 meses: 53,1%;
- AM em crianças menores de 24 meses: 60,9%.

O relatório apresenta uma análise de tendência temporal dos indicadores de AM segundo os dados das PNDS de 1986, 1996 e 2006 e do ENANI-2019, demonstrando que entre 1986 e 2020 houve aumento absoluto de 55,3 pontos percentuais no AME em menores de 4 meses e 42,8 pontos percentuais no AME em menores de 6 meses. Em menor magnitude houve tendência de aumento nas prevalências de AMC, no primeiro ano de vida aumentou 30,4 pontos percentuais e em menores de dois anos foram mais 23,5 pontos percentuais (UFRJ, 2020). É possível notar avanços na melhoria dos indicadores, com a prevalência de AME em menores de seis meses em 2019 próxima à meta de 50% até 2025, assim, esforços precisam continuar a ser aplicados para se atingir a meta de 70% até 2030.

Como citado na visão global, são diversos os determinantes que influenciam no AM; no Brasil alguns fatores associados à baixa prevalência de AME foram demonstrados em estudos nacionais conduzidos entre 1998 e 2010 em diferentes regiões do país: a baixa escolaridade materna está associada à interrupção precoce do AME; o baixo peso ao nascer tem relação com maior tempo de hospitalização e maior tempo de separação entre mãe e o bebê, o que dificulta a inicialização e manutenção do AM; e o uso da chupeta foi o mais fortemente associado à interrupção do AME (BOCCOLINI et al., 2015). Em contrapartida, são fatores promotores para o AM e protetores do não uso de mamadeiras e chupetas: acesso à informação e orientação às mães por profissionais dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), acesso aos serviços do Banco de Leite Humano e aos hospitais credenciados à

Iniciativa Hospital amigo da Criança (IHAC) e o AM na primeira hora de vida (BUCCINI et al., 2014; BOCCOLINI et al., 2015).

De acordo com dados da PPAM avaliados por diferentes autores, a IHAC aumentou em 9% as chances do AM na primeira hora de vida, proporcionou menor uso de chupetas e aumentou as chances de receber AME em 13% entre as crianças menores de 2 meses, em 8% entre as crianças com 3 meses e em 6% aos 6 meses (VENANCIO et al., 2011). A análise dos dados sobre a licença maternidade remunerada no Brasil permitiram reportar que a chance de não amamentar exclusivamente foi 23% maior quando não se estava em licença maternidade, mesmo após ajuste para escolaridade da mãe, paridade, baixo peso ao nascer e uso da chupeta (MONTEIRO et al., 2016). Segundo BUCCINI et al., (2011) fazer acompanhamento de rotina com equipes de profissionais na Unidade Básica de Saúde (UBS) esteve associado como fator de proteção ao uso de bicos artificiais.

Os especialistas reforçam a necessidade de intensificar as ações implementadas e de revisar as políticas e programas para incorporar novas intervenções que superem os desafios atuais e melhore o cenário das prevalências do AM no país (VENANCIO et al., 2013b; BOCCOLINI et al., 2017).

### 1.3 PRÁTICAS DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

#### 1.3.1 Visão Global

O momento de transição do AME para a alimentação complementar merece atenção, é necessário que se inicie a oferta de alimentos na idade apropriada e com preparações adequadas. Se houver falhas como oferecer alimentos excessivamente diluídos, com baixa frequência e pouca diversidade pode haver comprometimento do crescimento da criança, deficiência de micronutrientes e acometimento de doenças infecciosas. Dados do UNICEF (2019) mostram que globalmente 69% das crianças com idade entre 6 a 8 meses estavam recebendo AC e 53% das crianças dos 6 aos 23 meses tinham uma frequência aceitável de refeições, no entanto, a diversidade de grupos alimentares era baixa. A diversidade de ao menos quatro grupos de alimentos oferecidos nessas refeições tem um papel importante na

proteção contra deficiências de micronutrientes, mas apenas 29% dessas crianças estavam recebendo uma dieta minimamente diversificada (UNICEF, 2020).

A América Latina e o Caribe se destacaram positivamente na oferta da AC aos 6 meses (83%), entretanto nessa região a idade de início da introdução era a mais antecipada entre todas as regiões estudadas: 18% das crianças com idade de 2 aos 3 meses e 48% entre 4 e 5 meses já recebiam alimentos complementares, além do leite materno, na sua dieta habitual (UNICEF, 2016).

O nível de riqueza de um país tem influência em indicadores de frequência, diversidade e momento da introdução da AC, onde as regiões mais pobres apresentaram as piores prevalências. Embora muitos países ricos também não alcancem a variedade de alimentos esperada para as refeições diárias das crianças, a diferença entre os indicadores dos países ricos e pobres chega a ser cerca de 40% (UNICEF, 2016).

A frequência adequada das refeições em conjunto com a diversidade dos grupos de alimentos somam uma dieta minimamente aceitável. Estima-se que somente 19% das crianças no mundo tenham usufruído dessa AC de qualidade no primeiro ano de vida. Nesse contexto, as famílias precisam de orientação e suporte para terem condições de iniciar uma alimentação responsiva, saudável, diversificada e segura. A alimentação responsiva é construída pela interação carinhosa dos cuidadores com a criança, pela atenção aos sinais de fome e saciedade e pela escolha de alimentos saudáveis. Boa higiene pessoal no preparo e armazenamento dos alimentos também são muito importantes para manter a segurança para que a comida não seja um veículo de doenças. Contudo, não é somente pelo posicionamento dos cuidadores que o panorama da prevalência da AC pode melhorar, mas é primordial o engajamento social e político para construir ambientes favoráveis para a nutrição adequada das crianças, especialmente nos países menos desenvolvidos (UNICEF, 2020).

### 1.3.2 Realidade Brasileira

Segundo dados dos inquéritos nacionais, a alimentação das crianças brasileiras nos primeiros dois anos de vida apresenta características de introdução de leite não materno, outros líquidos e mingau em idade precoce, enquanto há considerável porcentagem de crianças aos seis meses

de idade que não estão recebendo AC ou, de forma similar ao cenário global, os alimentos oferecidos se restringem a no máximo dois grupos de alimentos.

**Tabela 2** - Oferta de leite não materno e mingau na alimentação complementar de crianças amamentadas menores de um ano no Brasil em 1996 e 2006.

Inquérito/ano	Faixa etária (em meses)	Leite não materno (%)	Mingau (%)
PNDS 1996	0-3	14,0	20,5
	4-6	25,5	28,1
	7-9	27,5	26,2
PNDS 2006	0-3	26,5	16,8
	4-6	41,8	35,6
	7-9	65,3	56,1

Fonte: Adaptado de BRASIL, 1997, 2009a. Notas: PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde.

A Tabela 2 apresenta algumas informações sobre o momento do início da oferta de alimentos às crianças, foi possível comparar dados da PNDS 1996 e 2006, no qual se observa aumento da prevalência da oferta precoce de leite não materno e de mingau (preparação baseada em leite não materno com algum espessante) ao longo dos anos, bem como, há aumento do consumo desses alimentos conforme a criança cresce. De forma similar, os dados da PPAM 2008 mostraram que entre os 2 a 3 meses de vida um quinto das crianças já recebiam água, chá e outros leites (BRASIL, 2009b).

Em relação às refeições e à diversidade de grupos de alimentos, na PNDS de 1996 foi apresentada a prevalência do consumo de alimentos sólidos, enquanto em 2006 os dados foram informados por frequência de consumo na semana e a prevalência da comida de sal. Em 1996, em média, 32,3% das crianças entre 7 e 9 meses recebiam alimentos do grupo das carnes, peixes e ovos, tubérculos e raízes. No ano de 2006, entre as crianças da mesma faixa etária, 76,0% recebiam comida de sal e mais da metade das crianças dos 6 a 11,9 meses recebiam oferta diária de batata ou arroz (70%), frutas e verduras (63%) e feijão (53%), contudo, o consumo diário de carnes foi menor (17%) e a maioria das crianças consumiam ovos uma vez na semana (16%) (BRASIL, 1997, 2009a).

Apesar de a AC das crianças brasileiras ter incluído alimentos básicos diariamente, muitas crianças os recebiam de forma precoce, não somente, mas houve elevada prevalência do consumo de alimentos não saudáveis, reportado na PPAM 2008 e na PNS-2013. Em 2008, quase metade da população de crianças estudada consumia bolachas e salgadinhos a partir dos 6 meses de vida (46,4%) e entre 9 a 12 meses eram 71,7%, o refrigerante também estava presente na alimentação de 11,6% destas crianças (BRASIL, 2009b). Em 2013, verificou-se que 60,8% das crianças com menos de 2 anos comiam biscoitos, bolachas ou bolo e 32,3% tomavam refrigerante ou suco artificial.

O consumo de bebidas açucaradas entre as crianças têm forte associação com os hábitos que os adultos apresentam. Em 2013, o consumo regular de refrigerante entre adultos (pelo menos cinco dias da semana) foi de aproximadamente um quarto (23,4%), enquanto o consumo regular de alimentos doces, como bolos, tortas, chocolates, balas, biscoitos ou bolachas doces foram 21,7% (BRASIL, 2014). O estudo realizado por JAIME et al. (2017) utilizou dados secundários gerados pela PNS e estimou que a ingestão regular de refrigerantes e sucos artificiais entre as crianças em que os familiares consumiam regularmente era de 41,0%, enquanto nas famílias em que não havia consumo frequente a prevalência decrescia para 28,0%.

Em conclusão, o consumo de alimentos complementares ao leite materno em idades precoces identificado nas pesquisas nacionais é importante fator na interrupção do AME, e a oferta de alimentos não apropriados é um risco às várias formas de desnutrição, à ocorrência de doenças e à morte infantil. Os fatores que determinam as escolhas alimentares das famílias para seus filhos podem ser influenciados desde o ambiente político, social, familiar ao individual, por esse motivo elas precisam ser priorizadas nas políticas públicas para que os ambientes a que têm acesso sejam promotores da alimentação saudável e para que tenham a oportunidade de receber orientação nos diferentes momentos do AM e em relação a como oferecer alimentos complementares saudáveis com diversidade e frequência adequadas nas condições sociais vividas (BRASIL, 2009b; UNICEF e WHO, 2018; FAO et al., 2020).

## 1.4 ESTRATÉGIAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO E À ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

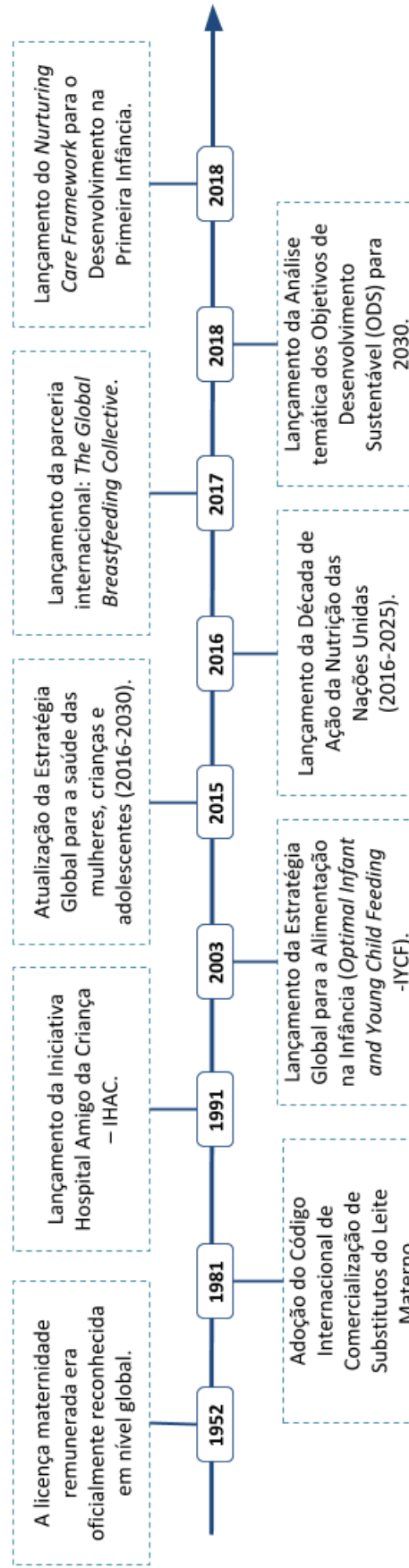
### 1.4.1 Propostas Internacionais

A partir das evidências científicas sobre o potencial da adequada nutrição na infância de salvar vidas e de promover o desenvolvimento socioeconômico de um país, muitos investimentos foram aplicados em políticas internacionais voltadas para o aumento da prevalência do AM e da AC saudável. A Figura 1 apresenta algumas das principais intervenções internacionais lançadas para a proteção, promoção e apoio das boas práticas do AM e da AC.

Dentre as estratégias apresentadas vale trazer em destaque a IHAC, a Década de Ação da Nutrição das Nações Unidas, a análise temática dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030, e a criação do *Nurturing Care Framework* para o Desenvolvimento na Primeira Infância.

A IHAC foi lançada pelo UNICEF e pela OMS em 1991, atualizada em 2006 e com novas diretrizes publicadas em 2018. Em 2002, a IHAC foi inserida na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, ela tem sido uma das estratégias internacionais de maior sucesso para a promoção do AM na primeira hora de vida e do AME. Um dos objetivos da IHAC é mobilizar os funcionários das instituições de saúde para que mudem condutas e rotinas relacionadas aos elevados índices de desmame precoce. O processo para designar um estabelecimento como Hospital Amigo da Criança começa com a auto avaliação do hospital, seguida de avaliações externas dos critérios atingidos em relação à restrição de substitutos do leite materno, à implementação dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno e aos indicadores adicionais de cada país. Desde que foi lançada, a IHAC foi implementada em quase todos os países e, apesar dos diferentes níveis de sucesso e desafios enfrentados na implementação, existem evidências consistentes de que a implementação dos “dez passos” melhoram as proporções de AM e a qualidade da assistência às mães nos hospitais (WHO, 2018; SANTOS, 2019).

**Figura 1** - Linha do tempo: Propostas internacionais relevantes para proteção, promoção e apoio do aleitamento materno e da alimentação complementar entre 1952 e 2018.



Fonte: Elaborado pela autora com dados obtidos de ADDATI et al., 2014; EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015; UNICEF, 2011, 2018a; WHO, 1981; WHO, 2018; WHO e FAO, 2018; WHO et al., 2018.



A declaração da Década de Ação da Nutrição das Nações Unidas para o período de 2016 a 2025 se revelou importante ferramenta de apoio ao AM e a AC. A partir de seu lançamento, foi proposta a intensificação das estratégias ao nível nacional para erradicar a fome e todas as formas de má nutrição no mundo, e a garantia do acesso à alimentação saudável e sustentável para todas as pessoas em todas as regiões. O comprometimento dos tomadores de decisão dos países envolvidos é essencial, algumas áreas foram apontadas como as principais para se agir: sistemas alimentares, sistemas de saúde, abrangência social e educacional, investimentos econômicos, ambientes facilitadores, fortalecimento governamental e responsabilização pela nutrição (WHO e FAO, 2018).

Essas ações têm relação direta com os ODS para 2030, lançados em 2015 pela Cúpula das Nações Unidas, os quais apresentam planos para superar grandes questões globais, como a fome, saúde, educação e justiça, principalmente na população de mulheres, crianças e outros grupos vulneráveis (UNICEF, 2018a; WHO et al., 2018). Em 2018 foi publicada uma análise dos ODS relacionando 9 objetivos e 44 indicadores que influenciam o desenvolvimento das crianças e seus direitos. Os indicadores relacionados à dimensão da saúde, nutrição e sobrevivência das crianças são os que apresentavam maior necessidade de aceleração das ações (29%), o percentual de objetivos alcançados nessa dimensão estava em 25% (UNICEF, 2018a).

Por outro lado, além da influência dos ODS na saúde infantil, muitos dos objetivos propostos podem ser alcançados pela influência da adequada nutrição na infância, promovida pelo AM e da AC saudável:

- 1) Erradicação da pobreza: O leite materno é o alimento essencial à vida do bebê e não gera custos para o orçamento familiar;
- 2) Fome zero: O AM e a AC são claramente relevantes para o combate à fome, assim estratégias de apoio à segurança alimentar e nutricional das crianças devem ser priorizadas internacionalmente;
- 3) Boa saúde e bem-estar: O AM desde a primeira hora de vida do bebê é uma potente proteção à saúde materno-infantil e também promove benefícios a longo prazo. Em conjunto com a AC saudável em tempo oportuno, fortalece a diminuição da prevalência de morbidade e mortalidade infantil (UNICEF, 2018b).

Além disso, crianças bem nutridas apresentam melhor desenvolvimento mental e cognitivo, fato que favorece alcançar os objetivos relacionados à educação de qualidade, ao crescimento econômico e geração de empregos e, conseqüentemente, à menor desigualdade social. Apoiar o AM e a AC saudável como prioridade das políticas públicas condiz com o objetivo de gerar

igualdade de gênero, pois fortalece o direito da mulher de amamentar e de ter ambientes que possibilitem o cuidado adequado de seus filhos (UNITED NATIONS, 2018; WHO et al., 2018).

Em 2018 foi lançado pela OMS, UNICEF, Banco Mundial e parceiros o *Nurturing Care Framework* para o Desenvolvimento na Primeira Infância que se coloca como ponto central dos ODS e da Estratégia Global para mulheres, crianças e adolescentes, provendo uma rota de intervenções para progredir e inovar. Mais de mil pessoas e organizações de 111 países estiveram envolvidas no desenho e progresso dessa proposta, que apresenta cinco componentes de cuidado centrados na família, na comunidade e em ambientes e serviços seguros e saudáveis, sendo eles: boa saúde, nutrição adequada, cuidado responsivo, oportunidades para a aprendizagem precoce, segurança e proteção. Esse modelo de cuidados integrais permite a oferta de um ambiente favorável para que as crianças possam se desenvolver em suas melhores capacidades, desde a gestação até os 3 anos. As abordagens incluem o papel do governo, da sociedade civil, das instituições acadêmicas, do setor privado, das famílias e todos envolvidos no cuidado da saúde da criança (WHO et al., 2018).

Fica claro nas estratégias internacionais a importância do envolvimento de diversos setores sociais para lidar com os desafios relacionados ao desenvolvimento das crianças e a nutrição. Para atingir as metas globais é necessário investimento governamental, bem como prontidão política e institucional para estabelecer e ampliar as ações de apoio à saúde e crescimento das crianças. O investimento na primeira infância tem potencial para ampliar a capacidade de desenvolvimento econômico de um país: para cada dólar aplicado o retorno pode ser treze vezes maior. A prioridade dessa temática nos programas internacionais é reconhecida como uma grande oportunidade para motivar os investimentos dos países em prol das crianças (WHO et al., 2018).

## 1.5 ESTRATÉGIAS NO BRASIL

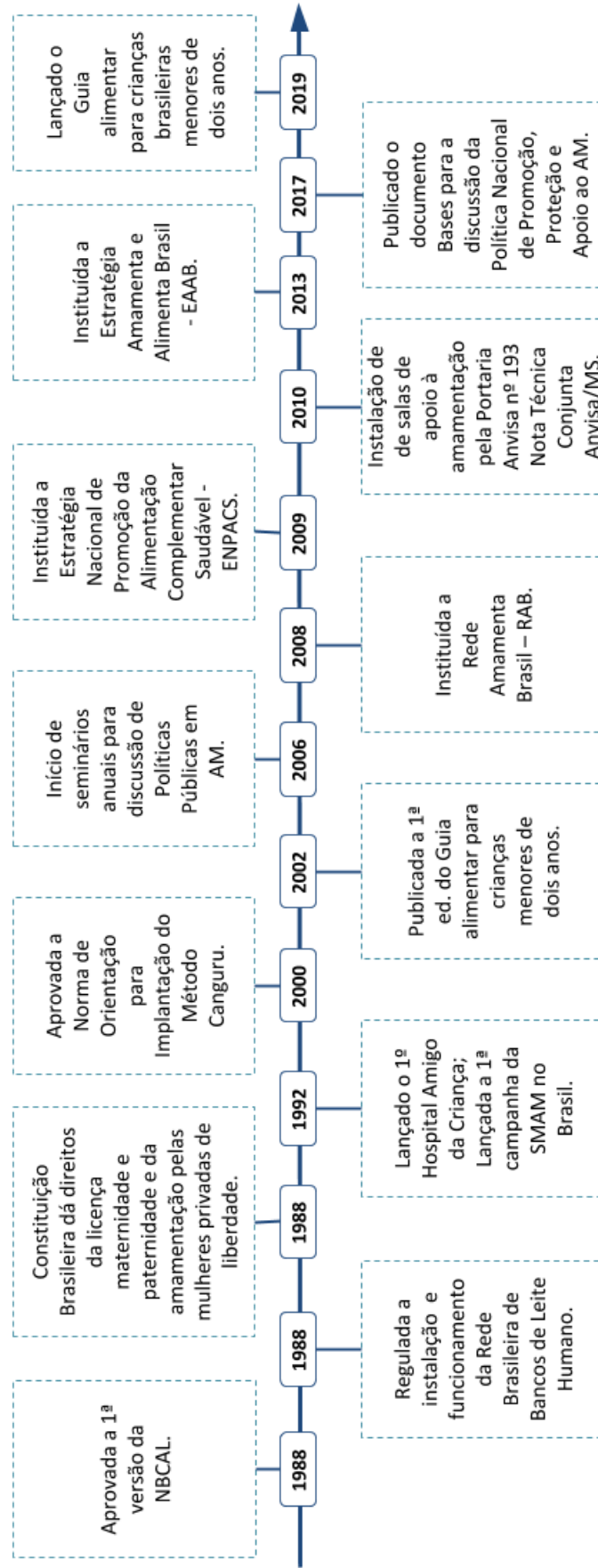
No Brasil, muitos dos esforços empreendidos por políticas públicas de saúde impactaram de maneira positiva a prática da amamentação e a nutrição infantil. Podem-se considerar como pilares dessas propostas o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição de 1976, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno de 1981 e o estabelecimento dos direitos da licença maternidade, licença paternidade e o direito às mulheres privadas de

liberdade de permanecer com seu bebê durante o período de amamentação pela Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 2017a).

A Figura 2 apresenta alguns dos principais acontecimentos em prol da promoção do AM e da AC no país. Nesse contexto, detalha-se a seguir algumas propostas relevantes: atualizações do Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos, a criação da Rede Amamenta Brasil (RAB) e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), o lançamento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) e a publicação do documento Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno (BRASIL, 2017a).

O Guia Alimentar para crianças menores de dois anos foi criado por iniciativa do Ministério da Saúde (MS) e do Programa de Promoção e Proteção à Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/Brasil). Revisado em 2010, teve uma nova versão publicada em 2019 com o nome Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos, tendo em vista a necessidade de alinhar à edição do Guia Alimentar para a população brasileira publicado em 2014. O novo guia tem um enfoque no apoio às mães e à família na amamentação e alimentação das crianças. Ele aborda algumas das dificuldades mais comuns na amamentação e AC, e apresenta doze passos que subsidiam ações de educação alimentar e nutricional em âmbito individual e coletivo no Sistema Único de Saúde (SUS) e em outros setores (BRASIL, 2019).

**Figura 2** - Linha do tempo: Estratégias relevantes para proteção, promoção e apoio do aleitamento materno e da alimentação complementar no Brasil entre 1988 e 2019.



Fonte: Elaborado pela autora com dados obtidos de BRASIL, 2015b, 2017a. Notas: AM - aleitamento materno; MS - Ministério da Saúde; NBCAL - Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras; SMAM - Semana Mundial de Aleitamento Materno.

No nível da APS a RAB e a ENPACS direcionaram a promoção, proteção e apoio ao AM e à AC saudável com base na Política de Educação Permanente. A execução dessas políticas ocorria através de oficinas de formação de tutores e oficinas de trabalho nas UBS, com equipes de profissionais que discutiam o processo de trabalho e as atividades de rotina nos serviços de saúde. O acompanhamento por tutores da Rede e certificação pelo cumprimento de critérios de implantação eram as ferramentas de monitoramento e de avaliação das ações realizadas (BRASIL, 2015b).

A junção dos dois temas em uma mesma estratégia possibilitaria potencializar os investimentos financeiros e reduzir dificuldades operacionais, assim, em 2011 a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) e a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/ CGSCAM do MS deram início à integração da RAB e da ENPACS. A CGAN renovou a carta-acordo com a Rede IBFAN (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar), para apoiar o MS na implantação da proposta de integração da RAB e ENPACS (BRASIL, 2018a).

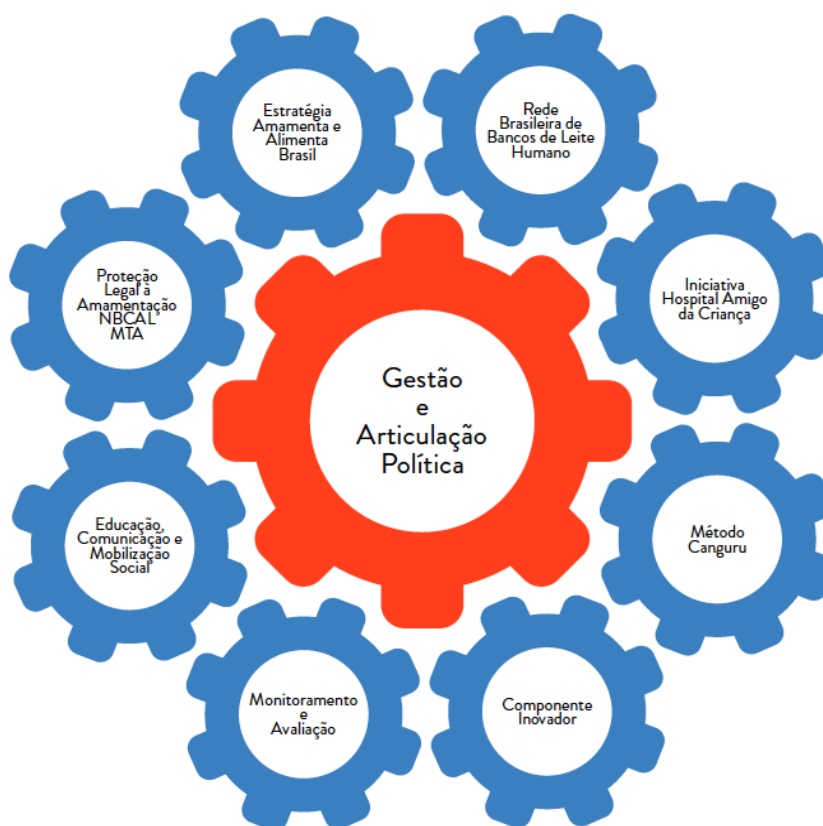
Foi proposta a formação de um grupo de operacional composto por tutores da RAB e da ENPACS de diferentes regiões do Brasil e representantes da CGAN e da CGSCAM com o apoio da IBFAN. Foram realizadas oficinas para validar a proposta de implementação, a elaboração e revisão de materiais de apoio para as oficinas de formação de tutores (BRASIL, 2018a).

Após a realização da oficina piloto em abril de 2012 e do lançamento oficial da EAAB durante o Congresso Mundial de Nutrição e Saúde Pública no Rio de Janeiro, a EAAB foi instituída como a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde, pela Portaria n.º 1.920, de 5 de setembro de 2013, revisada na Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

O documento Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno visa contribuir para a formulação e pactuação de uma política específica voltada ao AM. Sua construção teve início em 2010, foi incorporada à formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), aprovada em 2015, e busca refletir sobre a necessidade de fortalecer as diversas ações de incentivo ao AM desenvolvidas no país. O documento propõe maior articulação e integração das ações por meio de linhas de cuidado para atenção integral que incluem os serviços de APS, a rede de serviços hospitalares e unidades de pronto atendimento. Nessa proposta é dado que há uma interdependência dos

serviços e que para promover o AM é preciso o componente estratégico central: “Gestão e Articulação Política” que integre a engrenagem das atividades nacionais relacionadas ao AM, como apresentado na Figura 3. O modelo-síntese apresentado busca ampliar o impacto das ações em prol do AM e é adaptável para a incorporação de outros componentes conforme às diversas localidades do país (BRASIL, 2017a).

**Figura 3** - Componentes da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno do Brasil.



Fonte: BRASIL, 2017a.

No modelo da Política as engrenagens de componentes promovem articulação entre os serviços de diferentes níveis de complexidade, e esse é o meio para alcançar o objetivo de aumentar a prevalência dos indicadores de AM no país. Os serviços de saúde no nível da APS têm papel coordenador do cuidado na rede de serviços por ser a principal forma de primeiro contato da população em busca de atendimento em saúde e por acompanhar e organizar o fluxo desses usuários entre os pontos de atenção da rede. A EAAB é uma ação chave no âmbito da APS para promover o AM e a AC saudável. No presente estudo, será dada ênfase ao seu processo de implementação e sustentabilidade.

### 1.5.1 A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

A implementação da EAAB é uma diretriz do MS, os estados e municípios interessados em aderir à implementação fazem a coordenação da EAAB na APS em seu âmbito de atuação. A APS é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde do SUS, nela os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de atenção básica são denominados Unidade Básica de Saúde - UBS. De acordo com a portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017: "... Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a rede de atenção à saúde" (Art. 6.º). Os serviços são prestados por equipe multiprofissional e dirigidos à população em território definido, sobre os quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A Estratégia Saúde da Família é o modelo orientador para a expansão e consolidação da APS, que visa o cuidado da saúde de forma continuada, responsável e humanizada (BRASIL, 2017c).

Aproveitando o espaço de educação configurado nas UBS, a EAAB tem como base a metodologia crítico reflexiva para qualificação dos profissionais, tal referencial teórico é semelhante ao da RAB e da ENPACS. Esse método de educação permanente na APS busca aprimorar as competências e habilidades de trabalho das equipes de profissionais das UBS para que atuem em atividades de rotina na promoção do AM e da AC saudável. O objetivo final da EAAB é impactar no aumento da prevalência de AM e AC de crianças menores de dois anos através de ações sistemáticas na APS (BRASIL, 2018a, 2015b).

Segundo o manual de implementação da EAAB, os componentes de implementação se estruturam em seis eixos, semelhantes à estrutura de implementação da RAB, que visam alcançar os objetivos e a efetividade da proposta: 1) Formação de facilitadores; 2) Formação de tutores; 3) Realização de oficinas de trabalho nas UBS pelos tutores; 4) Acompanhamento nas UBS pelos tutores; 5) Monitoramento da implementação; 6) Certificação das UBS. Os conteúdos das oficinas nas UBS mesclam atividades sobre AM e AC saudável, acolhimento, habilidades de comunicação e proteção legal do AM. Os tutores têm importante papel no apoio às equipes da UBS, eles podem fazer novas atividades de capacitação conforme necessidades identificadas, e seguindo a lógica de educação permanente, podem pactuar com

as equipes, os temas, frequência e carga horária dessas atividades complementares (BRASIL, 2015b).

As UBS podem receber uma certificação na EAAB, que reflete o cumprimento de seis critérios determinantes da qualidade da implementação:

- 1) Desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do AM e da AC saudável;
- 2) Monitorar os índices de AM e de AC;
- 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 AM e à AC saudável;
- 4) Cumprir a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) e a Lei n.º 11.265/2006 – e não distribuir “substitutos” do leite materno nas UBS;
- 5) Contar com a participação de pelo menos 85% dos profissionais da UBS nas oficinas desenvolvidas;
- 6) Cumprir pelo menos uma ação de incentivo ao AM e uma de AC saudável pactuadas no plano de ação (BRASIL, 2015b).

A proposta de implementação da EAAB está inserida em uma rede complexa de serviços de saúde como apresentado no modelo da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao AM. A EAAB está em consonância com a Rede Cegonha, com a Pnaisc - propostas que dispõem as normativas para o cuidado humanizado e integral às mães, gestantes, puérperas e crianças na primeira infância - e com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), envolvendo a organização da atenção nutricional de crianças menores de 2 anos, a qualificação da força de trabalho para a promoção da alimentação adequada e saudável, a gestão das ações de alimentação e nutrição, e a vigilância alimentar e nutricional pelo monitoramento via sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2013a, 2015a, 2015b).

#### 1.5.1.1 Panorama da Implementação da EAAB

Um intenso processo de multiplicação das oficinas de formação de tutores e oficinas de trabalho foi desenvolvido na EAAB. Na operacionalização da implementação em 2014, os



profissionais que foram formados para atuar na RAB ou na ENPACS tinham disponível um curso de educação à distância (EAD) com objetivo de complementar a sua formação para atuarem na EAAB. Parte do curso foi disponibilizada para a educação permanente de outros profissionais de saúde interessados (BRASIL, 2018a).

Até o final de 2012, a RAB e a ENPACS formaram mais de 4.500 tutores e tiveram participação de mais de 38 mil profissionais da APS em todo o Brasil. Segundo dados do Sistema de Gerenciamento da EAAB, a EAAB obteve sucesso na execução das ações de educação permanente propostas: até 2019 foram formados 5.959 tutores, 3.290 UBS receberam oficinas de trabalho e 48.640 profissionais da APS foram qualificados. Em contrapartida, os dados revelam que apenas 192 UBS foram certificadas na EAAB, o que sugere que as UBS têm tido dificuldades para atingir os critérios e completude na implementação. Ainda mais, a EAAB apresenta baixa cobertura no país, em 2016 ao se observar a proporção de UBS existentes pelo número de tutores formados se estimava uma cobertura nacional de 9,4% (BRASIL, 2018a; BORTOLINI, et al., 2020).

Foi observado ao longo dos anos uma diminuição da atuação dos tutores e menos profissionais das UBS sendo capacitados. No ano de 2016, entre os tutores formados apenas 35,2% estavam atuando na EAAB e 5 mil profissionais participaram das oficinas de trabalho em 2017 (BORTOLINI, et al., 2017; BRASIL, 2018a). Com o objetivo de apoiar os tutores na realização de atividades de educação permanente junto às equipes das UBS, RELVAS e colaboradores (2019) elaboraram o Manual de Apoio ao Tutor da EAAB, o qual orienta como o tutor pode conduzir atividades complementares com as equipes de APS. Ao analisar o uso desse manual no contexto de implementação da EAAB no município de Embu das Artes-SP (novembro de 2015 até julho de 2016) os autores identificaram que o desenvolvimento de atividades complementares utilizando o manual melhorou o conhecimento dos tutores e mostrou potencial para promover mudanças no processo de trabalho das equipes, sendo positivamente avaliado pelos tutores. Após a intervenção, o número de critérios de certificação cumpridos pelas UBS foi maior, foram 38,5% UBS certificadas no município (RELVAS et al., 2019).

Estudos que analisaram a implementação da EAAB com diferentes metodologias observaram barreiras no nível local: constante mudança no quadro de profissionais envolvidos, falta de infraestrutura para o registro de dados nos sistemas de informação e falhas no apoio pelos tutores e pelos gerentes locais (MARIOT, 2015; TAVARES, 2018). Alguns desafios observados se assemelham aos identificados durante a implementação da RAB. Apesar de a RAB ter exercido um impacto positivo nos indicadores de AM, a maior parcela das UBS que

iniciavam o processo de certificação na Rede tendia a cessar ou apresentar baixo grau de execução dos critérios após alguns meses. Foram considerados como fatores críticos para o cenário de descontinuidade das ações: alta rotatividade dos profissionais de saúde, baixo nível de vínculo do tutor com a equipe e falhas na execução do fluxograma de manejo do AM (VENANCIO et al., 2013a). O estudo de BRANDÃO e colaboradores (2015) identificaram pontos críticos semelhantes na implementação da RAB em Bento Gonçalves-RS e sugeriram haver relação desses fatores com a ausência de impacto significativo da RAB nos indicadores de AM no município.

Em contrapartida, questões do contexto organizacional como o papel dos gestores das UBS e da coordenação municipal foram importantes fatores para a consolidação da implementação da RAB e consequente construção de ambientes mais favoráveis à boa prevalência do AM no país (VENANCIO et al., 2016). Na implementação da EAAB foi salientada a necessidade de sensibilizar os gestores municipais e estaduais para priorizar a implementação das ações da EAAB, bem como é preciso um planejamento para implementação, avaliação e monitoramento da EAAB (BORTOLINI, 2017).

No ano de 2018, com o objetivo de revisar questões do processo de implementação da EAAB, a CGAN e a CGSCAM realizaram uma oficina de escuta com profissionais de diferentes regiões do país que atuavam nas coordenações, federal, estadual e municipal da EAAB e facilitadores nacionais. Em relação à atuação do tutor foi apontada a necessidade do apoio da gestão para que os tutores não tivessem sobrecarga de funções e pudessem atuar nas ações da EAAB. Com relação à certificação das UBS, foi sugerido que alguns critérios fossem revisados e que os sistemas de monitoramento fossem atualizados para otimizar os registros, bem como o processo de avaliação dos pedidos de certificação fosse descentralizado para os estados. Foi sugerida revisão da carga horária das oficinas de formação dos tutores e atualização do curso de EAD da EAAB (BRASIL, 2018b).

Os estudos informam aspectos da implementação da EAAB que precisam de melhoria e refletem como é desafiador implementar uma estratégia em escala nacional de forma efetiva e sustentável a longo prazo.

## 1.6 MODELOS PARA ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS EM LARGA ESCALA.

Uma definição mais abrangente do termo análise de implementação é descrito por PETERS e co-autores (2013) como: “... o estudo científico dos processos usados na implementação de iniciativas, bem como dos fatores contextuais que afetam esses processos” (p.27)\*<sup>1</sup>. As principais características que definem a análise de implementação são: a) Buscar expor em detalhes o contexto local e suas especificidades; b) Identificar questões relevantes para incorporar à agenda e definir prioridades; c) Promover responsabilidades e compromissos em todos os níveis de organização; d) Responder a uma questão relevante levantada pelos implementadores do programa ou pela população (THEOBALD et al., 2018).

A pesquisa em implementação é reconhecida na literatura como ferramenta para melhoria do processo de implementação de políticas e programas públicos em escala. A implementação em escala é definida por BUCCINI e PÉREZ-ESCAMILLA (2019) como “um processo de implementação com esforços planejados para ampliar ou expandir inovações em saúde, com sucesso e efetividade comprovados para grandes segmentos da população-alvo, fomentando políticas e programas sustentáveis...” (p.243). Para que a implementação em escala seja sustentável é preciso ter um plano estratégico que considere suas várias dimensões e o modelo de expansão (escala horizontal, vertical e/ou funcional).

Diversas abordagens têm sido utilizadas para documentar a implementação de intervenções, os modelos e estruturas lógicas com base em categorias de causa e efeito previstos têm sido recomendados para o planejamento e monitoramento de políticas e programas. Esses modelos apresentam uma sequência lógica simples ou complexa, no entanto, podem não representar totalmente os processos intrínsecos que acontecem entre as atividades e os desfechos previstos. Mais recentemente, houve um crescente interesse e reconhecimento científico de compreender como as ações de um programa ou política acontecem, há evidências de que abordagens mais detalhadas baseadas na teoria do programa e descrição do caminho de impacto permitem uma tradução eficaz dos processos de implementação e respondem porque certos mecanismos e contextos influenciam o impacto e quais etapas são essenciais para o sucesso da implementação (KIM et al., 2011; AVULA et al., 2013).

---

<sup>1</sup> \*[...] scientific study of the processes used in the implementation of initiatives as well as the contextual factors that affect these processes.]

Como os sistemas e políticas de saúde são complexos, para identificar as lacunas na implementação é preciso inicialmente a produção de uma síntese que incorpore de forma abrangente seus componentes, variáveis ou uma série de passos, que resumem o caminho de implementação. A partir dessa síntese é possível partir para uma análise para descobrir se os programas implementados terão o impacto esperado ou não e o porquê (BAUER et al., 2015; BUCCINI e PÉREZ-ESCAMILLA, 2019).

O modelo Program Impact Pathway (PIP), ou Caminho de Impacto do Programa (CIP), proposto por KIM et al. (2011), utiliza a descrição teórica do programa para apresentar as vias pelas quais as atividades ocorrem, incluindo mecanismos e percepções que impedem ou que ajudam a alcançar os impactos projetados. Uma vantagem das ilustrações utilizadas no CIP, quando comparado ao uso dos modelos conceituais mais enrijecidos, é que não se limitam a elementos de entradas e saídas, resultados e impactos previstos; o seu diagrama dinâmico busca apresentar os mediadores causais que podem estar relacionados às expressões do contexto organizacional ou externos, evitando que informações-chave sobre a efetividade e sustentabilidade do programa fiquem implícitas (KIM et al., 2011; BUCCINI et al., 2019a).

O CIP tem sido amplamente utilizado em pesquisas de implementação que tem como foco políticas e programas na área de saúde, nutrição e desenvolvimento infantil. Os autores enfatizam que a utilização do CIP tem sido eficaz para: a) obter informações em profundidade; b) compreender e mapear como intervenções complexas funcionam para alcançar os impactos esperados; e c) identificar componentes essenciais para a implementação e expansão em escala desses programas (KIM et al., 2011; NGUYEN, 2014; KANG et al., 2016; PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2016; BUCCINI et al., 2019a, 2019b).

É pertinente salientar que o modelo CIP faz um diálogo com o modelo teórico-conceitual dos sistemas adaptativos complexos, o qual apresenta uma perspectiva não linear para compreender o comportamento de agentes e processos interconectados de um sistema ou programa de saúde. Os programas e intervenções em saúde apresentam diversidade de constructos e capacidade de mudar com as experiências e contextos, nesse sentido são considerados complexos e adaptativos (BUCCINI e PÉREZ-ESCAMILLA, 2019). Segundo o estudo que avaliou o CIP do programa *Becoming Breastfeeding Friendly*, características dos sistemas adaptativos complexos podem estar naturalmente intrínsecas ao diagrama CIP, sendo importante compreender essa sinergia na discussão das barreiras e facilitadores para a sustentabilidade da implementação de programas em larga escala (BUCCINI et al., 2019a).

## 2 JUSTIFICATIVA

Importantes avanços foram registrados na trajetória das políticas públicas de proteção, promoção e apoio ao AM e à AC saudável no Brasil, contudo os indicadores nacionais apontam urgência em acelerar investimentos para se chegar a níveis bons de prevalência dessas práticas, conforme recomendações da OMS. A EAAB é uma proposta chave na APS, em articulação com outras políticas, para melhorar as condições de nutrição e desenvolvimento das crianças nos dois primeiros anos de vida.

No período de cerca de quatro anos a EAAB superou os números da RAB e da ENPACS na formação de tutores e qualificação dos profissionais da APS no mesmo prazo, com importante empenho dos estados e municípios, principalmente nos dois primeiros anos de implementação. Em contrapartida, o número de tutores atuando no apoio, o número de UBS certificadas e o nível de expansão da EAAB têm sido insatisfatórios quando se observa o intenso trabalho de formação realizado (BRASIL, 2018a). Esses dados levam à necessidade de investigar quais são as questões fundamentais para a melhora na execução da EAAB, para que tamanho investimento na qualificação de profissionais seja convertido em desfechos positivos e sustentáveis.

Implementar a EAAB em escala nacional e expandir sua cobertura na APS poderia potencializar o alcance e efetividade das ações de promoção ao AM e AC saudável, passos relevantes para alcançar os ODS relacionados ao desenvolvimento infantil até 2030 (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2017). Contudo, para gerar impactos sustentáveis é preciso um planejamento de implementação baseado em evidências. A hipótese deste estudo é que a análise de implementação com base nos caminhos de impacto da EAAB permitiria analisar barreiras e facilitadores, identificar Pontos Críticos para Monitoramento (PCM) e propor recomendações para sua sustentabilidade a longo prazo.

Espera-se que este estudo produza subsídios práticos para a correção dos aspectos falhos e para ampliar os investimentos nos componentes de sucesso identificados na implementação da EAAB, gerando resultados que possam contribuir para aumentar a prevalência do AM e da AC saudável no país.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar barreiras e facilitadores da implementação da EAAB para a sua efetiva implementação em larga escala.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar diagrama teórico dos caminhos de impacto da implementação da EAAB.
- Identificar Pontos Críticos para Monitoramento, facilitadores e premissas da implementação em larga escala.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo foi conduzido com base no referencial teórico da ciência de implementação inserido em uma abordagem qualitativa. Para compreender o curso da implementação da EAAB com um método qualitativo exploratório foi utilizado o modelo conceitual CIP para analisar barreiras e facilitadores da implementação da EAAB.

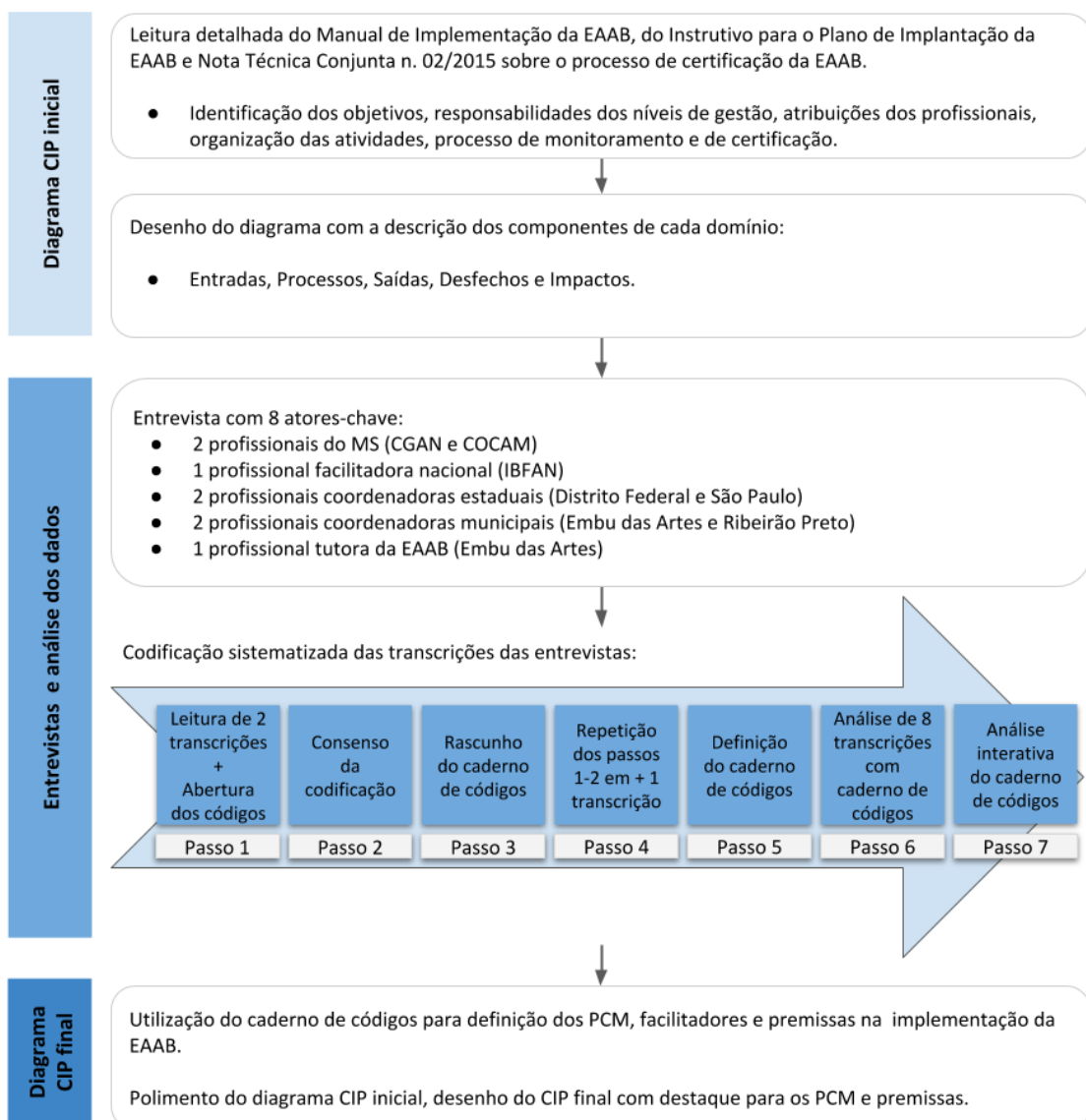
O desenvolvimento do diagrama CIP requer um processo iterativo realizado em uma sequência lógica que permita uma investigação em profundidade. As etapas para construção do modelo são adaptáveis, mas geralmente incluem uma revisão bibliográfica e análise documental dos guias do programa, seguida de entrevistas em profundidade com atores-chave, observação direta do programa e validação do modelo CIP (KIM et al., 2011; BUCCINI et al., 2019a, 2019b).

A definição de cada um dos componentes do CIP tem sido adaptada conforme o contexto do programa analisado, incluindo componentes-chave para a sua implementação (BUCCINI et al., 2019a, 2019b). Um exemplo de utilização do CIP aplicado à implementação de um programa voltado às políticas de amamentação é aquele relatado por BUCCINI et al., (2019a) no qual os autores desenvolveram um diagrama do CIP para a iniciativa *Becoming Breastfeeding Friendly* e apresentaram uma sequência lógica do diagrama com sete domínios: 1) Entradas, 2) Processo, 3) Saídas 4) Desfechos, 5) Impacto, 6) Facilitadores e Premissas e 7) Pontos Críticos de Controle. A análise a partir deste modelo CIP identificou componentes essenciais para a implementação, replicação e expansão do *Becoming Breastfeeding Friendly*. Um pré-teste realizado em Gana e no México confirmou os Pontos Críticos de Controle e forneceu informações valiosas sobre os possíveis mecanismos de impactos do *Becoming Breastfeeding Friendly* no nível nacional (BUCCINI et al, 2019a).

## 4.2 PRODUÇÃO DOS DADOS

As etapas planejadas para análise dos caminhos da implementação da EAAB (Figura 4) consistiram na análise documental para desenvolver o desenho do diagrama CIP inicial, condução de entrevistas semiestruturadas para identificar as barreiras e facilitadores, e por fim o polimento e definição do diagrama CIP final, destacando PCM, facilitadores e premissas.

**Figura 4** - Etapas para análise dos caminhos da implementação da EAAB.



Fonte: Elaborado pela autora. Notas: CIP - Caminho de Impacto do Programa; CGAN - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição; COCAM - Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno; IBFAN - *International Baby Food Action Network*; MS - Ministério da Saúde.



#### 4.2.1 Diagrama CIP Inicial: Análise Documental

Foi realizada leitura detalhada de publicações do MS que orientam a implementação da EAAB: Manual de Implementação da EAAB, Instrutivo para o Plano de Implantação da EAAB e Nota Técnica Conjunta n. 02/2015 sobre o processo de certificação da EAAB para o ano de 2015 (BRASIL, 2015b, 2015c, 2015d). Na análise buscou-se identificar cada etapa da implementação da EAAB nos três níveis de governo e a partir da revisão foi possível construir o diagrama CIP inicial.

#### 4.2.2 Diagrama CIP Inicial: Definições Operacionais

Foi desenvolvido o diagrama CIP inicial utilizando domínios adaptados de BUCCINI e colaboradores (2019a) para o contexto de implementação da EAAB: 1) Entradas, 2) Processos, 3) Saídas, 4) Desfechos e 5) Impactos. O Quadro 1 apresenta a definição operacional de cada domínio.

**Quadro 1** - Definição operacional dos domínios do diagrama inicial do Caminho de Impacto do Programa da implementação da EAAB.

Domínio	Definição operacional
Entradas	Consistem nos componentes que precisam estar em vigor no nível federal para dar início à implementação da EAAB.
Processos	São os componentes relacionados à execução das atividades no nível do federal, estadual e municipal para qualificação profissional na APS e monitoramento da implementação.
Saídas	São os resultados esperados dos processos; mecanismos pelos quais a EAAB afeta a execução de ações de apoio, proteção e promoção do AM e da AC saudável na APS, bem como a certificação das UBS que efetuam a implementação.
Desfechos	São os resultados finais derivados dos domínios processos e saídas.
Impactos	São os impactos na prevalência dos indicadores de AM e de AC e os resultados do perfil nutricional das crianças menores de 2 anos.

Fonte: Adaptado de BUCCINI et al., 2019a. Notas: AC - alimentação complementar; AM - aleitamento materno; APS - Atenção Primária à Saúde; EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; UBS - Unidade Básica de Saúde.

### 4.2.3 Entrevistas com Atores-Chave

#### 4.2.3.1 Seleção dos Participantes

Os participantes foram convidados para as entrevistas com base em suas experiências na implementação da EAAB. Foram selecionados, nessa amostra de conveniência, oito atores-chave mulheres, sendo 3 do nível federal (1 da CGAN, 1 da Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (COCAM) e 1 facilitadora nacional da IBFAN), 2 no nível estadual: uma que atuou na coordenação da implementação da EAAB no Distrito Federal (DF), e uma da coordenação no estado de São Paulo (SP). No nível municipal foram selecionadas 2 profissionais que atuaram na coordenação de dois municípios envolvidos na implementação da EAAB: Ribeirão Preto-SP e Embu das Artes-SP. Para ter uma perspectiva da implementação no nível da UBS optou-se por entrevistar uma profissional que atua como tutora da EAAB em Embu das Artes-SP.

Os critérios para seleção dos dois estados foram os seguintes: um estado que apresentou bom desempenho na implementação da EAAB e um estado com baixo desempenho na implementação. Foram selecionados 2 municípios do estado de SP que se destacaram por obterem certificação de UBS na EAAB, sendo o objetivo da seleção desses locais investigar de maneira mais aprofundada o contexto da implementação no estado que apresentou baixo desempenho geral. As informações para a seleção conforme desempenho foram obtidas em um banco de dados não público disponibilizado pelos gestores do MS em julho de 2019, referentes à implementação nacional de EAAB no período de 2015 a 2019. O desempenho dos estados foi baseado na proporção de municípios de sua área de abrangência envolvidos na implementação. Após identificar a proporção da implementação nos estados, foi dada prioridade na seleção daqueles em que havia maior facilidade de contato com os gestores.

O DF foi selecionado por apresentar a segunda melhor proporção de UBS certificadas (12%) e o estado de SP foi selecionado por envolver a segunda menor proporção de municípios envolvidos na implementação da EAAB.

Todas as participantes receberam um convite via e-mail para a realização das entrevistas. As convidadas participaram das entrevistas no período de dezembro de 2019 até abril de 2020.

As entrevistas foram realizadas por meio do uso de tecnologias de *web* conferência ou de forma presencial, com duração de cerca de 60 minutos, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior codificação.

#### 4.2.3.2 Roteiro das Entrevistas

Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com objetivo de compreender como a implementação da EAAB tem sido contextualizada, ampliada, de que forma tem sido sustentável e quais os desafios enfrentados e superados. A pesquisa qualitativa tem as entrevistas como um dos instrumentos mais utilizados, pois possibilita conhecer os dilemas e questões enfrentados pelos entrevistados enquanto é uma ferramenta metodológica de informação (NETO, 1994; POUPART, 2012).

A entrevista semiestruturada articula características das modalidades de entrevista aberta com as estruturadas. É realizada de forma semelhante ao diálogo informal seguindo um conjunto de questões previamente definidas, a qual delimita o volume de informações e direciona o tema para os objetivos propostos (POUPART, 2012).

Assim, um roteiro foi elaborado com base nos manuais instrutivos e no diagrama CIP inicial, o qual contemplou os componentes da implementação da EAAB e incorporou questões para investigar as barreiras e facilitadores da implementação da EAAB. As questões foram adaptadas para o contexto da implementação nos diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal), um pré-teste foi realizado com uma profissional voluntária da Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Escritório Regional de Saúde de Barra do Garças, da Secretaria de Saúde do Mato Grosso, a qual coordena as ações da EAAB na regional. Também foi feita uma consulta a uma pesquisadora com grande experiência no desenvolvimento de estudos de análise de implementação de programas para promoção do AM e alimentação de bebês e crianças pequenas. Alguns ajustes foram feitos após o teste e consulta conforme foram identificadas questões relevantes a serem investigadas. Os roteiros utilizados são apresentados no Apêndice A.

#### 4.2.3.3 Análise das Entrevistas

A análise das transcrições das entrevistas consistiu em uma análise temática adaptada de Bradley (2007), já utilizada em estudos com avaliação qualitativa da implementação de programas de apoio e promoção do AM (ROBINSON et al., 2018; SAFON et al., 2018; BUCCINI et al., 2019b). Para organização dos procedimentos de codificação das transcrições foi elaborada uma planilha estruturada pelos domínios do diagrama CIP e por barreiras e facilitadores em cada domínio. Foi realizada a etapa de abertura de códigos e subcódigos, os códigos definiram os principais conceitos que caracterizam componentes da implementação; os subcódigos definiram etapas, detalhando aspectos facilitadores ou barreiras para a implementação.

O processo de codificação foi elaborado pela pesquisadora principal com o apoio da orientadora, doutora na área de Saúde Coletiva com ênfase em AM. Foram seguidas as etapas: 1) Duas pesquisadoras leram independentemente duas transcrições e a partir da análise abriram códigos e subcódigos no texto. 2) Duas pesquisadoras compararam a codificação usada e chegaram a um consenso sobre os códigos e subcódigos. 3) A pesquisadora principal elaborou um rascunho do caderno de códigos a partir dos códigos identificados nas duas transcrições; 4) Para definir códigos adicionais das ideias discutidas nas entrevistas, as duas pesquisadoras repetiram as etapas 1 a 2 para mais uma transcrição. 5) O rascunho do caderno de códigos foi revisado e foi elaborado um novo caderno pela autora principal incluindo os códigos abertos e acordados nas três transcrições codificadas independentemente. 6) A autora principal codificou e classificou as três primeiras transcrições novamente usando a versão mais recente do caderno de códigos e também codificou o restante das transcrições. 7) A autora principal consultou a pesquisadora orientadora para aperfeiçoar os códigos e garantir o acordo. Para a codificação foi utilizado o software online Planilhas Google, o caderno de códigos elaborado é apresentado no Apêndice B.

#### 4.2.4 Diagrama CIP Final

Com o caderno de códigos finalizado, foi realizada uma análise de cada código e subcódigo observando componentes que sinalizavam as áreas críticas para qualidade da implementação da EAAB. Quando necessário se recorreu novamente à leitura de trechos das transcrições para confirmar a interpretação da ideia codificada, nessa etapa a autora principal também consultou a pesquisadora orientadora para examinar os resultados que estavam sendo obtidos a partir da análise. A partir da investigação rigorosa das barreiras e facilitadores dentro de cada domínio do CIP foram determinados os PCM, facilitadores e premissas. Ademais, nessa etapa foram identificados aspectos externos que podem influenciar a implementação da EAAB, assim foi incluído aos domínios os “Fatores Contextuais”. A definição desses domínios que foram adicionados ao CIP final é apresentada no Quadro 2.

**Quadro 2** - Definição operacional de domínios adicionados ao diagrama final do Caminho de Impacto do Programa da implementação da EAAB.

Domínio	Definição operacional
Pontos Críticos para Monitoramento	São componentes da implementação que precisam ser monitorados, relacionados à execução das atividades para qualificação profissional, para certificação das UBS e para melhorar a prevalência dos indicadores de AM e AC saudável, visando maximizar a efetividade da EAAB.
Premissas	Atividades que são essenciais para a sustentabilidade da implementação.
Fatores Contextuais	São condições ou contextos externos que podem influenciar a implementação da EAAB de forma positiva.
Facilitadores	São fatores que facilitam diretamente a implementação da EAAB.

Fonte: Adaptado de BUCCINI et al., 2019a. Notas: AC - alimentação complementar; AM - aleitamento materno; EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; UBS - Unidade Básica de Saúde.

#### 4.2.5 Aspectos Éticos

Conforme os termos da resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/12, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE: 15184019.2.0000.5421, atendendo aos fundamentos éticos e científicos pertinentes. O parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa encontra-se no Anexo 1.

Foram disponibilizadas aos participantes, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para manifestarem a sua anuência à participação na pesquisa. Antes do início da coleta de dados, todos os participantes das entrevistas receberam esclarecimentos sobre a justificativa, os objetivos e os procedimentos utilizados, com o detalhamento dos métodos empregados, bem como seus riscos e benefícios. O modelo de TCLE utilizado encontra-se no Apêndice C.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 DIAGRAMA CIP INICIAL

O diagrama CIP inicial (Figura 5), foi desenhado com o objetivo de representar um resumo de cada etapa da implementação conforme descrito nos documentos analisados. O Manual de Implementação esclareceu os objetivos da EAAB, as responsabilidades de cada esfera da gestão, o perfil e atribuições dos facilitadores e dos tutores, a organização necessária para realizar as oficinas de formação de tutores e as oficinas de trabalho na UBS, bem como informou sobre o fluxo de atividades para o acompanhamento das UBS, para o monitoramento da implementação e para a certificação da UBS (BRASIL, 2018a). O Manual Instrutivo apresentou critérios para seleção das regiões, municípios e territórios prioritários para a implementação da EAAB e as etapas para a elaboração do plano municipal de implementação. A Nota Técnica Conjunta n. 02/2015 contribuiu com informações complementares sobre o processo de certificação da EAAB atualizadas para o ano de 2015 (BRASIL, 2015c, 2015d).

**Figura 5** - Diagrama CIP da implementação da EAAB versão inicial.

Link para acesso de resolução ampliada da Figura 5 em versão pdf:

[https://drive.google.com/file/d/1zAP91AQEEt9l6x\\_Gn2necHQh-gq-BH7u/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1zAP91AQEEt9l6x_Gn2necHQh-gq-BH7u/view?usp=sharing)





O diagrama CIP inicial descreve no domínio “Entradas” cinco responsabilidades do MS para dar início à implementação da EAAB: disponibilização de recursos financeiros, divulgação da EAAB, articulação com estados e áreas técnicas, disponibilização dos sistemas de monitoramento e apoio para a formação dos profissionais por meio dos facilitadores e de materiais de capacitação. O curso de EAD da EAAB foi uma ferramenta disponível para atualização dos tutores da RAB e ENPACS que desejavam ser tutores da EAAB.

No domínio “Processos” os estados, apoiados pelo MS, coordenam a implementação da EAAB em seu âmbito de atuação, o que requer que pactuem recursos financeiros e façam divulgação e articulação com as secretarias de saúde municipais das regiões prioritárias para a implementação. Os municípios selecionados precisam elaborar um plano de implementação e somente após aprovação municipal e estadual podem dar início à implementação da EAAB. Os facilitadores nacionais prestam apoio aos estados e municípios nas oficinas de formação de tutores, os estados são responsáveis por formar tutores indicados pelos municípios. É papel dos municípios pactuar e alocar recursos financeiros, promover articulações e divulgação da EAAB e selecionar UBS ou territórios prioritários para a implementação. Os municípios podem solicitar a formação de mais tutores para atuarem nas UBS conforme necessidades e indicar tutores para atuarem como facilitadores municipais, assim novos processos de formação podem ser conduzidos.

As coordenações municipais precisam prestar apoio às UBS e aos tutores na implementação. Os tutores têm a atribuição de conduzir oficinas em diferentes UBS para capacitar as equipes de profissionais das UBS de determinado território. É esperado que o tutor trabalhe apoiando as equipes, de ao menos 1 UBS, no plano de ação para promover o AM e AC saudável na rotina de trabalho, podendo fazer atividades complementares de capacitação. As atividades acompanhadas pelos tutores precisam ser registradas por eles no sistema de monitoramento da EAAB através do e-Gestor-AB, para isso, é necessário que os estados e municípios tenham prestado suporte para o uso adequado dos sistemas. Os profissionais da UBS precisam alimentar continuamente o sistema de monitoramento dos indicadores de consumo alimentar das crianças (SISVAN-WEB) e espera-se que a gerência faça uma análise crítica e dê visibilidade aos resultados dos indicadores. Os dados registrados nos sistemas são utilizados pelos municípios, estados e pelo MS para monitorar a implementação da EAAB.

O resultado esperado das atividades do domínio “Processos” é a certificação das UBS como desígnio de completude da implementação. Com o acompanhamento do tutor, as equipes da UBS desenvolvem atividades para atingir os critérios de certificação da EAAB. Os tutores e gerentes precisam acompanhar se a UBS já atingiu os critérios e ter documentos

comprobatórios das atividades para então dar início ao processo de certificação. Um fator externo à implementação da EAAB é a participação ou não da UBS na avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), na qual os tutores precisam acompanhar os formulários de autoavaliação, se houverem. Por fim, o MS é responsável por analisar os pedidos de certificação enviados pelos municípios, com o apoio dos estados. Ele define a periodicidade dos ciclos abertos para solicitar a certificação e deve fazer a divulgação sistemática dos resultados da implementação nacional da EAAB.

Os critérios definidos para se obter a certificação podem influenciar os componentes do domínio “Desfechos”, no aprimoramento das competências e habilidades das equipes da UBS no tema da promoção do AM e da AC. Equipes capacitadas podem então desenvolver ações qualificadas para promoção do AM e da AC saudável de crianças menores de 2 anos na APS, tais ações podem gerar impacto na melhoria da prevalência de AM e AC e do perfil nutricional das crianças no território.

## 5.2 CONTRIBUIÇÕES DAS ENTREVISTAS

As participantes das entrevistas contribuíram com informações detalhadas a respeito de como tem sido o processo de implementação da EAAB nos diferentes contextos de gestão. Foi possível definir a partir da análise dos dados os PCM, facilitadores, premissas e fatores contextuais que impactam a qualidade da implementação em diferentes níveis de gestão. A partir dessa fase foi realizada uma revisão de cada componente do diagrama CIP e feito o polimento com o objetivo de deixar o diagrama fluído e com a representação do caminho de impacto da EAAB em sua dinamicidade.

### 5.2.1 Pontos Críticos para Monitoramento, Facilitadores e Premissas na Implementação da EAAB.

Como o diagrama CIP apresenta diversas etapas descrevendo o caminho da implementação da EAAB, optou-se por agrupar as informações de algumas etapas para determinar os

componentes principais de cada domínio do processo de implementação e aprofundar a compreensão desses componentes. Os Quadros 3 a 7, organizados segundo os domínios, apresentam as definições de cada componente, os facilitadores, identifica os componentes com pontos críticos no processo de implementação (PCM) e aqueles definidos como premissas para a sustentabilidade da implementação.

Foram identificados 17 PCM, os quais são componentes da implementação que precisam ser monitorados, relacionados à execução das atividades para qualificação profissional, para certificação das UBS e para melhorar a prevalência dos indicadores de AM e AC saudável, visando maximizar a efetividade da EAAB:

- Dez no domínio “Processos”: Articulação regional pelos estados; Monitoramento da implementação pela coordenação estadual; Coordenação da EAAB no nível municipal; Seleção de tutores pelos municípios; Apoio às UBS pela coordenação municipal para a consecução da EAAB; Apoio do tutor as equipes das UBS; Monitoramento da implementação nas UBS pela coordenação municipal; Operacionalização do sistema de monitoramento da implementação; Operacionalização dos sistemas de monitoramento dos indicadores de alimentação infantil; Acompanhamento, monitoramento e avaliação da EAAB pelo MS;
- Cinco no domínio “Saídas”: Critério “Participação de pelo menos 85% das equipes da UBS nas oficinas desenvolvidas”; Critério “Desenvolvimento de ações sistemáticas individuais ou coletivas para promoção do AM e AC saudável”; Critério “Cumprimento de pelo menos 1 ação de incentivo do AM e 1 de AC saudável pactuadas no plano de ação”; Critério “Monitoramento dos índices de AM e AC pelo sistema vigente”; Processo de certificação das UBS;
- Um, no domínio “Desfechos”: Qualificação das ações de promoção do AM e da AC saudável nas UBS;
- e um, no domínio “Impactos”: Melhora da prevalência do AM e da AC saudável em crianças menores de 2 anos e do perfil nutricional das crianças.

Foi possível observar que nos diferentes domínios do CIP da EAAB os PCM se destacaram dentro de seis temas: 1) Operacionalização dos sistemas de monitoramento da implementação e de monitoramento dos indicadores de alimentação infantil; 2) Organização da coordenação da EAAB nos estados e municípios; 3) Seleção e atuação dos tutores da EAAB; 4) Monitoramento da implementação da EAAB; 5) Cumprimento dos critérios e processo de certificação das UBS; 6) Qualificação das ações nas UBS.

### 1) Operacionalização dos sistemas de monitoramento da implementação e de monitoramento dos indicadores de alimentação infantil.

Apesar de o sistema de monitoramento da EAAB permitir monitorar o número de oficinas de formação de tutores e as UBS que estão realizando as oficinas de trabalho, como apresentado no Quadro 4, componente 18, segundo as entrevistas, ele não tem sido uma ferramenta prática para o monitoramento e certificação da EAAB. A falta de manutenção desse sistema e do SISVAN-WEB, uma premissa para a sustentabilidade da implementação (Quadro 3, componente 4), tem causado instabilidades para a inserção dos dados e para o processo de análise dos pedidos de certificação pelo MS. As informações inseridas no sistema de monitoramento oferecem pouco detalhamento sobre as características das ações para promoção do AM e da AC desenvolvidas na UBS e há baixa cobertura dos dados de consumo alimentar das crianças menores de 2 anos pelo sistema de monitoramento dos indicadores de alimentação infantil.

As entrevistadas nos municípios reportaram que houve falta de orientação sobre como utilizar os sistemas e que a baixa cobertura dos indicadores do consumo alimentar poderia estar relacionada à falta de registro regular no SISVAN-WEB (Quadro 4 componente 19), resultando em dados de monitoramento de baixa qualidade. Foi sugerido que o sistema de monitoramento da EAAB deveria incluir perfil de acesso para as equipes de profissionais da UBS, permitindo que esses profissionais façam o automonitoramento do impacto das ações desenvolvidas no aumento da proporção de AM e AC na comunidade.

**Quadro 3** - Descrição dos componentes da implementação da EAAB e pontos críticos para monitoramento identificados no domínio “Entradas”.

Nível de Gestão	Componentes da Implementação	Definição	PCM
FEDERAL	1. Alocação de recursos.	<p>É necessário ter recursos financeiros suficientes, alocados pelo nível federal, especificamente para a implementação da EAAB.</p> <p><b>Facilitador:</b> Repasse dos recursos federais para estados e municípios através do programa FAN e estabelecimento de parceria com organização não governamental para a execução das oficinas de formação de tutores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Componente definido como premissa para sustentabilidade da implementação.</b></li> </ul> <p>Continua...</p>	

	2. Articulação intrasetorial e interfederativa.	O MS faz pactuações com os estados e municípios para organizar a implementação da EAAB.  <b>Facilitador:</b> Quando áreas técnicas da saúde da criança e da alimentação e nutrição se articulam para implementar a EAAB em conjunto.	
	3. Formação de facilitadores e disponibilização de materiais de apoio para as oficinas.	MS disponibiliza o manual de implementação da EAAB, implementa o curso de Ensino à Distância da EAAB, e outros materiais de apoio, e faz a formação de facilitadores nacionais.	
	4. Disponibilização dos sistemas de monitoramento da implementação e de monitoramento dos indicadores de alimentação infantil.	O MS disponibiliza os sistemas nacionais de monitoramento dos indicadores de alimentação infantil e do monitoramento da implementação EAAB e é responsável pela sua manutenção periódica e divulgação.  ● <b>Componente definido como premissa para sustentabilidade da implementação.</b>	

Fonte: Elaborado pela autora com dados obtidos de entrevistas e das referências BRASIL, 2015b, 2015c, 2015d. Notas: EAAB - Estratégia Alimentação e Alimentação Brasil; FAN - Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição; MS - Ministério da Saúde; PCM - Pontos Críticos para Monitoramento.

## 2) Organização da coordenação da EAAB nos estados e municípios.

Relatos das entrevistadas apontam que a falta de articulação entre as áreas técnicas da Atenção Básica, da Alimentação e Nutrição, e Saúde da Criança (Quadro 4, componente 4) pode resultar em lentidão na organização do plano de implementação da EAAB e informaram que em alguns cenários os tutores desistiram da sua atuação porque não houve clara comunicação entre a gestão estadual e municipal para organizar o plano municipal de implementação da EAAB e os tutores ficavam sem apoio nos municípios.

Segundo as falas das coordenadoras da EAAB nos municípios envolvidos, não houve a formalização de um coordenador da EAAB, como é orientado no Manual Instrutivo, mas a coordenação foi assumida por iniciativa das profissionais. É possível considerar pelas falas que nos dois municípios houve grande interesse na proposta da EAAB pelas coordenadoras entrevistadas e que as mesmas tinham formação prévia em conteúdo específico sobre AM e educação permanente. Essa experiência em temas da saúde infantil pode ter favorecido sua sensibilização para assumir a coordenação da EAAB, como apresentado no Quadro 4, componente 9, o que levou ao sucesso da implementação durante sua atuação, porém como a EAAB não foi institucionalizada como política nos municípios, não é garantido que a implementação terá continuidade com as mudanças na gestão municipal.

### 3) Seleção e atuação dos tutores da EAAB.

Segundo as entrevistas a efetividade dos componentes que envolvem a seleção e atuação dos tutores são dependentes da existência de uma coordenação municipal fortalecida (Quadro 4 componentes 13, 14, 16). As participantes relataram que no processo de seleção as principais dificuldades estão em identificar profissionais com perfil adequado e com disponibilidade de horário. Alguns desafios citados para manter a atuação dos tutores a longo termo foram: sobreposição de funções, conflito de metas e ter que prestar apoio em mais de uma UBS.

As coordenadoras municipais da EAAB ressaltam que seria interessante dispor de recursos financeiros para oferecer pró-labore pela atuação dos tutores, e que poderia incentivá-los com certificado das atividades para o plano de cargos e salários, visando diminuir as desistências. Os tutores têm dificuldades para realizar as atividades de capacitação com os profissionais das equipes que atuam na UBS, principalmente devido à pouca disponibilidade para participar do treinamento de até 4 horas e a alta rotatividade exige renovação da capacitação. Segundo a análise das falas, não há um consenso se é factível a atuação dos tutores em diferentes UBS, mas foi relatado pela tutora entrevistada que é difícil prestar apoio a outra UBS além daquela em que é vinculada. No contexto narrado, a atuação da tutora em apenas uma UBS foi melhor para o acompanhamento periódico das equipes e para conciliar a agenda de discussão do processo de trabalho.

**Quadro 4** - Descrição dos componentes da implementação da EAAB e pontos críticos para monitoramento identificados no domínio “Processos”.

Nível de Gestão	Componentes da Implementação	Definição	PCM
ESTADUAL	1. Coordenação da EAAB no nível estadual.	Um gestor da SES desempenha o papel de coordenador da implementação da EAAB nos estados.	
	2. Pactuação e alocação de recursos pelos estados.	É necessário ter recursos financeiros suficientes e específicos para a implementação da EAAB.  <b>Facilitador:</b> Uso dos recursos do FAN. <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Componente definido como premissa para sustentabilidade da implementação.</b></li> </ul>	
	3. Divulgação da EAAB pelos estados.	Realização de eventos programados para divulgação e troca de experiências da implementação da EAAB junto aos municípios.  Continua...	

	4. Articulação regional pelos estados.	Estados selecionam regiões/ municípios prioritários para a implementação e capilaridade da EAAB conforme diagnóstico da situação nutricional e alimentar das crianças menores de 2 anos de idade.	X
	5. Formação de tutores pelos estados.	Os estados são responsáveis por formar os profissionais selecionados pelos municípios e por organizar a infraestrutura, recursos humanos e materiais para realização das oficinas de 32 horas.	
	6. Indicação de facilitadores estaduais conforme critérios.	Estados indicam alguns profissionais que são tutores para atuarem como facilitadores.  <b>Facilitador:</b> Coordenação libera carga horária e transporte para os profissionais atuarem na EAAB.	
	7. Mediação das oficinas de formação pelos facilitadores.	Os facilitadores nacionais e estaduais apoiam a organização e condução das oficinas de formação de tutores nas regiões/municípios.  <b>Facilitador:</b> Experiência profissional dos facilitadores nas áreas de AM e AC.	
	8. Monitoramento da implementação pela coordenação estadual.	A Coordenação realiza o monitoramento da implementação da EAAB e da atuação do tutor através de reuniões, eventos, relatórios, via sistema e outras tecnologias disponíveis.  <b>Facilitador:</b> Realização de reuniões periódicas e seminários.	X
MUNICIPAL	9. Coordenação da EAAB no nível municipal.	Municípios elaboram um Plano de Implementação da EAAB e um gestor da SMS é definido como coordenador da implementação da EAAB no município.  <b>Facilitador:</b> Profissional coordenador indicado é envolvido com áreas como: Educação Permanente, Alimentação e Nutrição, AM ou implementação da RAB e ENPACS.	X
	10. Pactuação e alocação de recursos pelos municípios.	É necessário ter recursos financeiros suficientes e específicos para a implementação da EAAB.  <b>Facilitador:</b> Utilização dos recursos do FAN e produção de relatórios com resultados da EAAB para justificar a alocação de novos recursos.  ● <b>Componente definido como premissa para sustentabilidade da implementação.</b>	
	11. Divulgação da EAAB pelos municípios.	A Coordenação divulga e fortalece a EAAB por meio da criação de comitês municipais e de eventos.  Continua...	

		<b>Facilitador:</b> Divulgação em eventos da Semana da Amamentação e congressos científicos.	
	12. Articulação intrasetorial e intersetorial pelos municípios.	Município define territórios/ UBS prioritários para a implementação pelo diagnóstico da situação nutricional e alimentar das crianças menores de 2 anos. Também faz articulações intersetoriais para ampliar a área de capacitação de profissionais.  <b>Facilitador:</b> Articulação intersetorial com educação e serviço social amplia território para capacitação e impacto.	
	13. Seleção de tutores pelos municípios.	Coordenação seleciona profissionais com perfil para serem tutores da EAAB e define a necessidade de realizar mais oficinas de formação de tutores. Cada tutor precisa apoiar ao menos uma UBS.	X
	14. Apoio às UBS pela coordenação municipal para a consecução da EAAB.	O coordenador municipal deve estabelecer no plano de implementação uma organização do trabalho dos tutores para que eles possam apoiar as UBS.  <b>Facilitador:</b> Fornecer certificado das atividades do tutor para plano de cargos e salários.	X
	15. Realização das oficinas de trabalho nas UBS pelo tutor.	É necessária uma organização da infraestrutura, recursos humanos e materiais para os tutores fazerem oficinas na UBS. A realização requer disponibilidade da carga horária da equipe da UBS para participar das atividades.	
	16. Apoio do tutor às equipes das UBS.	Tutor e equipe precisam criar um cronograma de acompanhamento e de atividades complementares. O apoio do tutor requer disponibilidade de sua carga horária de trabalho para desempenhar atividades de apoio às equipes da UBS.  <b>Facilitador:</b> Tutor presta apoio e acompanhamento na UBS em que está vinculado e utiliza o Manual de Apoio ao Tutor para sua atuação.	X
	17. Monitoramento da implementação nas UBS pela coordenação municipal.	A Coordenação realiza o monitoramento da implementação da EAAB através de reuniões com os tutores, eventos, relatórios e outras ferramentas disponíveis.  <b>Facilitador:</b> Utilizar ficha de monitoramento.	X
ESTADUAL E MUNICIPAL	18. Operacionalização do sistema de monitoramento da implementação.	Os tutores devem inserir informações no sistema de monitoramento da EAAB, através do e-Gestor-AB, sobre o plano de ação de incentivo do AM e AC na UBS e sobre a participação das equipes da UBS nas oficinas. As coordenações municipais e estaduais devem fornecer apoio técnico para o uso do sistema. Continua...	X



		O tutor deve descrever no FORMSUS as ações de promoção do AM e AC realizadas pela equipe na UBS.	
	19. Operacionalização dos sistemas de monitoramento dos indicadores de alimentação infantil.	Os profissionais das equipes da UBS precisam preencher no sistema vigente (SISVAN-WEB) os dados sobre os indicadores do consumo alimentar das crianças. As coordenações municipais e estaduais devem fornecer apoio técnico para o uso dos sistemas.	X
FEDERAL	20. Acompanhamento, monitoramento e avaliação da EAAB pelo MS.	O MS tem a responsabilidade de monitorar e avaliar sistematicamente a implementação da EAAB.  <b>Facilitador:</b> Monitoramento através de pesquisas nacionais de ouvidoria com facilitadores e tutores da EAAB.	X
	21. Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações da EAAB pelo MS.	O MS tem a responsabilidade de divulgar os resultados de sua avaliação da implementação da EAAB.  • <b>Componente definido como premissa para sustentabilidade da implementação.</b>	

Fonte: Elaborado pela autora com dados obtidos de entrevistas e das referências BRASIL, 2015b, 2015c, 2015d. Notas: AC - Alimentação Complementar; AM - Aleitamento Materno; EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; ENPACS - Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável; FAN - Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição; MS - Ministério da Saúde; PCM - Pontos Críticos para Monitoramento; RAB - Rede Amamenta Brasil; SES - Secretaria Estadual de Saúde; SMS - Secretaria Municipal de Saúde; UBS - Unidade Básica de Saúde.

#### 4) Monitoramento da implementação da EAAB.

Foi citado pelas coordenações municipais que falta um *feedback* do MS sobre o monitoramento nacional, o que desestimula o empenho das coordenações locais. O que tem sido divulgado pelo MS sobre a implementação da EAAB são os números de tutores e equipes da UBS capacitados, o que possibilita identificar a cobertura da EAAB nos municípios e estados (Quadro 4, componente 20). As gestoras do MS informaram que não há um plano de monitoramento das UBS após receberem as certificações. Em contrapartida, o MS investiu na realização de oficinas de escuta com facilitadores e tutores da EAAB para discutir aspectos a melhorar na implementação ao observar os resultados no baixo número de UBS certificadas. Do mesmo modo, as coordenações estaduais e municipais apontaram que a realização de reuniões periódicas com os tutores da EAAB é uma ferramenta para acompanhar as ações desenvolvidas e para prestar apoio à atuação dos tutores, embora tenham dificuldades para contar com a participação dos tutores devido à pouca disponibilidade de horário (Quadro 4, componentes 8,17).

Foi sugerido que a utilização de uma ficha de monitoramento da EAAB, como era realizada na RAB, seria um facilitador para deixar o monitoramento mais prático e padronizado nos municípios. Outras sugestões de monitoramento e revisão praticadas pelas coordenações municipais e estaduais foram o desenvolvimento de seminários anuais com as UBS para discutir experiências da implementação da EAAB, acompanhamento via aplicativos como o *WhatsApp* e registro em livro ata das atividades desenvolvidas na UBS no plano de ação da EAAB. Em paralelo, foi verificado que o sistema de monitoramento da EAAB não tem sido uma ferramenta utilizada pelas coordenações para acompanhar a atuação dos tutores ou a implementação das ações.

### **5) Cumprimento dos critérios e processo de certificação das UBS.**

Foi verificado que quatro critérios de certificação são PCM na EAAB: 1) Participação de pelo menos 85% das equipes da UBS nas oficinas desenvolvidas; 2) Desenvolvimento de ações sistemáticas individuais ou coletivas para promoção do AM e AC saudável; 3) Cumprimento de pelo menos 1 ação de incentivo do AM e 1 de AC saudável pactuadas no plano de ação; 4) Monitoramento dos índices de AM e AC pelo sistema vigente (Quadro 5, componentes 1,2,3). Devido à demanda de trabalho é difícil para as UBS conseguirem a participação de 85% da equipe em uma oficina, sendo necessária a realização por etapas, ademais a alta rotatividade dos profissionais requer renovação do treinamento, sendo que muitas vezes no momento de solicitar a certificação, dificilmente 85% da equipe participou da oficina.

Foi citado ser necessário um papel ativo das coordenações municipais no monitoramento das ações, pois elas tendem a acontecer de forma pontual nas UBS, principalmente quando há pouco acompanhamento do tutor. Segundo uma perspectiva no nível da UBS, captada pelas falas da tutora, uma forma de garantir o cumprimento das ações de promoção do AM e AC na UBS é fortalecer os grupos e atividades já existentes e contar com o apoio da equipe de enfermagem e da gerência da UBS. Em relação ao monitoramento, em algumas UBS ainda não existe um sistema informatizado ou acesso à internet, além disso, as equipes sentem dificuldades para preencher os dados nas fichas de monitoramento dos indicadores de consumo alimentar, resultando em baixa cobertura do monitoramento do AM e AC via sistema.

Foi citado por uma das coordenadoras municipais que o seu apoio para incentivar o tutor no processo de certificação das UBS foi fundamental, pois, quando não havia esse estímulo, os tutores e gerentes não faziam o acompanhamento para saber se as UBS estavam aptas para

solicitar a certificação e havia pouca organização dos documentos comprobatórios das atividades realizadas. As entrevistadas também enfatizaram que a solicitação da certificação precisa ser mais simples e efetiva e sugeriram uma integração das informações nos sistemas e-GESTOR e SISVAN-WEB, assim não seria preciso utilizar um terceiro sistema, o FORMSUS, para o pedido e envio de documentos comprobatórios das ações (Quadro 4, componente 6). A etapa de análise dos pedidos de certificação é centralizada no MS e enfrenta desafios com a instabilidade e falta de integração nos três sistemas envolvidos no processo, esses fatores resultam em demora para concluir a análise dos pedidos.

**Quadro 5** - Descrição dos componentes da implementação da EAAB e pontos críticos para monitoramento identificados no domínio “Saídas”.

Nível de Gestão	Componentes da Implementação	Definição	PCM
MUNICIPAL / UBS	1. Critério: Participação de pelo menos 85% das equipes da UBS nas oficinas desenvolvidas.	Os profissionais das equipes da UBS precisam participar das oficinas de trabalho da EAAB, devendo atingir no mínimo 85% do total da equipe/UBS. O tutor fica responsável por inserir no sistema de monitoramento da EAAB o número de profissionais participantes.	X
	2. Critério: Desenvolvimento de ações sistemáticas individuais ou coletivas para promoção do AM e AC saudável. & Critério: Cumprimento de pelo menos 1 ação de incentivo do AM e 1 de AC saudável pactuadas no plano de ação.	As equipes da UBS têm a responsabilidade de desenvolver ações individuais ou coletivas para promoção do AM e da AC saudável, e cumprir ao menos uma ação do plano de ação, devendo fazer o registro através de fotos, listas de presença, entre outros documentos para serem inseridos no FORMSUS pelo tutor.  <b>Facilitador:</b> Envolver os enfermeiros e o gerente da UBS na organização das ações e valorizar ações efetivas já desenvolvidas na UBS.	X
	3. Critério: Monitoramento dos índices de AM e AC pelo sistema vigente.	Os profissionais das equipes da UBS precisam preencher no sistema vigente (SISVAN-WEB) os dados sobre os indicadores do consumo alimentar das crianças (AME em menores de 6 meses e AC dos 6 aos 24 meses). O tutor confirma no FORMSUS que o monitoramento está sendo realizado.	X
	4. Critério: Disponibilização de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança para detectar problemas relacionados ao AM e à AC.	As equipes da UBS precisam organizar o cuidado à saúde da criança através de um instrumento documentado (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro).  Continua...	

		Os documentos comprobatórios devem ser inseridos no sistema FORMSUS pelo tutor.	
	5. Critério: Cumprimento da NBCAL e Lei 11.265/2006 e não distribuição de “substitutos” do leite materno na UBS.	As equipes da UBS precisam cumprir a NBCAL e Lei 11.265/06, além de não fazer distribuição de leites ou fórmulas infantis na UBS, salvo exceções estabelecidas por Lei, Portaria ou Decreto. O tutor deve inserir no sistema FORMSUS um ofício assinado e carimbado pelo gerente da UBS informando o cumprimento.	
MUNICIPAL /UBS/ ESTADUAL/ FEDERAL	6. Processo de certificação das UBS.	O tutor e gerente da UBS precisam acompanhar se a UBS já atingiu os critérios para solicitar a certificação, então devem organizar os documentos comprobatórios das ações e fazer a solicitação via sistema e ofícios. A coordenação municipal é responsável por encaminhar ofícios para o estado e o MS. O MS avalia os pedidos via sistemas e faz a certificação das UBS, que receberão uma placa alusiva à certificação.  <b>Facilitador:</b> Apoio e incentivo a UBS pela coordenação municipal nesse processo.	<b>X</b>

Fonte: Elaborado pela autora com dados obtidos de entrevistas e das referências BRASIL, 2015b, 2015c, 2015d. Notas: AC - Alimentação Complementar; AM - Aleitamento Materno; AME - Aleitamento Materno Exclusivo; EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; MS - Ministério da Saúde; NBCAL - Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras; UBS - Unidade Básica de Saúde.

## 6) Qualificação das ações nas UBS.

A qualificação das ações de promoção do AM e da AC saudável na UBS é um resultado conectado ao aprimoramento das competências e habilidades dos profissionais das UBS (Quadro 6, componente 2). Esses desfechos são esperados a partir das atividades de acompanhamento do tutor na UBS e do desenvolvimento de atividades para cumprir os critérios de certificação pelas equipes das UBS. Foi observada nas reflexões das entrevistas a relação da importância do apoio do tutor às UBS com os desfechos no aprimoramento profissional e qualificação das ações nas UBS. Foi citado na entrevista de um município que o uso do Manual de Apoio ao Tutor foi importante para a melhoria da qualidade da atuação dos tutores, e que as metodologias ativas utilizadas nas oficinas nas UBS são ferramentas ricas para a construção da educação permanente no processo de trabalho das equipes da UBS. As coordenadoras estaduais e municipais da EAAB informaram que, apesar de as dificuldades para fazer a capacitação das equipes, após a implementação da EAAB as ações da primeira infância na UBS foram ampliadas e passaram a incluir o tema da AC, a qual antes eram

focadas somente na promoção do AM, embora não souberam informar quais intervenções que têm sido realizadas nas UBS e seu impacto.

**Quadro 6** - Descrição dos componentes da implementação da EAAB e pontos críticos para monitoramento identificados no domínio “Desfechos”.

Nível de Gestão	Componentes da Implementação	Definição	PCM
MUNICIPAL / UBS	1. Aprimoramento das competências e habilidades dos profissionais de saúde da UBS.	A partir da discussão do processo de trabalho nas oficinas e do desenvolvimento de atividades para cumprir os critérios de certificação, espera-se que as equipes da UBS aprimorem suas competências e habilidades para promoção do AM e da AC nas atividades de rotina das UBS.	
	2. Qualificação das ações de promoção do AM e da AC saudável nas UBS.	A partir da capacitação nas oficinas e atividades complementares, espera-se que as equipes da UBS desenvolvam ações qualificadas e efetivas para a promoção do AM e AC na UBS.  <b>Facilitador:</b> Realizar renovação periódica do treinamento das equipes da UBS.	X

Fonte: Elaborado pela autora com dados obtidos de entrevistas e das referências BRASIL, 2015b, 2015c, 2015d. Notas: AC - Alimentação Complementar; AM - Aleitamento Materno; PCM - Pontos Críticos para Monitoramento; UBS - Unidade Básica de Saúde.

**Quadro 7** - Descrição dos componentes da implementação da EAAB e pontos críticos para monitoramento identificados no domínio “Impactos”.

Nível de Gestão	Componentes da Implementação	Definição	PCM
MUNICIPAL / UBS	Melhora da prevalência do AM e AC saudável em crianças menores de 2 anos.	Espera-se que as ações da EAAB influenciem no aumento da prevalência do AM e das práticas saudáveis de AC. Para acompanhar a evolução é necessária uma análise sistemática dos indicadores no país. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>A avaliação desse componente foi definida como premissa para sustentabilidade da implementação.</b></li> </ul>	
	Melhora no perfil nutricional das crianças e na mortalidade infantil.	Espera-se que a melhora na prevalência do AM e das práticas saudáveis de AC impactem o perfil nutricional das crianças e a mortalidade infantil. É importante a priorização da implementação da EAAB em áreas de maior vulnerabilidade para a saúde da criança.	

Fonte: Elaborado pela autora com dados obtidos de entrevistas e das referências BRASIL, 2015b, 2015c, 2015d. Notas: AC - Alimentação Complementar; AM - Aleitamento Materno; EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; PCM - Pontos Críticos para Monitoramento.

Alguns componentes foram considerados Premissas, pois são atividades com função essencial para a sustentabilidade da implementação, destacando-se em três aspectos:

- A. Financiamento específico para a implementação da EAAB na gestão Federal, Estadual e Municipal;
- B. Disponibilização dos sistemas de monitoramento da EAAB e de monitoramento dos indicadores de alimentação infantil pelo MS; apoio técnico para manutenção dos sistemas.
- C. Avaliação e divulgação Federal dos resultados da implementação da EAAB e seu impacto na melhora da prevalência dos indicadores de AM e AC saudável.

Em relação a pactuação e alocação de recursos financeiros, o recurso repassado pelo MS para o programa de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN) tenha sido uma forma de os estados e municípios alocarem fundos para a implementação da EAAB, apresentado no Quadro 3 componente 1 e Quadro 4 componentes 2 e 10 como Facilitadores, no entanto, esses recursos são limitados, sendo insuficientes para subsidiar, por exemplo, os materiais para oficinas de formação e transporte para os profissionais. Segundo os atores-chave não existe uma previsão orçamentária no plano de implementação da EAAB, assim não há repasse de recursos federais para os estados e municípios específicos para a implementação da EAAB. As coordenações estaduais e municipais ficam responsáveis por viabilizar recursos através das secretarias de saúde de sua área de abrangência. No nível federal se identificou escassez de recursos para algumas ações, como, por exemplo, para a produção das placas de certificação das UBS. Entende-se que o planejamento de recursos específicos para a EAAB poderia impactar a sustentabilidade da implementação.

Um fator facilitador para promover o financiamento da EAAB foi verificado em um exemplo no nível municipal: a coordenação desempenhou um papel ativo na elaboração de relatórios com metas e resultados da implementação da EAAB, assim havia um instrumento para que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) estivesse ciente das ações desenvolvidas e aprovasse a continuidade da alocação de recursos do FAN para a EAAB, promovendo a sustentabilidade das atividades no município.

A premissa sobre a disponibilização e manutenção dos sistemas de monitoramento (Quadro 3, componente 4), faz conexão com diversas etapas da implementação, ou seja, os sistemas de informação são essenciais para o monitoramento adequado do processo de formação e atuação dos profissionais, das ações desenvolvidas nas UBS e do impacto nos indicadores de AM e

AC. Todos esses dados são importantes para justificar o financiamento e consequente sustentabilidade da implementação da EAAB, como citado no exemplo acima.

Além da disponibilização de sistemas efetivos para monitorar a implementação da EAAB, foi considerada uma última premissa a avaliação e divulgação periódica do impacto das ações da EAAB na evolução da prevalência dos indicadores de AM e AC (Quadro 7, componente 1). Ficou evidente nas entrevistas que não há um plano para essa avaliação pelo MS e que apesar das coordenações desenvolverem diversas estratégias de monitoramento, nos três níveis de gestão houve pouco conhecimento sobre as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde nas UBS e sobre seu efeito no conhecimento das mães e cuidadores sobre como amamentar e oferecer uma alimentação saudável para as crianças.

### 5.2.2 Fatores Contextuais na Implementação da EAAB.

A partir das entrevistas, observou-se três Fatores Contextuais que podem influenciar os processos da implementação da EAAB de forma positiva, relacionados à vigência de políticas intersetoriais em prol da infância, existência prévia de programas de AM nos municípios e à realização de pesquisas científicas:

**1) Vigência de políticas intersetoriais em prol da primeira infância nas três esferas da gestão:** foi citado pelas gestoras dos três níveis de governo a importância da existência de políticas em prol da primeira infância e da articulação entre políticas da educação, da agricultura e da assistência social para promover, por exemplo, a alimentação adequada nas creches e o incentivo à continuidade do AM, para estimular a produção de alimentos saudáveis e para proteger as crianças da exposição precoce a alimentos não saudáveis e aos substitutos do leite materno. Em um dos municípios, a coordenação da EAAB investiu na parceria com a Secretaria Municipal de Educação (SME) para capacitar as nutricionistas dos Centros de Educação Infantil (CEI), oferecendo vagas para formação de tutores na EAAB e depois realizando atividades de capacitação nos CEI ou convidando os profissionais para participarem das oficinas nas UBS. Foi relatado que com essas articulações houve melhora na qualidade dos cardápios dos CEI, incentivo às mães a continuarem amamentando ou oferecer o leite retirado e foi criado um espaço dentro dos CEI para as mães amamentarem.

**2) Vigência de políticas e programas setoriais de apoio ao aleitamento materno:** dois exemplos exitosos do papel apoiador das políticas e programas setoriais da saúde para a

implementação da EAAB foram citadas pelas entrevistadas. No nível estadual houve a institucionalização de uma política de AM por meio da publicação de uma lei em 2014 e, dessa forma, o governo tem o dever de promover na APS, ações para promoção, proteção e apoio ao AM e AC saudável. Essa determinação foi citada como um facilitador para aumentar a adesão dos gestores municipais à EAAB e incluir as ações para promoção do AM e AC no plano estratégico para redução da mortalidade infantil, ademais a certificação das unidades também fazia parte do plano de ação da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Da mesma forma, foi relatada a experiência de um programa municipal que fortaleceu as ações de apoio ao AM nos serviços de saúde, nele todas as mães quando recebem alta nas maternidades públicas têm as consultas da primeira semana de vida do bebê automaticamente agendadas na UBS de seu território, o que facilita o contato das mães com as equipes das UBS para receberem apoio nesse momento crítico para o AM.

**3) Desenvolvimento de pesquisas científicas com o tema do aleitamento materno e alimentação complementar e da análise de implementação:** um aspecto favorável para a implementação e monitoramento da EAAB em um dos municípios foi a participação em uma pesquisa que analisou os efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no cumprimento dos critérios de certificação da EAAB e nos indicadores de AME e de diversidade e adequação da AC em crianças menores de um ano. Segundo a profissional que atuava na coordenação da EAAB no município, a condução da pesquisa apoiou a atuação dos tutores e promoveu mudanças no processo de trabalho das equipes de profissionais da UBS, além de possibilitar o monitoramento do impacto da EAAB nas práticas alimentares das crianças. Também foi reconhecido pela gestora a importância de utilizar as evidências científicas como uma ferramenta de sensibilização dos gestores das UBS, informando sobre o baixo custo das ações de promoção do AM e o seu grande impacto no desenvolvimento das crianças.

Alguns aspectos dos Fatores Contextuais mostram que a articulação da EAAB com projetos externos são contextos ainda não previstos no manual de implementação da EAAB, mas que têm potencial para fortalecer a implementação da EAAB.



### 5.3 DIAGRAMA CIP FINAL: POLIMENTO

A partir das análises das barreiras e facilitadores, e identificação dos PCM, facilitadores, premissas e fatores contextuais, algumas etapas do diagrama CIP sofreram adaptações no processo de polimento.

- As etapas sobre a articulação entre as diferentes esferas nos níveis, federal, estadual e municipal foram revisadas, pois, as informações das entrevistas permitiram compreender características da articulação que acontece em cada nível de governo (interfederativa, regional, intrasetorial, intersetorial).
- A etapa “Divulgação da EAAB pelo MS” foi removida do diagrama pelo entendimento de que estava intrínseca ao componente da articulação intrasetorial e interfederativa. A divulgação aconteceu através do processo de articulação nas áreas técnicas do MS para pactuar a formação dos facilitadores nacionais e com os estados para dar início à implementação da EAAB;
- Outra etapa removida do diagrama inicial foi “Estados fornecem apoio para oficinas nos municípios”. Notou-se, a partir da análise das entrevistas, que o apoio dos estados acontece por meio das etapas de atuação dos facilitadores estaduais e da orientação da coordenação estadual para o uso dos sistemas de monitoramento.
- Uma informação adicionada à etapa “Estados formam tutores em seus municípios conforme critérios” foi sobre a realização da formação em regionais de saúde, uma configuração citada pelos atores para expandir a implementação da EAAB em grandes estados como SP.
- Alguns processos da implementação recomendados nos manuais da EAAB estavam sendo executados parcialmente ou não aconteciam, assim a etapa “Municípios elaboram plano de implementação e encaminham para aprovação da SMS/SES/Conselho” foi adaptada, enquanto outras quatro etapas foram removidas do diagrama por não estarem sendo parte do processo de implementação da EAAB: “Plano de implementação municipal aprovado é submetido ao MS/SES”; “Indicam facilitadores municipais conforme critérios”, “Incorporação dos tutores formados na RAB e na ENPACS” e “Tutores acompanham os formulários de autoavaliação e a realização da avaliação externa quando a equipe faz parte do PMAQ-AB”. Os motivos das adaptações no CIP em relação à essas etapas foram:

- O Manual Instrutivo para o Plano de Implantação da EAAB descreve que o plano de implementação municipal precisa ser aprovado pelo Secretário Municipal /Estadual de Saúde e/ou Conselho de Saúde e então deve ser submetido ao MS/SES. Foi identificado falhas na organização do plano de implementação e que a etapa de submissão para aprovação não acontece.
- Não foi identificado nas entrevistas que exista a indicação de facilitadores municipais, como detalhado no manual de implementação da EAAB, somente há indicação de facilitadores estaduais e esses apoiam as oficinas de formação estaduais e regionais, com os facilitadores nacionais, quando necessário.
- No momento da pesquisa o curso de EAD da EAAB era disponibilizado pelo MS, mas não estava sendo divulgado e utilizado no processo de implementação da EAAB e não houve um acompanhamento da incorporação dos tutores formados na RAB e na ENPACS. Os gestores estaduais e municipais relataram pouca utilização do curso e citaram que muitos tutores desconhecem essa ferramenta para apoiar a implementação da EAAB. Notou-se que as coordenações não veem dentro de suas atribuições o dever de incentivar a adesão dos profissionais da saúde ao curso.
- O Manual de Implementação da EAAB dá orientações adicionais para as UBS que fazem parte do PMAQ-AB acompanharem os formulários de autoavaliação e avaliação externa. Entretanto, no momento da pesquisa não estavam ocorrendo novos ciclos de avaliação do programa e o processo de solicitação da certificação na EAAB seguia datas estipuladas pelo MS, sem vínculo com as atividades do PMAQ-AB.
- Algumas etapas foram consideradas além das fronteiras da implementação da EAAB: “Profissionais da UBS alimentam continuamente o SISVAN-WEB com dados dos indicadores de alimentação infantil” e “Equipe e gerência da UBS analisam criticamente os indicadores e dão-lhes visibilidade”. Os profissionais da UBS podem ou não alimentar continuamente o sistema e não é regra que a gerência da UBS irá fazer uma análise crítica e divulgar os resultados, apesar desses dados serem importantes no monitoramento e acompanhamento da implementação pelos municípios, estados e pelo MS.
- Os componentes dos critérios de certificação foram reorganizados no diagrama final, não ficando mais na ordem apresentada no Manual de Implementação, mas passou a

representar a sequência em que essas atividades tendem a ocorrer na implementação no contexto local.

- Foi considerado pelos atores que as equipes da UBS precisam de apoio para utilizarem os sistemas de monitoramento dos indicadores de alimentação infantil, assim uma seta foi ligada entre as etapas “Municípios orientam o uso dos sistemas de monitoramento” e “Profissionais da UBS alimentam continuamente o SISVAN-WEB com dados dos indicadores da alimentação infantil”
- Foi observada nas reflexões das entrevistas, relação direta da etapa “Tutor realiza oficinas complementares de acordo com necessidades das equipes da UBS” com os desfechos no aprimoramento profissional e qualificação das ações nas UBS. Assim, uma nova seta passou a conectar esses dois pontos do diagrama.
- Foi possível compreender que o monitoramento pelos estados e municípios gera informações para a gestão federal determinar os recursos orçamentários para a ampliação da implementação. No nível municipal, o monitoramento foi essencial para a sustentabilidade da alocação de recursos financeiros para a EAAB. Assim foram adicionadas setas verdes que representam que essa ação favorece o escalonamento e sustentabilidade da EAAB.

A versão final do diagrama CIP da EAAB (Figura 6) destaca em cinza as caixas/etapas que fazem parte de componentes considerados PCM, identifica na base do diagrama Premissas, Fatores Contextuais e Facilitadores, sendo que suas caixas se estendem aos domínios que mais influenciam. O diagrama final também revela os caminhos de impacto com caixas e setas tracejadas em diferentes cores para destacar os “Caminhos das articulações e financiamento da EAAB”, “Caminhos do monitoramento da EAAB”, “Caminhos da formação de tutores” e os “Caminhos do apoio dos tutores as equipes das UBS”.

**Figura 6** - Diagrama CIP da implementação da EAAB versão final.

Link para acesso à Figura 6 em resolução ampliada em versão pdf:

[https://drive.google.com/file/d/1bRcejvTfoVGhN5QwmiNiVUfHW\\_vaAwvu/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1bRcejvTfoVGhN5QwmiNiVUfHW_vaAwvu/view?usp=sharing)



## 6 DISCUSSÃO

A análise de implementação do CIP da EAAB contribuiu para identificar aspectos que podem subsidiar tomadas de decisão para o fortalecimento da EAAB. O mapeamento dinâmico do diagrama CIP da EAAB demonstra em uma visão ampla como a EAAB é implementada para alcançar os resultados e impactos esperados. A análise das informações obtidas através das entrevistas permitiram aprimorar o diagrama CIP inicial e desenvolver uma versão final além das fronteiras dos documentos instrutivos. Na literatura é possível identificar a análise de implementação de diferentes programas para promoção do AM e da alimentação de crianças pequenas utilizando o modelo CIP. Nesse processo, a contribuição das entrevistas com atores-chave dos diferentes níveis de governo (nacional, regional e local) tem sido fundamental para um desenho do diagrama CIP mais completo em identificar possíveis lacunas na gestão dos programas (KIM et al., 2011; AVULA et al., 2013; PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2016; BUCCINI et al. 2018).

Foi identificado que os gestores da EAAB no nível nacional tinham grande domínio sobre o plano de implementação geral do programa e suas diretrizes, porém pouco conhecimento sobre as ações desenvolvidas nas UBS e sobre o seu impacto nas práticas alimentares das crianças. As coordenadoras estaduais esclareceram informações a respeito da articulação com as regionais de saúde e municípios para a formação dos tutores, enquanto as coordenadoras municipais e tutora trouxeram detalhamento prático da implementação nas UBS, das estratégias de monitoramento local e das barreiras e facilitadores para a sustentabilidade da implementação da EAAB. Resultados semelhantes foram identificados sobre o conhecimento dos gestores e atores locais em relação aos componentes da implementação de três programas de promoção da nutrição infantil no Peru. Ainda não está claro se a eficácia dos programas pode ser aumentada se houver entendimento comum entre os atores, em todos os níveis operacionais, sobre os objetivos e caminhos do programa, assim pesquisas futuras com esse foco de investigação podem ajudar a preencher essa lacuna (KIM et al., 2011).

Ao analisar os PCM, premissas, fatores contextuais e facilitadores no diagrama CIP foi possível identificar que eles desempenham conexões no decorrer da implementação e que essa interligação remete ao “modelo de engrenagens” para a ampliação dos programas de apoio ao AM. O modelo de engrenagens utiliza uma abordagem dos sistemas adaptativos complexos e propõe que o sincronismo de oito engrenagens possibilita a ampliação da efetividade e

alcance das ações dos programas de apoio ao AM, sendo elas: advocacia; vontade política; legislação e política; financiamento e recursos; treinamento e entrega do programa; promoção; pesquisa e avaliação; coordenação, metas e monitoramento (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2012). O caminho de impacto da EAAB é um desenho complexo em que todos os elementos do modelo de engrenagens podem ser identificados no diagrama CIP. Entretanto, foram observados PCM principalmente em relação às engrenagens de treinamento dos profissionais e entrega do programa, e da coordenação e monitoramento. As engrenagens financiamento e recursos, pesquisa e avaliação, podem se enquadrar no que foi considerado premissas para a implementação, enquanto a advocacia, vontade política, legislação e política se comportam como fatores contextuais que podem influenciar a implementação da EAAB.

Dois PCM estão relacionados à operacionalização do sistema de monitoramento da EAAB e do sistema de monitoramento dos indicadores de alimentação infantil. Os achados permitem concluir que o sistema de monitoramento da EAAB precisa de atualizações para ser uma ferramenta mais detalhada sobre as ações de promoção do AM e da AC nas UBS, bem como para ser mais útil para o processo de certificação. Uma das barreiras citadas para o registro dos dados no SISVAN-WEB durante a implantação da RAB foi a falta de pessoas para a função específica de digitador e falta de acesso à internet, levando os profissionais a fazerem esse trabalho em casa, fora do expediente de trabalho (VENANCIO et al., 2013a). Estudo da área de implementação de programas para a promoção da alimentação de bebês e crianças pequenas reportou que para fortalecer os sistemas de monitoramento seria necessário revisar periodicamente (semestral ou anualmente) a qualidade da sua performance e identificar se o sistema atende às necessidades do programa e dos gestores (JEFFERDS, 2017). A qualidade do monitoramento desses programas têm sido um ponto crítico da implementação, segundo o UNICEF, 34% dos países avaliados apresentavam monitoramento insuficiente em 2013, somente 38% coletavam rotineiramente os dados sobre AM na comunidade e 60% tinham mais de um indicador sobre o consumo alimentar no seu sistema de informação nacional (UNICEF, 2014). A existência de um sistema específico para o monitoramento da cobertura da EAAB é um privilégio do programa, contudo a baixa qualidade dos dados coletados nesse sistema e a baixa cobertura no SISVAN-WEB são entraves para o gerenciamento na correção de aspectos falhos ou para o apoio das ações exitosas. Seria interessante investigar e considerar a realidade de trabalho das equipes das UBS, ouvir esses informantes-chave seria crucial para organizar uma agenda que possibilite tempo para o registro de dados nos sistemas, bem como para verificar as atualizações necessárias nos sistemas para melhorar o

detalhamento das ações desenvolvidas nas UBS e para que os atuais indicadores de consumo alimentar no SISVAN-WEB forneçam dados relevantes para monitorar o impacto da EAAB.

Dois componentes relacionados à atuação das coordenações estaduais e municipais da EAAB (Articulação regional pelos estados. Coordenação da EAAB no nível municipal) foram considerados PCM que influenciam a ampliação e sustentabilidade da implementação da EAAB. Foi observado grande empenho das coordenações estaduais para formar tutores, mesmo diante de barreiras em relação à disponibilidade de infraestrutura, recursos humanos, materiais e carga horária para realizar as oficinas de formação. Segundo dados públicos dos relatórios de formação de tutores, no período de 2013 a 2019 um número expressivo de tutores foi formado em SP (481) e DF (201) (BRASIL, 2020). Contudo, a ampliação da implementação tem sido comprometida pela falta de uma articulação mais concreta entre as coordenações estaduais com os municípios e pela ausência da pactuação para um trabalho em conjunto entre as áreas técnicas da Atenção Básica, Saúde da Criança e da Alimentação e Nutrição. É importante ressaltar o papel da organização da atenção nutricional, como recomendado pela PNAN, e da articulação entre as áreas técnicas das secretarias de saúde para facilitar a implementação da EAAB, pois em cenários com pouco trabalho cooperativo a ampliação da EAAB deixa de acontecer pela lentidão com burocracias entre as áreas técnicas responsáveis (BRASIL, 2013a). Uma formalização adequada do plano municipal de implementação pode ajudar a determinar todas as pactuações necessárias para a efetiva implementação da EAAB. De acordo com o modelo de engrenagens, para a ampliação dos programas de promoção do AM, a coordenação nos níveis nacional-regional-municipal, com o estabelecimento de metas e monitoramento, funciona como a engrenagem mestra, a qual deve dirigir o processo de implementação dos programas e possibilitar o sincronismo das outras engrenagens (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2018b). A proposta de coordenação da EAAB nos três níveis de governo é um fator favorável para sua expansão, de acordo com os resultados o êxito dos municípios na implementação da EAAB pode depender do engajamento pessoal dos profissionais que assumem a coordenação. Porém, não somente o nível de mobilização das coordenações é suficiente, na análise de implantação da RAB as coordenações nos municípios de Corumbá, Porto Alegre e Brasília tinham ampla experiência em AM e estavam sensibilizadas para implantar a RAB, contudo características dos contextos em que se inseriram foram importantes mediadores para o sucesso da implementação, alguns exemplos foram: o nível de complexidade do sistema de saúde, nível de autonomia da coordenação e necessidade de apoio de outros atores (diretores de distritos

ou regionais) (VENANCIO et al., 2013a). Assim, como recomendado para o aprimoramento da RAB, reforça-se que é preciso que a EAAB seja priorizada e instituída como política de governo, sendo parte do plano municipal e estadual de saúde, para que haja maior compromisso com a sustentabilidade e expansão da sua implementação.

Ao analisar o processo de seleção e atuação dos tutores, foram identificados três PCM (Seleção de tutores pelos municípios. Apoio às UBS pela coordenação municipal para a consecução da EAAB. Apoio do tutor às equipes das UBS). Primeiro é preciso que os tutores selecionados tenham apoio na organização da agenda, de forma que consigam conciliar suas atividades profissionais com as de tutoria na EAAB. Para isso, as coordenações devem prestar apoio aos tutores para estimular sua atuação. As coordenações municipais consideram interessante ter autonomia financeira para apoiar os tutores da EAAB com pró-labore, oferta de cursos, entre outros benefícios, pois esses elementos poderiam ser um incentivo para a continuidade da atuação do tutor. Apesar de o apoio financeiro ou educacional poder gerar motivação dos profissionais, os recursos da gestão local geralmente são limitados, tal fato já foi observado em outros estudos de avaliação de programas de aconselhamento para promoção do AM, assim é preciso que o programa utilize estratégias sustentáveis de apoio aos profissionais, podendo combiná-las aos incentivos monetários (AVULA et al., 2013; PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2016; BUCCINI et al., 2019b). Segundo estudo que fez uma análise da atuação dos tutores da EAAB no ano de 2016, através de inquérito telefônico em todas as regiões do Brasil, 63,4% dos tutores entrevistados não estavam atuando como tutor nas UBS no momento da pesquisa. Os principais motivos citados para a interrupção da tutoria foram a carga horária de trabalho e a falta de apoio e interesse da gestão municipal (BORTOLINI, 2017). A semelhança desses resultados com os achados desta pesquisa leva a sugerir que a função do tutor precisaria ser valorizada e a coordenação municipal deveria organizar com o tutor as atividades de tutoria como parte da agenda de trabalho regular, evitando sobrecarregar o profissional. Neste componente do CIP da EAAB pode existir um caminho dependente entre o apoio da coordenação municipal e o impacto na direção da atuação dos tutores, o qual interfere na continuidade e sucesso da implementação da EAAB (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2018a). Algumas dificuldades observadas na atuação dos tutores em realizar atividades de capacitação nas UBS se depara principalmente com ter que apoiar mais de uma UBS e a pouca disponibilidade das equipes da UBS. O apoio dos tutores às equipes se alinha à orientação da APS para o desenvolvimento do apoio matricial, no qual profissionais de especialidades prestam suporte clínico e pedagógico às UBS. O



desenvolvimento do apoio matricial é recomendado na APS para aumentar a capacidade clínica e resolutividade dos serviços prestados pelas equipes da UBS, geralmente ele é feito por profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) o qual têm em suas atribuições o apoio às UBS de um determinado território (BRASIL, 2017b). Foi citado nas entrevistas que os tutores em sua maioria são profissionais enfermeiros vinculados a uma equipe da UBS, este perfil pode estar relacionado à dificuldade de apoiar mais de uma UBS. Seria preciso investigar de maneira mais aprofundada os diferentes contextos de implementação da EAAB para se definir qual modelo de tutoria (em uma ou mais UBS) é mais factível e efetivo, e se a seleção de profissionais com perfil para o apoio matricial na APS seria vantajosa. O programa *Community Infant and Young Child Feeding (C-IYCF) Counselling Package*, uma proposta global de sucesso, liderada pelo UNICEF, apresenta características que podem ser úteis à implementação local da EAAB. Pesquisadores avaliaram o impacto da implementação do C-IYCF em larga escala na Nigéria e identificaram que a adição do treinamento de voluntários comunitários na sua estrutura foi muito exitosa para a continuidade do programa. Os voluntários eram pessoas residentes da comunidade local selecionadas criteriosamente e treinadas para prestar suporte às mães e cuidadores por meio de visitas domiciliares e grupos, fatores que facilitaram sua atuação de longa duração no programa (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2016). Trazendo esse exemplo para o contexto da EAAB, sugere-se que o incentivo ao envolvimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das equipes das UBS nas oficinas de capacitação conduzidas pelos tutores poderia potencializar a qualificação das ações de promoção do AM e AC a longo prazo, pois os ACS são domiciliados na área da comunidade em que atuam e desempenham funções que incluem a realização de visitas domiciliares e apoio aos grupos comunitários (BRASIL, 2009c).

Foram observados três PCM no monitoramento nas três esferas de gestão (Monitoramento da implementação pela coordenação estadual. Monitoramento da implementação nas UBS pela coordenação municipal. Acompanhamento, monitoramento e avaliação da EAAB pelo MS). O monitoramento, a revisão e a avaliação dos programas de saúde pública são etapas cruciais na sua implementação, porém apresentam diferentes propósitos e procedimentos. Segundo o guia do programa C-IYCF, o monitoramento se caracteriza como uma atividade contínua que permite o gerenciamento e ajustes da implementação. A revisão do programa tem caráter amplo e rápido, com foco nas questões operacionais. E a avaliação precisa ser feita após um certo período de implementação, a qual possibilita trazer à evidência a qualidade e efetividade do programa para atingir os resultados e impactos esperados (UNICEF, 2011). Algumas ações

de revisão da EAAB foram promovidas pelo MS através de reuniões de escuta com tutores e facilitadores para avaliar aspectos que influenciam a sustentabilidade da sua atuação, as quais geraram subsídios para iniciar a revisão da proposta de implementação da EAAB em 2019, segundo informações não públicas fornecidas pelas coordenações do MS. Apesar do esforço do MS para ampliar a EAAB em todos os estados e gerar a certificação das UBS aptas, foi identificado que não há um plano de monitoramento após as certificações das UBS. Segundo evidências da análise de implantação da RAB, em 2012 e 2013 entre as UBS certificadas nos estados do Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul e São Paulo, somente metade cumpria os quatro critérios avaliados pelo MS no momento da pesquisa (VENANCIO et al., 2016). É possível que, além do baixo número de UBS certificadas na EAAB, também ocorra ausência da continuidade das ações de promoção do AM e AC saudável após a certificação, sendo necessário existir um monitoramento periódico das UBS certificadas para analisar o real grau de implementação da EAAB.

Entretanto, o monitoramento da EAAB focado apenas no cumprimento dos critérios de certificação pode não refletir qual o nível de impacto das ações no conhecimento e práticas das mães e outros cuidadores das crianças. No estudo de RELVAS et al. (2019) houve maior alcance dos critérios de certificação após intervenção com o uso do Manual de Apoio ao Tutor, e houve melhoria dos indicadores da diversidade alimentar das crianças. Contudo, não foi encontrada associação entre número de critérios e a melhoria das práticas alimentares. No estudo de análise do grau de implantação da RAB foi identificado que, diferente da tendência de aumento do AME em menores de seis meses com o maior número de critérios atingidos, não havia essa associação para o AM dos 9 aos 12 meses (VENANCIO, 2016). Diante dos achados, considera-se que os mediadores que impactam mudanças comportamentais e no conhecimento da população alvo podem estar além dos elementos contidos nos seis critérios de certificação da EAAB, reforçando a importância de avaliar as intervenções realizadas nas UBS e sua efetividade. Uma pesquisa recente apresentou como resultados de uma revisão rápida de 32 revisões sistemáticas, exemplos de intervenções efetivas para a promoção do AM e da AC no contexto da APS, esclarecendo o tipo de intervenção, público-alvo, momento da intervenção, atores, estratégias/métodos de intervenção e intensidade da intervenção (VENANCIO et al., 2020). O relatório, elaborado em atenção a uma demanda da CGAN e da COCAM do MS, pode ser um instrumento de apoio a EAAB, pois oferece aos gestores um cardápio de ações cuja efetividade foi demonstrada para ampliar o impacto em melhorias na amamentação e na alimentação das crianças menores de dois anos.

Quatro dos seis critérios de certificação da EAAB foram considerados PCM (Participação de pelo menos 85% das equipes da UBS nas oficinas desenvolvidas. Desenvolvimento de ações sistemáticas individuais ou coletivas para promoção do AM e AC saudável. Cumprimento de pelo menos 1 ação de incentivo do AM e 1 de AC saudável pactuadas no plano de ação; Monitoramento dos índices de AM e AC pelo sistema vigente). A certificação das UBS na EAAB pode representar que estas efetuaram de forma completa a implementação, no entanto, os resultados mostram que poucas UBS conseguem concluir esse processo. As equipes da UBS se deparam com limitações na agenda para participarem das atividades de capacitação, e falhas na disponibilização e uso dos sistemas de monitoramento podem estar comprometendo a qualidade do monitoramento na EAAB. Em relação ao desenvolvimento das ações individuais ou coletivas para promoção do AM e da AC saudável nas UBS e ao cumprimento do plano de ação, o acompanhamento do tutor e o envolvimento da gerência da UBS no planejamento das atividades poderiam ser estratégias para promover a sustentabilidade da execução das ações. Evidências da análise de implementação da RAB mostram resultados semelhantes aos da EAAB em relação ao baixo cumprimento do critério de monitoramento dos indicadores de AM, e informam que o pouco acompanhamento do tutor era um fator que enfraquecia o planejamento das ações de promoção do AM nas UBS (VENANCIO et al., 2016). Além disso, o critério da participação de pelo menos 85% da equipe nas oficinas, que na RAB apresentava ótima proporção de cumprimento, aparenta ser um desafio na EAAB. Os PCM nos critérios de certificação da EAAB se relacionaram a componentes processuais da implementação, e as barreiras para seu cumprimento são questões trabalhistas (carga horária de trabalho, rotatividade dos profissionais, atuação dos tutores e da gestão) e estruturais (necessidade de atualizações dos sistemas de monitoramento, acesso à internet). O modelo de implementação com certificação também é uma característica da IHAC, na qual os hospitais recebem a certificação após cumprir os 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e outras exigências, periodicamente redefinidas pelo MS, sendo a mais recentemente em 2014 pela Portaria n.º 1.153. Apesar de os requisitos da certificação serem importantes para apoiar as mães a amamentarem, verificou-se que após o ano de 2005 houve desaceleração no credenciamento de novos hospitais na IHAC pela dificuldade no cumprimento das exigências (LAMOUNIER et al., 2019). Em comparação com a realidade da implementação da EAAB, é importante ressaltar que se os critérios de certificação envolvem fatores muito complexos de se concretizar, eles acabam se tornando uma barreira em vez de um incentivo para a implementação do programa. Seria relevante considerar a necessidade de adaptar alguns critérios de certificação à realidade do processo de trabalho das equipes da UBS, e

relacioná-los mais aos desfechos e impacto do que aos processos. Também é válido refletir que mesmo que exista um número pouco expressivo de UBS certificadas na EAAB, deve-se considerar a hipótese de que as equipes podem estar desenvolvendo, por exemplo, três ou quatro dos seis critérios. Durante a implementação da RAB, VENANCIO e colaboradores (2016) elaboraram um escore que permitiu avaliar o grau de implantação pelo número de critérios cumpridos pelas UBS, esse exemplo prático poderia ser utilizado para desenvolver um escore de implantação da EAAB com base nos critérios atingidos, o que poderia ser uma ferramenta útil para monitorar a implementação e ampliar o número de UBS certificadas.

Em geral, o processo de certificação da EAAB é um PCM complexo que requer melhor acompanhamento para verificar se as UBS cumprem os critérios, requer organização de todos os documentos para fazer a solicitação e requer adequado funcionamento dos sistemas de monitoramento para a análise dos pedidos. De modo semelhante, o processo de avaliação e reavaliação dos hospitais na IHAC inclui complexas etapas de análise interna e externa, a certificação tem validade de 3 anos, e receber a designação “Hospital Amigo da Criança” é apreciada por muitos atores. No entanto, segundo relatório da Organização Pan-Americana da Saúde, nenhum país nas Américas conseguiu sustentar um plano contínuo de designação e redesignação na IHAC por mais de 5 anos. Além disso, verifica-se que muitos hospitais fazem alterações em suas políticas e procedimentos para obter a certificação, mas depois deixam de praticar as novas ações, quando não há um monitoramento regular em funcionamento (WHO, 2018). Esses resultados sugerem que a certificação da qualidade de serviços de uma instituição pode ser um fator favorável para trazer visibilidade à instituição e ao programa, no entanto, a sustentabilidade é um desafio. Com base nas evidências sobre as barreiras enfrentadas para a certificação de hospitais, sugere-se que ao transpor isso para a APS e sua capilaridade, analisar e certificar um grande número de UBS na EAAB é uma tarefa desafiadora para os avaliadores do MS. Seria interessante reavaliar a quantidade de indicadores/critérios exigidos na EAAB, contar com a possibilidade de descentralização da análise para os estados e municípios para agilizar o processo, ou rever a necessidade da certificação no CIP da EAAB, substituindo a lógica de certificação baseada em indicadores de processo, por uma lógica que privilegie o monitoramento dos resultados esperados.

O componente “Qualificação das ações de promoção do AM e AC saudável nas UBS” foi considerado um PCM na EAAB ligado principalmente à necessidade de planejamento para a manutenção do treinamento dos profissionais, visto que a alta rotatividade de tutores e dos profissionais da UBS ainda é um desafio na implementação da EAAB, já identificado durante

a implantação da RAB (VENANCIO et al., 2013a). Reuniões mensais de revisão foram efetivamente incorporadas aos planos de implementação do C-IYCF na Nigéria; os especialistas recomendam que na impossibilidade de realizar reuniões mensais, que essas sejam programadas ao menos trimestralmente (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2016). No DF a coordenação estadual vinha trabalhando num planejamento para 2020 para renovar o treinamento de todas as UBS que implementaram a EAAB, contudo, com o início da pandemia de COVID-19 no Brasil em fevereiro de 2020, as atividades presenciais e em grupos foram evitadas como medida de prevenção do alastramento da doença. Especialistas da área da educação comentam a respeito do potencial da aprendizagem *online*, e têm promovido diversos encontros no modelo *webinar*, voltados para profissionais, gestores públicos e pesquisadores, para discutir temas como estratégias para promoção do desenvolvimento e nutrição das crianças em tempos de pandemia (FMCSV, 2020). A pandemia de COVID-19 provocou um grande movimento via internet para leitura, estudo, discussão e colaboração na busca da solução de diversos problemas. No entanto, a educação *online* não pode ser uma tendência para fins de substituição ou complementação da educação formal apenas em casos emergenciais, mas ela é uma realidade instaurada da época atual (DURAN, 2020). Esse contexto crítico sugere que a inclusão das novas tecnologias, e novas pedagogias pode ser uma fase de transição para diversos programas públicos de saúde (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2018a). O curso da EAAB na modalidade EAD, que no momento da pesquisa não estava sendo utilizado no processo de implementação, pode ser uma ferramenta de capacitação dos profissionais de saúde para auxiliar na manutenção do aprimoramento das suas competências e habilidades para a promoção do AM e da AC na APS. Portanto, essa pode ser uma oportunidade para a inovação na implementação e expansão da EAAB.

O financiamento da implementação da EAAB pelo MS, estados e municípios foi definido como premissa para a sustentabilidade da implementação, pois se considera que a adesão dos estados e municípios à implementação da EAAB a longo prazo poderia ser ampliada se houvesse um plano de custos e repasse de recursos do MS específicos para as intervenções prioritárias da EAAB, embora seja importante apontar que uma pactuação de recursos pelos estados e pelos municípios seria fundamental para acelerar a implementação. De acordo com CARROLL e colaboradores (2018), os quais avaliaram os custos para ampliar os programas de amamentação do *World Breastfeeding Costing Initiative-WBCi* e do *World Bank*, é recomendado seguir seis passos para estimar os custos, no nível nacional, para a ampliação

eficaz das intervenções de amamentação. Resumidamente, as recomendações incluem considerar: os dados dos inquéritos nacionais, a estratégia de implementação, o nível de investimento existente para promoção e apoio do AM e AC, os programas de saúde existentes, os prazos para a ampliação, o nível de prontidão nacional e os custos por população alvo e por resultados esperados. Diante do estudo desenvolvido, sugere-se que uma adaptação das recomendações dos especialistas para o contexto da implementação da EAAB permitiria propor um guia aos gestores para planejar os custos da sua implementação.

O apoio ao financiamento da EAAB pode ser um importante caminho para a melhoria da saúde e desenvolvimento das crianças e para o crescimento econômico do país. Especialistas reportam que um aumento de 10% no AME até 6 meses ou do AMC até 1 a 2 anos se traduziria na redução de 1,8 milhões de dólares no tratamento de doenças infantis no Brasil, e no cenário de melhoria das proporções para 90% ao menos 6,0 milhões de dólares seriam economizados (valores em dólares americanos para o ano de 2012) (ROLLINS et al., 2016). Seria pertinente a realização de pesquisas para avaliar os investimentos necessários para a implementação da EAAB, podendo relacioná-los aos custos econômicos e de saúde nos contextos em que a amamentação e a alimentação das crianças está abaixo do ideal, levantando evidências que possam justificar o financiamento da EAAB e promover sua sustentabilidade.

A premissa do financiamento da EAAB se relaciona ao monitoramento adequado da implementação, pois o monitoramento dos resultados da implementação da EAAB nas três esferas de gestão pode ser considerado um *feedback loop* interativo no CIP. De acordo com a teoria dos fenômenos que acontecem nos sistemas adaptativos complexos, fenômenos de *feedback loop* são resultados que retroalimentam componentes das entradas e influenciam de forma positiva ou negativa a expansão do programa (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2018a). Assim, a realização do monitoramento da implementação da EAAB é um resultado do domínio “Processos” que pode realimentar um componente do domínio “Entradas” (planejamento dos custos e alocação de novos recursos na EAAB pelo MS); o mesmo processo de *feedback loop* foi observado na gestão municipal com impacto positivo sobre a sustentabilidade da implementação da EAAB. Nesse cenário fica claro que é essencial para a sustentabilidade do monitoramento a disponibilização, manutenção e apoio técnico para o uso dos sistemas de informação e para otimizar a qualidade da inserção dos dados de monitoramento.

Finalmente, a avaliação do impacto das ações da EAAB sobre a prevalência dos indicadores de AM e AC saudável é uma premissa para justificar a continuidade da sua implementação

com base nos resultados de impacto apresentados. No entanto, com sete anos de implementação (2013 a 2020) não houve nenhum processo oficial de avaliação do impacto das ações desenvolvidas na EAAB e da sua influência na melhora da prevalência de AM e AC saudável. É importante o MS assumir um compromisso de executar inquéritos nacionais que monitorem os índices de AM e AC ao menos a cada 5 anos, como recomendado pelo *Global Breastfeeding Collective* entre os parâmetros necessários para aumentar o compromisso com o AM e atingir as metas da Nutrição Materno Infantil e da Primeira Infância para 2030 (UNICEF e WHO, 2019). Esses dados são úteis para avaliar o impacto e para fortalecer iniciativas para promoção da saúde e nutrição das crianças, como a EAAB. Espera-se que os resultados do ENANI-2019 sobre os hábitos alimentares de crianças menores de cinco anos e sobre o perfil nutricional dessa população, sejam um instrumento de discussão para fortalecer a EAAB e apoiar a instituição da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno (BRASIL, 2017a; UFRJ, 2020).

Cabe aqui salientar que estudos de análise de implementação de programas de promoção do AM e AC podem ir além da análise de passos da implementação como o treinamento dos profissionais e sua efetiva atuação, mas analisam a utilização do programa, ou seja, o quanto as intervenções geram mudanças no conhecimento e comportamentos das mães, pais e outros cuidadores. Além disso, é importante considerar o quanto há em demanda da população alvo para participarem das ações oferecidas pelos programas e quais estratégias poderiam ser implementadas para melhorar esse componente (AVULA et al., 2013; PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2016; BUCCINI et al., 2019b). Apesar dos pesquisadores investigarem em profundidade tais aspectos dos programas, esses componentes não são necessariamente previstos nos programas, assim como na EAAB, a determinação da análise da utilização das ações oferecidas é uma lacuna no desenho de sua implementação. Portanto, sugerem-se discussões futuras para a inserção do componente de análise da utilização das ações ao CIP da EAAB, o que permitiria identificar oportunidades para fortalecer as ações de apoio, proteção e promoção do AM e AC e também poderia impactar a qualidade da implementação da EAAB em escala nacional.

Alguns fatores contextuais externos à EAAB desempenharam papel facilitador para a implementação. A vigência e articulação de políticas intersetoriais de apoio à primeira infância, os programas para promoção da saúde da criança e, alimentação e nutrição, e a execução de pesquisas nessa área são premissas que se relacionam à proposta da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. A promoção da saúde

materno-infantil dentro de uma rede integrada de cuidados nos serviços de saúde e intersetoriais é um caminho para responder às demandas para a promoção da alimentação adequada e saudável do território, além de, possivelmente, otimizar os recursos investidos (BRASIL, 2017a). Foi identificado que no DF importantes fatores contextuais políticos podem ter contribuído para o bom desempenho da coordenação da implementação EAAB nesse estado. Em um dos municípios de SP um intenso desenvolvimento de atividades em parceria com a SME foi um exemplo de como a comunicação intersetorial pode ampliar a capacitação dos profissionais na EAAB. A produção e divulgação de evidências científicas, em especial na análise de implementação, foram ferramentas de advocacia para ampliar o apoio das gestões locais na execução do plano de ações da EAAB. Esse achado condiz com a proposta do modelo de engrenagens citado, o qual postula ser preciso uma advocacia baseada em evidências para promover a vontade política necessária para aprovar leis e políticas de proteção, promoção e apoio ao AM (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2012). Considera-se relevante uma discussão futura da inclusão dessas ações não previstas na implementação da EAAB e seu potencial para impactar positivamente os resultados.

Em suma, foi possível identificar nas entrevistas aspectos que moldaram a qualidade da implementação nos diferentes locais; ao selecionar um estado que apresentou bom desempenho na implementação da EAAB, um estado com baixo desempenho e dois municípios que conseguiram certificar UBS, notou-se a complexidade das adaptações contextuais que impactam a efetividade e sustentabilidade da expansão da EAAB. No entanto, os resultados obtidos das entrevistas municipais refletem um cenário de experiências de duas coordenadoras que estavam altamente engajadas na proposta da EAAB, assim, resultados diferentes podem ser obtidos ao se analisar a implementação em municípios não certificados e/ou com menor participação da coordenação. Apesar do presente estudo incluir um número limitado de participantes para as entrevistas, a seleção de profissionais com significativa experiência na implementação da EAAB viabilizou uma produção de dados com riqueza de detalhamento sobre os caminhos de impacto da EAAB e as barreiras e facilitadores encontrados nesse percurso. As características do contexto da UBS foram captadas com os relatos da tutora, entretanto se reconhece que a escuta de outros profissionais da UBS, como enfermeiros, gerentes, ACS e o público alvo das ações de promoção ao AM e AC nas UBS, poderia agregar valor à análise de implementação e da utilização da EAAB, assim estudos futuros poderiam ser conduzidos para avaliar questões do contexto local em profundidade. É reconhecido que o diagrama CIP desenvolvido é ainda uma forma sintetizada de representar o



caminho de impacto da EAAB, entretanto para compensar esse fator limitador a apresentação dos quadros complementares com as definições dos componentes e descrição dos facilitadores, premissas e PCM permite melhor compreensão de cada etapa da implementação. Ainda, vale apontar que os caminhos da implementação não acontecem necessariamente de forma linear e, paralelamente, os fenômenos caminho-dependentes, *feedback loop*, fases de transições e a existência de facilitadores, premissas e fatores contextuais são importantes mediadores para os desfechos esperados. Nesse aspecto a dinamicidade do diagrama CIP pode abraçar adaptações dos contextos dos estados e municípios que influenciam a sustentabilidade e impacto da implementação da EAAB.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de implementação da EAAB por meio do uso da metodologia do CIP resultou na produção de uma ferramenta para melhor compreender os caminhos para o sucesso da sua implementação e expansão. A identificação das percepções das participantes entrevistadas sobre as formas de execução das atividades da EAAB foi fundamental para o alcance dos objetivos deste estudo, trazendo à evidência os PCM, facilitadores, premissas e fatores contextuais na implementação da EAAB. Uma vez que é reconhecido o importante papel do AM e da AC saudável na redução da mortalidade e morbidade infantil, além de melhorar o desenvolvimento das crianças e possivelmente seu potencial de renda quando adultos, fortalecer programas como a EAAB, em articulação com uma rede de serviços promotores da saúde materno-infantil, precisa ser uma prioridade dos governos estaduais, municipais e federal.

Algumas recomendações discutidas para fortalecer a implementação da EAAB com base nos PCM, facilitadores, premissas e fatores contextuais identificados destacam que:

- 1) É preciso um plano de custos baseado em evidências científicas e pactuação de recursos nas três esferas de gestão com repasses específicos para a implementação da EAAB.
- 2) É necessário atualizar o sistema de monitoramento da EAAB para melhorar o detalhamento dos dados sobre as ações desenvolvidas nas UBS, bem como é fundamental a manutenção periódica e o apoio técnico para o uso desse sistema e do sistema de monitoramento dos indicadores da alimentação infantil para otimizar a inserção dos dados e ampliar a cobertura.
- 3) A priorização da EAAB e sua institucionalização como política de governo são etapas essenciais para que haja maior compromisso das coordenações, bem como podem contribuir para uma gestão mais cooperativa entre as áreas técnicas das secretarias de saúde e na formalização do plano municipal de implementação, os quais impactam a sustentabilidade e expansão da EAAB.
- 4) A existência do apoio da coordenação municipal à atuação dos tutores é de grande importância, a priorização das atividades de tutoria dentro da agenda de trabalho regular seria fundamental para a continuidade da atuação como tutor no apoio às UBS.
- 5) É necessário que se conduzam avaliações dos modelos de tutoria, tutor da própria UBS e tutor apoiador de várias UBS, e considerar a seleção de profissionais com perfil para o apoio

matricial na APS, para se definir o quão factível e efetivo seria nos diferentes contextos de implementação da EAAB.

6) Sugere-se o incentivo à participação dos ACS nas atividades de capacitação da EAAB nas UBS, para promover a expansão e sustentabilidade das ações de promoção do AM e da AC saudável na APS.

7) Seria importante considerar adaptar alguns critérios de certificação à realidade do processo de trabalho das equipes da UBS, reavaliar a quantidade de indicadores/critérios exigidos, desenvolver um escore de implantação da EAAB com base no número de critérios atendidos, e finalmente avaliar a possibilidade de descentralização da análise dos pedidos de certificação para os estados e municípios para agilizar esse processo.

8) É preciso um planejamento para a manutenção do treinamento dos profissionais através de reuniões periódicas, ademais a inclusão das novas tecnologias e novas pedagogias, utilizando o curso de EAD da EAAB, pode auxiliar o processo de formação e aprimoramento das competências e habilidades das equipes para a promoção do AM e da AC.

9) É necessário existir um monitoramento periódico das UBS certificadas na EAAB e um planejamento de avaliação das ações desenvolvidas para apoio, proteção e promoção do AM e AC, e seu impacto nos indicadores da alimentação infantil.

Espera-se que os achados da análise do CIP da EAAB contribuam para a coordenação, fortalecimento e expansão da EAAB. No momento da presente pesquisa a EAAB passava por um processo de revisão da sua proposta de implementação, assim as recomendações aqui apresentadas podem ser úteis aos gestores no decorrer desse processo. Estudos futuros podem ser conduzidos para avaliar a efetividade da implementação e utilização da EAAB com base nas informações identificadas na análise do CIP.

## REFERÊNCIAS

ADDATI, L.; CASSIRER, N.; GILCHRIST, K. **Maternity and paternity at work: law and practice across the world**. Geneva: International Labour Office (ILO), 2014.

AVULA R. et al. A program impact pathway analysis identifies critical steps in the implementation and utilization of a behavior change communication intervention promoting infant and child feeding practices in Bangladesh. **J Nutr**. v. 143, n. 12, p. 2029-2037, 2013. doi:10.3945/jn.113.179085. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jn/article/143/12/2029/4571671>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BAUER, M.S. et al. An introduction to implementation science for the non-specialist. **BMC Psychology**, v. 3, n. 32, p. 1-12, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26376626>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 91, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100409&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100409&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 out. 2018.

BOCCOLINI, C. S. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 108, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000029.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000029.pdf)>. Acesso em: 08 out. 2018.

BORTOLINI, G. A. **Avaliação da Implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)**. Monografia (Especialização em Gestão Pública na Saúde) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - FACE, Universidade de Brasília. Brasília, 2017.

BORTOLINI, G. A. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 44, e39. 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7189826/>>. Acesso em: 08 jul. 2020.

BRADLEY, E. H.; CURRY, L. A.; DEVERS, K. J. Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. **Health Serv Res**. v. 42, n. 4, p.1758-72, Aug. 2007. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17286625/>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

BRANDÃO, D.S.; VENANCIO, S.I.; GIUGLIANI, E.R.J. Association between the Brazilian Breastfeeding Network implementation and breastfeeding indicators . **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre , v. 91, n. 2, p. 143-151, Apr. 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572015000200143&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000200143&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 out. 2020.

BRASIL. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar - PNSMIPF 1986** - Pesquisas Demográficas e de Saúde. Rio de Janeiro: Instituto para Desenvolvimento de Recursos - IRD, dez. 1987.

BRASIL. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, BEMFAM. **Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996**. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro Internacional INC. mar. 1997. Disponível em: <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr77/fr77.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 300 p.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 108p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: relatório de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 82 p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil e grandes regiões**, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 181 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília - DF, 05 ago. 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde**: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 152 p.

BRASIL. **Instrutivo para o Plano de Implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. Brasília, Agosto, 2015c. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/etapas\\_implantacao\\_eaab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/etapas_implantacao_eaab.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta N.02/2015 - CGSCAM/ CGAN/ DAPES/ DAB/ SAS/ MS. Nota Técnica sobre o processo de certificação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil para o ano de 2015. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. Brasília, 2015d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Gabinete do Ministro**. Brasília-DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Gabinete do Ministro**, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório de gestão 2011 – 2014**: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018a. 552 p. : il..

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de Escuta da EAAB**: Relatório. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/ CGAN e Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/ CGSCAM. Brasília-DF, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 265 p. : Il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Formação de Tutores**. Abrangência: Brasil Competência: Ano: 2013 - 2019, Mês: TODOS. MS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informação - NTI. jul. 2020. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/eaab/Relatorios/relatorios.php>>. Acesso em: 18 jul. 2020.

BUCCINI, G. dos S.; BENICIO, M.H. D'Aquino.; VENANCIO, S.I. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 4, p. 571-582, Aug. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000400571&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400571&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 out. 2020.

BUCCINI, G. et al. How does “Becoming Breastfeeding Friendly” work? A Programme Impact Pathways Analysis. **Matern Child Nutr.** 15:e12766. 2019a. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30536582/>>. Acesso em: 08 out. 2019.

BUCCINI, G. et al. **Addressing Barriers to Exclusive Breastfeeding in Nampula, Mozambique**: Opportunities to Strengthen Counseling and Use of Job Aids. Washington, DC: USAID’s Maternal and Child Survival Program (MCSP); July, 2019b.

BUCCINI, G.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. F. **Sistemas Adaptativos Complexos para implementação em escala de Programas de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Cap. 12. in Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno: evidências científicas e experiências de implementação / organizadores: Sonia Isoyama Venancio, Tereza Setsuko Toma. – São Paulo: Instituto de Saúde, 2019. 272p.

CARROLL, G. J.; BUCCINI, G. S.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Perspective: What Will It Cost to Scale-up Breastfeeding Programs? A Comparison of Current Global Costing Methodologies. **Adv Nutr.** v. 9, n. 5, p.572-580, 2018. Disponível em: <<https://academic.oup.com/advances/article/9/5/572/5060538>>. Acesso em: 02 maio 2020.

DURAN, D. Coronavírus viraliza educação on-line. Artigo 18/03/2020. **Jornal da USP** Disponível em: <[jornal.usp.br/?p=307996](http://jornal.usp.br/?p=307996)>. Acesso em 02 jul. 2020.

EVERY WOMAN EVERY CHILD. **The global strategy for women’s, children’s and adolescents’ health (2016-2030)**. Survive, thrive, transform. [S.l.]: Every Woman Every Child, 2015.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2020. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2020**. Transforming food systems for affordable healthy diets. Rome, FAO. Disponível em: <<https://doi.org/10.4060/ca9692en>>. Acesso em: 12 out. 2020.

FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL - FMCSV. Série de webinars - Avaliação de programas e políticas para famílias e crianças na primeira infância. Publicado em 29/04/2020 17:30. Disponível em: <<https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/noticias/serie-webinars-avaliacao-programas-politicas-familias-crian%C3%A7as-primeira-infancia/>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

JAIME, P. C.; PRADO, R. R.; MALTA, D. C. Family influence on the consumption of sugary drinks by children under two years old. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.51, Suppl 1:13s, 2017. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000038.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2018.

JEFFERDS, M. E. D. Government information systems to monitor complementary feeding programs for young children. **Matern Child Nutr.** v. 13, Suppl 2:e12413, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032624/>>. Acesso em: 08 jun. 2020.

KANG, Y. et al. Program impact pathway of a community-based nutrition approach in improving child nutritional status in rural Ethiopia: a process evaluation study. **The FASEB Journal**. v. 30, n.1, Apr. 2016. Disponível em: <[https://www.fasebj.org/doi/abs/10.1096/fasebj.30.1\\_supplement.lb402](https://www.fasebj.org/doi/abs/10.1096/fasebj.30.1_supplement.lb402)>. Acesso em: 08 out. 2018.

KIM, S. S. et al. **How do programs work to improve child nutrition?:** Program impact pathways of three nongovernmental organization intervention projects in the Peruvian highlands. Discussion Paper. Poverty, Health, and Nutrition Division. [S.I.]: International Food Policy Research Institute (IFPRI), July 2011.

LAMOUNIER, J. A. et al. Baby Friendly Hospital Initiative: 25 Years of Experience in Brazil. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 486-493, Dec. 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822019000400486&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822019000400486&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jul. 2020.

MARIOT, M. D. M. **Implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no Município de Porto Alegre:** Percepções do Tutor. 2015. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.



MONTEIRO, F. R. et al. Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. **J Pediatr (Rio J)**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 5, p. 475-481, 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572017000500475](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000500475)>. Acesso em: 19 jan. 2018.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: DESLANDES, S. F.; NETO, O.C; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, Método e Criatividade. 21ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

NGUYEN, P. H. et al. Program Impact Pathway Analysis of a Social Franchise Model Shows Potential to Improve Infant and Young Child Feeding Practices in Vietnam. **The Journal of Nutrition**. v. 144, n. 10, p. 1627–1636, 1 Oct. 2014. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jn/article/144/10/1627/4575122>>. Acesso em: 02 out. 2018.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. Scaling up of breastfeeding promotion programs in low- and middle-income countries: the "breastfeeding gear" model. **Adv Nutr**. v. 3, n. 6, p.790-800, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23153733/>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. **Evaluation of Nigeria’s Community Infant and Young Child Feeding Counselling Package, Report of a Mid-Process Assessment**. Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project, Nigeria Federal Ministry of Health, and UNICEF. Arlington, VA, USA, 2016.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. Scaling up Integrated Early Childhood Development programs: lessons from four countries. **Child Care Health Dev**. v. 44, n. 1, p.50-61, 2018a. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29235170/>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. Becoming Breastfeeding Friendly Index: Development and application for scaling-up breastfeeding programmes globally. **Matern Child Nutr**. v. 14, n. 3, 2018b. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29468832/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

PETERS, D. H.; TRAN, N. T.; ADAM, T. **Implementation research in health: a practical guide**. IV. Alliance for Health Policy and Systems Research. Geneva: World Health Organization, 2013.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J. et al. (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 215-252.

RELVAS, G. R. B.; BUCCINI, G. dos S.; VENANCIO, S. I. Avaliação do uso de um Manual de Apoio à Implementação da "Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil". **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**. v. 14, p. e43322, dez. 2019. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43322>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

ROBINSON, H. et al. The World Health Organization Code and exclusive breastfeeding in China, India, and Vietnam. **Matern Child Nutr.** e12685. P.1-11. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30194804/>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **Lancet**, v. 387, p. 491-504, 2016. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01044-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01044-2.pdf)>. Acesso em: 02 out. 2018.

SANTOS, E.K.A dos. **Implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança: impacto, avanços e desafios**. Cap. 5 p. 105. in Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno: evidências científicas e experiências de implementação / organizadores: Sonia Isoyama Venancio, Tereza Setsuko Toma. – São Paulo: Instituto de Saúde, 2019. 272p.

SAFON, C. et al. Can “Becoming Breastfeeding Friendly” Impact Breastfeeding Protection, Promotion, and Support in Mexico? A Qualitative Study. **Food and Nutrition Bulletin** v. 39, n. 3, p.393-405. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30111165/>>. Acesso em 03 jun. 2020.

TAVARES, J. S. et al. Logframe Model as analytical tool for the Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 31, n. 2, p. 251-262, Mar. 2018 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732018000200251&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732018000200251&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 jun. 2018.

THEOBALD, S. et al. Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. **Lancet**, v. 392, p. 2214–28, 2018. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32205-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32205-0/fulltext)>. Acesso em: 11 jun. 2018.

UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil**. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020. 9 p.

UNICEF. **Programming Guide. Infant and Young Child Feeding. Nutrition Section, Programmes**. UNICEF New York. May, 2011.

UNICEF. **Nutridash 2013**: Global report on the pilot year. New York: UNICEF, 2014.

UNICEF. **From the first hour of life**. Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. New York: UNICEF, 2016.

UNICEF. **Progress for every child in the SDG era**. New York: UNICEF; 2018a. Disponível em: <[https://www.unicef.org/media/48066/file/Progress\\_for\\_Every\\_Child\\_in\\_the\\_SDG\\_Era.pdf](https://www.unicef.org/media/48066/file/Progress_for_Every_Child_in_the_SDG_Era.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2018.

UNICEF. **Breastfeeding**: A smart investment. 2018b. Disponível em: <<https://www.unicef.org/breastfeeding>>. Acesso em: 06 outubro 2018b.

UNICEF; WHO. **Capture the Moment** – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. New York: UNICEF, 2018.

UNICEF; WHO. **Increasing Commitment To Breastfeeding Through Funding And Improved Policies And Programmes** – Global Breastfeeding Scorecard, 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2019-methodology.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2020.

UNICEF. **Improving Young Children’s Diets During the Complementary Feeding Period**. UNICEF Programming Guidance. New York: UNICEF, 2020. Disponível em: <[https://mcusercontent.com/fb1d9aabd6c823bef179830e9/files/12900ea7-e695-4822-9cf9-857f99d82b6a/UNICEF\\_Programming\\_Guidance\\_Complementary\\_Feeding\\_2020\\_Portrait\\_FIN\\_AL.pdf](https://mcusercontent.com/fb1d9aabd6c823bef179830e9/files/12900ea7-e695-4822-9cf9-857f99d82b6a/UNICEF_Programming_Guidance_Complementary_Feeding_2020_Portrait_FIN_AL.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2020.

UNITED NATIONS. **Transforming our world**: The 2030 agenda for sustainable development. [S.I.] United Nations, 2018. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2018.

VENANCIO, S. I. et al. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. **J Epidemiol Community Health**. v. 66, n. 10, p. 914-918. 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080818/>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

VENANCIO, S. I. et al. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2261-2274, nov. 2013a. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 jun. 2018.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Rev Saúde Pública.**, v. 47, n. 6, p. 1205-8, 2013b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01205.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2018.

VENANCIO, S. I. 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, 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000300704&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300704&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 jun. 2018.

VENANCIO, S. I. et al. **Revisão Rápida:** Intervenções efetivas para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável no contexto da Atenção Primária à Saúde. Instituto de Saúde. Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo. maio, 2020. 70 p.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**,. n. 387, p. 475–90, 2016. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3258698/mod\\_resource/content/1/PIIS0140673615010247%202.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3258698/mod_resource/content/1/PIIS0140673615010247%202.pdf)>. Acesso em: 02 out. 2018.

WHO. **International Code of Marketing of Breast-milk substitutes.** Geneva: World Health Organization, 1981.

WHO. **Implementation guidance:** protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WHO; FAO. **Driving commitment for nutrition within the UN Decade of Action on Nutrition, 2016-2025.** [S.I.]: World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274375/WHO-NMH-NHD-17.11-eng.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2018.

WHO; UNICEF. **Discussion paper.** The extension of the 2025 Maternal, Infant and Young Child nutrition targets to 2030. [S.I.]. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/discussion-paper-extension-targets-2030.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2018.

WHO; UNICEF; WORLD BANK GROUP. **Nurturing care for early childhood development:** a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018.

## ANEXOS

### Anexo 1 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

USP - FACULDADE DE SAÚDE  
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FSP/USP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Processo de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

**Pesquisador:** Daiane Sousa Melo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15184019.2.0000.5421

**Instituição Proponente:** Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

**Patrocinador Principal:** Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.730.017

##### Apresentação do Projeto:

Este estudo será conduzido baseado no referencial teórico da ciência de implementação inserida em uma abordagem qualitativa de investigação de políticas de saúde em escala. Este estudo pretende utilizar o modelo proposto por KIM et al. (2011), o Program Impact Pathway (PIP) ou “Caminho de Impacto do Programa” (CIP) para construir o modelo teórico e expor os mediadores causais do processo de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). Este estudo será conduzido por meio de uma metodologia qualitativa, seu delineamento buscará explorar aspectos críticos da qualidade do processo de implementação da EAAB. A natureza descritiva desta pesquisa almeja levantar precisão de detalhes das informações contextuais e das preocupações dos gestores envolvidos na implementação

##### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar o processo de implementação da EAAB e identificar mediadores críticos da qualidade para melhoria do programa e alcance dos impactos esperados.

**Objetivo Secundário:**

-Elaborar diagrama teórico dos caminhos da implementação da EAAB;

-Validar modelo de caminho de impacto da Estratégia junto a atores chave envolvidos em sua

**Endereço:** Av. Doutor Arnaldo, 715

**Bairro:** Cerqueira Cesar

**CEP:** 01.246-904

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3061-7779

**Fax:** (11)3061-7779

**E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE  
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 3.730.017

implementação;

-Identificar barreiras e facilitadores no processo de implementação da Estratégia.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos previsíveis para os participantes das entrevistas são mínimos. O entrevistado precisará expor suas ideias e críticas e poderá sentir um desconforto decorrente do tempo que deverá disponibilizar para responder à entrevista.

Benefícios:

Não serão oferecidos pagamentos financeiros aos participantes da pesquisa, contudo os participantes da pesquisa poderão se beneficiar dos frutos resultantes do estudo, uma vez que serão convidados gestores e coordenadores da implementação da EAAB e se propõem criar ao final do estudo um instrumento que seja útil para o uso desses sujeitos na administração da agenda de ações para melhoria da implementação da EAAB.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados estão adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1349389.pdf	05/10/2019 13:06:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_CEP.pdf	05/10/2019 13:03:34	Daiane Sousa Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.pdf	05/10/2019 13:02:54	Daiane Sousa Melo	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	10/05/2019	Daiane Sousa Melo	Aceito

**Endereço:** Av. Doutor Arnaldo, 715

**Bairro:** Cerqueira Cesar

**CEP:** 01.246-904

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3061-7779

**Fax:** (11)3061-7779

**E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE  
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 3.730.017

Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	20:34:44	Daiane Sousa Melo	Aceito
----------------	-----------------------------	----------	-------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 27 de Novembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**José Leopoldo Ferreira Antunes**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Doutor Arnaldo, 715  
**Bairro:** Cerqueira Cesar      **CEP:** 01.246-904  
**UF:** SP      **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3061-7779      **Fax:** (11)3061-7779      **E-mail:** coep@fsp.usp.br



## APÊNDICES

### Apêndice A - Roteiro Utilizado nas Entrevistas

#### QUESTÕES COMUNS A TODAS AS ESFERAS DE GOVERNO:

##### **Sobre os facilitadores:**

1. Me fale sobre como é feita a seleção e formação dos facilitadores (nacionais/estaduais/municipais).
  - Ainda ocorre a formação de novos facilitadores nacionais?
  - Existe uma separação de títulos de facilitadores estaduais e municipais?
  - Como é feita a seleção? Existe algum critério?
  - Como tem sido a adesão e continuidade do trabalho desses profissionais?
  - Existem barreiras ou facilitadores nesse processo?
2. Em relação à atuação dos facilitadores, me conte sobre o papel deles na EAAB.
  - As atribuições têm sido cumpridas?
  - As diretrizes para execução das oficinas têm sido seguidas?
  - Existem barreiras ou facilitadores nesse processo?

##### **Sobre os tutores:**

1. Me fale sobre como é feita a seleção e formação dos tutores.
  - Como é feita a seleção? Existe algum critério?
  - Como tem ocorrido a organização das oficinas de formação?
  - Existem barreiras ou facilitadores nesse processo?
2. Em relação à atuação dos tutores, me conte sobre o papel deles na EAAB. (coord. estadual e municipal);
  - As atribuições têm sido cumpridas?
  - Como tem sido a adesão e continuidade do trabalho desses profissionais?
  - As diretrizes para execução das oficinas têm sido seguidas?
  - Como se dá o envolvimento das UBS e das equipes?
  - Os tutores têm prestado apoio à ao menos 1 UBS?
  - Você sabe dizer quais tipos de ações de apoio e de promoção têm sido desenvolvidas nas UBS e seu impacto?
  - Quais têm sido os pontos críticos nesse contexto?

##### **Sobre o curso de Ensino à Distância:**

1. Me fale qual o papel do curso EAD hoje no processo de implementação da EAAB.
  - Em que momento os facilitadores e tutores realizam o curso?
  - Como você avalia a disponibilidade e facilidade de acesso do curso na plataforma?
  - Existem barreiras ou facilitadores para a adesão ao curso?
  - Tem sido útil para apoiar a execução das atribuições dos facilitadores e tutores?
  - O curso passou por algum tipo de avaliação da qualidade pelos usuários?

##### **Sobre o monitoramento da EAAB:**

1. Como acontece o monitoramento da implementação da EAAB?
  - Existem desafios?
  - Quais são os pontos críticos nesse aspecto?

##### **Sobre o Sistema de Gerenciamento da EAAB:**

1. Como funciona o Sistema de Gerenciamento da EAAB?

- Qual é a proposta desse sistema dentro da implementação da EAAB?
  - Como tem sido disponibilizado?
  - Existem barreiras e facilitadores para o acesso ao sistema?
  - Os usuários têm preenchido os dados de maneira adequada?
  - Quais pontos críticos nesse contexto?
2. As informações coletadas no sistema têm sido usadas para tomada de decisões?
    - O sistema tem sido efetivo para realizar o monitoramento da implementação da EAAB?
  3. Quais seriam as formas de aprimorar o Sistema de Gerenciamento da EAAB? Quais indicadores deveriam ser modificados ou inclusos?
  4. Como esse sistema conversa com os outros sistemas existentes na Atenção Básica, por exemplo, com o SISVAN?
    - Como avalia o registro dos dados de aleitamento materno e da alimentação complementar no sistema?

**Sobre a divulgação da EAAB:**

1. Tem ocorrido divulgação sistemática dos resultados do monitoramento das ações da EAAB? Como tem sido realizado?

**Sobre a solicitação da certificação:**

1. Me fale sobre como acontece o processo de solicitação da certificação na EAAB.
  - Quais as articulações necessárias e áreas envolvidas?
  - Existem dificuldades nas relações?
  - Qual o prazo médio entre a data de solicitação da certificação e a conclusão do processo pelo MS?
  - Quais mediadores modificam o tempo necessário para gerar a certificação?
2. Há algum monitoramento da continuidade das ações após certificação?
3. Você tem alguma recomendação de melhoria para esse processo?

**Sobre o financiamento da EAAB:**

1. Como avalia a organização dos recursos orçamentários para implementar a EAAB?
  - Quais as principais fontes de recursos?
  - Tem sido adequada à realidade do contexto de implementação?
  - Existem desafios nesse contexto?

**QUESTÕES REFERENTES ÀS COMPETÊNCIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE:**

**Entrevistados:** Gestores do Ministério da Saúde

**Pergunta de abertura:**

Identificação:

Local de trabalho:

Posição:

1. Me fale um pouco sobre a sua função, a quanto tempo está nessa posição e como seu trabalho se relaciona com a EAAB?
2. Me fale sobre qual tem sido o papel do MS na EAAB.

**Sobre o apoio técnico:**

1. Me fale sobre o fornecimento de apoio técnico e de materiais de apoio para os estados para implementação da EAAB.
  - Como os estados e municípios solicitam esse apoio?
  - De que forma acontece o fornecimento?
  - Como você avalia a efetividade desse processo?

*Continuar com questões para todas as esferas.*

QUESTÕES REFERENTES ÀS COMPETÊNCIAS DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE E DO DISTRITO FEDERAL E AS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE:

**Entrevistados:** Coordenadores Estaduais e Coordenadores Municipais

**Pergunta de abertura:**

Identificação: (código)

Local de trabalho:

Posição:

1. Me fale um pouco sobre a sua função, a quanto tempo está nessa posição e como seu trabalho se relaciona com a EAAB?

**Sobre a coordenação da EAAB:**

1. Me fale sobre qual tem sido o papel da coordenação (estadual/municipal) da EAAB.
  - Quais os papéis das pessoas e das áreas técnicas?
  - Como tem sido a articulação nessas áreas técnicas?
  - Há um diálogo com a vontade política local?
  - Tem havido desafios? Pode citar exemplos? Encontraram formas de superação?
2. De que forma o (estado/município) articula com (os municípios/o estado) no processo de adesão à implementação da EAAB?
  - Como acontece o fornecimento e solicitação de apoio técnico?
  - Como a secretaria (estadual/municipal) presta orientação sobre o uso do Sistema de Gerenciamento da EAAB?
  - Como a secretaria (estadual/municipal) presta orientação sobre o uso do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente?

*Continuar com questões para todas as esferas (selecionando as que forem pertinentes).*

QUESTÕES REFERENTES À IMPLEMENTAÇÃO DA EAAB EM NÍVEL LOCAL

**Entrevistados:** Tutores.

**Pergunta de abertura:**

Identificação:

Local de trabalho:

Posição:

Me fale um pouco sobre a sua função, a quanto tempo está nessa posição e como seu trabalho se relaciona com a EAAB?

**Sobre as oficinas de formação de tutores:**

1. Me fale sobre como foi o processo para se tornar um tutor da EAAB.
  - Houve um critério de seleção?
  - Houve algum tipo de indicação para o cargo?
2. Como você avalia sua formação após participar da oficina?
  - Você se sentiu preparado?
  - O que você gostou na oficina?
  - Pode citar algum aspecto a melhorar na oficina?

**Sobre as oficinas de trabalho na UBS:**

1. Me fale como tem sido a execução das oficinas de trabalho nas UBS.
  - Como tem sido o envolvimento com as UBS e as equipes de saúde?

- Como você avalia as condições de infraestrutura disponíveis para a realização das oficinas?
  - Quais são os pontos críticos para realização das atividades conforme orientações do manual de implementação da EAAB?
2. Os profissionais da equipe de saúde têm compreendido a proposta da EAAB após a realização da oficina de trabalho?

**Sobre o acompanhamento das ações:**

1. Me fale como tem acontecido o acompanhamento das ações nas UBS.
- Qual o número de UBS que tem acompanhado?
  - Tem realizado oficinas complementares de acordo com as necessidades locais?
  - Quais são os principais temas abordados?
  - É possível mensurar se os profissionais da equipe de saúde aprimoraram as competências e habilidades para as práticas de AM e AC para o processo de trabalho?
  - Quais são as barreiras e facilitadores nesse processo?
2. Me fale sobre o planejamento de ações para promoção, proteção e apoio do AM e da AC saudável.
- Tutor tem prestado apoio?
  - Existem cronogramas de ações e acompanhamento pactuados em conjunto equipe e tutores?
  - Existem desafios?
3. Quais tipos de ações de apoio e de promoção têm sido desenvolvidas nas UBS?
- Você consegue perceber o impacto dessas ações no território em que atua?
  - Os tutores têm realizado articulações com diferentes níveis de atenção?

**Sobre o monitoramento da EAAB:**

1. Me fale como é o seu trabalho com o monitoramento da implementação da EAAB.
- Quais suas atribuições?
  - Quais sistemas são utilizados para coletar os dados de aleitamento materno e de alimentação complementar?
  - Existe uma alimentação contínua desse sistema?
  - Quais os pontos críticos para a funcionalidade desses sistemas?
2. Como você utiliza o Sistema de Gerenciamento da EAAB no monitoramento?
- Como acontece o registro das atividades realizadas?
  - Quais têm sido as barreiras e facilitadores para o registro?

**Sobre os critérios de certificação:**

1. Em relação às ações para se alcançar os critérios de certificação, existem critérios que são desafiadores para se atingir?
- Quais têm sido as principais barreiras e facilitadores para a execução das ações?
2. A UBS tem realizado análise crítica dos seus indicadores e dado visibilidade aos resultados?
- Qual meio de divulgação tem sido utilizado?
3. Como tem acontecido o processo de solicitação da certificação?
- Os tutores e gerentes tem se articulado?
  - Existem barreiras e facilitadores nesse processo?

**Sobre o curso EAD:**

1. Me fale um pouco sobre qual o papel do curso EAD na sua formação como tutor.
- Você realizou o curso?
  - Pode citar aspectos positivos e pontos a melhorar no curso e na sua forma de acesso?
-

**QUESTÕES REFERENTES À IMPLEMENTAÇÃO DA EAAB EM NÍVEL LOCAL****Entrevistados:** Facilitadores Nacionais (IBFAN).**Pergunta de abertura:**

Identificação:

Local de trabalho:

Posição:

Me fale um pouco sobre a sua função, a quanto tempo está nessa posição e como seu trabalho se relaciona com a EAAB?

Me fale sobre qual tem sido o papel da IBFAN na EAAB.

**Sobre ser um facilitador:**

1. Me fale sobre como foi o processo para se tornar um facilitador da EAAB.
  - Houve um critério de seleção?
  - Houve algum tipo de indicação para o cargo?
2. Você trabalhou na articulação entre as coordenações de alimentação e nutrição e de saúde da criança nos âmbitos locais?
  - Me conte sobre esse processo.
3. Como você avalia sua atuação na oficina de formação dos tutores?
  - Você sente que os tutores saem da oficina preparados?
  - O que você gostou na oficina de formação de tutores?

**Sobre a oficina de trabalho na UBS:**

1. Me fale como tem sido o papel do facilitador na organização e execução das oficinas de trabalho nas UBS.
  - Como você avalia as condições de infraestrutura disponíveis para a realização das oficinas?
  - Quais são os pontos críticos para realização das atividades conforme orientações do manual de implementação da EAAB?
  - O que você gostou na oficina de trabalho?

**Sobre o curso EAD:**

1. Me fale um pouco sobre qual o papel do curso EAD na sua formação como facilitador.
  - Você realizou o curso?
  - Pode citar aspectos positivos e pontos a melhorar no curso e na sua forma de acesso?

## Apêndice B - Caderno de Códigos

Link para acesso de documento em versão pdf:

[https://drive.google.com/file/d/1UgHvflsRvy\\_Tb\\_bGaoJKUQwxusXH0G14/view](https://drive.google.com/file/d/1UgHvflsRvy_Tb_bGaoJKUQwxusXH0G14/view)

Domínios PIP	#código	código	BARREIRAS			FACILITADORES		
			#subcódigo	subcódigo	Barreira	#subcódigo	subcódigo	Facilitador
1. Entradas	1.1	Alocação de recursos pelo nível Federal		Não há planejamento e previsão orçamentária para implementação da EAAB, nem para placas de certificação	Falta alocação de recursos suficientes no nível federal especificamente para a implementação da EAAB.		Recursos são repassados entre a rede de coordenações da Alimentação e Nutrição	Repasso de recursos financeiros pelo governo federal através do FAN para os estados e municípios.
			1.1.1b	Recursos do FAN não tem direcionamento específico para a EAAB		1.1.1f	Alocação de recurso para projeto de fortalecimento da EAAB	Estabelecimento de parcerias para transferência de recursos para agilizar a realização de oficinas.
			1.1.2b	Recursos disponíveis são escassos		1.1.2f	Recursos do FAN	
	1.2	Articulação intrasetorial e interfederativa pelo MS		Falta melhor pactuação entre as 3 esferas de gestão	Precisa haver efetiva pactuação entre as três esferas de governo.		Coordenações das áreas técnicas da Alimentação e Nutrição e da Saúde da Criança nos estados tem boa relação	Articulação entre áreas técnicas da Alimentação e Nutrição e da Saúde da Criança.
			1.2.1b	Não há articulação com outros setores como Educação e Assistência Social		1.2.1f	Facilidade de contato com os estados por conhecer pessoas	
			1.2.2b	Precisa selecionar com cautela os estados que irão implementar para não haver desistências		1.2.2f	Fazer parceria com municípios do programa Criança Feliz	
			1.2.3b	Somente alguns estados são selecionados na carta acordo conforme mortalidade ou nível de implementação		1.2.3f		
	1.3	Formação de facilitadores e disponibilização de materiais de apoio para as oficinas	1.3.1b	Não disponibilizou materiais impressos	Falta acompanhamento e avaliação do curso de Ensino a Distância da EAAB.	1.3.1f	Papel importante do MS na disseminação da EAAB nos estados, convocando para iniciar a implementação.	Apoio técnico do MS com facilitadores e materiais orientadores para a formação de tutores.
			1.3.2b	Lentidão e incertezas sobre prazos para atualizações no manual de implementação	Falta incentivos para profissionais aderirem ao curso de Ensino a Distância da EAAB.	1.3.2f	Papel importante do MS no apoio às oficinas de formação de tutores	Curso de Ensino a Distância da EAAB pode agilizar caminhos para a implementação.
			1.3.3b	Há visão de que o importante é somente a oficina presencial, o que leva ao pouco incentivo da coordenação estadual para que os tutores façam o curso EAD da EAAB.	Atualização e disponibilização do manual de implementação da EAAB é um processo demorado.	1.3.3f	Fornece materiais, recursos online, checklist, carta convite e facilitadores	
			1.3.4b	Há pouca utilização do curso EAD da EAAB, coordenação municipal e tutores o desconhecem		1.3.4f	Orientação aos estados para identificar perfil de facilitadores	
			1.3.5b	Há falta de acompanhamento dos tutores que fizeram o curso EAD da EAAB, não tem registro em sistema, não tem certificação		1.3.5f	Disponibiliza manuais e protocolos da saúde	
			1.3.6b	O curso EAD da EAAB é visto somente como curso de atualização, não para o tutor atuar		1.3.6f	Revisão da atual proposta de implementação da EAAB para adaptar aos contextos atuais	
			1.3.7b	Vagas do curso EAD da EAAB são limitadas e não há tutoria		1.3.7f	Publicação do Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos	
			1.3.8b	O projeto inicial do curso EAD da EAAB está encerrando		1.3.8f	Carta acordo com a IBFAN para custear materiais e viagens dos facilitadores nacionais	
			1.3.9b	Não existe avaliação do curso EAD da EAAB		1.3.9f	Curso EAD da EAAB foi útil para atualizar profissionais da saúde	
1.3.10b			Poucos facilitadores nacionais usaram o curso EAD da EAAB		1.3.10f	Curso EAD da EAAB poderá ser usado para agilizar implementação		
1.4	Disponibilização dos sistemas de monitoramento da implementação e de monitoramento dos indicadores de alimentação infantil	1.4.1b	Sistema não apoia o processo de certificação	Há falta de manutenção periódica dos sistemas de monitoramento da implementação e dos indicadores.				
		1.4.2b	Manutenção do sistema não é prioridade do núcleo de TI	Há baixa adesão das equipes da UBS ao uso dos sistemas de monitoramento dos indicadores.				
		1.4.3b	Adesão ao uso do SISVAN-WEB é fraco, falta reforço do MS para uso correto					
2. Processos	2.1	Coordenação da EAAB no nível estadual	2.1.1b	Falta de infraestrutura pode fazer desistir da implementação	É preciso priorizar a EAAB no contexto político.	2.1.1f	Compreensão da proposta de implementação	Agenda da saúde dos estados envolvem ações de AM e AC.
			2.1.2b	Contexto político pode paralisar implementação		2.1.2f	Inclusão das ações de AM no plano de ações e no sistema da secretaria da saúde	
	2.2	Pactuação e alocação de recursos pelos estados	2.2.1b	Não existem recursos pactuados para implementação nos municípios;	Falta alocação de recursos financeiros suficientes pelos estados para a implementação da EAAB.	2.2.1f	Ter articulação com áreas que têm recursos, como o FAN	Repasso de recursos do FAN para os estados.
			2.2.2b	Recursos são limitados aos da secretaria e ao do próprio tutor		2.2.2f	Fornece apoio de materiais para as oficinas municipais	
	2.3	Divulgação da EAAB pelos estados				2.3.1f	Promover seminários da EAAB para troca de experiências da implementação	Eventos programados para divulgação e troca de experiências da implementação pelos estados.
						2.3.2f	Divulgação da EAAB em outros eventos e programas da secretaria, como a linha de cuidado da obesidade	
						2.3.3f	Divulga a EAAB em eventos do conselho de nutricionistas e universidades	
	2.4	Articulação regional pelos estados	2.4.1b	Falhas no processo de pactuação prévia com gestão municipal	Há falhas na articulação entre as esferas estadual e municipal para dar capilaridade à EAAB.	2.4.1f	Articulação regional para formação de mais municípios	Articulação regional e sensibilização dos gestores municipais para ampliar implementação.

Continua...

		2.4.2b	Coordenação estadual não consegue dar capilaridade à EAAB	Há dificuldades na articulação entre as áreas técnicas de Atenção Básica e da Alimentação e Nutrição.	2.4.2f	Ambiente favorável para articulação com as secretarias de Saúde e Nutrição e dentro da secretaria de Atenção Básica	
		2.4.3b	Expansão da EAAB no município fica a cargo do tutor por falta de articulação com a coordenação		2.4.3f	Sensibilização dos gestores municipais sobre impactos do AM	
		2.4.4b	Estados falham na comunicação da previsão de oficinas para os Departamentos Regionais de Saúde		2.4.4f	Coordenação estadual analisa e determina áreas prioritárias para formar tutores	
		2.4.5b	Não há articulação entre as áreas técnicas da Atenção Básica e da Alimentação e Nutrição				
		2.4.6b	Implementação é interrompida por questões de demora na alocação de áreas técnicas				
2.5	Formação de tutores pelos estados	2.5.1b	Faltam vagas para formação de tutores	Há falhas na disponibilidade de infraestrutura, recursos humanos e materiais para organização das oficinas de formação.	2.5.1f	Papel importante da coordenação na formação e monitoramento desse processo	Realização das oficinas em local que exija pouco deslocamento para os profissionais.
		2.5.2b	Centralização da organização das oficinas de formação na coordenação	Falta disponibilidade da carga horária dos profissionais para participarem da oficina de formação.	2.5.2f	Perfil adequado do tutor	Realização de oficinas de formação com metodologias ativas.
		2.5.3b	A formação do tutor pode não ser suficiente para que ele se sinta seguro para fazer a oficina de trabalho	Pode haver pouca efetividade da oficina para que o tutor se sinta seguro para realizar oficinas de trabalho.	2.5.3f	Ter facilitador nacional disponível	
		2.5.4b	Tem que liberar profissional por 4 dias para formação		2.5.4f	Ter carta acordo para realização das oficinas	
		2.5.5b	Necessidade de ter infraestrutura e material de apoio, facilitadores, organização é complexa		2.5.5f	Oficinas municipais facilitam atuação do tutor nas UBS	
		2.5.6b	Dificuldade para manter o apoio dos facilitadores por haver pouco número deles nos estados e municípios		2.5.6f	Metodologia ativa da formação é bem aceita pelos profissionais	
		2.5.7b	Estados não conseguem formar todos os municípios, precisa selecionar prioritários		2.5.7f	Realização de oficinas estaduais e regionais para ampliar implementação	
		2.5.8b	São muitos tutores na oficina de trabalho, difícil divisão de atividades e participação de todos				
		2.5.9b	Desenho de implementação atual das oficinas de formação regionais e estaduais requerem grandes deslocamentos				
		2.5.10b	Estado prioriza profissionais que estão na ponta, mas não abre vagas para coordenações se formarem				
		2.5.11b	Processo de formação nos estados, para depois formar regionais e depois formar municípios é muito longo				
		2.5.12b	Menor carga horária da oficina pode dificultar trabalhar com metodologias ativas				
2.6	Indicação de facilitadores estaduais conforme critérios	2.6.1b	Dificuldade de identificar profissional com o perfil adequado	Identificar profissional com perfil e disponibilidade é difícil.	2.6.1f	Coordenação estadual pactua com gestores liberação de carga horária	Liberação de carga horária e transporte para os profissionais atuarem na EAAB.
		2.6.2b	Precisa de organização, infraestrutura, recursos financeiros		2.6.2f	Coordenação estadual consegue alocar recursos para materiais e transporte	
		2.6.3b	Profissional tutor que tem perfil para facilitador não foi indicado				
2.7	Mediação das oficinas de formação pelos facilitadores	2.7.1b	Necessidade de ter infraestrutura e material de apoio	Baixo número de facilitadores disponíveis para mediar as oficinas.	2.7.1f	Ter um bom número de profissionais disponíveis	Experiência profissional dos facilitadores nas áreas de AM e AC.
		2.7.2b	Precisa de apoio dos facilitadores nacionais e estaduais para ter número mínimo para conduzir oficinas	Houve problemas na interação dos facilitadores nacionais com as coordenações estaduais.	2.7.2f	Facilitador gosta da metodologia da oficina, se empenha	
		2.7.3b	Precisa de liberação do gestor		2.7.3f	Facilitador percebe mudanças positivas na formação do tutor	
		2.7.4b	Problemas no relacionamento interpessoal da coordenação do estado com facilitadores nacionais		2.7.4f	Facilitadores com experiência em AM e AC	
2.8	Monitoramento da implementação pela coordenação estadual	2.8.1b	Estado não monitora se tutores formados estão atuando	Tutores tem pouca disponibilidade para participar de reuniões estaduais de monitoramento da implementação.	2.8.1f	Realização de oficinas de atualização dos tutores e das equipes de saúde	Realização de reuniões periódicas e seminários para monitoramento da implementação.
		2.8.2b	Estado falha na comunicação aos tutores sobre cronograma de reuniões de monitoramento	Falta monitoramento da atuação do tutor e detalhamento das ações executadas nas UBS.	2.8.2f	Revisão dos planos de ação das UBS	
		2.8.3b	Poucos tutores podem comparecer as reuniões de monitoramento (~10%)		2.8.3f	Realização de seminários com profissionais da APS para compartilhar experiências da implementação	
		2.8.4b	É difícil acompanhar todos os municípios, mesmo com as reuniões, não sabe detalhamento das ações		2.8.4f	Realização de reunião anual de monitoramento dos municípios	
					2.8.5f	Acompanhamento dos tutores via grupo de Whatsapp	
					2.8.6f	Municípios enviam ao estado relatório da implementação	

Continua...

					Coordenação cobra a inserção dos dados das oficinas e das ações no sistema		
2.9	Coordenação da EAAB no nível municipal	2.9.1b	Falta de planejamento para a implementação	Falta formalização de uma coordenação municipal da EAAB.	2.9.1f	Interesse e engajamento da coordenação na implementação	Coordenação envolvida com áreas da educação permanente ou Alimentação e Nutrição, AM e implementação da RAB e ENPACS.
		2.9.2b	Mudança de gestão leva à descontinuidade da implementação, requer nova sensibilização		2.9.2f	Ter profissional da coordenação vinculado à áreas como educação permanente, Alimentação e Nutrição e interessada no tema da EAAB	
		2.9.3b	Não existe a recomendação para a formalização de uma coordenação municipal da EAAB		2.9.3f	Ter implementado a RAB e a ENPACS previamente	
		2.9.4b	Precisa ser sensibilizada para priorizar a EAAB, mostrar impactos do AM e da AC				
		2.9.5b	Precisa ampliar a visão de promoção da saúde				
		2.9.6b	A implementação depende das pessoas, não o é institucionalizada como uma política				
		2.9.7b	Ausência de uma política pública para o tema				
2.10	Pactuação e alocação de recursos pelos municípios	2.10.1b	Recursos financeiros e de infraestrutura limitados, dependem da realidade da gestão local	Falta alocação de recursos financeiros suficientes pelos municípios para a implementação da EAAB.	2.10.1f	Articulação com universidades, com a secretaria de saúde e recurso do FAN para ter infraestrutura e materiais para fazer as oficinas	Utilização dos recursos do FAN para a implementação da EAAB.
		2.10.2b	Ausência de pactuação de verba destinada para materiais para as oficinas		2.10.2f	Existência da coordenação da área de AM articulada com a coordenação da Alimentação e Nutrição	Produção periódica de relatórios dos resultados da implementação para encaminhar ao estado.
					2.10.3f	Coordenação envia relatórios dos resultados da implementação e dados respaldam o alocamento de recursos para a EAAB	
2.11	Divulgação da EAAB pelos municípios				2.11.1f	Entregam as placas de certificação no evento da Semana da Amamentação e convidam pessoas chave	Facilitador: Fortalecimento da governança da EAAB por meio de comitês municipais.
					2.11.2f	Criação de Comitê Municipal de AM e AC	Facilitador: Divulgação em eventos da Semana da Amamentação e em congressos científicos.
					2.11.3f	Apresentação de trabalhos em congressos sobre análise de implementação e do impacto da EAAB	
2.12	Articulação intrasetorial e intersetorial pelos municípios				2.12.1f	Coordenação faz pactuação com a secretaria da educação para profissionais do CEI serem capacitados	Articulação intersetorial com educação e serviço social amplia capacitação e impacto.
					2.12.2f	Coordenação faz pactuação com universidades para negociar infraestrutura para realizar oficinas de formação.	
					2.12.3f	Coordenação faz articulação para capacitar profissionais da Secretaria da Assistência Social e do Programa Criança Feliz	
2.13	Seleção de tutores pelos municípios	2.13.1b	Dificuldade de identificar profissionais dentro do perfil para tutor, precisa de perfil envolvido com gestão	Há dificuldade de identificar perfil adequado do profissional para ser tutor e de liberação para formação.	2.13.1f	Ter condições para as oficinas como lanche, negociar folgas no trabalho se participar da oficina, sortear viagens para congressos e cursos	
		2.13.2b	Gerentes da UBS não compreendem importância de qualificar o profissional e não liberam para a formação por haver outras metas	Faltam incentivos e recursos materiais para os facilitadores e tutores atuarem.			
		2.13.3b	Dificuldade para definir um modelo de tutoria, tutor da própria UBS ou tutor para fazer apoio matricial	Falta definição sobre atuação do tutor no apoio a diferentes UBS.			
		2.13.4b	Não há pro-labore para ser tutor	Há falhas na comunicação da coordenação com os tutores selecionados.			
		2.13.5b	Selecionados é maioria enfermeiros, faltam profissionais do NASF				
		2.13.6b	Município faz oficina de formação com falhas nas diretrizes de organização				
		2.13.7b	Falta de esclarecimentos ao profissional sobre objetivos da formação como tutor ao seleciona-lo				
2.14	Apoio técnico às UBS pela coordenação municipal para a consecução da estratégia	2.14.1b	Tutor desiste da atuação como tutor por falta de organização municipal	Falta apoio da coordenação municipal e da gerência da UBS para a atuação do tutor.	2.14.1f	Participação ativa da coordenação municipal nas oficinas para apoiar o tutor na condução das oficinas	Fornecer certificado das atividades do tutor na EAAB para plano de cargos e salários.
		2.14.2b	Tutores não sabem o que é ser tutor quando fazem a formação		2.14.2f	Ter plano de implementação para capacitar 100% das UBS	Existência de plano municipal de implementação da EAAB nas UBS.
		2.14.3b	Tutor não comunica à coordenação sobre transferências ou demissões		2.14.3f	Fornece certificado de horas de atuação na EAAB para contar no plano de carreira	
		2.14.4b	O desempenho do tutor depende do apoio da gestão, mas o tutor não é apoiado				
		2.14.5b	Falta de um respaldo da área técnica para formalizar o título e papel de tutor				

Continua...



		2.14.6b	Falta de compreensão do gestor que o papel do tutor inclui multiplicar a EAAB em outras UBS				
		2.14.7b	Gerente da UBS precisa comprar a causa da implementação da EAAB				
		2.14.8b	A implementação é entendida como apenas a etapa de formação dos tutores				
2.15	Realização das oficinas de trabalho nas UBS pelo tutor	2.15.1b	É difícil organizar as oficinas, faltam materiais e há problemas de falta de recursos e insumos na UBS	Pouca disponibilidade de infraestrutura, recursos humanos e materiais e articulações para fazer oficinas na UBS.	2.15.1f	Manual de apoio ao tutor foi útil para a atuação	Adaptações das atividades quando há menor tempo para realizar a oficina e uso da metodologia crítico-reflexiva.
		2.15.2b	Falta engajamento ou há resistência da equipe de saúde para participar as atividades	Falta disponibilidade da equipe de saúde para participar de oficina e atividades na UBS.	2.15.2f	Metodologia crítico reflexiva permite construção da educação	
		2.15.3b	Menor carga horária da oficina pode dificultar trabalhar com metodologias ativas	Carga horária da oficina na UBS pode ser limitada para desenvolver atividades com metodologias ativas.	2.15.3f	Adaptação das atividades para reduzir tempo da oficina sem perder o foco	
		2.15.4b	Tem que fazer várias oficinas para não fechar a UBS				
		2.15.5b	Oficinas acontecem mais quando há oficina de formação, tutor não toma a iniciativa para fazer em outras UBS				
		2.15.6b	Longo tempo para fazer todas as atividades da oficina, mas não pode diminuir muito				
		2.15.7b	Tutor não tem interesse em fazer oficinas e certificar UBS por demanda de trabalho				
2.16	Apoio do tutor às equipes das UBS	2.16.1b	Somente apoiam sua própria UBS, não visitam ou acompanham outras UBS	Há pouca disponibilidade do tutor para desempenhar atividades de apoio às equipes em diferentes UBS	2.16.1f	Ter o manual de apoio ao tutor favorece as atividades complementares	Tutor presta apoio e acompanhamento na UBS em que está vinculado.
		2.16.2b	São transferidos de região de trabalho ou aposentam ou são demitidos, alta rotatividade		2.16.2f	Incentivo com premiações para tutores que mais lançarem ações no sistema e-gestor	Utilização do Manual de Apoio ao Tutor para conduzir atividades complementares.
		2.16.3b	Tutor tem sobreposição de funções no trabalho e não há transporte, o que dificulta atuar em outra UBS		2.16.3f	Apoio de alunos de extensão universitária para preencher dados das ações no sistema	
		2.16.4b	É desafiador colocar em prática as metodologias ativas		2.16.4f	Profissional tutor tem agenda que inclui atividades da EAAB e tem apoio da gestão	
		2.16.5b	Tutor não é visto como apoiador, as pessoas não o procuram		2.16.5f	Realização de atividades complementares mensalmente	
		2.16.6b	Tutor acaba tendo que planejar e estudar atividades fora do horário de trabalho		2.16.6f	Tutor tem maior facilidade de fazer ações na sua própria UBS	
		2.16.7b	Realização de atividades complementares depende do engajamento individual do tutor				
2.17	Monitoramento da implementação nas UBS pela coordenação municipal	2.17.1b	Dificuldade para agendar reuniões municipais e de ter todos os tutores presentes	Dificuldade de participação dos tutores em reuniões municipais de monitoramento.	2.17.1f	Reuniões periódicas com os tutores, com controle e ata	Utilização de ficha de monitoramento da implementação pela coordenação municipal.
					2.17.2f	Coordenação municipal atualizada sobre tipos de ações no município	
					2.17.3f	Utiliza ficha de monitoramento da RAB	
					2.17.4f	Realização de encontros anuais com UBS que estão implementando a EAAB para discutir experiências da implementação	
					2.17.5f	Ter livro ata de todas as ações realizadas na UBS	
2.18	Operacionalização do sistema de monitoramento da implementação	2.18.1b	Muitos documentos e dados para inserir	Inserção de informações sobre as ações da UBS no sistema de monitoramento da EAAB não é detalhada.	2.18.1f	Calcula automaticamente o percentual de profissionais formados por UBS	Sistema permite acompanhamento da implementação nas UBS.
		2.18.2b	Sistema com perfil de acesso para tutores, não tem perfil para equipe de saúde	Sistema de monitoramento não é utilizado para avaliar a implementação da EAAB no município.	2.18.2f	Permite acompanhar as UBS que estão fazendo oficinas e identificar o gap entre formação e implementação, dados para tomada de decisão	
		2.18.3b	Dados do sistema não foi útil para o monitoramento da EAAB no município, não monitora mudanças na qualidade das ações	Há falhas na comunicação entre sistemas de monitoramento da APS e da EAAB e falta estabilidade de acesso.			
		2.18.4b	Sistema com falhas no relatório e relatório é confuso para leitura	Organização de perfis de acesso ao sistema de monitoramento da EAAB não é efetiva.			
		2.18.5b	Detalhamento das ações pelos tutores é fraco e subnotificado				
		2.18.6b	Divergência na comunicação com sistema da base de dados nacional, dados das equipes saem incorretos				
		2.18.7b	Sistema difícil de usar e de preencher dados, tem instabilidade no acesso				
		2.18.8b	Tem que incluir dados que já foram preenchidos em outros sistemas, ele não se comunica com os sistemas de informação				
		2.18.9b	Precisa de diferentes sistemas para preenchimento de dados dos critérios de certificação, somente sistema de gerenciamento não serve				

Continua...

		2.18.10b	Perfil de acesso do tutor não permite acesso a histórico de ações em diferentes UBS				
		2.18.11b	Senha para primeiro cadastro expira caso demore para fazer o cadastro				
		2.18.12b	Sistema não tem campo para inserir profissionais que são de UBS tradicional e não pertencem a equipes				
	2.19	Operacionalização dos sistemas de monitoramento dos indicadores de alimentação infantil	Falta de apoio técnico para os municípios sobre como usar o sistema e-SUS	Falta orientação do estado para uso dos sistemas para monitoramento adequado dos indicadores de AM e AC nos municípios.	2.19.1f	Sistema e-SUS tem registro de ações em grupo e permite acompanhamento das ações	
		2.19.2b	Equipes não preenchem dados no SISVAN-WEB ou no e-SUS, não define se utiliza somente um dos dois, há baixa cobertura	Informações no sistema sobre as ações de promoção do AM e AC realizadas na UBS não é detalhada.	2.19.2f	Coordenação tenta unificar dados do sistema próprio com dados do SISVAN-WEB	
		2.19.3b	Sistema e-SUS não diferencia, nem detalha ações de amamentação das ações de AC				
	2.20	Acompanhamento, monitoramento e avaliação da EAAB pelo MS	Ausência de avaliação sistemática e periódica da implementação, monitoramento não continua após a certificação	Há falhas na execução do monitoramento e avaliação sistemática da implementação e não há entrega de feedback pelo MS.	2.20.1f	Pesquisa de ouvidoria do SUS com tutores da EAAB	Realização de pesquisas nacionais de ouvidoria com facilitadores e tutores.
		2.20.2b	Não dá um feedback ao menos anual para as coordenações		2.20.2f	Oficina de escuta com facilitadores e tutores	
		2.20.3b	Não há uma ficha de monitoramento como havia na RAB		2.20.3f	Realiza o acompanhamento da execução dos recursos	
		2.20.4f			2.20.4f	Pactua meta de implementação e monitora mensalmente	
	2.21	Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações da EAAB pelo MS	Não dá um feedback ao menos anual para as coordenações	Não há feedback dos resultados pelo MS.			
3. Saídas	3.1	Aprimoramento das competências e habilidades dos profissionais de saúde da UBS	Metas e elevada demanda de trabalho com poucos recursos humanos na UBS dificulta participar das oficinas e atividades complementares	Falta disponibilidade na agenda da UBS para discussão de processo de trabalho.	3.1.1f	Uso da metodologia crítico reflexiva nas oficinas	
		3.1.2b	Ambiente de trabalho não há momento para discutir processo de trabalho		3.1.2f	Oficinas na UBS melhora processo de trabalho e acolhimento	
	3.2	Qualificação das ações de promoção do AM e da AC saudável nas UBS	Rotatividade dos profissionais	Há elevada taxa de rotatividade dos RH das equipes de saúde da UBS.	3.2.1f	Renovação do treinamento das equipes	Renovação do treinamento das equipes de saúde da UBS.
		3.2.2b	Diminuição das ações de promoção da saúde na UBS		3.2.2f	Oficinas na UBS ajudam a padronizar as orientações	
				3.2.3f	Tema da AC foi mais trabalhada nas UBS após implementação da EAAB		
4. Desfechos	4.1	Critério: Participação de pelo menos 85% da equipe de AB nas oficinas desenvolvidas.	Necessidade de fazer muitas oficinas para conseguir capacitar 85% da equipe	Dificuldade de envolver 85% da equipe de saúde nas oficinas e atividades desenvolvidas.			
		4.1.1b	Dificuldade de ter disponibilidade de todos os profissionais da equipe				
		4.1.2b	Com ampliação das equipes de saúde da família há elevado número de equipes por UBS para capacitar				
		4.1.3b	É difícil manter sempre 85% da equipe capacitada pela rotatividade				
		4.1.4b					
	4.2	Critério: Desenvolvimento de ações sistemáticas individuais ou coletivas para promoção do AM e AC saudável. & Critério: Cumprimento de pelo menos 1 ação de incentivo do AM e 1 de AC saudável pactuadas no plano de ação.	Descontinuidade das ações sistemáticas, só acontecem ações pontuais sem monitoramento ou acompanhamento do tutor	Falta continuidade das ações individuais ou coletivas para promoção do AM e da AC saudável.	4.2.1f	Oficinas na UBS estimulam atuação da equipe para promover a AC em conjunto com o tema do AM	Envolvimento de enfermeiros e apoio do gerente da UBS na organização das ações sistemáticas.
		4.2.2b	Precisa de inovação tecnológica nas formas de comunicação com a população	É necessário o desenvolvimento de ações inovadoras para ampliar alcance aos cuidadores das crianças.	4.2.2f	Adaptação das ações para a população idosa	Apoio a ações já existentes na UBS para promoção do AM e AC.
		4.2.3b	População exposta à mídia e propaganda de incentivo ao consumo de ultraprocessados por crianças menores de 2 anos		4.2.3f	Enfermeiros tem importante papel na aderência às ações	
		4.2.4b	Profissionais pedagógicos que atuam no CEI não incentivam às mães a amamentarem e não tem formação para esse fim		4.2.4f	Coordenação municipal faz monitoramento ativo das ações	
		4.2.5b	Mães precisam voltar ao trabalho e deixam de ir as atividades em grupos		4.2.5f	Tutor apoia grupos já existentes na UBS para promoção do AM e AC	
	4.2.6f			4.2.6f	Tutor tem apoio da gerência da UBS		
4.3	Critério: Monitoramento dos índices de AM e AC pelo sistema vigente.	Equipes sentem dificuldade para usar os sistemas de informação	Falta disponibilidade de recursos de informática e acesso a internet nas UBS.	4.3.1f	Compreensão das equipes sobre impacto do AM e da AC na saúde e desenvolvimento infantil		
	4.3.2b	UBS sem acesso à internet					
4.4	Critério: Disponibilização de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança para detectar problemas relacionados ao AM e à AC.	Equipes têm o protocolo, mas não o utilizam					
4.5	Critério: Cumprimento da NBCAL e Lei 11.265/2006 e não distribuição de "substitutos" do leite materno na UBS.			4.5.1f	Capacitar profissionais da Secretaria da Assistência Social e do Programa Criança Feliz para correto encaaminhamento da distribuição		

Continua...

4.6	Processo de certificação das UBS	4.6.1b	Há períodos fechados para solicitação	Dificuldade de organizar todos os documentos comprobatórios das ações para solicitação da certificação da UBS.	4.6.1f	MS dá apoio técnico para orientar processo de pedido da certificação	Apoio e incentivo da coordenação municipal na implementação e solicitação da certificação.		
			4.6.2b	Elevado número de documentos exigidos para comprovar a implementação		Acompanhamento pelo tutor e gerente se a UBS já atingiu os critérios para solicitar a certificação.	4.6.2f	Incentivo com viagens, eventos e cursos	Comunicação com UBS sobre aprovação da certificação na EAAB.
			4.6.3b	Gerentes não acompanham se a UBS já está pronta para solicitar a certificação		O processo de solicitação da certificação não é simples e ágil.	4.6.3f	Apoio da gestão municipal na implementação por meio de reuniões	
			4.6.4b	Tutor não tem tempo para juntar os documentos		Precisa de adequação dos critérios de certificação à realidade dos serviços de saúde.	4.6.4f	Intenso trabalho do estado na formação de tutores e superação de barreiras do sistema de saúde	
			4.6.5b	Processo de solicitação precisa ser simplificado, precisa rever critérios		Há demora no processo de certificação das UBS que implementam a EAAB pelo MS.	4.6.5f	Coordenação municipal presta apoio para inserir documentos no sistema	
			4.6.6b	Coordenação estadual não vê certificação como prioridade, porque questões do processo de trabalho são mais importantes		Falta estabilidade dos sistemas de monitoramento para o MS analisar pedidos de certificação.	4.6.6f	Áreas técnicas de análise e de manutenção do sistema trabalhando dentro do mesmo departamento	
			4.6.7b	Processo até chegar na certificação é longo, tutor desiste de atuação antes			4.6.7f	Coordenação municipal envia e-mail para as UBS que foram certificadas avisando	
			4.6.8b	Se UBS não usa sistemas de informação tem que mandar outro relatório para o MS					
			4.6.9b	Precisa analisar em três sistemas que não estão comunicados entre si e que apresentam instabilidade					
			4.6.10b	Análise dos pedidos é centralizada na gestão Federal					
			4.6.11b	Processo não tem sido um tipo de monitoramento das ações					
			4.6.12b	Demora para certificar e para enviar as placas					
			4.6.13b	Modelo de certificação não está dando certo					
5. Impactos	5.1 Melhora da proporção do AM e das práticas saudáveis de AC em crianças menores de 2 anos	5.1.1b	Não há análise da evolução dos indicadores, nem após certificação	Falta análise sistemática da evolução dos indicadores de AM e AC.	5.1.1f	Capacitação de nutricionistas do CEI por meio de oficina de trabalho adaptada	Articulação com a secretaria da educação para atuação com profissionais do Centro de Educação Infantil.		
						5.1.2f	Ações em grupos no pré-natal		
					5.1.3f	Modelo de implementação já gerou impacto positivo na RAB			
	5.2 Melhora no perfil nutricional das crianças e na mortalidade infantil				5.1.1f	Coordenação estadual prioriza a implementação da EAAB em áreas de maior vulnerabilidade social e maiores taxas de mortalidade infantil			
6. Premissas	6.1 Cenário político				6.1.1f	Ter tema da amamentação na agenda do município	Premissa: Vigência de políticas em prol da primeira infância, da saúde da criança e da alimentação e nutrição nas três esferas da gestão.		
					6.1.2f	Fazer articulação da EAAB com outras políticas e setores (Educação, Assistência Social, Agricultura)			
					6.1.3f	Inserção na política de saúde como prioridade na secretaria estadual			
					6.1.4f	Ter política estadual de AM e da primeira infância			
					6.1.5f	EAAB é parte das ações da PNAN			
	6.2 Existência de outros programas de apoio ao AM				6.2.1f	Programa Floresce uma vida, IHAC, BLH	Premissa: Vigência de programas em prol do AM no município.		
	6.3 Pesquisa e inovação				6.3.1f	Pesquisa externa de implementação do manual do tutor motivou processo das oficinas nas UBS	Premissa: Desenvolvimento de pesquisas científicas com o tema do AM e AC e da análise de implementação.		
				6.3.2f	Pesquisa externa que avaliou os indicadores de AM e AC no município deu resultados do impacto da implementação				

## Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do Projeto:** Processo de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: Uma análise do caminho de impacto do programa.

**Pesquisador Responsável:** Daiane Sousa Melo

Prezado (a) Senhor (a): \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado a participar da pesquisa que tem como tema central o processo de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). A EAAB é uma proposta do Ministério da Saúde para prestar apoio, proteção e promoção ao Aleitamento Materno (AM) e a Alimentação Complementar (AC) infantil no país através de intervenções no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Diante de evidências científicas que apontam importante necessidade de fortalecer a implementação da EAAB, essa pesquisa busca analisar o processo de implementação da EAAB e identificar mediadores críticos da qualidade para melhoria do programa e alcance dos impactos esperados. Para isso será elaborado e validado o modelo de caminho de impacto do programa junto a atores-chave envolvidos na implementação da EAAB e, posteriormente, será feita a identificação das barreiras e facilitadores no processo de implementação da EAAB.

Essa pesquisa utilizará como ferramenta de coleta de dados análise documental e entrevistas semiestruturadas com atores-chave que atuam na implementação da EAAB no país (gestores do Ministério da Saúde e coordenadores estaduais). As entrevistas poderão ser realizadas via *web* conferências, vídeo-chamadas ou contatos telefônicos, conforme condições logísticas e de infraestrutura disponíveis.

A sua participação é importante e voluntária. A identificação de suas percepções como colaborador da EAAB sobre quais formas de execução da EAAB têm gerado impactos em diferentes níveis de gestão será fundamental para alcançar os objetivos desta pesquisa.

Os riscos previsíveis para os participantes das entrevistas são mínimos. O (a) senhor (a) precisará expor suas ideias e críticas e poderá sentir um desconforto decorrente do tempo que deverá disponibilizar para responder à entrevista. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa, sendo garantido o direito à indenização caso sejam comprovados eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Solicitamos seu consentimento para que o (a) Senhor (a) possa participar dessa pesquisa e desde já agradecemos sua colaboração.

**Ficam assegurados ao (a) senhor (a) os seguintes direitos:**

- 1) Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos relacionados à pesquisa.
- 2) Não participar do estudo ou interromper a sua participação em qualquer fase dos procedimentos caso julgue necessário.
- 3) Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
- 4) Receber uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido.

5) Procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo – SP, telefone (11) 3061-7779 ou e-mail: coep@fsp.usp.br, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

---

Declaro que tomei ciência das informações acima explicitadas e concordo em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Cargo / função: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, Daiane Sousa Melo, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.



**Data: 21/02/2020.**

Estamos à disposição para qualquer informação adicional, através do e-mail: dsousamelo@usp.br.

## Currículo Lattes da autora



### Daiane Sousa Melo

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2263045413943453>

ID Lattes: **2263045413943453**

Última atualização do currículo em 25/10/2020

Bacharel Nutricionista graduada pela Universidade Paulista em 2014, possui especialização Pós Graduação Latu Sensu em Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família pela Universidade Nove de Julho (2017). Atualmente é mestranda no programa de Pós Graduação Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Trabalhou na função de nutricionista no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Itatiba - SP no ano de 2017 e 2018. Possui experiência no desenvolvimento e execução de estratégias de proteção, promoção e prevenção da saúde na área de alimentação e nutrição no âmbito da Atenção Primária a Saúde. **(Texto informado pelo autor)**

### Identificação

<b>Nome</b>	Daiane Sousa Melo
<b>Nome em citações bibliográficas</b>	MELO, D. S.; SOUSA MELO, DAIANE
<b>Lattes ID</b>	<a href="http://lattes.cnpq.br/2263045413943453">http://lattes.cnpq.br/2263045413943453</a>
<b>Orcid ID</b>	<a href="https://orcid.org/0000-0002-0560-5645">https://orcid.org/0000-0002-0560-5645</a>

### Endereço

<b>Endereço Profissional</b>	Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617882
------------------------------	---

### Formação acadêmica/titulação

<b>2018</b>	Mestrado em andamento em Pós Graduação em Nutrição em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Processo de implementação da Estratégia Alimentação e Saúde Brasil: Uma análise do caminho de impacto do programa., Orientador:  Sonia Isoyama Venancio. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Aleitamento materno; Alimentação Complementar; Ciência da Implementação. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
<b>2015 - 2017</b>	Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde com Ênfase em Atenção Básica e ESF. (Carga Horária: 5760h). Universidade Nove de Julho, UNINOVE, Brasil. Título: Ferramentas para o Apoio Matricial no contexto de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde de São Paulo - SP. Orientador: Marcelo Geovane Persequino. Bolsista do(a): Universidade Nove de Julho/ Ministério da Saúde, UNINOVE/MS, Brasil.
<b>2010 - 2014</b>	Graduação em Nutrição. Universidade Paulista, UNIP, Brasil. Título: Avaliação nutricional quantitativa de cardápio oferecido em um Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI) de Campinas, SP. Orientador: Renata Elisa Farias de Almeida Marques. Bolsista do(a): Ministério da Educação - Programa Universidade para Todos, ME-PROUNI, Brasil.

### Formação Complementar

<b>2019 - 2019</b>	Extensão universitária em Atenção Integral às crianças com alterações do crescimento e desenvolvimen. (Carga horária: 30h). Fundação Oswaldo Cruz - Pernambuco, FOC, Brasil.
--------------------	---



## Currículo Lattes da orientadora



### Sonia Isoyama Venancio

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5325524254994256>

ID Lattes: 5325524254994256

Última atualização do currículo em 01/11/2020

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos (1989), mestrado em Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1996) e doutorado em Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2002). Ingressou na carreira de Pesquisador Científico em 1994, no Instituto de Saúde da SES-SP. Atualmente é PqC VI, líder do Grupo de Pesquisa Políticas e Práticas de Saúde e Assistente Técnico de Direção. Coordenou vários projetos de pesquisa, com financiamento do CNPq, FAPESP, OPAS, JICA (Agência de Cooperação Internacional do Japão) e Ministério da Saúde. Coordenou o Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto por um período de quatro anos. É docente colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP e docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Foi membro de cerca de 30 bancas de qualificação e conclusão de mestrado/doutorado. É revisora dos periódicos: Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), Revista Brasileira de Epidemiologia, - Jornal de Pediatria, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Revista de Saúde Pública e Epidemiologia e Serviços de Saúde. Desde 2007, é membro do Comitê Nacional de Aleitamento Materno, assessor da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Aleitamento Materno, atuando principalmente nos seguintes temas: aleitamento materno, nutrição, políticas de saúde, indicadores de saúde e epidemiologia e atenção básica. **(Texto informado pelo autor)**

### Identificação

<b>Nome</b>	Sonia Isoyama Venancio
<b>Nome em citações bibliográficas</b>	VENANCIO, S. I.; Venancio, Sonia Isoyama; VENANCIO, SONIA I.; VENÂNCIO, SÔNIA ISOYAMA; VENÂNCIO, SONIA ISOYAMA; VENÂNCIO, SÔNIA I.; ISOYAMA VENANCIO, SONIA; VENANCIO, SONIA
<b>Lattes iD</b>	<a href="http://lattes.cnpq.br/5325524254994256">http://lattes.cnpq.br/5325524254994256</a>
<b>Orcid iD</b>	<a href="https://orcid.org/0000-0001-7147-3292">https://orcid.org/0000-0001-7147-3292</a>

### Endereço

<b>Endereço Profissional</b>	Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Rua Santo Antônio, 590, 5º andar Bela Vista 01314000 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 31168503 URL da Homepage: <a href="http://www.isaude.sp.gov.br">http://www.isaude.sp.gov.br</a>
------------------------------	---

### Formação acadêmica/titulação

<b>1998 - 2002</b>	Doutorado em Nutrição Em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSPUSP, Brasil. Título: Determinantes Individuais e Contextuais do aleitamento Materno Exclusivo nos Primeiros Seis Meses de Vida em Cento e Onze Municípios do Estado de São Paulo, Ano de obtenção: 2002. Orientador:  Carlos Augusto Monteiro. Palavras-chave: aleitamento materno; Allimentação infantil; Avaliação em Saúde. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Nutrição. Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
<b>1993 - 1996</b>	Mestrado em Nutrição Em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSPUSP, Brasil. Título: A situação da amamentação exclusiva no Estado de São Paulo, Ano de Obtenção: 1996.