

MAYARA KELLY PEREIRA RAMOS

**DESCRIÇÃO DA AGENDA PARA INTENSIFICAÇÃO DA ATENÇÃO
NUTRICIONAL À DESNUTRIÇÃO INFANTIL E SUAS METAS NOS MUNICÍPIOS
BRASILEIROS**

BRASÍLIA, 2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MAYARA KELLY PEREIRA RAMOS

**DESCRIÇÃO DA AGENDA PARA INTENSIFICAÇÃO DA ATENÇÃO
NUTRICIONAL À DESNUTRIÇÃO INFANTIL E SUAS METAS NOS MUNICÍPIOS
BRASILEIROS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Muriel Bauermann Gubert

BRASÍLIA
2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 1017818.

Ramos, Mayara Kelly Pereira.

R175d Descrição da agenda para intensificação da atenção
nutricional à desnutrição infantil e suas metas nos
municípios brasileiros / Mayara Kelly Pereira Ramos. -- 2014.
82 p. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,
Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, 2014.

Inclui bibliografia.

Orientação: Muriel Bauermann Gubert.

1. Brasil - Ministério da Saúde - Programas de saúde -
Nutrição. 2. Desnutrição infantil. 3. Crianças - Nutrição -
Brasil. 4. Política pública. I. Gubert, Muriel Bauermann.
II. Título.

CDU 614-053.2

MAYARA KELLY PEREIRA RAMOS

**DESCRIÇÃO DA AGENDA PARA INTENSIFICAÇÃO DA ATENÇÃO
NUTRICIONAL À DESNUTRIÇÃO INFANTIL E SUAS METAS NOS MUNICÍPIOS
BRASILEIROS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 05 de Setembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Muriel Bauermann Gubert
Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Patricia Constante Jaime
Universidade de São Paulo

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Sousa
Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus e a Nossa Senhora pela força para superar os momentos difíceis e agradeço principalmente pela graça de estar realizando essa grande conquista.

Agradeço em especial à minha mãe por todo apoio compreensão e a toda a minha família pelas orações, torcida e energias positivas. Agradeço ao meu pai “in memoriam” pelo exemplo em desbravar caminhos desconhecidos e por não me deixar temer nas minhas decisões.

Agradeço à Andrey, pela paciência, carinho companheirismo, motivação e por ter me acalentado nos momentos mais difíceis. À Tia Gisélia, Márcio e Sharon por todo o amor incondicional.

Agradeço à minha orientadora Muriel, pelo incentivo, pela paciência, disponibilidade, pelo carinho e pela forma de conduzir toda a pesquisa.

Agradeço a toda à equipe da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição pela torcida, pela motivação, em especial a Ana Maria, que teve importante contribuição para este trabalho, a Kelly e a Patrícia Jaime, pelo apoio e concessão dos turnos de trabalho em função das aulas.

Agradeço às minhas queridas colegas de classe pelo companheirismo e por tornarem tão prazerosos nossos encontros de aula e de trabalhos coletivos.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para concretização deste momento e que acreditaram em mim.

*"As ideias e as estratégias são importantes,
mas o verdadeiro desafio é a sua execução."*

Percy Barnevik

RESUMO

A desnutrição infantil é uma doença de natureza multifatorial com grande relação com a pobreza, e que permanece como uma das principais responsáveis pelos óbitos infantis nos países em desenvolvimento. Com vistas a impulsionar o enfrentamento da desnutrição em municípios brasileiros com maior prevalência deste agravo em crianças menores de cinco anos de idade, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição (ANDI), por meio da pactuação de metas voltadas à qualificação de ações de atenção à saúde da criança e à organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde. O objetivo deste trabalho é descrever a ANDI, caracterizando os municípios partícipes e identificando os elementos potencializadores e limitadores do cumprimento das metas pactuadas. Foi realizado um estudo transversal utilizando a base de dados secundários do MS, onde foram incluídos todos os 212 municípios que compõem a Agenda e as três metas obrigatórias pactuadas para o ano de 2013. Também foram utilizadas informações provenientes do formulário eletrônico aplicado pelo MS aos gestores municipais, que trata da implementação da Agenda. Observou-se que grande parte dos municípios contemplados pela ANDI situa-se Região Nordeste (42,5%) e cerca de 90% tem população residente menor que 40 mil habitantes, além de apresentarem alta cobertura de Atenção Básica e de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF). Cerca de 65% dos municípios estudados possuem mais que 20% da sua população em situação de extrema pobreza. Em 2013, observou-se que 68,9% dos municípios cumpriram a meta de cobertura do Sisvan; 60,8% cumpriram a meta mínima de cobertura do PBF e 42,9% cumpriram ambas as metas. Já a meta de investigação de casos de crianças desnutridas foi cumprida por apenas 9% dos municípios, implicando em somente 5,7% dos municípios terem cumprido todas as metas da Agenda. Entre as variáveis que contribuíram simultaneamente para o bom desempenho dos municípios no acompanhamento nutricional do Sisvan e no acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família estava o menor porte populacional, a localização na Região Nordeste, a utilização recurso repassado e apresentar maior cobertura da Atenção Básica. Conclui-se que o monitoramento do desempenho municípios na Agenda é ação essencial para contribuir com a efetividade desta, permitindo compreender seu

processo de implementação e identificar os fatores que possam ter dificultado sua execução, possibilitando que outras estratégias sejam elaboradas de acordo com realidade e limitações desses municípios para o próximo ciclo de avaliação.

Palavras-chave: Transtornos da Nutrição Infantil; Políticas Públicas; Monitoramento; Vigilância Nutricional.

ABSTRACT

Child malnutrition is a multifactorial disease with great relationship with poverty, and that remains one of the main responsible for infant deaths in developing countries. In order to boost the coping of malnutrition in municipalities with a higher prevalence of this disease in children under five years of age, the Ministry of Health (MOH) established the agenda for Intensification of Nutritional Counseling Malnutrition (ANDI), through pacts goals aimed at qualifying shares attention to child health and the organization of nutritional care in the Health Care Network. objective of this work is to describe the ANDI, featuring participants municipalities and identifying enhancers and elements limiting the achievement of goals agreed. A cross-sectional study using secondary data base of MS, where we included all 212 municipalities that make up the Agenda and the three agreed binding targets for the year 2013 was carried out information from the electronic form used by MS were also used to managers municipal, dealing with the implementation of Agenda. It was observed that most municipalities covered by ANDI is located Northeast (42.5%) and about 90% have less than 40 000 inhabitants resident population, in addition to having high coverage of Primary Care and monitoring of conditionalities health of the Bolsa Família Program (BFP). About 65% of the municipalities studied have more than 20% of its population living in extreme poverty. In 2013, it was observed that 68.9% of the municipalities met the goal of coverage Sisvan; 60.8% met the minimum target of covering GMP and 42.9% met both goals. Since the goal of investigating cases of malnourished children was fulfilled by only 9% of the municipalities, resulting in only 5.7% of the municipalities have fulfilled all the goals of Agenda. Among the variables that simultaneously contributed to the good performance of municipalities in the Sisvan nutritional counseling and monitoring of health conditionalities of the beneficiary families of the Bolsa Família Program was the lowest population size, location in the Northeast, using passed resource and provide greater coverage of Primary Care. We conclude that performance monitoring municipalities in Agenda is essential action to contribute to the effectiveness of this, allowing us to understand the implementation process and to identify factors that may have hindered its execution, enabling other strategies limitations are prepared in accordance with reality and these municipalities for the next evaluation cycle.

Keywords: Child Nutrition Disorders. Public Policies. Monitoring. Nutritional Surveillance.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Incentivo financeiro na ANDI.....	27
Quadro 2 – Incremento necessário para cumprimento da meta Sisvan.....	35
Quadro 3 – Campos investigação de casos.....	37
Quadro 4 – Incremento necessário para cumprimento da meta PBF.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos municípios contemplados na Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil, Brasil 2013.....	59
Tabela 2 – Influência das variáveis no desempenho dos municípios na Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil, Brasil, 2013.....	62
Tabela 3 – Resultados do FormSUS dos municípios ANDI, Brasil 2013.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ANDI – Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional À Desnutrição Infantil

DAB – Departamento de Atenção Básica

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB – Índice de Desenvolvimento de Educação Básica

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PBF – Programa Bolsa Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PST – Projeto de Saúde do Território

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMPC – Salário Mínimo Per Capita

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. DESNUTRIÇÃO INFANTIL.....	17
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO INFANTIL.....	17
2.2 DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL.....	18
2.3 MULTICAUSALIDADE DA DESNUTRIÇÃO.....	19
3. AGENDAS NO GOVERNO PÚBLICO.....	22
4. ATENÇÃO NUTRICIONAL À DESNUTRIÇÃO INFANTIL (ANDI).....	24
4.1 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO À CRIANÇA DESNUTRIDA.....	27
5. OBJETIVOS.....	32
6. MÉTODOS.....	33
6.1 SOBRE A AVALIAÇÃO DAS METAS.....	35
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	66
ANEXOS	
ANEXO A – FORMULÁRIO ELETRÔNICO (FORMSUS) ANDI.....	75
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS SECUNDÁRIOS.....	81

1. INTRODUÇÃO

A garantia da alimentação e nutrição adequada às crianças menores de cinco anos de idade continua sendo um desafio na atualidade. Assim, a desnutrição aparece como um dos principais problemas de saúde pública a ser enfrentado nos países, devido à magnitude e consequências catastróficas para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência infantil ¹.

Segundo o Ministério da Saúde, a desnutrição é uma doença de natureza clínico-social, multifatorial com grande relação com a pobreza, e que permanece como uma das principais responsáveis pelos óbitos infantis nos países em desenvolvimento ². Decorre de uma doença social definida pelas consequências de uma expansão econômica, política, social e cultural de um país sem uma adequada distribuição de renda ³.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de 20 milhões de crianças nascem com baixo peso a cada ano, 180 milhões têm baixa estatura ⁴ e cerca de 150 milhões de crianças menores de 5 anos têm baixo peso para a sua idade ⁵. Estatura, peso e baixo peso ao nascer são responsáveis, por 2,2 milhões de mortes de crianças até cinco anos de idade no mundo e 21 anos de vida perdidos por incapacidade ⁶. Entretanto, alguns estudos supõem que esses dados podem ser ainda maiores, em virtude das dificuldades para o cálculo de cifras exatas sobre a prevalência mundial de desnutrição e considerando ainda, que alterações mínimas nos pontos de corte limite podem levar a variações da ordem de milhões a mais ¹.

O quadro da desnutrição infantil no Brasil tem apresentado tendência de declínio nos últimos 40 anos com uma queda de três vezes no déficit de peso para idade e de duas vezes no déficit de altura para idade em crianças menores de cinco anos somente no período de 1996 a 2006. Com isso, o Brasil alcançou antecipadamente as metas de desnutrição infantil do primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio relacionadas à redução da pobreza e da miséria estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Os inquéritos nutricionais apontam uma diminuição importante da desnutrição por déficit de peso em menores de cinco anos de idade, caindo gradativamente de 18,4%⁷ para 7,1% em 1989⁸, 5,6% em 1996⁹, 4,6% em 2002/03¹⁰, e, finalmente, chegando a 1,7% em 2006 ¹¹. Embora tal redução seja significativa, ao observar os números absolutos entre grupos populacionais vulneráveis, ainda observam-se

valores expressivos, como no caso dos indígenas (5,9%)¹¹ e quilombolas (8,1%)¹². Além disso, a desnutrição tem ocorrido de forma desigual também entre as macrorregiões brasileiras¹³ e o problema ainda é grave nas regiões mais pobres e nos bolsões de pobreza das grandes cidades^{14,15}.

Destaca-se, ainda, que a desnutrição crônica, expressa pelo déficit estatura por idade, também apresentou declínio, embora não tão vertiginoso, passando de 19,6% em 1989 para 6,8% nas crianças menores de cinco anos¹⁰, chegando a 14,8% na Região Norte e 26% nos indígenas¹¹. Estudo recente, realizado no período de 2008 a 2012 avaliou o estado nutricional das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família apontando uma queda de 51,4% no déficit de estatura para idade nesse público, que passou de 17,5% em 2008 para 8,5% em 2012¹⁶.

Assim, o monitoramento do estado nutricional infantil se faz necessário, devendo considerar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à atenção nutricional. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) por meio de suas diretrizes 1 (Organização da Atenção Nutricional), 3 (Vigilância Alimentar e Nutricional) e 4 (Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição) reforça seu compromisso com o acompanhamento nutricional e de saúde das populações assistidas no sentido de potencializar as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde, qualificando a informação e a atenção nutricional, proporcionando a identificação de seus determinantes e condicionantes, assim como das regiões e populações mais vulneráveis¹⁷.

Além disso, a diretriz 4 reafirma o caráter intersetorial da PNAN e traz o desafio da articulação de uma agenda comum de alimentação e nutrição com os demais setores do governo e sua integração com o SUS. Também resgata que para implementação das diretrizes da PNAN vislumbrando a melhoria das condições de alimentação e nutrição da população, faz-se necessário garantir estratégias de financiamento tripartite¹⁷.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 2.387, de 18 de outubro de 2012, instituiu a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil - ANDI, com vistas a impulsionar o enfrentamento da desnutrição em municípios brasileiros com maior prevalência deste agravo em crianças menores de cinco anos de idade, por meio da estruturação e qualificação de ações de atenção à saúde da criança e de organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A instituição desta Agenda contribui para a

concretização do propósito da PNAN de melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira. A adesão dos municípios à Agenda foi condicionada a pactuação de metas mínimas obrigatórias relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em prol da garantia do cuidado integral e otimização da organização da atenção nutricional.

O objeto deste trabalho é, desta forma, a descrição do perfil dos municípios da ANDI, bem como seu desempenho no cumprimento das metas pactuadas e a investigação de fatores inerentes à gestão e ao município que podem potencializar ou dificultar a execução das ações preconizadas pela Agenda, como subsídio à melhoria da sua implementação no próximo ciclo de avaliação.

2. DESNUTRIÇÃO INFANTIL

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO INFANTIL

A desnutrição infantil atinge cerca de um décimo de crianças menores de 5 anos de idade em todo o mundo e está associada com 50% de todos os óbitos ocorridos nessa mesma faixa etária, vitimando cerca de 200 milhões de crianças, particularmente nas populações que vivem em condições de maior vulnerabilidade social¹⁸.

A adequada nutrição está relacionada ao equilíbrio entre a alimentação e o gasto fisiológico de energia e nutrientes de todas as células do corpo, sendo bastante significativa para um favorável crescimento e desenvolvimento neste ciclo da vida¹⁹.

A desnutrição é definida como um estado patológico acompanhado de diversas manifestações clínicas potencialmente reversíveis, originado do aproveitamento insuficiente dos nutrientes pelo organismo quando a dieta do indivíduo não é capaz de atender às necessidades energéticas, proteicas e de micronutrientes, levando ao comprometimento ponderal e/ou estatural²⁰.

A desnutrição infantil possui forte determinação social, é multifatorial, e tem grande correlação com a pobreza. A sua gravidade vai variar de acordo com o grau de deficiência, a idade ou a presença de outras doenças nutricionais ou infecciosas^{21,4}. Pode ser de etiologia primária ou secundária: a primeira ocorre por oferta alimentar insuficiente, com comprometimento do aporte energético, de macro e micronutrientes. A segunda pode ser causada ou agravada pelo inadequado aproveitamento funcional e biológico dos nutrientes disponíveis ou do acréscimo no gasto de energia, como por exemplo, pela existência de uma doença de base ou por alterações metabólicas decorrentes do estresse agudo que resultam no catabolismo das reservas endócrinas dos macronutrientes, podendo reduzir a ingestão, digestão ou absorção, ou ainda aumentar as necessidades calóricas do indivíduo²².

É importante entender que a desnutrição não é uma patologia de início abrupto, ela desenvolve-se ao longo do tempo, dependendo do nível da inadequação dietética. O processo gradual de instalação da patologia permite uma série de ajustes metabólicos e comportamentais que culminam na redução do

metabolismo basal ²³, incluindo ainda a redução capacidade funcional do coração, rins, fígado e do intestino, e modificações em toda a homeostase ²⁴.

Uma das consequências mais sérias observadas na desnutrição infantil é o déficit de aprendizagem escolar, causado pelo atraso no desenvolvimento funcional do sistema nervoso, o que resulta em atraso do desenvolvimento das crianças e comprometimento do sistema imunológico. Em função deste último, a criança desnutrida apresenta maior risco de intercorrências clínicas, sobretudo doenças infecciosas pulmonares, intestinais, digestivas ²⁵. É comum, ainda, a presença de deficiência de vitaminas como riboflavina, ácido ascórbico, piridoxina, tiamina e vitaminas lipossolúveis D, E, K e, principalmente, A.

2.2 DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

O diagnóstico de desnutrição pode ser realizado por medidas antropométricas, exames laboratoriais, avaliação clínica e alimentar, de forma isolada ou associada. Os indicadores antropométricos são os mais amplamente utilizados na rede pública de saúde, pelo baixo custo e alta sensibilidade, caracterizando como desnutrida a criança que apresenta “baixo peso ou baixa estatura para a idade” ²⁶.

A definição operacional da desnutrição é realizada com o uso de um ou mais indicadores que calculam a posição relativa das medidas antropométricas na distribuição de valores de referência. Em seguida, pela aplicação de um ponto de corte, classifica-se o estado nutricional do indivíduo de acordo com o indicador escolhido ²⁰.

Para a avaliação e monitoramento na ANDI foi utilizado o indicador Peso para Idade como critério de seleção e para monitoramento das crianças. Este indicador expressa alterações agudas ou crônicas, apontando o acúmulo insuficiente de massa corporal que pode estar ou não acompanhado de retardo no crescimento linear ⁶. A variação do peso, com relação à idade da criança, é muito mais rápida do que da estatura e, reflete, quase que imediatamente, qualquer deterioração ou melhora do estado de saúde, mesmo em processos agudos. O menor ganho de peso em determinado intervalo de tempo implicará a investigação das práticas alimentares e identificação da causa do problema ²⁶.

Acrescenta-se que o indicador Peso para Idade é de fácil aferição, sua alteração ocorre em curto prazo, constituindo-se em uma técnica não invasiva e culturalmente bem aceita pelas mães. É ainda o indicador preconizado e mais utilizado pela atenção básica para o acompanhamento do crescimento nos primeiros anos de vida. Tais características tornam esse indicador muito adequado para o monitoramento do crescimento e do estado de saúde e nutrição da criança^{6, 26}.

Para classificação da desnutrição é utilizado o ponto de corte menor que - 2 escores z pelo indicador Peso para Idade, que classifica a criança em baixo peso para idade, sendo ainda possível classificá-la em muito baixo peso para idade (- 3 escores z), tendo como referência as Curvas para Avaliação do Crescimento da Criança de 0 a 5 anos da Organização Mundial de Saúde – OMS 2006. Ao contrário das referências tradicionais, as novas curvas são prescritivas, ou normativas e definem o que seria um crescimento ideal para cada idade e gênero, tanto em termos de alimentação como em termos da ausência de restrições econômicas ou ambientais ao potencial genético de crescimento²⁷.

2.3 MULTICAUSALIDADE DA DESNUTRIÇÃO

Na saúde da criança, o nível socioeconômico, o saneamento básico e o acesso aos serviços de saúde têm sido apontados como fatores associados à morbimortalidade e à desnutrição^{28,29}.

O estado nutricional infantil depende basicamente do consumo alimentar e do estado de saúde da criança, que se associam, por sua vez, à disponibilidade de alimentos no domicílio, à salubridade do ambiente e à adequação dos cuidados dispensados à criança³⁰. Assim, a desnutrição relaciona-se com a pobreza, o baixo peso ao nascer, a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, a inadequada alimentação complementar nos primeiros 2 anos de vida, às condições inadequadas de moradia, e às condições ambientais desfavoráveis, como falta de saneamento básico e água potável^{31, 32}.

Nas crianças menores de cinco anos, a influência dos fatores ambientais é muito mais importante do que a dos fatores genéticos para expressão de seu potencial de crescimento³³. Em estudo realizado em São Paulo verificou-se que, em condições de moradia precárias, há uma chance duas vezes maior de uma criança desenvolver baixa estatura quando não há piso em todos os cômodos e uma

aumento de 60% da chance de desenvolver baixa estatura quando não há abastecimento de água encanada em casa ³⁴.

Diversos estudos vêm demonstrando que ao longo dos últimos anos, o declínio da desnutrição no Brasil sofreu influência da melhoria de várias condições, tais como o crescimento do poder aquisitivo das famílias, o aumento da escolaridade materna, a ampliação dos programas de transferência de renda, a expansão da assistência à saúde, e a melhoria das condições de saneamento ^{35, 36, 37}.

O aumento da escolaridade materna relaciona-se diretamente com o cuidado à criança e foi fruto das políticas de educação como a universalização da educação. O aumento da renda familiar associa-se a combinação de fatores como a estabilidade monetária, o crescimento econômico, o aumento do salário mínimo e a expansão dos programas de transferência de renda que contribuíram para a melhoria do acesso à alimentação ³⁸.

A expansão da Atenção Básica à saúde, em grande parte por meio da estratégia de saúde da família, que atualmente cobre mais de metade da população brasileira e reforça a garantia do direito à saúde, também contribuiu para essa redução ³⁸.

Por fim, o saneamento básico, que tem forte relação com a proteção contra doenças veiculadas pela água que afetam diretamente a morbimortalidade infantil, mostrou avanços nas últimas décadas, mas ainda há grandes lacunas de cobertura desse serviço ³⁸.

Estudo realizado por Monteiro, que identificou os principais fatores responsáveis pela diminuição da prevalência de desnutrição infantil entre 1996 e 2007, corrobora com os achados supracitados, apontando que a frequência de crianças desnutridas tende a aumentar com a diminuição do poder aquisitivo, da escolaridade materna, com o menor acesso à assistência à saúde e saneamento. Melhorias nestes aspectos levariam a reduções relativas na prevalência da desnutrição de até 13%. No período estudado, a prevalência da desnutrição foi reduzida em cerca de 50%, sendo atribuída à evolução favorável dos quatro fatores estudados ²⁸.

Estudo realizado por Conde, reafirma a influência da renda na desnutrição, ao observar que a prevalência do déficit de peso/idade em famílias com renda per capita inferior a 25% do salário mínimo, foi cerca de 10 vezes à observada entre família cuja renda per capita é superior a 5 salários mínimos ³⁹.

Diante do exposto, reforça-se que o enfrentamento da desnutrição infantil deve ser realizado a partir do enfrentamento dos seus determinantes sociais e de políticas públicas promotoras da equidade que permitam completar a universalização do acesso da população brasileira aos serviços essenciais de educação, saúde e saneamento.

3. AGENDAS NO GOVERNO PÚBLICO

A partir da reforma sanitária surgiu a necessidade de enfrentamento de problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro, trazendo como desafio a superação de desigualdades em saúde no país por meio da transformação do modelo de desenvolvimento e da sociedade brasileira, que aliasse crescimento econômico, fortalecimento dos valores democráticos e avanços sociais ⁴⁰.

Na Constituição Federal de 1988, a saúde foi reconhecida como direito de cidadania e inserida em uma concepção ampla de Seguridade Social, a ser garantida mediante políticas econômicas e sociais abrangentes e pela instituição do SUS ⁴⁰. Este, afirmou um compromisso de proteção social abrangente, onde o Estado tem o dever de promover a atenção à saúde mediante políticas sociais e econômicas, que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde ⁴¹.

Após a legalização do SUS, novas leis e portarias foram criadas pelo Ministério da Saúde para garantir seu financiamento e a regularização de diversos pontos dessa política. Embora muitos municípios tenham avançado na garantia do direito universal e integral à saúde, essa não é a realidade de todo o país e alguns municípios encontram dificuldades na implementação das propostas, gerando sérios prejuízos à saúde da população. Dessa forma, a articulação entre as esferas governamentais e as ações não-governamentais mostra-se imprescindível, sobretudo para apontar necessidades, sugerir soluções ou ampliar os serviços ⁴¹ construindo múltiplas conexões no âmbito regional.

Para isto, o desenvolvimento da abordagem da promoção da saúde inclui o nível macropolítico do espaço – território, o envolvimento intelectual no diagnóstico e planejamento das estratégias voltadas aos principais problemas de saúde – e o nível micropolítico, o planejamento intersetorial e interdisciplinar, coordenando seus esforços no estudo dos fatores predominantes de risco dos problemas de saúde estabelecendo uma base comum para o desenvolvimento da agenda de saúde daquele local ⁴².

A agenda consiste em uma lista de temas ou problemas que são objeto de séria atenção em dado momento por parte das autoridades governamentais e seus assessores, variando de acordo com diferentes setores do governo. Assim, o processo de estabelecimento de uma agenda filtra o conjunto de temas importantes,

produzindo a lista de temas na qual é preciso se concentrar. Ressalta-se que os temas podem ser rotativos, sendo inseridos ou removidos de acordo com a sua relevância ⁴³.

O reconhecimento de problemas é um passo crítico para o estabelecimento de agendas, a probabilidade de uma pauta ter destaque numa agenda aumenta quando associado a um problema importante ou a desdobramentos na esfera política. A situação passa a ser definida como problema e aumenta suas chances de se tornar prioridade na agenda, quando se acredita que é preciso fazer algo para mudá-la. Além disso, as agendas podem variar dentro de uma única área, havendo agendas mais gerais e outras mais especializadas ⁴³.

Uma vez definida a agenda de saúde, deve haver um esforço para institucionalizar as metas e ações a curto, médio e longo prazo, considerando a urgência que a população tem na solução dos problemas de saúde ⁴².

A introdução de inovações nas formas de organização e de gestão do sistema de saúde brasileiro compõe uma complexa agenda política, que dialoga com muitos interesses de vários setores sociais. A qualificação e o fortalecimento da descentralização da saúde no Brasil impõem como desafio a produção de novas relações federativas, afirmativas da atuação com autonomia sem abdicar da ação cooperativa e solidária ⁴⁴.

Assim, o processo de consolidação institucional do SUS requer uma reflexão sobre o seu significado político e ideológico, na medida que representa um instrumento de melhoria das condições de vida da população brasileira ⁴².

4. ATENÇÃO NUTRICIONAL À DESNUTRIÇÃO INFANTIL

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) compreende os esforços do Ministério da Saúde com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira.

A alimentação e a nutrição, enquanto requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitam o pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano, gerando qualidade de vida e cidadania ¹⁷.

A Lei 8080, de 19/09/1990 ⁴⁵ entende a alimentação como um fator condicionante e determinante da saúde e que as ações de alimentação e nutrição devem ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde.

A determinação social da saúde, assim como a promoção e prevenção de agravos, apontam para a necessidade de formulação e implantação de estratégias nacionais, locais e regionais efetivas e integradas para a redução da morbimortalidade ¹⁷.

O cenário alimentar e nutricional brasileiro evidencia a necessidade de uma melhor estruturação dos serviços de saúde para atender as demandas geradas pelos agravos relacionados à má alimentação, tanto em relação ao seu diagnóstico e tratamento, quanto à sua prevenção e à promoção a saúde ¹⁷.

As ações de alimentação e nutrição em saúde pública demandam uma vasta articulação intra e intersetorial, uma vez que a melhoria das condições de alimentação e nutrição da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares saudáveis e do estado nutricional adequado, requer o envolvimento de outros setores essenciais ao seu desenvolvimento ⁴⁶.

A persistência, ainda, da desnutrição, em especial as formas moderada ou grave, em um contexto histórico de declínio da sua prevalência sinaliza a necessidade de investimentos sociais e de atenção focalizada ⁴⁷.

Neste sentido, de apoiar o enfrentamento à desnutrição infantil, foi instituída pelo Ministério da Saúde a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI), por meio da Portaria nº 2.387 de 18 de Outubro de 2012.

A ANDI contempla municípios com maior prevalência deste agravo em crianças menores de cinco anos de idade e consiste em uma das estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para realização do propósito da PNAN em melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira ¹⁷.

A Agenda norteia-se de acordo com os seguintes princípios: o respeito, a proteção e a realização do direito humano à alimentação adequada e saudável; a promoção da equidade; a promoção da alimentação adequada e saudável; a garantia da segurança alimentar e nutricional; e a integralidade do cuidado à saúde da criança e de seu pleno desenvolvimento ⁴⁸.

Ela propõe um conjunto de ações articuladas, a serem estabelecidas na RAS para garantir o adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na infância, bem como, o fortalecimento da organização da atenção nutricional. A atenção nutricional fomenta ações que abrangem os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, o diagnóstico e o tratamento da desnutrição e outros agravos nutricionais que possam coexistir, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados ¹⁷.

São objetivos da Agenda:

1) fomentar a atenção nutricional em todas as unidades básicas de saúde (UBS) do Município e a regionalização da rede de atenção à saúde e nutrição infantil para a população nutricionalmente vulnerável, diminuindo-se as consequências futuras da desnutrição infantil, entre elas a obesidade na vida adulta;

2) estabelecer o Projeto de Saúde do Território (PST) para atenção à desnutrição infantil, buscando-se articulação com outras políticas públicas sociais, de modo intersetorial, que possam atuar na determinação causal da desnutrição infantil;

3) realizar a investigação clínica da criança diagnosticada com desnutrição com o estabelecimento de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os casos de desnutrição grave e outros que se fizerem necessários; e

4) estimular a organização do cuidado compartilhado entre a atenção básica e a atenção especializada em saúde, principalmente na atenção às crianças com desnutrição grave, articulando-se a rede de atenção à saúde.

Trata-se de uma agenda do Sistema Único de Saúde (SUS) onde está necessariamente incluída a realização de articulação intersetorial no território, tendo em vista a intersetorialidade dos determinantes sociais da desnutrição. A ANDI apresenta convergência com a Rede Cegonha e a Ação Brasil Carinhoso, ao passo que a primeira constitui-se em uma estratégia com foco na saúde da criança e da mulher, garantindo o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável da criança. Já a Ação Brasil Carinhoso, lançada em maio de 2012 como parte do Plano Brasil sem Miséria, objetiva combater a pobreza absoluta na primeira infância por meio de três eixos de atuação: Assistência Social, Saúde e Educação^{49,50} (Plano Brasil Sem Miséria, 2012; Portaria Nº 1.918, de 5 de Setembro de 2012).

A Agenda contempla os municípios brasileiros com menos de 150 mil habitantes que apresentam prevalência de desnutrição infantil igual ou superior a 10% (baixo peso e muito baixo peso/idade) em crianças menores de cinco anos de idade, de acordo com dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) de 2011.

A participação dos municípios nesta Agenda ocorre por meio da assinatura de um termo de compromisso condicionando à sua adesão a pactuação das seguintes metas relacionadas à organização da atenção nutricional à criança desnutrida: aumentar o acompanhamento do estado nutricional das crianças menores de cinco anos no Sisvan; investigar os casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil; aumentar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF); implementar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil em todas as unidades básicas de saúde do Município; e garantir a suplementação de ferro e de vitamina A para todas as crianças diagnosticadas com desnutrição. Estes compromissos podem-se constituir elemento fundamental para melhoria das condições de vida das famílias, promovendo o acesso aos direitos sociais básicos e à saúde. Contudo, a efetividade dessa Agenda depende do modo de operacionalização e das características dos serviços de saúde e da gestão de cada município⁵¹.

A ANDI elegeu 256 municípios do Brasil, dos quais 212 realizaram adesão e consistem no universo dos municípios deste estudo. Foram previstos três repasses financeiros no decorrer da Agenda, na modalidade de transferência fundo a fundo (Fundo Nacional de Saúde para Fundo Municipal de Saúde), sendo paga a primeira parcela no momento da adesão (2012), estando previstas as demais parcelas em

2013 e 2014, de acordo com desempenho dos municípios no cumprimento das metas pactuadas. Em 2012 foram repassados R\$ 10.990.000,00 e em 2013 R\$ 11.280.000,00. O valor do recurso repassado é de acordo com o respectivo porte populacional, nos seguintes termos constantes no Quadro 1.

Quadro 1: Incentivo financeiro na ANDI

Porte populacional	Repasso financeiro Anual
Inferior a dez mil habitantes	R\$ 45.000,00
Entre dez mil e inferior a quarenta mil habitantes	R\$ 60.000,00
Entre quarenta mil e inferior a oitenta mil habitantes	R\$ 80.000,00
Entre oitenta mil e inferior a cento e cinquenta mil habitantes	R\$ 100.000,00

Fonte: Portaria 2387 de 18/10/2012

O Município compromete-se ainda a registrar as informações relativas às ações da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil nos sistemas de informação existentes relacionados à Agenda, bem como no sistema de monitoramento específico de suas ações, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, em prazo hábil para análise das metas no mês de agosto dos anos 2013 (objeto deste trabalho) e 2014.

Ao assumir esta agenda, o gestor deve estar ciente de que o repasse de recurso financeiro está condicionado ao atendimento de uma agenda mínima, a qual será repactuada a cada ano de execução, e o não cumprimento destes compromissos ensejará na suspensão do repasse do recurso financeiro.

Destaca-se que as ações planejadas devem ser apresentadas no respectivo Conselho Municipal de Saúde e incorporadas ao Plano Municipal de Saúde. Os resultados das ações e atividades desenvolvidas com os recursos financeiros relativos devem ser apresentados no Relatório Anual de Gestão do Município, incluindo o percentual de aumento ou redução de cada meta.

4.1 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO A CRIANÇA DESNUTRIDA

A Atenção Básica (AB) é complexa e demanda intervenção ampla em diversos aspectos para que tenha efeito positivo sobre a qualidade de vida da

população⁵², sendo essencial a combinação de um conjunto de saberes das diversas áreas para otimizar sua eficiência, eficácia e resolutividade.

A AB é considerada o primeiro contato do usuário com a rede do sistema de saúde e caracteriza-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência dentro do próprio sistema, atenção centrada na família, orientação e participação comunitária⁵³. Recentemente, foi redefinida como a coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁵⁴, em virtude do aumento do escopo das ações, da ampliação de formatos de equipes, da presença das ações que auxiliam na expansão da resolutividade e da sua articulação com os demais pontos da RAS⁵⁵.

Com isso, a Atenção Básica constitui uma excelente oportunidade para a qualificação da agenda de saúde às famílias em situação de vulnerabilidade social, sobretudo para a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e para a vinculação das equipes junto aos indivíduos, famílias e comunidades⁴⁶. Estudos tem demonstrado que o acesso aos serviços básicos de saúde, mais especificamente à Estratégia de Saúde da Família, contribui para a diminuição das iniquidades, embora não supere as desigualdades na saúde, sendo esta uma ainda questão ampla e complexa que exige alteração de determinantes políticos, sócio-culturais, econômicos e ambientais⁵⁶.

A AB, por suas características organizacionais e por sua crescente cobertura nos municípios brasileiros, tem papel fundamental na identificação, investigação e acompanhamento dos casos de crianças desnutridas⁴⁷. Assim, as ações preconizadas pela ANDI acontecem na AB, induzindo que se estabeleçam mecanismos de comunicação, organização de fluxos assistenciais e pactuação de responsabilidades com os demais pontos da RAS e demais setores que precisam ser mobilizados para que os indivíduos e famílias sejam compreendidos na sua integralidade.

Para efetividade das ações da ANDI é imprescindível que elas aconteçam de forma compartilhada nos territórios, envolvendo as equipes multidisciplinares de saúde, creches, escolas, Organizações Não Governamentais, instituições religiosas, associações de bairros, conselhos locais de saúde, conselho tutelar, Centros de Apoio Psicossocial, Centro de Referência da Assistência Social e outros equipamentos sociais públicos e privados. Isso pode propiciar organização da rede de serviços e ações de prevenção, promoção e proteção à saúde, atendendo e

assegurando os princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, possibilitando uma ação cooperativa, bem como, o fortalecimento do controle social ⁵⁷. Essas parcerias possibilitam a identificação das necessidades locais, do cenário epidemiológico local, das situações de risco e de vulnerabilidade social com vistas a contribuir para superar as causas sociais e econômicas da desnutrição.

Tendo em vista a multicausalidade da desnutrição infantil, os profissionais devem atuar na perspectiva de uma intervenção interdisciplinar, valorizando a troca de saberes, capacitação sobre o tema e responsabilização compartilhada ⁵⁸. Além disso, é essencial que a família da criança desnutrida sinta-se apoiada e participe do planejamento de cada etapa das intervenções propostas. Para fortalecer essa prática, há dispositivos que propõem intervenções nesta perspectiva, tais como: apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular (PTS), o projeto de saúde no território (PST), entre outros.

O apoio matricial tem duas dimensões: a assistencial, que vai originar uma ação clínica direta com os usuários; e a técnico-pedagógica que vai gerar uma ação e apoio educativo para a equipe.

A clínica ampliada visa produzir saúde e ampliar o grau de autonomia das pessoas. Realiza a avaliação diagnóstica, considerando o saber clínico e o contexto singular do sujeito, definindo a intervenção terapêutica de acordo com a complexidade das demandas de saúde, além de reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas, buscando outros conhecimentos em diferentes setores ⁵⁸.

O projeto terapêutico singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo e resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e usuário, com apoio matricial, se necessário. É estruturado por meio dos momentos de diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e avaliação ⁵⁹.

O projeto de saúde no território com foco na desnutrição infantil é uma potente ferramenta no plano de implementação nos municípios da ANDI, pois exige que sejam considerados os possíveis fatores de diversas naturezas no contexto em que a criança está inserida e que podem ser responsáveis por esta condição de saúde. Sendo assim, o PST é de grande relevância para elencar quais serão as prioridades nas tomadas de decisões do cuidado ofertado. Consiste em um

instrumento para desenvolver ações na produção da saúde no território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades, permitindo que a equipe utilize diversos recursos de intervenção com diferentes abordagens⁵⁸.

A equipe multiprofissional precisa discutir o cuidado coletivamente, permitindo que todos possam contribuir na ampliação do leque de saberes, possibilitando uma visão holística, que considere os aspectos físicos, psíquicos, sociais, econômicos, facilitando o processo de tomada de decisão.

O PST deve ser construído baseado em aspectos da promoção da saúde, da participação social e da intersetorialidade e, para seu desenvolvimento, devem ser estabelecidos espaços coletivos e permanentes de discussão, onde sejam analisadas as necessidades de saúde da população adstrita, bem como seus determinantes e, por fim, se estabeleçam as estratégias de abordagem e enfrentamento dos problemas⁵⁸. Alerta-se que a reorganização do território deve acontecer também com vistas à evitar que outras crianças sejam acometidas pela desnutrição.

No Manual Instrutivo da ANDI⁴⁷ propõe-se um passo a passo para execução do projeto de saúde do território para crianças com desnutrição:

1. Justificativa da priorização de certa área e/ou população vulnerável à desnutrição com base nos dados disponibilizados pelos sistemas de informação;
2. Compreensão do processo histórico e social singular do território no qual se identificou a desnutrição infantil (imprescindível mobilizar a participação popular neste momento, para que possa ser resgatada a trajetória do lugar). Além disso, conhecer o lugar em sua heterogeneidade, visando uma compreensão reflexiva;
3. Definição dos objetivos das equipes de saúde com relação à área e/ou população – desejos, limites, possibilidades (fomentar a clínica ampliada que trará novas possibilidades de intervir sobre as causas dos agravos sofridos pelas crianças);
4. Estabelecimento das ações que serão efetivas para alcançar os objetivos das equipes de saúde (é essencial ter representantes de todas as equipes do território nessa discussão);

5. Elenco das prioridades dessas ações;
6. Identificação de outros atores sociais e/ou instituições importantes para o projeto e possam com ele estar comprometidos;
7. Criação de espaço coletivo ampliado (intersetorialidade e gestão participativa);
8. Sinergia com outras políticas e/ou equipamentos públicos (processos de cooperação intersetorial);
9. Construção compartilhada do PST (consenso, reformulação, pactuação, co-responsabilização envolvendo os atores já citados);
10. Implementação do plano de ação (quem serão os responsáveis por cada ação, bem como seu monitoramento);
11. Reflexão sobre processo de implementação e os resultados em relação aos objetivos pactuados no início. Nesse momento de discussão sobre a evolução do PST, pode-se identificar a necessidade de correções da trajetória do cuidado, realizando novas intervenções se necessário.

Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL:

- Descrever a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil e suas metas nos municípios brasileiros.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o perfil dos municípios participantes da ANDI;
- Sistematizar as ações desenvolvidas pelos municípios para o cumprimento das metas pactuadas;
- Apontar elementos potencializadores e limitadores do cumprimento das metas pactuadas que possam apoiar o melhor desempenho no cumprimento das metas pactuadas para o próximo ciclo de avaliação.

6. MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal de análise de dados secundários, referentes à ANDI, oriundos das bases de dados do Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/ Departamento de Atenção Básica (DAB)/ Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN).

Para a caracterização sócio-demográfica dos 212 municípios estudados, utilizou-se a base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referente ao Censo 2010, via TABNET⁶⁰. Os municípios foram caracterizados segundo região, UF, população residente e menor de cinco anos, percentual de cobertura de abastecimento de água, saneamento básico, coleta de lixo, renda (de acordo com salário mínimo per capita – SMPC), Índice de Desenvolvimento de Educação Básica (IDEB). Neste último os dados foram retirados dos relatórios disponíveis on-line no site do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (<http://ideb.inep.gov.br/>).

Os municípios foram também caracterizados quanto à taxa de mortalidade infantil, presença de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cobertura de Atenção Básica, Sisvan e PBF. O percentual de cobertura do Programa Bolsa Família foi coletado do Sistema de Gestão do PBF (<http://bolsafamilia.datasus.gov.br>), com base na primeira de vigência de 2012⁶¹. O percentual de cobertura da Atenção Básica apresentado refere-se ao ano de 2010 e foi obtido pelo relatório público do Portal DAB (http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php), considerando a variável proporção de cobertura populacional estimada. A taxa de mortalidade infantil foi oriunda do Sistema de Informação Sobre Mortalidade – (SIM)/ Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) - Datasus, vigência 2010⁶⁰. A cobertura do Sisvan, a prevalência de desnutrição infantil, assim como as metas pactuadas e o desempenho dos municípios no cumprimento das metas foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde, via banco de dados do Sistema ANDI (anexo B).

Para este estudo utilizou-se o universo dos 212 municípios contemplados pela ANDI, cujo critério de seleção foi possuir menos de 150 mil habitantes e possuir prevalência de desnutrição ponderal (peso/idade) maior ou igual a 10% de acordo com o Sisvan/2011⁴⁸.

Para a análise de todo o estudo foram consideradas apenas as metas condicionadas aos compromissos mínimos da Agenda e ao repasse financeiro previsto, segundo a pactuação feita por cada município no momento da adesão, sendo elas: 1) aumento do acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de cinco anos no Sisvan; 2) investigação de casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil; e 3) aumento da cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF ⁴⁸. O desempenho do município foi avaliado segundo os dados provenientes do Sistema ANDI, fornecidos pelo MS. Segundo §2º do Art. 11 da Portaria nº 2387, de 18/10/2012, no primeiro período de avaliação (2013), será considerado o alcance mínimo de 50% das metas pactuadas para cumprimento pelo município ⁶².

Uma segunda parte deste trabalho contemplou a avaliação da implementação da ANDI e os fatores a ela associados, segundo a perspectiva dos gestores da ANDI nos municípios. Para esta etapa utilizou-se os dados do formulário eletrônico, via FormSUS (anexo A), encaminhado pelo Ministério da Saúde (MS) aos gestores da Agenda nos municípios. Estes formulários foram respondidos pelas pessoas cadastradas como referência da ANDI nos municípios partícipes da Agenda e foram coletados no período de Fevereiro a Março de 2014. Da totalidade dos 212 municípios, 206 responderam o FormSUS, havendo ausência de informação de 6 municípios.

Na avaliação da implementação da ANDI foram selecionadas do FORMSUS as variáveis referentes à construção plano de ação previsto na pactuação da Agenda; caracterização do profissional responsável pela ANDI no município; dados referentes à utilização do recurso; informação sobre o recebimento ou não de oficina de qualificação sobre a ANDI; e se houve submissão dos compromissos assumidos junto aos órgãos de controle social do município, como Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional. Todas estas variáveis foram cruzadas com as variáveis do cumprimento de metas, na perspectiva de avaliar se existiam associações com o bom desempenho no cumprimento das mesmas.

Para as análises do banco de dados, utilizou-se o *software* SPSS versão 16.0, sendo a avaliação dos fatores associados ao desempenho no cumprimento parcial das metas pactuadas realizado pelo teste qui-quadrado sendo a variável

desfecho o cumprimento de cada meta (e o conjunto delas). Foram consideradas significativas associações com $p < 0,05$.

Como este estudo utiliza dados secundários do Ministério da Saúde, está dispensado de aprovação pelo Comitê de ética. Os dados foram solicitados formalmente ao Ministério da Saúde segundo o estabelecido pela Portaria nº 884, de 13 de dezembro de 2011.

6.1 SOBRE A AVALIAÇÃO DAS METAS

Para melhor compreensão de processo de avaliação e monitoramento das metas, tornam-se necessários alguns esclarecimentos de acordo com a Nota técnica de monitoramento Nº 16/2013 disponibilizada pelo MS.

6.1.1 Aumento do acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de cinco anos no Sisvan

O cálculo da cobertura populacional do SISVAN para crianças menores de 5 anos em 2011 é feito da seguinte forma:

$$\frac{\text{Número de crianças menores de 5 anos acompanhadas no SISVAN em 2011}}{\text{Total de crianças menores de 5 anos residentes no município (Censo IBGE 2010)}} \times 100$$

Para cálculo da meta a ser pactuada, a ANDI estabelece percentuais mínimos (Portaria 2387, de 18/10/2012):

Quadro 2 – Incremento necessário para cumprimento da meta Sisvan

Cobertura populacional do Sisvan para crianças menores de cinco anos no ano de 2011	Meta mínima de percentual de aumento da cobertura populacional
De 10% a 20%	70%
De 20 % a 29,9%	50%
De 30% a 39,9%	25%
De 40 a 59,9%	15%
De 60% a 79,9%	5%
Maior ou igual a 80%	Manutenção

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2013

Exemplo: Um município que apresente 27,5% de cobertura populacional do SISVAN para crianças menores de 5 anos em 2011, segundo a tabela acima, a sua meta mínima a ser pactuada foi calculada da seguinte forma:

Meta 2013 = $27,5 + [27,5 \times 25\%] = 34,4\%$ (alcance de pelo menos metade da meta estipulada)

Meta 2014 = $27,5 + [27,5 \times 50\%] = 41,3\%$ (alcance total da meta estipulada)

6.1.2 Investigação de Casos de Desnutrição e Atraso no Desenvolvimento Infantil

A meta investigação dos casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil foi estimada com base no número total de crianças menores de cinco anos de idade avaliadas no Sisvan com déficit de peso para idade (muito baixo peso e baixo peso para idade) no ano de 2011. A pactuação da meta se deu em número absoluto de crianças. O município deve investigar 50% das crianças identificadas com desnutrição em 2013 e 100% em 2014.

Exemplo: Um município com 140 casos de crianças menores de 5 anos avaliadas com déficit de peso (baixo peso e muito baixo peso para idade) para idade no Sisvan em 2011 pactuou as seguintes metas:

Meta 2013 = $140 \times 50\% = 70$ crianças;

Meta 2014 = $140 \times 100\% = 140$ crianças.

Para cumprimento o município precisa inserir os dados no Sisvan, na página de “Acompanhamento Nutricional” e no bloco de questões “Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil”. Esse campo de informação é exclusivo para os municípios da ANDI, para as crianças menores de 5 anos diagnosticadas com baixo peso ou muito baixo peso, segundo indicador Peso por Idade, que deverá ser obrigatoriamente respondido.

Os campos que serão considerados para avaliação dessa meta são:

Quadro 3 – Campos para investigação de casos contidos no Formulário ANDI

Perguntas do formulário de Investigação	Dados que precisam ser informados
Investigação dos casos de desnutrição	<ul style="list-style-type: none"> · Peso · Comprimento/altura · A criança apresenta algum tipo de vulnerabilidade social, segundo o manual instrutivo da ANDI?
Avaliação de atraso no desenvolvimento infantil	<ul style="list-style-type: none"> · O desenvolvimento da criança está adequado para sua idade, de acordo com os marcos da Caderneta de Saúde?

6.1.3 Aumento da Cobertura do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde das Famílias Beneficiárias do PBF

O cálculo de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família na 1ª vigência de 2012 foi feito da seguinte forma:

$$\frac{\text{Nº famílias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela saúde na 1ª vigência de 2012}}{\text{Nº famílias do Programa Bolsa Família para acompanhamento pela saúde na 1ª vigência de 2012}} \times 100$$

Em seguida, é necessário verificar resultado deste cálculo na tabela seguinte (Portaria 2387, de 18 de outubro de 2012) para calcular a meta mínima a ser pactuada:

Quadro 4 – Incremento necessário para cumprimento da meta PBF

Percentual de acompanhamento na primeira vigência de 2012	Meta mínima de percentual de aumento da cobertura de acompanhamento
Menor que 40%	50%
De 40 % a 59,9%	30%
De 60 a 79,9%	15%
De 80% a 89,9%	5%
Maior ou igual a 90%	Manutenção

Exemplo: Um município que apresente 47,7% de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família na primeira vigência de

2012, segundo a tabela acima, a sua meta mínima a ser pactuada é calculada da seguinte forma:

Meta 2013 = $47,7 + [47,7 \times 15\%] = 54,8\%$ (alcance de pelo menos metade da meta estipulada)

Meta 2014 = $47,7 + [47,7 \times 30\%] = 62\%$ (alcance total da meta estipulada).

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados em formato de artigo.

Título Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil - ANDI: resultados de uma pactuação interfederativa no SUS

Situação Submetido à Revista de Nutrição em 01.07.2014.

Autores Mayara Kelly Pereira Ramos
 Ana Maria Cavalcante de Lima
 Muriel Bauermann Gubert

**AGENDA PARA INTENSIFICAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL À
DESNUTRIÇÃO INFANTIL - ANDI: RESULTADOS DE UMA PACTUAÇÃO
INTERFEDERATIVA NO SUS**

**AGENDA FOR SCALING UP NUTRITION WARNING CHILD MALNUTRITION -
ANDI: RESULTS OF A PACT INTERFEDERATIVA IN THE IN THE UNIFIED
NATIONAL HEALTH SYSTEM (SUS) IN BRAZIL**

**PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DA ANDI NO SUS
PACT INTERFEDERATIVE THE ANDI IN THE SUS**

**Este artigo é baseado na Dissertação “Agenda para Intensificação da Atenção
Nutricional à Desnutrição Infantil - ANDI: resultados de uma pactuação
interfederativa no SUS”, Universidade de Brasília, 2014.**

**Mayara Kelly Pereira Ramos¹ Ana Maria Cavalcante de Lima² Muriel Bauermann
Gubert³**

Mayara Kelly Pereira Ramos¹

Nutricionista, mestranda em saúde coletiva pela Universidade de Brasília.
Consultora técnica da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do
Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Endereço: EQN 412/413, Bloco A, Ed. Real Park, apt 241, Asa Norte- Brasília/DF –
Brasil. CEP: 70867- 400. Fone: 61- 81605959
E-mail: mayarakelly19@yahoo.com.br

Ana Maria Cavalcante de Lima²

Nutricionista, mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da
Fundação Oswaldo Cruz. Analista em atenção primária da Coordenação Geral de
Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Endereço: SGAN 914, Modulo A, Bloco B, Apartamento 222. Cond. South Beach,
Asa Norte. Brasília/DF. CEP: 70790-140. Fone: 61 - 81241910
Email: anaclettieri@gmail.com

Muriel Bauermann Gubert³

Nutricionista, doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília.
Professora Adjunta do Departamento de Nutrição da Faculdade de Ciências da
Saúde da Universidade de Brasília.

Endereço: Universidade de Brasília, Departamento de Nutrição. Campus
Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Ciências da Saúde. Asa Norte - Brasília,
DF – Brasil; CEP: 70910-900 Fone: 61- 3107 1844/ 81239710
E-mail: murielgubert@hotmail.com

RESUMO

A Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil consiste em uma pactuação entre Ministério da Saúde (MS) e municípios de pequeno porte com alta prevalência de desnutrição infantil de acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). O presente artigo pretende avaliar o cumprimento das metas da Agenda no ano de 2013, identificando as possíveis variáveis associadas ao desempenho dos municípios frente às metas pactuadas. Foi realizado um estudo transversal utilizando a base de dados secundários do MS, onde foram considerados os 212 municípios que compõem a Agenda e as três metas obrigatórias pactuadas para o ano de 2013. Também foram utilizadas informações provenientes do formulário eletrônico aplicado pelo MS que trata da implementação da Agenda. Para analisar os dados utilizaram-se o teste do qui-quadrado, e nível de significância de 5%. Entre as variáveis que contribuíram simultaneamente para o bom desempenho no acompanhamento nutricional no Sisvan e das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família tem-se: o menor porte populacional, a distribuição geográfica na Região Nordeste, o município ter utilizado o recurso, ter maior cobertura da Atenção Básica. Apesar deste trabalho apresentar dados parciais de avaliação, torna-se evidente que seu monitoramento dos desempenhos municipais é ação essencial para contribuir com a efetividade desta Agenda, permitindo compreender seu processo de implementação e identificar os fatores que possam ter dificultado sua execução, possibilitando que outras estratégias sejam elaboradas de acordo com realidade e limitações desses municípios para o próximo ciclo de avaliação.

Termos de indexação: Transtornos da Nutrição Infantil . Políticas Públicas. Monitoramento. Vigilância Nutricional.

ABSTRACT

Agenda for Intensifying Nutritional Care Child Malnutrition consists of an agreement between the Ministry of Health (MOH) and small districts with high prevalence of malnutrition according to the System of Food and Nutrition Surveillance (Sisvan). This article aims to evaluate the partial fulfillment of the goals of Agenda in 2013, identifying the possible variables associated with the performance of municipalities facing the agreed targets. A cross-sectional study using secondary data base of MOH, which were considered the 212 municipalities that make up the Agenda and the three agreed binding targets for the year 2013. Were also used information from the electronic form used by MOH was carried out which deals with implementation of Agenda. To analyze the data we used the chi-square test and a significance level of 5%. Among the variables that contributed to the good performance both in nutritional monitoring in Sisvan and beneficiary families of the Bolsa Família Program has: the smaller population size, geographical distribution in the Northeast, the city has used the resource, the greater coverage Basic. Although this work provide partial evaluation data, it becomes evident that this monitoring of municipal performance is essential action to contribute to the effectiveness of this Agenda, allowing us to understand the implementation process and to identify factors that may have hindered its execution, enabling other strategies are prepared in accordance with reality and limitations / listing of these municipalities for the next evaluation cycle.

Keywords: Child Nutrition Disorders. Public Policies. Monitoring. Nutritional Surveillance

INTRODUÇÃO

A desnutrição infantil atinge cerca de um décimo das crianças menores de 5 anos de idade no mundo e está associada a alta mortalidade infantil, particularmente nas populações que vivem em condições de pobreza extrema^{1,2}. O quadro da desnutrição infantil no Brasil tem apresentado tendência de declínio nos últimos 40 anos³, especialmente nas formas graves. O baixo peso em menores de cinco anos de idade reduziu de 18,4 %, em 1974, para 1,7% em 2006^{4,5}. Entretanto, a baixa estatura, que reflete o déficit crônico de nutrientes e impacto no crescimento linear da criança, ainda pode ser considerada elevada (7,1%)⁵.

Embora a redução do baixo peso em menores de cinco anos seja significativa, ao observarem-se grupos populacionais vulneráveis (indígenas, quilombolas, moradores da Região Norte do país), ainda são verificados valores expressivos, com percentuais variando entre 3,4 a 8,1% da população^{5,6,7}.

A desnutrição aumenta o risco de morbidade e pode afetar o crescimento e desenvolvimento cognitivo. Em geral, crianças desnutridas têm maior probabilidade de baixo rendimento escolar e menor capacidade de trabalho na idade adulta, o que pode gerar baixa renda, alta fertilidade e impossibilidade de provimento de cuidados adequados para seus filhos, contribuindo para a transmissão intergeracional da pobreza. A recomendação em termos de políticas públicas, neste caso, é o reforço às ações integradas que potencializem a saúde materna e o pleno desenvolvimento infantil^{8,9,10}.

A desnutrição possui forte determinação social e multifatorial, estando intimamente relacionada à carência alimentar e às condições ambientais desfavoráveis, como a falta de saneamento básico e água de boa qualidade, assim como vulnerabilidade econômica^{11,12}.

Monteiro/09 comprova os principais fatores atribuíveis à redução da desnutrição no Brasil: o aumento da escolaridade materna, o crescimento do poder aquisitivo das famílias, a ampliação dos programas de transferência de renda, a expansão da assistência à saúde e a melhoria das condições de saneamento¹³ – todas ações de cunho intersetorial.

O enfrentamento da desnutrição infantil deve, portanto, ser realizado a partir de intervenções em seus determinantes sociais e com políticas públicas promotoras da equidade. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº

2.387, de 18 de outubro de 2012, instituiu a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil - ANDI, com vistas a impulsionar o enfrentamento da desnutrição em municípios brasileiros com maior prevalência deste agravo, em crianças menores de cinco anos de idade. A Agenda baseia-se na estruturação e qualificação de ações de atenção à saúde da criança e de organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde, em especial no âmbito da Atenção Básica e em consonância com as agendas da Ação Brasil Carinhoso e da Rede Cegonha¹⁴.

A ANDI contemplou 212 municípios brasileiros com população inferior a 150 mil habitantes e prevalência de desnutrição infantil (baixo peso e muito baixo peso/idade) igual ou superiores a 10%, de acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). A adesão dos municípios foi condicionada à pactuação de seis metas, sendo elas: aumento do acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de cinco anos Sisvan; investigação de casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil; aumento do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF); implementação das ações de incentivo ao aleitamento materno e de promoção da alimentação complementar saudável para crianças até dois anos de idade em todas as unidades básicas de saúde do município, garantia de suplementação de ferro e de vitamina "A" para todas as crianças diagnosticadas com desnutrição. A pactuação das três primeiras metas são obrigatórias para fins de repasse de recurso, as demais são facultativas. No primeiro período de avaliação, foi considerado o alcance de, no mínimo, 50% das metas pactuadas para cumprimento da Agenda pelo Município¹⁵.

A Agenda tem duração de 36 meses (2012 a 2015). O monitoramento foi programado ao final de cada ano (2013, 2014 e 2015), sempre condicionado ao cumprimento das metas. Sobre os repasses financeiros feitos para apoiar a implementação da estratégia, os municípios contemplados receberam no momento da adesão um total de R\$ 10.990.000,00¹⁶ e após o primeiro ciclo de monitoramento (2013) um total de R\$ 11.280.000,00¹⁷. Está previsto um último repasse no ano de 2014, condicionado ao cumprimento das metas pactuadas neste ano.

Estudos mostram dificuldades no monitoramento e avaliação de programas no Brasil, talvez porque esses processos não tenham sido desenhados em função da maturidade dos programas. Os diferentes programas voltados a atender às diversas demandas públicas vêm pressionando setor público a aprimorar suas

práticas de gestão. Sendo assim, a preocupação com o aprimoramento técnico na elaboração de diagnósticos e nas atividades de monitoramento e avaliação de programas vem se expandindo ¹⁸.

Este artigo pretende, portanto, avaliar o cumprimento das metas da Agenda no ano de 2013, identificando as possíveis variáveis associadas ao desempenho dos municípios no cumprimento das metas pactuadas na Agenda. Esta análise, possibilitará reconhecer as estratégias que contribuíram com a implementação da Agenda que possam apoiar o cumprimento total das metas pactuadas para o próximo ciclo de avaliação. Com isto, espera-se fortalecer a atenção nutricional à desnutrição nos municípios e subsidiar gestores na formulação de outros programas semelhantes, considerando as limitações municipais identificadas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal de análise de dados secundários, oriundos das bases de dados do Ministério da Saúde/SAS/CGAN referentes à ANDI.

Para a caracterização sócio-demográfica dos 212 municípios estudados, utilizou-se a base de dados do IBGE referente ao Censo 2010, via TABNET ¹⁹. Os municípios foram caracterizados segundo região, UF, população residente e menor de cinco anos, percentual de cobertura de abastecimento de água, saneamento básico, coleta de lixo, renda (de acordo com salário mínimo per capita – SMPC), Índice de Desenvolvimento de Educação Básica (IDEB), presença de NASF, cobertura de Atenção Básica, Sisvan e PBF.

O percentual de cobertura do Programa Bolsa Família foi coletado do Sistema de Gestão do PBF, com base na primeira de vigência de 2012 ²⁰. O percentual de cobertura da Atenção Básica foi obtido no 2010. A taxa de mortalidade infantil foi oriunda do SIM/Sinasc - Datasus, vigência 2010 ¹⁹. A cobertura do Sisvan, a prevalência de desnutrição infantil, assim como as metas pactuadas e o desempenho dos municípios no cumprimento das metas foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde, via banco de dados do Sistema ANDI.

Para este estudo utilizou-se o universo dos 212 municípios contemplados pela ANDI, cujo critério de seleção foi possuir menos de 150 mil habitantes e possuir desnutrição ponderal (peso/idade) maior ou igual a 10% de acordo com o Sisvan/2011¹⁵.

Nesta análise foram consideradas apenas as metas condicionadas aos compromissos mínimos da Agenda e ao repasse financeiro previsto, segundo a pactuação feita por cada município no momento da adesão: aumento do acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de cinco anos no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan); investigação de casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil; e aumento da cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF ¹⁵. O desempenho do município foi avaliado segundo os dados provenientes do Sistema ANDI, fornecidos pelo MS.

Uma segunda parte deste trabalho contemplou a avaliação da implementação da ANDI e os fatores a ela associados, segundo a perspectiva dos gestores da ANDI nos municípios. Para esta etapa utilizou-se os dados do formulário eletrônico, via

FormSUS, encaminhado pelo Ministério da Saúde (MS) aos gestores da Agenda nos municípios. Estes formulários foram respondidos pelas pessoas cadastradas como referência da ANDI nos municípios partícipes da Agenda e foram coletados no período de Fevereiro a Março de 2014. Da totalidade dos 212 municípios, 206 responderam o FormSUS, havendo ausência de informação de 6 municípios.

Na avaliação da implementação da ANDI foram selecionadas do FORMSUS as variáveis referentes à construção plano de ação previsto na pactuação da Agenda; caracterização do profissional responsável pela ANDI no município; dados referentes à utilização do recurso; informação sobre o recebimento ou não de oficina de qualificação do MS sobre a ANDI; e se houve submissão dos compromissos assumidos junto aos órgãos de controle social do município, como Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional. Todas estas variáveis foram cruzadas com as variáveis do cumprimento de metas, na perspectiva de avaliar se existiam associações com o cumprimento das mesmas.

Para as análises do banco de dados, utilizou-se o *software* SPSS versão 16.0, sendo a avaliação dos fatores associados ao cumprimento parcial das metas pactuadas realizado pelo teste qui-quadrado sendo a variável desfecho o cumprimento de cada meta (e o conjunto delas). Foram consideradas significativas associações com $p < 0,05$.

Como este estudo utiliza dados secundários do Ministério da Saúde, está dispensado de aprovação pelo Comitê de ética. Os dados foram solicitados formalmente ao Ministério da Saúde segundo o estabelecido pela Portaria nº 884, de 13 de dezembro de 2011.

RESULTADOS

Grande parte dos municípios contemplados pela ANDI está localizada na Região Nordeste (42,5%) e cerca de 90% deles são de pequeno porte, com população residente menor que 40 mil habitantes. Esses municípios apresentam predominantemente alta cobertura de Atenção Básica (AB) e de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF. Já a cobertura do Sisvan apresenta percentuais menores (inferior a 50%) em 91,5% dos municípios. O NASF está presente em apenas 26,4% deles (Tabela 1).

Acerca dos indicadores sociais (Tabela 1), mais da metade dos municípios tem cobertura de abastecimento de água acima de 60% e IDEB inferior a 4. Apesar da cobertura de saneamento básico ser elevada, a cobertura de coleta de lixo é precária. Cerca de 65% dos municípios estudados possuem mais que 20% da sua população em situação de extrema pobreza (renda menor que $\frac{1}{4}$ de salário mínimo per capita - SMPC). Com relação aos indicadores de saúde, 20,7% deles tem prevalência de desnutrição infantil maior que 15%. A taxa de mortalidade infantil de até 10/1000 nascidos vivos em 42,5% dos municípios avaliados.

Analisando-se o desempenho dos municípios no cumprimento das metas em 2013, observa-se que 68,9% deles cumpriram a meta de cobertura do Sisvan; 60,8% a meta mínima do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e 42,9% cumpriram ambas as metas. Já a meta de investigação de casos de crianças desnutridas foi cumprida por apenas 9% dos municípios, o que implica em somente 5,7% dos municípios terem cumprido todas as metas da Agenda (Tabela 2).

Analisando-se os fatores associados ao cumprimento das metas (Tabela 2), observa-se que as variáveis associadas à meta Sisvan foram: tamanho do município (municípios menores); ter menor número de crianças menores de cinco anos; ser município da Região Nordeste (88,9%) e possuir maiores coberturas da Atenção Básica.

Já o cumprimento do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, esteve associado a municípios com maiores taxas de mortalidade infantil. O cumprimento concomitante da meta Sisvan e PBF foi influenciado pelos mesmos fatores da meta Sisvan. No tocante ao cumprimento das três metas mínimas pactuadas, mostrou-se associada apenas a baixa taxa de mortalidade infantil.

Analisando-se as variáveis extraídas do FormSUS (Tabela 3) observa-se que

a efetividade de utilização do recurso repassado esteve associada ao bom desempenho no cumprimento da meta Sisvan e de ambas (Sisvan e PBF). A construção de um plano de ação mostrou-se associada ao bom desempenho no cumprimento da meta Sisvan, no PBF e em ambas (Sisvan e PBF). A meta de investigação de casos de desnutrição mostrou-se associada à estratégia de busca ativa.

DISCUSSÃO

Os resultados referentes à descrição do perfil dos municípios mostram maior vulnerabilidade desses territórios comparados aos parâmetros nacionais, corroborando com a literatura que aponta que variáveis como o nível socioeconômico, condições ambientais desfavoráveis e acesso aos serviços de saúde, apresentam associação com uma maior morbimortalidade e desnutrição (Tabela 1) ².

Em relação à mortalidade infantil, os municípios da ANDI apresentam valores acima da taxa nacional de 12,9 crianças por 1000 nascidos vivos ¹⁹, o que já era esperado, uma vez que a mortalidade infantil tem como seus principais determinantes proximais as doenças relacionadas ao chamado “complexo diarreia-pneumonia-desnutrição” ²¹. Acrescenta-se, ainda, o fato de que na base da cadeia causal da mortalidade infantil estão as características socioeconômicas das famílias, escolaridade materna, condições inadequadas de moradia e acesso a serviços de saneamento básico ^{10,12}.

As coberturas de Atenção Básica (AB), Sisvan e PBF encontram-se acima da média nacional. Em geral, no Brasil, a cobertura destas ações são maiores em municípios pequenos ²², até mesmo porque houve uma priorização de implantação da atenção básica em municípios com baixos indicadores sociais e de saúde, devido à sua alta vulnerabilidade ²³. A literatura mostra que mesmo os municípios com boas coberturas de AB, o acesso aos serviços de saúde, podem ser precários, em função de fragilidades que diminuem a efetividade da atenção básica como: dificuldade para obtenção de médicos e inclusão de outros profissionais nas equipes ²⁴, falta de entendimento dos gestores sobre o objetivo da atenção básica, e profissionais sem treinamento/conhecimento ou perfil adequado ²⁵, o que pode interferir negativamente na qualidade do cuidado a saúde da criança.

Considerando que o acompanhamento do PBF é fator protetor para a mortalidade infantil e desnutrição, e que esses municípios tem a alta cobertura de acompanhamento PBF, é provável que esses municípios, com o passar do tempo, apresentem queda gradativa de desnutrição e mortalidade infantil ²⁶. Isto reforça o quão importante são essas políticas sociais, entre elas, os programas de transferência de renda, na diminuição das iniquidades sociais e em saúde ²⁷.

Na maioria dos municípios estudados o abastecimento de água e o saneamento básico apresentaram valores de cobertura semelhantes aos nacionais¹⁹ embora ainda 43,9% apresentem abastecimento de água inferior à média nacional. Já a coleta de lixo, o IDEB e o percentual da população com renda menor que ¼ do SMPC tem resultados piores que os nacionais¹⁹. Isso era esperado uma vez que a desnutrição é mais prevalente em municípios brasileiros com precárias condições socioeconômicas como já descrito por Sousa *et al* 2012. Quase 60% dos municípios estudados tinha de 20 a 40% da população vivendo em extrema pobreza, enquanto a média nacional é de 16,22%¹⁹.

O desempenho dos municípios no cumprimento das metas (tabela 2), no primeiro ano de Agenda (2013), pode ser avaliado como abaixo do esperado, uma vez que somente 42,9% dos municípios contemplados conseguiram cumprir ambas as metas (Sisvan e PBF), das três metas mínimas exigidas na ocasião de adesão à ANDI. O desempenho em relação à terceira meta (investigação dos casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil) foi ainda menor, alcançado por apenas 9% dos municípios. Vale ressaltar que esta meta exigia a inserção de nova ação na rotina dos profissionais e registro de dados no sistema Sisvanweb. Além disso, acrescenta-se o fato da adesão à ANDI ter sido realizada durante o período eleitoral em 2012, o que pode estar relacionado à mudança de gestores municipais e do corpo de funcionários não permanente, acarretando alta rotatividade de profissionais e descontinuidade do trabalho²⁸.

A prevalência de desnutrição infantil não apresentou diferenças significativas ao analisar-se o desempenho dos municípios em nenhuma das metas, uma vez que ela se apresenta uniformemente elevada em todos eles, tendo em vista que a adesão à ANDI teve como um dos critérios a prevalência de desnutrição infantil maior ou igual a 10%.

No tocante às variáveis que influenciaram no bom desempenho no cumprimento da meta de aumento da cobertura Sisvan observou-se a alta cobertura de AB e menor porte do município, o que implica em um menor o número de crianças menores de cinco anos a serem acompanhadas e, também, maior facilidade de localização na busca ativa.

Ainda em relação ao bom desempenho no aumento da cobertura do Sisvan, observa-se que foi maior em municípios da região Nordeste, fato que pode estar associado por haver maior cobertura da AB na Região Nordeste (75,8%),

potencializando a capacidade de acompanhamento. Ressalta-se também que a maioria dos dados da vigilância nutricional são provenientes do acompanhamento das condicionalidades do PBF e que quase 50% das famílias beneficiárias do PBF estão localizadas na Região Nordeste, onde a média de acompanhamento nutricional das famílias do PBF (87,5%), é mais alta que a média nacional ²⁰.

O desempenho na meta de acompanhamento do PBF (tabela 2) foi maior em municípios com maior mortalidade infantil. Camelo et al 2009 ²⁹ sugerem que o PBF seleciona famílias cujas crianças têm maior risco de morrer pelo acúmulo de fatores determinantes, o que pode, representar uma elevação deste indicador em casos de aumento de cobertura. Evidências recentes mostram que o PBF reduziu 19,4% a mortalidade geral entre crianças nos municípios onde tinha alta cobertura, havendo uma redução ainda maior quando se considerou a mortalidade específica por algumas causas como desnutrição (65%) e diarreia (53%). O mesmo estudo mostrou haver efeito sinérgico do Programa Saúde da Família (PSF) com PBF na redução da mortalidade em menores de cinco anos ²⁶.

Os dados apresentados no FormSUS (tabela 3) apontam que há outras variáveis associadas ao cumprimento das metas. Já era esperado que a variável busca ativa se mostrasse significativa para o bom desempenho na meta Sisvan e investigação de casos, tendo em vista que ambas remetiam à identificação das crianças para acompanhamento e aplicação do formulário de investigação. Estudos mostram que a busca ativa tem sido uma estratégia comumente utilizada na atenção básica no impulsionamento de ações de atenção à saúde ^{30, 31}.

O FormSUS também mostrou que o planejamento e incentivo financeiro foram significativos para o bom desempenho dos municípios. Os métodos de planejamento têm sido apresentados como tecnologias potentes para articular mudanças no campo da saúde ³². O plano de ação, uma das recomendações da Agenda, pode ser entendido como instrumento para identificar prioridades, objetivos, metas, recursos, resultados e prazos que orientam a gestão e norteiam a composição e a harmonização dos seus objetivos ³³, subsidiando assim os gestores nas articulações inerentes a esse processo complexo e dinâmico ³⁴. O planejamento partindo da gestão local permite que as necessidades de saúde e demais setores sejam melhor identificadas, no entanto, percebe-se que o desafio é maior para os gestores de municípios de pequeno porte, pela precária organização da área de planejamento, com deficiência de infraestrutura e insuficiência numérica e qualificada de pessoal ³⁵.

O bom desempenho no cumprimento de metas mostrou-se associado à execução do recurso financeiro foi aguardado, uma vez que se tratam de municípios pequenos, mais vulneráveis e dependentes de transferências federativas ³⁶.

De maneira geral, observou-se dificuldade dos municípios na elaboração do planejamento das ações e mais ainda em seu monitoramento. Observa-se que a gestão municipal, geralmente encontra-se em processo de estruturação dos programas com os esforços voltados à elaboração de diagnósticos, desenho das iniciativas e/ou na implementação das ações previstas, sem muitas vezes, se atentar com o monitoramento destes. No entanto, o conjunto de informações decisórias produzidas no âmbito do monitoramento, direcionado ao acompanhamento de metas e prazos de ações é imprescindível para otimizar o tempo e direcionar o planejamento das ações para a continuidade da estratégia ³⁷.

O objetivo da ANDI é melhorar as estratégias de enfrentamento da desnutrição infantil por meio de seus determinantes, tendo como eixo central a atenção à saúde da criança, por meio da organização da atenção nutricional, com a estruturação da rede de atenção à saúde aliada à intersetorialidade, facilitando a interface com os princípios do SUS.

Um grande desafio para o prosseguimento desta Agenda é que os gestores dos municípios invistam na organização da atenção nutricional, que compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados ³⁸.

Para isso, é essencial fortalecer o cuidado integral e multiprofissional que atenda as necessidades e direitos da população infantil, tendo como uma das principais ferramentas o projeto de saúde no território que pode funcionar como catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades¹⁴. Este cuidado pode ser entendido como o compromisso em disponibilizar a atenção em toda a rede, desde a promoção à saúde, diagnóstico e tratamento, do lócus próprio da atenção à saúde aos demais setores que têm interface estreita com ela, tais como: moradia, saneamento básico, educação e lazer.

Este trabalho teve a iniciativa de avaliação de uma pactuação governamental, processo ainda incipiente no Brasil. Apesar de dados parciais de avaliação dos municípios, o monitoramento do desempenho destes, é ação essencial para contribuir para o aprimoramento efetivo desta Agenda, permitindo compreender seu processo de implementação e identificar os fatores que possam ter dificultado sua execução, possibilitando que outras estratégias sejam elaboradas de acordo com realidade e limitações desses municípios para o próximo ciclo de avaliação.

REFERÊNCIAS

1. Hein V, Arruda A. A desnutrição infantil representada por mães de crianças com baixo peso. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):585-93.
2. Souza OF de, Benício MHA, Castro TG de, Muniz PT, Cardoso MA. Desnutrição em crianças menores de 60 meses em dois municípios no Estado do Acre: prevalência e fatores associados. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2012 Mar [cited 2014 Abr 12] ; 15(1): 211-221. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2012000100019&lng=en>. doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100019.
3. Goulart RMM, Franca Junior, I, Souza MFM. Fatores associados à recuperação nutricional de crianças em programa de suplementação alimentar. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2009 June [acesso 2013 Jun 20] ; 12(2): 180-194. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200008&lng=en>. doi: 10.1590/S1415-790X2009000200008.
4. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Estudo nacional de despesa familiar, ENDEF. Rio de Janeiro, 1976. Vasconcelos M. Caracterização geral e principais aspectos metodológicos do ENDEF - Estudo Nacional de Despesas Familiares. In: Consumo alimentar: grandes bases de informação. São Paulo: Instituto Danone; 2000.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
6. Brasil. Fundação Nacional De Saúde. Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: relatório final. Rio de Janeiro, 2009.
7. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Departamento de Avaliação e Monitoramento. Chamada Nutricional Quilombola 2006. Brasília-DF, Maio 2007.
8. Grantham-McGregor S, Cheung Y, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet.* 2007; 9555(369):60-70. doi:10.1016/S0140-6736(07)60032-4
9. Black R, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield L, Onis M de, Collin M, *et al.* Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences, *The Lancet*, Volume 371, Issue 9608, Pages 243 - 260, 19 January 2008. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61690-0.
10. Victora CG, Aquino EML, Leal MCL, Monteiro CAM, Barros FCB, Szwarcwald CL. Saúde no Brasil 2: Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet* [Internet]. 2011. [acesso 2013 dez 11];. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>> doi: 0.1016/S0140-6736(11)60138-4.

11. Fernandes BS, Fernandes MTB, Martins PA, Bismarck – Nasr EM, Albuquerque MP. Vencendo a desnutrição: abordagem clínica e preventiva. 2ed. São Paulo: Salus, 2004.
12. Olinto MTA, Victora CG, Barros FC, Tomasi E. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizada. Cad Saúde Pública [Internet].1993 [2013 nov 01]; 9 (supl. 1): 14-27. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9s1/03.pdf>>
13. Lima ALL de, Silva ACF da, Konno SC, Conde WL, Benicio MHD'A, Monteiro CA. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). Rev. Saúde Pública [Internet]. 2010 Fev [2014 Jun 01] ; 44(1): 17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100002&lng=pt>. doi: 10.1590/S0034-89102010000100002.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
15. Brasil. Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em Municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade. Diário oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 out. 2012.
16. Brasil. Portaria nº 1.301, de 27 de novembro de 2012. Homologa a adesão de municípios à Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil e autoriza a transferência de recursos financeiros aos municípios do Grupo I referentes ao exercício financeiro 2012. Diário oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 nov. 2012.
17. Brasil. Portaria nº 1.065, de 19 de Setembro de 2013. Autoriza a transferência de recursos de custeio aos municípios participantes da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil de acordo com avaliação das metas pactuadas para o ano de 2013. Diário oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 2013.
18. Jannuzzi PM. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. Planejamento e Políticas Públicas. - N 36. Jan/Jul 2011.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/idb>>. Acesso em: 15 out. 2013.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório Geral de Acompanhamento das Condicionalidades.

Disponível em: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp>. Acesso em 29 Jan 2013.

21. Gomes AR, Salvato MA, Araújo J. Mortalidade infantil no Brasil e no Sudeste: determinantes e perspectivas. Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambú, 2006.

22. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF de, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 [2014 June 01]; 24(Suppl 1): s69-s78. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300012&lng=pt.> doi: 10.1590/S0102-311X2008001300012.

23. Favoreto CAO, Camargo Jr KR. Alguns desafios conceituais e técnico operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como proposta transformadora do modelo assistencial. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 12 (1): 59-75, 2002.

24. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cadernos de Saúde Pública 18 (suplemento):191-202.

25. Fernandez PMF, Voci SM, Kamata LH, Najas MS, Souza ALMde. Programa Saúde da Família e as ações em nutrição em um distrito de saúde do município de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 Sep [2014 May 03]; 10(3): 749-755. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300031&lng=en>. doi: 10.1590/S1413-81232005000300031.

26. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Sousa RP, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. The Lancet. [Internet]. 2013 May. [2014 Abr 15] doi: 10.1016/S0140-6736(13)60715-1.

27. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. Am J Public Health 2009, 99: 87-93.

28. Marin Filho CJ, Sausen JO, Allebrandt SL. Gestão Pública Municipal: Análise do Processo de Mudança Estratégica de um Município da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro, 6 a 10 de Setembro de 2008, XXXII Encontro da ANPAD.

29. Camelo RS, Tavares PA, Saiani CCS. Alimentação, nutrição e saúde em programas de transferência de renda: evidências para o Programa Bolsa Família. Economia, Selecta, Brasília (DF), v.10, n.4, p.685-713, Dezembro 2009.

30. Silva ACMAe, Villar MAM, Wullaume SM, Cardoso MHCA. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 Feb [2014 Fev 19]; 25(2

): 349-358. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200013&lng=en>. doi: 10.1590/S0102-311X2009000200013.

31. Azeredo CM, Cotta RMM, Silva LS, Franceschini SCC, Sant'Ana LFR, Ribeiro RCL. Implantação e impacto do Programa Nacional de Suplementação de Ferro no município de Viçosa - MG. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Oct [2014 Feb 26]; 16(10): 4011-4022. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413&lng=en>. 81232011001100006doi:10.1590/S1413-81232011001100006.

32. Campos RO. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2000 Dec [2014 May 12]; 16(4): 1021-1030. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2000000400020&lng=en>. doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400020.

33. SOTO Maria JDCM. Planejamento institucional: capacidade de conduzir ações. *São Paulo Perspec.* [Internet]. 2003, vol.17, n.3-4 [2014 Jun 17], pp. 198-204. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000300020&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-8839. doi:10.1590/S0102-88392003000300020.

34. Berretta Isabel Quint, Lacerda Josimari Telino de, Calvo Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Nov [cited 2014 June 20]; 27(11): 2143-2154. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100008&lng=en>. doi: 10.1590/S0102-311X2011001100008.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Cadernos de Planejamento).

36. Portela GZ, Ribeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Mar [2014 June 01]; 16(3): 1719-1732. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201100030009&lng=en>. doi: 10.1590/S1413-81232011000300009.

37. Jannuzzi PM. Monitoramento Analítico como ferramenta para aprimoramento da gestão de programas sociais. *Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação*. – N. 1 (2011) -. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2011- 140 p. ;

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

Tabela 1 – Caracterização dos municípios contemplados na Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil, Brasil, 2013

	n	%
População total		
Até 10 mil hab	94	44,3
< 10 a 40mil hab	95	44,8
< 40 a 80 mil hab	17	8
< 80 até 150mil hab	6	2,8
População < 5 anos		
Até 1500	122	57,5
< 1500 a 3000	46	21,7
< 3000 a 4500	22	10,4
> 4500	22	10,4
Distribuição geográfica		
Norte	62	29,2
Nordeste	90	42,5
Sudeste	27	12,7
Sul	23	10,8
Centro-oeste	10	4,7
Abastecimento de água		
Até 30%	22	10,4
< 30 a 60%	71	33,5
< 60 a 90%	108	50,9
> 90%	11	5,2
Coleta de lixo		
Até 30%	33	15,6
< 30 a 60%	82	38,7
< 60 a 90%	73	34,4
> 90%	24	11,3

Continua

	n	%
Saneamento Básico		
Até 30%	13	6,2
< 30 a 60%	17	8,0
< 60 a 90%	76	36,0
> 90%	105	49,8
Renda (% da população com ¼ salário mínimo per capita)		
0 a 20%	74	34,9
<20 a 40%	126	59,4
> 40%	12	5,7
Índice de desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)		
Até 3	22	10,4
<3 a 4	103	48,6
< 4 a 5	52	24,5
> 5	35	16,5
Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos)		
Até 10	90	42,5
< 10 a 20	80	37,7
< 20 a 30	24	11,3
> 30	18	8,5
Prevalência de Desnutrição Infantil		
De 10 a 15%	168	79,2
< 15% a 20%	28	13,2
>20	16	7,5

Conclusão

	n	%
Cobertura de Atenção Básica		
Até 30%	16	7,5
< 30 a 60%	21	9,9
< 60 a 90%	37	17,5
> 90%	138	65,1
Presença de NASF		
Presente	56	26,4
Ausente	156	73,6
Média de cobertura do Sisvan		
Até 25%	80	37,7
< 25 a 50 %	114	53,8
> 50 %	18	8,5
Média de Cobertura do PBF		
Até 50 %	5	2,4
< 50 a 70 %	40	18,9
< 70 a 90%	112	52,8
> 90%	55	25,9

Tabela 2 – Influência das variáveis no desempenho dos municípios na Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI) - Brasil, 2013

Variáveis	Cumpriu meta Sisvan			Cumpriu meta PBF			Cumpriu meta Sisvan e PBF			Cumpriu IC*			Cumpriu todas		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
População total															
Até 10 mil	71	75,5	0,009	60	63,8	0,845	46	48,9	0,006	11	11,7	0,367	9	9,6	0,158
< 10 a 40mil	66	69,5		56	58,9		40	42,1		8	8,4		3	3,2	
< 40 a 80 mil	7	41,2		10	58,8		5	29,4		0	0		0	0	
< 80 até 150mil	2	33,3		3	50		0	0		0	0		0	0	
População < 5 anos															
Até 1500	96	78,7	< 0,01	78	63,9	0,639	62	50,8	0,022	14	11,5	0,445	10	8,2	0,274
< 1500 a 3000	28	60,9		27	58,7		17	37		2	4,3		1	2,2	
< 3000 a 4500	15	68,2		11	50		8	36,4		2	9,1		1	4,5	
> 4500	7	31,8		13	59,1		4	18,2		1	4,5		0	0	
Distribuição geográfica															
Norte	29	46,8	< 0,01	37	59,7	0,759	18	29	0,006	5	8,1	0,514	1	1,6	0,161
Nordeste	80	88,9		57	63,3		51	56,7		6	6,7		5	5,6	
Sudeste	16	59,3		18	66,7		12	44,4		4	14,8		4	14,8	
Sul	13	56,5		12	50		6	26,1		2	8,7		1	4,3	
Centro-oeste	8	80		5	52,2		4	40		2	20		1	10	
Renda**															
0 a 20%	47	63,5	0,138	40	54,1	0,328	25	33,8	0,107	8	10,8	0,787	4	5,4	0,657
<20 a 40%	88	69,8		81	64,3		59	46,8		10	7,9		8	6,3	
> 40%	11	91,7		8	66,7		7	58,3		1	8,3		0	0	
Ideb															
Até 3	15	68,2	0,782	16	72,7	0,525	9	40,9	0,995	1	4,5	0,102	0	0	0,082
<3 a 4	74	71,8		59	57,3		44	42,7		6	5,8		3	2,9	
< 4 a 5	35	67,3		31	59,6		23	44,2		9	17,3		6	11,5	
> 5	22	62,9		23	65,7		15	42,9		3	8,6		3	8,6	
Mortalidade Infantil															
Ate 10	61	67,8	0,970	61	67,8	0,021	42	46,7	0,177	13	14,4	0,062	10	11,1	
< 10 a 20	56	70		38	47,5		27	33,8		4	5		0	0	
< 20 a 30	16	66,7		17	70,8		12	50		0	0		0	0	0,007
> 30	13	72,2		13	72,2		10	55,6		2	11,1		2	11,1	
Prevalência de Desnutrição															
de 10 a 15%	115	68,5	0,297	106	63,1	0,289	75	44,6	0,125	16	9,5	0,418	9	5,4	0,312
< 15% a 20%	22	78,6		16	57,1		13	46,4		3	10,7		3	10,7	
> 20 %	9	56,2		7	43,8		3	18,8		0	0		0	0	
Cobertura de AB															
Até 30%	6	37,5	<0,001	10	62,5	0,602	4	25	0,001	0	0	0,287	0	0	0,411
< 30 a 60%	5	23,8	1	11	52,4		3	14,3		1	4,8		0	0	
< 60 a 90%	21	56,8		20	54,1		12	32,4		2	5,4		2	5,4	
< 90%	114	82,6		88	63,8		72	52,2		16	11,6		10	7,2	
Total Brasil	146	68,9		129	60,8		91	42,9		19	9		12	5,7	

*IC: investigação de casos; **Renda: % da população com ¼ salário mínimo per capita.

Tabela 3 – Resultados do FormSUS dos municípios ANDI, Brasil 2013

Variáveis	Cumpriu meta Sisvan			Cumpriu meta PBF			Cumpriu meta Sisvan e PBF			Cumpriu IC*		Cumpriu todas			
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Profissional responsável pela ANDI															
Enfermeiro	59	65,6	0,435	51	56,7	0,497	36	40	0,706	7	7,8	0,680	3	3,3	0,389
Nutricionista	70	70		65	65		46	46		11	11		8	8	
Outro	13	81,2		10	62,5		7	43,8		1	6,2		1	6,2	
Recurso															
Não utilizou	36	57,1	<0,01	37	58,7	0,327	21	33,3	0,004	5	7,9	0,108	4	6,3	0,193
Utilizou parcialmente	50	82		43	70,5		36	59		10	16,4		6	9,8	
Utilizou totalmente	54	75		41	56,9		31	43,1		3	4,2		1	1,4	
Não sabe	2	20		5	50		1	10		1	10		1	10	
Recebeu qualificação															
Sim	111	72,1	0,093	97	63	0,356	70	45,5	0,262	13	8,4	0,505	7	4,5	0,505
Não	31	59,6		29	55,8		19	36,5		6	11,5		5	9,6	
Plano de ação															
Sim	124		<0,01	109	66,5	0,002	83	50,6	<0,01	18	11	0,086	11	6,7	0,285
Não	18			17	40,5		6	14,3		1	2,4		1	2,4	
Controle Social															
Sim	129	69	0,960	114	61	0,852	83	44,4	0,283	18	9,6	0,531	11	5,9	0,913
Não	13	68,4		12	63,2		6	31,6		1	5,3		1	5,3	
Busca ativa*															
Sim	132	72,1	0,005	118	61,8	0,518	-	-	-	19	10,9	0,050	-	-	-
Não	10	43,5		8	53,3		-	-		0	0		-	-	
Recebeu Qualificação*															
Sim	98	71	0,358	80	61,1	0,970	-	-		3	8,8	0,930			
Não	44	64,7		46	61,3		-	-		16	9,3				
Realizou articulação *															
Sim	60	66,7	0,536	43	53,8	0,082	-	-		0	0	0,328	-	-	-
Não	82	70,7		83	65,9		-	-		19	9,6		-	-	
Orientações à Família**															
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	10,3	0,557	6	5,1	0,624
Não	-	-		-	-		-	-		7	7,9		6	6,7	
Utilizou PTS**															
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5,9	0,461	2	5,9	0,988
Não	-	-		-	-		-	-		17	9,9		10	5,8	
Utilizou Formulário**															
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	13,7	0,006	10	8,1	0,092
Não	-	-		-	-		-	-		2	2,4		2	2,4	

* Cruzamento de variáveis diferentes ** Apenas aplicáveis à meta de Investigação de casos de desnutrição.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desnutrição infantil persiste como um problema importante de saúde pública. A sua efetiva redução depende de intervenções integradas que reduzam a pobreza e melhorem a qualidade de vida das famílias menos favorecidas. Isso implica em estratégias amplas no nível governamental, com participação da sociedade civil.

Reforça-se a determinação social da desnutrição e a importância da articulação das políticas sociais que intensifiquem as ações que possibilitam o aumento do poder aquisitivo das famílias, da escolaridade materna e assegurem a universalização do acesso da população brasileira aos serviços essenciais de educação, saúde e saneamento. Assim, a superação das desigualdades na saúde pode estar intrinsecamente ligada aos determinantes do desenvolvimento político, econômico, social e ambiental ⁵⁶.

Dessa maneira, organização das ações de melhoria nas condições de alimentação e nutrição devem considerar os determinantes sociais da saúde, com a definição de ações técnicas e políticas, de caráter amplo e intersetorial, que respondam às necessidades de cada território, a partir de estratégias de articulação transversal entre os diversos equipamentos públicos, sociais e a comunidade ⁴¹.

A ANDI teve como principal objetivo o enfrentamento à desnutrição infantil a partir dos seus determinantes. Para tal, inovou ao condicionar o repasse do recurso ao alcance de metas pactuadas. Vale ressaltar, que os municípios ainda encontram-se em processo de implementação da Agenda que apresenta uma segunda etapa de avaliação em 2014. Percebeu-se um esforço da gestão federal para realizar o monitoramento conforme o prazo estipulado em portaria. Por outro lado, percebeu-se dificuldades dos municípios em realizar suas ações em tempo hábil para o monitoramento. Nos territórios em que houve empenho para alcançar as metas pactuadas, identificou-se limitações nas equipes de gestores locais e nos profissionais da AB para realizar o diagnóstico situacional, executar as ações, bem como, planejar as ações contínuas que fortaleceriam sua articulação com demais setores do governo e da sociedade.

No Brasil, percebe-se embaraços no momento da avaliação e monitoramento dos programas de saúde pública. Isto talvez aconteça, porque os processos avaliativos vêm sendo realizados a partir de práticas anteriores, sem levar em conta

as particularidades de cada contexto. Dessa forma, algumas avaliações tornam-se superficiais acerca dos programas implementados.

As gestões municipais precisam reavaliar como se organizaram para atender ao objetivo da ANDI, com vistas a refletir sobre o que precisa ser melhorado/fortalecido, de maneira que possam redesenhar ou adaptar com maturidade os passos a serem seguidos para o próximo ciclo de avaliação, permitindo tomadas de decisões sensatas e coerentes o preconizado pela Agenda. Este trabalho, apesar de apresentar uma avaliação ainda limitada, poderá subsidiá-los nesse processo, tendo em vista que monitoramento do desempenho dos municípios, é ação essencial para contribuir para o aprimoramento efetivo desta Agenda, permitindo compreender seu processo de implementação e identificar os fatores que possam ter dificultado sua execução. Além disso, é importante reconhecer que as metas propostas pela ANDI não conseguem atender a todos os objetivos propostos por ela, uma vez que estes incluem mudanças no processo de trabalho e na maneira de enxergar o cuidado que vem sendo ofertado, inserindo a trabalho intersetorial e multidisciplinar.

É importante a compreensão que o planejamento é ferramenta essencial nesse processo, pois permite a incorporação da interdisciplinaridade na análise dos problemas e a intersetorialidade na definição das soluções e na implementação de ações voltadas para a mudança das condições de vida e saúde da população de acordo com suas necessidades sociais e políticas.

REFERÊNCIAS

1. Monte CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil, *Jornal de Pediatria* - Vol. 76, Supl.3, 2000.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Atendimento da Criança com Desnutrição Grave em nível hospitalar. Brasília, 2005.
3. Nóbrega FJ. Atenção à criança desnutrida em áreas urbanas. Temas de nutrição em pediatria. Ed. Especial. Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro, 2001.
4. ACC/SCN. Nutrition throughout life. 4th Report on the world nutrition situation. Geneva; ACC/SCN./World Health Organization: 2000.
5. WHO. Global database on child growth and malnutrition. <http://www.who.int/nutgrowthdh>. Geneva: World Health Organization; 1997.
6. Martins VJB, Clemente APG, Fernandes MBF, Marchesano AC; Sawaya AL. Desnutrição e repercussões na saúde. In: Cozzolino SMF, Cominrtti C. Bases bioquímicas e fisiológicas da nutrição nas diferentes fases da vida, na saúde e na doença Barueri, SP: Manole, 2013.
7. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Estudo nacional de despesa familiar, ENDEF. Rio de Janeiro, 1976. Vasconcelos M. Caracterização geral e principais aspectos metodológicos do ENDEF - Estudo Nacional de Despesas Familiares. In: Consumo alimentar: grandes bases de informação. São Paulo: Instituto Danone; 2000.
8. INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição), 1990. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição — PNSN-1989. Arquivo de dados da pesquisa. Brasília.
9. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002- 2003. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro; 2007. Disponível em

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2003medidas/default.shtm>>, acesso em [14 de novembro de 2013].

10. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

11. Brasil. Fundação Nacional De Saúde. Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: relatório final. Rio de Janeiro, 2009.

12. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Departamento de Avaliação e Monitoramento. Chamada Nutricional Quilombola 2006. Brasília-DF, Maio 2007.

13. Rissin A, Batista-Filho M, Benício MH, Figueiroa JN. Condições de moradia como preditores de riscos nutricionais em crianças de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006; 6: 59-67.

14. Santos RB, Martins PA, Sawaya AL. Estado nutricional, condições socioeconômicas, ambientais e de saúde de crianças moradoras em cortiços e favela. *Rev. Nutr.*, Campinas, 21(6):671-681, nov./dez., 2008.

15. Costa DP, Mota ACM, Bruni GB, Almeida MEL, Fonteles CSR. Desnutrição energético-protéica e cárie dentária na primeira infância. *Revista de Nutrição*, vol.23, n.1, p. 119-126, 2010.

16. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Atenção à Saúde Avaliação da evolução temporal do estado nutricional das crianças de 0 a 5 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família, acompanhadas nas condicionalidades de saúde. Brasília, 2013.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, 2012.
18. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet* 2008; 371(9608): 243-60.
19. Guardiola A, Egewarth C, Rotta NT. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em escolares de primeira série e sua relação com o estado nutricional. *Jornal de Pediatria*, v. 77, n. 3, p. 189 - 196 2001.
20. Kac G, Sichieri R, Petrucci, D. *Epidemiologia nutricional. Gigante*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, 2007. 508p.
21. Shils ME, Shike M, Ross AC, Caballero B, Cousins RJ. *Nutrição Moderna na Saúde e na Doença*. Ed. Manole, 2009, 2220p.
22. Alves FR, Alves SR, Garófalo A, Modesto PC. Binômio desnutrição e pobreza: uma meta a ser vencida pelos países em desenvolvimento, *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.35, n.3, p.744-757, 2011.
23. Sobotka, L. *Bases da Nutrição Clínica*. Ed. Rúbio, 2008, 438p.
24. Wilches DMQ. Enfoque clínico del niño desnutrido según recomendaciones de la OMS primera parte, *Revista Gastrohup*, v. 13, n. 2, p. 80-88, 2011.
25. Hein V, Arruda A. A desnutrição infantil representada por mães de crianças com baixo peso. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):585-93.
26. Vitolo MR. *Nutrição: da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008.

27. Victora CG, Adair L, Fall C, Halla PC; Martorell R, Richter L, Sachdev HS. Lancet. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet, v. 371, p.340–357, 2008. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61692-4.
28. Monteiro CA et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. Revista de Saúde Pública, v. 43, n.1, São Paulo, fev., 2009.
29. Puccini RF, Wechster R, Silva EMK, Resegue R. Fatores de risco para morbidade e desnutrição em crianças acompanhadas em programa de atenção à saúde da criança. J Pediatría. 1997; 73(4):244-51.
30. Monteiro, CA et al. Evolução da desnutrição infantil. In: Monteiro, C. A., organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2.ed. São Paulo (SP): Hucitec; Nupens/USP, 2000.
31. Fernandes BS, Fernandes MTB, Martins PA, Bismarck – Nasr EM, Albuquerque MP. Vencendo a desnutrição: abordagem clínica e preventiva. 2ed. São Paulo: Salus, 2004.
32. Accioly YE, Saunders C, Lacerda EMA. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. 2ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009.
33. Giugliani ERJ, Victora CG. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos: bases científicas. OPSS/OMS. Gráfica e Editora Brasil. Brasília/DF. (OPAS/BRA/OCD/006/97) 1997.
34. Sawaya AL, Solymos GMB; Florencio TMdeMT, Martins PA. Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. *Estud. av.* [online]. 2003, vol.17, n.48 [cited 2014-01-17], pp. 21-44 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000200003&lng=en&nrm=iso>.ISSN 0103-4014. doi: 10.1590/S0103-40142003000200003.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Brasília, 2002.
36. Goulart RMM, Franca Jr I; Souza MdeFM de. Fatores associados à recuperação nutricional de crianças em programa de suplementação alimentar. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 12, n. 2, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 20 June 2013. doi:10.1590/S1415-790X2009000200008.
37. Lima ALLde, Silva ACF da, Konno SC, Conde WL, Benicio MHD'Aquino, Monteiro CA. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2010 Fev [citado 2014 Jun 01] ; 44(1): 17-27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100002&lng=pt. doi: 10.1590/S0034-89102010000100002.
38. Jaime P. A redução da desnutrição infantil no Brasil é expressiva e realça desafios futuros [entrevista na internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2012 Mar 26. Entrevista concedida a Alberto Pellegrini Filho. Disponível em: http://dssbr.org/site/?post_type=entrevistas&p=9284&preview=true
39. Conde WL, Gigante DP. Epidemiologia da Desnutrição Infantil. In KAC, G, Sichieri R, Gigante DP. Rio de Janeiro: Fiocruz e Atheneu; 2007. p 281 -95.
40. Machado CV, Baptista TWdeF, Nogueira CdeO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2011 Mar [citado 2014 Set 16] ; 27(3): 521-532. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300012&lng=pt.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300012.
41. Ribeiro CTM, Ribeiro MG, Araújo AP, Mello LR, Rubim LdaC, Ferreira JES. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. Rev Panam Salud

Publica [serial on the Internet]. 2010 July [cited 2014 Sep 16] ; 28(1): 43-48. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000700007&lng=en. doi:10.1590/S1020-49892010000700007.

42. Cordón J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1997 Sep [cited 2014 Sep 24] ; 13(3): 557-563. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300033&lng=en. doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300033.

43. Kingdon JW. Como Chega a Hora de uma Ideia?; Juntando as Coisas In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Orgs.). Políticas Públicas: coletânea. Volume 1. Brasília: ENAP, 2006. p. 219-246.

44. Pasche DF, Righi LB, Thomé HI, Stolz ED. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2014 Sep 16] ; 20(6): 416-422. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006001100008&lng=en.doi:10.1590/S102049892006001100008.

45. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.18055, 20 set. 1990.

46. Jaime PC, Silva ACFda, Lima AMCde, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. Rev. Nutr. [serial on the Internet]. 2011 Dec [cited 2014 Jan 05] ; 24(6): 809-824. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000600002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732011000600002>.

47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: portaria nº 2.387, de 18

de outubro de 2012 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

48. Brasil. Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em Municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade. Diário oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 out. 2012.

49. Plano Brasil Sem Miséria. Brasília, 2012.

50. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.918, de 5 de setembro de 2012. Autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para Estados e Municípios, referentes aos novos exames do Componente Pré-Natal da Rede Cegonha. 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1918_05_09_2012.html>. Acesso em: 13 mar. 2013.

51. Trevisani JJD, Jaime PC. Monitoring health conditionalities of Bolsa Familia Program: a case study in the Municipality of Rio de Janeiro-RJ, Brazil, in 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [online]. Sept. 2012, vol.21, no.3 [cited 10 September 2014], p.375-384. Available from World Wide Web: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000300003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1679-4974.

52. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27).

53. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

54. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012

55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

56. Sousa MFde. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Rev Bras Enferm. 2008; 61(2):153-8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019607001>.

57. Barcellos C, Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, Peiter P, Navarro M, Gracie R. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. Território, ambiente e saúde (livro) / volume: Local: Rio de Janeiro / número: Editora: Fiocruz / páginas: 237-255. ISBN: 978-85-7541-159-9. 1a. reimpressão: 2010.

58. Brasil. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

59. BRASIL. Oficina de qualificação do NASF / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

60. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2010. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/idb>>. Acesso em: 15 out. 2013.

61. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório Geral de Acompanhamento das Condicionalidades. Disponível em:<http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp>. Acesso em 29 Jan 2013.

62. Brasil. Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em Municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade. Diário oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 out. 2012.

ANEXO A – FORMULÁRIO ELETRÔNICO (FORMSUS) ANDI
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DOS MUNICÍPIOS ANDI

Prezado gestor, o presente formulário tem o objetivo de coletar informações sobre as ações desenvolvidas nos municípios contemplados na ANDI (Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil) para que possamos entender quais as suas necessidades e de que forma podemos melhor apoiá-los. É de extrema importância que **TODOS** participem para que possamos identificar as necessidades dos municípios e propor melhorias/aperfeiçoamentos futuros da Agenda. Todas as informações deste instrumento de avaliação, quando divulgadas não permitirão a identificação dos municípios, mantendo-se total sigilo das informações. **Lembramos que esse formulário não irá punir nenhum município nem solicitar a devolução de nenhum recurso financeiro.** Solicitamos que esse formulário seja preenchido pelo responsável pela agenda no Município.

*** Preenchimento Obrigatório**

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

1) Estado: *

2) E-Mail: *

3) Telefone: *

4) Data:

5) Formação profissional do responsável pela ANDI no município: *

<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> médico<input type="radio"/> nutricionista<input type="radio"/> enfermeiro<input type="radio"/> outro
6) Recurso recebido: *
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> R\$45 mil<input type="radio"/> R\$60 mil<input type="radio"/> R\$80 mil<input type="radio"/> R\$100 mil<input type="radio"/> não recebeu
7) O município utilizou outros recursos para desenvolver a ANDI? : *
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sim<input type="radio"/> Não
8) Os profissionais de saúde do município foram qualificados sobre a ANDI? : *
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sim<input type="radio"/> Não<input type="radio"/> Não sabe
9) Foi dada ampla divulgação da ANDI aos profissionais e equipes de saúde do município? : *
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sim<input type="radio"/> Não<input type="radio"/> Não sabe

10) **Você considera que os profissionais e equipes de saúde estão sensibilizados em prol das ações da ANDI? : ***

- Sim
 Não
 Não sabe


11) **O município construiu um plano de ação para implementação da ANDI ? ***

- Sim
 Não
 Não sabe

12) **Qual(is) a(s) estratégia(s) utilizada(s) para o cumprimento da meta pactuada “Aumento do acompanhamento das crianças menores de cinco anos no SISVAN” ? (possível mais de uma resposta): ***

- busca ativa das crianças menores de cinco anos para acompanhamento no SISVAN
 qualificação das equipes de saúde sobre Vigilância Alimentar e Nutricional
 articulação intersetorial
 não conseguiu realizar acompanhamento das crianças menores de cinco anos no SISVAN
 outros

13) **Entre as estratégias para a realização do acompanhamento das crianças menores de cinco anos do SISVAN, qual ou quais facilidades e dificuldades na execução dessa meta? ***

An empty rectangular text box with a light gray background and a thin black border. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, indicating it is a scrollable text area.

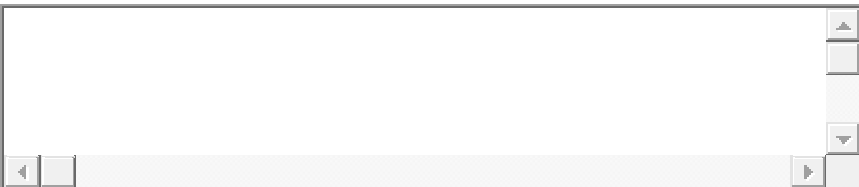
14) Qual(is) a(s) estratégia(s) utilizada(s) para o cumprimento da meta pactuada “Aumento do acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família”? (possível mais de uma resposta): *

- busca ativa das famílias beneficiárias do PBF para acompanhamento das condicionalidades da saúde
- qualificação das equipes de saúde sobre o acompanhamento das condicionalidades de saúde
- articulação intersetorial
- não conseguiu realizar aumento do acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF
- outros

15) Entre as estratégias para a realização do acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, qual ou quais facilidades e dificuldades na execução dessa meta? : *

16) Qual(is) a(s) estratégia(s) utilizada(s) para o cumprimento da meta pactuada “Investigação dos casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil”? (possível mais de uma resposta): *

- busca ativa das crianças menores de cinco anos com desnutrição infantil
- investigação sobre as possíveis causas da desnutrição por meio do FORMULÁRIO PARA ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS DESNUTRIDAS no SISVAN
- elaboração do Projeto de Saúde do Território de acordo com o Manual Instrutivo de Implementação da ANDI
- orientação à mãe/família sobre os cuidados básicos para crianças desnutridas
- qualificação das equipes de saúde para investigação dos casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil
- articulação intersetorial
- não conseguiu realizar a investigação dos casos de desnutrição

<input type="checkbox"/> outros
17) Entre as estratégias para a realização da investigação dos casos de desnutrição infantil qual ou quais facilidades e dificuldades na execução dessa meta? *

18) O município apresentou a ANDI e os seus compromissos aos órgãos de gestão do SUS ? * exemplos* CIB: Comissão intergestores bipartite; CIR: Comissão intergestores regional; Comitê Intersectorial do Programa Bolsa Família, etc)
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
19) O município apresentou a ANDI e os seus compromissos aos órgãos de controle social ? : * Exemplo: CMS: Conselho Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Assistência Social; Conselho de ALimentação Escolar, etc)
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
20) Como o município buscou apoio para implementação da ANDI? (possível mais de uma resposta): *

- Estado
- Ministério da Saúde
- Outro município da ANDI
- Site da ANDI
- Contratação de apoio técnico ou consultoria para acompanhar a Agenda
- Outro
- Não buscou

21) De uma forma geral, quais ações foram potencializadas no município em função da ANDI? Possível assinalar mais de uma alternativa. Caso não seja contemplado com as alternativas abaixo, cite outras. *

- aumento do acompanhamento nutricional das crianças no SISVAN
- aumento da cobertura da estratégia de saúde da família
- aumento do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família
- organização da rede de atenção à saúde para atenção aos casos de desnutrição
- implementação de protocolo de atenção à saúde da criança
- implementação ou qualificação do Programa de Suplementação de Sulfato Ferroso
- implementação ou qualificação do Programa de Suplementação de Vitamina A
- qualificação dos profissionais de saúde
- fortalecimento da articulação intersetorial
- fortalecimento do controle social
- não houve mudanças nas ações realizadas pelo município
- não sabe informar
- outras:

22) Esse espaço é seu para qualquer observação que julgue necessária:

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS SECUNDÁRIOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO-GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
SAF Sul Quadra 2 Lote 5/6 Bloco II – Sala 8 - Auditório (Subsolo) - Edifício Premium
70.070 - 600 - Brasília-DF - e-mail: cgan@saude.gov.br

SIPAR - MINISTÉRIO DA SAÚDE
Registro Número:

21-30.07453 21/2014-26

DATA: 09 / 05 / 14

Ofício nº 18/2014-CGAN/DAB/SAS/MS

Brasília, 09 de maio de 2014.

À Senhora **MURIEL BAUERMANN GUBERT**
Chefe do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília
Campus Universitário Darcy Ribeiro - Asa Norte
70910-900 Brasília /DF

Assunto: Autorização para acesso a bases de dados da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, solicitada por meio do Ofício nº 001/2014 NUT/UnB, de 11 de abril de 2014.

Senhora Chefe do Departamento de Nutrição,

Em resposta ao Ofício nº 001/2014/NUT-UnB, de 11 de abril de 2014, que solicita as bases de dados do Sistema da Agenda para Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil – ANDI, informamos:

O Ministério da Saúde, por meio de sua Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, é responsável, dentro da agenda da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, pela Agenda para Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil – ANDI, cujo objetivo é impulsionar o combate à desnutrição, em municípios com maior prevalência deste agravo em crianças menores de cinco anos de idade. Esta agenda é particularmente importante tendo em vista a busca da redução das desigualdades entre os municípios e populações mais vulneráveis, que frequentemente não estão evidenciados nas médias nacionais e regionais e constituem os principais bolsões de pobreza do país.

Nesse sentido, a avaliação da referida agenda, não somente no nível da gestão central, como também em âmbito acadêmico, são importantes instrumentos para o aprimoramento das estratégias e para a transparência das ações implementadas e de seus resultados.

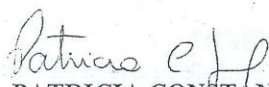
A análise da presente solicitação, assim como da documentação anexa, atende ao disposto na Portaria nº 884, de 13 de dezembro de 2011, que trata da cessão de bases de dados nominiais de sistemas de informação gerenciados pela Secretaria de Atenção à Saúde, incluindo o Termo de Responsabilidade e documentação da responsável, Dra. Muriel Bauermann Gubert para subsidiar a elaboração de artigo científico avaliando as características dos municípios quanto ao cumprimento parcial das metas da ANDI, vinculado ao Mestrado Profissional do Departamento de Saúde Coletiva da UnB da aluna Mayara Kelly Pereira Ramos

Dessa maneira, manifestamos concordância com o acesso às informações do Sistema da Agenda para Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil – ANDI e do Formulário Eletrônico - FormSUS da ANDI aplicado por esta Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição em 2014 pela pesquisadora e sua orientanda.

Reforçamos, por fim, além do cumprimento das responsabilidades assumidas em relação ao uso das bases exclusivamente para as finalidades descritas, à guarda e sigilo das informações e demais condições estabelecidas, que é fundamental o compartilhamento dos resultados das análises decorrentes com esta Coordenação-Geral para subsidiar o monitoramento e avaliação desta ação.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se façam necessários.

Atenciosamente,



PATRICIA CONSTANTE JAIME
Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição