



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA
DOUTORADO EM NUTRIÇÃO HUMANA

AMANDA SOUZA MOURA

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL: ESTUDO DE
CASO DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA – DF

2022

AMANDA SOUZA MOURA

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL: ESTUDO DE
CASO DO DISTRITO FEDERAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana, Universidade de Brasília, para obtenção do título de Doutora em Nutrição Humana, Linha de Pesquisa Nutrição e saúde dos indivíduos e coletividades.

Orientadora: Profa. Dra. Muriel Bauermann Gubert.

BRASÍLIA-DF

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

AMANDA SOUZA MOURA

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL: ESTUDO DE
CASO DO DISTRITO FEDERAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana, Universidade de Brasília, para obtenção do título de Doutora em Nutrição Humana, Linha de Pesquisa Nutrição e saúde dos indivíduos e coletividades.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Muriel Bauermann Gubert – PPGNH/ UnB

Presidente da Banca Examinadora

Prof. Dra. Kenia Mara Baiocchi – PPGNH/ UnB

Examinador Interno

Profa. Dra. Gláubia Rocha Barbosa Relvas – Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso

Examinador Externo

Profa. Dra. Fernanda Ramos Monteiro – Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Examinador Externo

Profa. Dra. Gisele Ane Bortolini – Ministério da Saúde

Examinador Suplente Externo

**Dedico este trabalho aos meus pais, Leane e José Carlos
que sempre me apoiaram na vida e nos estudos com toda a
amorosidade e incentivo que uma filha deseja.**

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as oportunidades que tenho tido em minha vida para crescer moral, intelectual e espiritualmente e por toda a força que encontro na oração para passar por momentos tão desafiadores, como a construção deste trabalho.

A minha família que me amparou nos momentos de angústia e que mesmo à distância sempre se fizeram presentes com a escuta e com a palavra acolhedora.

As minhas queridas amigas “Divas” que sempre torceram pelo meu sucesso e pelas minhas conquistas e que se tornaram uma família para mim em Brasília.

Agradeço a professora Muriel que me orientou neste trabalho e que sempre teve toda a paciência e compreensão em todas as etapas e, especialmente em momentos muito difíceis que passei ao longo dos últimos anos enquanto construía esta Tese.

Agradeço as professoras Sonia Venancio e Gabriela Buccini que são profissionais inspiradoras e que me apoiaram na elaboração deste trabalho, sempre disponíveis e assertivas.

As minhas colegas de UnB, Ana Spaniol e Klébya Oliveira que compartilharam etapas importantes na jornada do doutorado, especialmente no início da elaboração desta Tese e por quem tenho grande admiração como excelentes pesquisadoras.

A todos os professores da UnB que contribuíram com seus conhecimentos e que foram facilitadores do meu processo de aprendizagem.

As minhas colegas de trabalho, em especial a Ariane que sempre esteve comigo em todos os momentos e que me apoia incondicionalmente com sua amizade e zelo.

“Nem todo dia será fácil, mas todo dia existirá Deus”

Autor desconhecido

RESUMO

O aleitamento materno e a alimentação complementar saudável trazem inúmeros benefícios para a saúde da criança. Desde 2013 a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) tem o objetivo de promover a reflexão e capacitação dos profissionais da Atenção Primária para a promoção da amamentação e alimentação complementar de crianças de 0 a 2 anos de idade. Este estudo teve o objetivo de analisar a influência do contexto organizacional sobre o grau de implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal (DF) e a associação da EAAB com as práticas de amamentação e alimentação complementar nas crianças com até dois anos de idade. Métodos: Estudo de caso único, utilizando método da análise de implantação do tipo 1 em 6 UBS que cumpriram os critérios de certificação da EAAB. Pesquisa documental e entrevistas com atores-chaves foram realizadas. Na análise da implantação da EAAB foi desenvolvido um modelo lógico conceitual, foram construídos indicadores do contexto organizacional baseados no Triângulo de Matus classificados segundo sua influência (positiva ou negativa) na implantação e criada uma Matriz (escore de 0 a 100 pontos) para análise do grau de implantação da EAAB nas UBS. Além disso, com um delineamento transversal foram utilizados os dados coletados sobre a alimentação das crianças e realizadas análises bivariadas com Teste Qui-Quadrado de Pearson e multivariadas através da regressão de Poisson, incluindo no modelo as variáveis associadas com o local de acompanhamento da criança com $p < 0,20$ para se obter as razões de prevalência ajustadas dos indicadores de aleitamento materno e de alimentação da criança. Resultados: O modelo lógico mostrou 6 etapas de implantação da EAAB, porém nenhuma sobre monitoramento após a certificação. No contexto, 10 indicadores influenciaram positivamente a implantação, destacando-se a amamentação e alimentação complementar como prioridade na legislação e a existência de coordenação da EAAB e 7 indicadores influenciaram negativamente, destacando-se a ausência de recurso financeiro específico para EAAB e de apoio às UBS para o desenvolvimento de ações de monitoramento. No grau de implantação, identificou-se 5 UBS com grau avançado (escore de 51 a 80 pontos) e 1 consolidado (escore acima de 80 pontos). Não foi encontrada associação da implantação da EAAB com os indicadores de alimentação da criança no DF, alguns indicadores, como o aleitamento exclusivo (63,6% e 54,3%), aleitamento continuado (70,0% e 64,8%), e

consumo de alimentos ricos em vitamina A (61,2% e 67,2%) tiveram prevalências maiores tanto em UBS sem a certificação da EAAB quanto em UBS com a certificação, respectivamente. Outras prevalências mostraram resultados mais críticos com elevado consumo de ultraprocessados (73,5% e 76%) e de bebidas adoçadas (47,6% e 46,4%) em crianças com 6 a 24 meses de idade nas UBS sem e com a certificação da EAAB, respectivamente. Conclusões: Houve diferenças no grau de implantação de UBS certificadas no DF. A existência de indicadores do contexto com influência negativa para implantação da EAAB no DF. Não foi encontrada associação da EAAB no DF com os indicadores de alimentação da criança nos serviços analisados.

Palavras chaves: aleitamento materno, alimentação complementar, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, avaliação em saúde, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Breastfeeding and healthy complementary feeding bring numerous benefits to the child's health. Since 2013, the The Brazilian Breastfeeding and Complementary Feeding Strategy - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) aims to promote reflection and training of Primary Care professionals to promote breastfeeding and complementary feeding of children from 0 to 2 years of age. This study aimed to analyze the influence of the organizational context on the degree of implementation of the Amamenta e Alimenta Brasil Strategy in Primary Health Units (PHU) in the Federal District (FD) and the association of EAAB with breastfeeding and complementary feeding practices in children up to two years of age. Methods: Single case study, using type 1 implementation analysis method in 6 PHU that met the EAAB certification criteria. Documentary research and interviews with key actors were carried out. In the analysis of the implementation of the EAAB, a logical conceptual model was developed, indicators of the organizational context were built based on the Triangle of Matus classified according to their influence (positive or negative) in the implementation and a Matrix (score from 0 to 100 points) was created for analysis of the degree of implementation of the EAAB in the PHU. In addition, with a cross-sectional design, data collected on children's diet were used and bivariate analyzes were carried out with Pearson's Chi-Square Test and multivariate analyzes using Poisson regression, including in the model the variables associated with the place of follow-up of the child with $p < 0.20$ to obtain the adjusted prevalence ratios of breastfeeding and infant feeding indicators. Results: The logical model showed 6 stages of EAAB implementation, but none on monitoring after certification. In the context, 10 indicators positively influenced the implementation, highlighting breastfeeding and complementary feeding as a priority in the legislation and the existence of EAAB coordination and 7 indicators negatively influenced, highlighting the lack of specific financial resources for EAAB and support to the PHU for the development of monitoring actions. Regarding the level of implantation, 5 PHU were identified with an advanced degree (score from 51 to 80 points) and 1 consolidated (score above 80 points). No association was found between the implementation of the EAAB and the indicators of child feeding in the DF, some indicators, such as exclusive breastfeeding (63.6% and 54.3%), continued breastfeeding (70.0% and 64.8%), and consumption of foods rich in

vitamin A (61.2% and 67.2%) had higher prevalence both in PHU without EAAB certification and in PHU with certification, respectively. Other prevalences showed more critical results with high consumption of ultra-processed foods (73.5% and 76%) and sweetened beverages (47.6% and 46.4%) in children aged 6 to 24 months in PHU without and with EAAB certification, respectively. Conclusions: There were differences in the degree of implementation of certified PHU in the FD. The existence of context indicators with a negative influence for the implementation of the EAAB in the FD. No association was found between EAAB in the FD and child feeding indicators in the analyzed services. Key words: breastfeeding, complementary feeding, The Brazilian Breastfeeding and Complementary Feeding Strategy, health assessment, primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Componentes da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.....	21
FIGURA 2 – Modelo Lógico Conceitual da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no Distrito Federal.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

AC – Alimentação Complementar

EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

NBCAL – Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância

MTA – Ação de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta

BLH – Banco de Leite Humano

SMAM – Semana Mundial da Amamentação

PROTEJA - Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil

ENANI - Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil

ENPACS – Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável

RAB – Rede Amamenta Brasil

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SES – Secretaria de Saúde do Distrito Federal

APRESENTAÇÃO

Autora

Me identifiquei com o trabalho na saúde pública ainda na graduação onde pude atuar como estagiária em serviços do SUS voltados para a atenção à saúde da criança. Me formei em nutrição e em poucos meses tive a ótima oportunidade de trabalhar no órgão direcionador das políticas públicas de saúde do país, o Ministério da Saúde (MS), especificamente na área de saúde da criança e aleitamento materno. Construí minha carreira profissional no MS, aprendi muitas lições e adquiri imensuráveis conhecimentos e experiências sobre a saúde pública brasileira, em especial sobre a saúde da criança.

Alguns anos depois tive a oportunidade de continuar minha formação profissional no mestrado em saúde coletiva na Universidade de Brasília (UnB) e pude conhecer vários colegas e professores com extrema excelência profissional no campo da saúde pública no Brasil.

Ao longo dos anos pude vivenciar muito momentos de troca de experiências com gestores estaduais, municipais e federais de saúde, e sempre com ética e compromisso pude contribuir ativamente com a construção de documentos técnicos importantes para a saúde da criança, como a Política Nacional para a Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) publicada em 2015, o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois anos publicado em 2019 e de outros produtos que hoje podem somar os esforços para a promoção da alimentação infantil adequada. Além disso, participei dos grupos de trabalho para a junção da Rede Amamenta Brasil com a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) que originaram a atual Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB).

No doutorado aprendi que se pode ir muito além do que se imagina, e que nenhum obstáculo pode ser capaz de impedir que você possa chegar aonde quiser.

Muitos desafios ainda me aguardam, mas sigo sempre acreditando que bons profissionais e bons gestores podem fazer da saúde pública no Brasil, a melhor e mais exemplar do mundo.

Tese

Esta tese foi elaborada para elucidar os diferentes aspectos relacionados a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) no Distrito Federal (DF) que podem contribuir com os dados sobre o desenvolvimento de políticas públicas para a saúde da criança.

Embora tenha achados importantes, este trabalho não se caracteriza como um estudo de impacto da EAAB no DF em virtude do delineamento do estudo planejado e das características dos dados disponíveis. Todavia foi executado para analisar as minúcias do contexto organizacional do DF relacionadas à EAAB em um estudo do caso com foco na análise da implementação e da associação com desfechos em alimentação infantil.

O trabalho estrutura-se em um levantamento do referencial teórico, descrição dos objetivos do estudo, metodologia utilizada para o levantamento e análise dos dados e os resultados e discussão em formato de dois artigos. O primeiro com objetivo de avaliar o grau de implantação da EAAB em Unidades Básicas de Saúde certificadas no DF e o segundo com o objetivo de avaliar a associação entre a implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e indicadores de alimentação infantil no Distrito Federal.

Esta Tese fez parte dos resultados da Pesquisa “Um Olhar sobre a Amamentação e a Alimentação Complementar do Distrito Federal” desenvolvida no período de 2017 a 2018 em 26 Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal financiado pela Chamada de Apoio a Projetos de Pesquisa do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Chamada Universal nº 14/2014.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALEITAMENTO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	21
2.2 SITUAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO E DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	24
2.3 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA DE PROTEÇÃO À AMAMENTAÇÃO E À ALIMENTAÇÃO INFANTIL	27
2.4 ESTRATÉGIAS EFETIVAS PARA ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	28
2.5 A ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL	30
3. OBJETIVOS	34
3.1 GERAL.....	34
3.2 ESPECÍFICOS	34
4. METODOLOGIA	35
4.1 DESENHO DO ESTUDO	35
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E DELINEAMENTO AMOSTRAL	35
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	37
4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	37
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	40
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	46
5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 ARTIGO 1: IMPLEMENTATION OF THE STRATEGY FOR BREASTFEEDING AND COMPLEMENTARY FEEDING IN THE FEDERAL DISTRICT IN BRAZIL	47
5.2 ARTIGO 2: ASSOCIAÇÃO ENTRE A IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL E INDICADORES DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL NO DISTRITO FEDERAL.....	68
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
7. REFERENCIAS	87
APÊNDICE	97
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS MÃES.....	1
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO APLICADO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE	13

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS GERENTES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS).....	23
APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM O COORDENADOR(A) DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO DO DISTRITO FEDERAL.....	34
APÊNDICE E – MANUAL DE COLETA DE DADOS	36
APÊNDICE F – LISTA DE ITENS RELACIONADOS COM OS CRITÉRIOS DE CERTIFICAÇÃO DA EAAB PRESENTES NOS INSTRUMENTOS DAS ENTREVISTAS COM AS MÃES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GERENTES DAS UBS E COORDENADOR DE SAÚDE DA CRIANÇA NO DF.....	76
APÊNDICE G – INSTRUÇÕES AOS ESPECIALISTAS DA EAAB – 1ª ETAPA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO .	100
APÊNDICE H – MATRIZ DE PONTUAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE CERTIFICAÇÃO DA EAAB NO DF	101
APÊNDICE I – INSTRUÇÕES AOS ESPECIALISTAS DA EAAB – 2ª ETAPA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO ..	103
APÊNDICE J - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	109
ANEXOS	111
ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNB	112
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FEPECS/SES-DF	113
ANEXO C - PUBLICAÇÃO ARTIGO 1.....	214

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo (AME) nos seis primeiros meses de vida e complementado até os dois anos ou mais, com a introdução de alimentos saudáveis a partir dos 6 meses é a recomendação global para as boas práticas de alimentação infantil nos primeiros anos de vida(1–3). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) já destacaram o quão é fundamental que crianças tenham seu direito à alimentação adequada em tempo oportuno e em quantidade e qualidade necessárias para o seu pleno desenvolvimento e crescimento(1,2). A amamentação tem o potencial de reduzir as chances do desenvolvimento de doenças na infância, como as alergias, infecções respiratórias e as diarreias e na vida adulta, como o diabetes e a obesidade(4–6). Além disso, já foi comprovado que a amamentação favorece a inteligência e promove um adequado desenvolvimento da cavidade oral, dos dentes e da fala(7,8). A introdução da alimentação complementar oportuna e com alimentos saudáveis contribui para prevenção de doenças crônicas, de deficiências de micronutrientes e para um melhor desenvolvimento infantil(1,3).

Ao longo de décadas, o Brasil desenvolve uma série de estratégias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para promover as práticas recomendadas de aleitamento materno e alimentação complementar, dentre elas destacam-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)(9) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)(10). Na PNAISC são fomentadas ações em diversos âmbitos desde a atenção hospitalar com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rede BLH)(9,11), além das que envolvem outros setores como a Ação de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA) e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL)(9,11). Na Atenção Primária à Saúde (APS) a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, presente na PNAISC e na PNAN, tem destaque por ser fomentada em todo o território brasileiro com o objetivo de promover a reflexão sobre a atenção às famílias e crianças de 0 a 2 anos sobre a prática da amamentação e alimentação complementar para profissionais de saúde da APS, mobilizando-os a construir o seu conhecimento partindo da realidade de seus locais de atuação(12).

O investimento nesse grande portfólio de políticas, programas e ações para a promoção da amamentação e alimentação saudável nos dois primeiros anos de vida gerou avanços importantes nas prevalências de aleitamento materno e alimentação complementar(13,14), no entanto ainda aquém das recomendações para tais práticas(1).

Ainda são necessários investimentos em ações continuadas de apoio a prática da amamentação e da alimentação complementar saudável, através de aconselhamento individual e coletivo em serviços da APS, bem como no monitoramento de suas implementações, visando qualificar e direcionar os investimentos para ações mais efetivas(11). Estudos já evidenciaram que programas estruturados em capacitação profissional, aconselhamento materno e em serviços da APS, são capazes de gerar mudanças positivas nas práticas de amamentação e alimentação infantil(15–18).

Alguns desafios já foram identificados no tocante à implementação de estratégias para a promoção, apoio e manejo da amamentação e da alimentação complementar na APS, como a EAAB(19–22). Nesse contexto, o desenvolvimento de avaliações da implantação de programas e suas associações com as práticas de alimentação podem contribuir com o planejamento de políticas públicas em saúde voltadas para a alimentação e nutrição infantil. Sendo assim, considerando as poucas publicações na área que avaliam a implantação da EAAB e sua associação com a melhoria das práticas de alimentação infantil, este estudo teve como objetivo principal avaliar o grau implantação da EAAB e a influência do contexto organizacional na implantação, bem como a associação da EAAB com as práticas de alimentação infantil entre crianças de 0 a 2 anos atendidas em UBS certificadas e não certificadas na EAAB no Distrito Federal.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

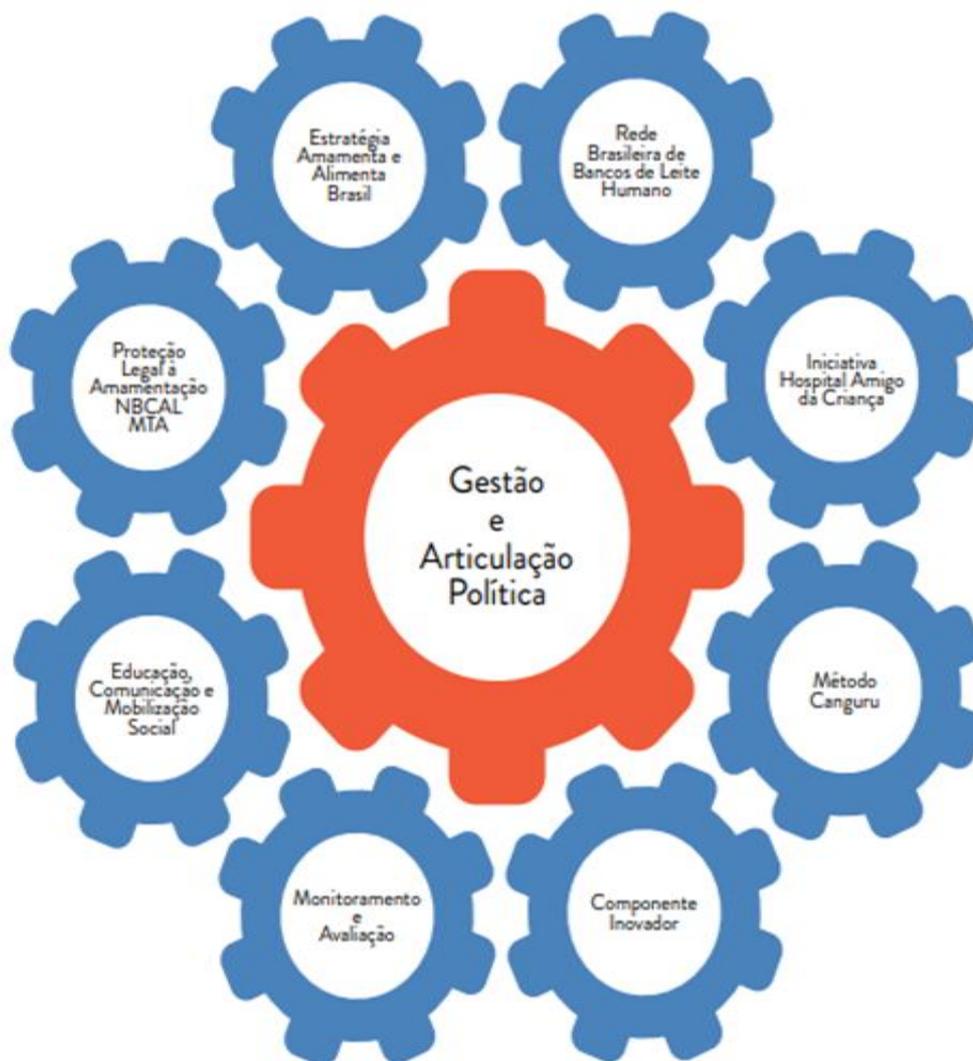
2.1 Políticas públicas de aleitamento e alimentação complementar

O Brasil incentiva que o aleitamento materno inicie na primeira hora de vida e tenha duração até os dois anos ou mais, sendo de forma exclusiva nos seis primeiros meses de vida, com a introdução de alimentos complementares saudáveis a partir dos 6 meses(2,23), ratificando a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as práticas alimentares nos primeiros dois anos de vida(1).

O aleitamento materno e a alimentação complementar saudável fazem parte do eixo II da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), afirmando-se a importância de promover, proteger e apoiar a amamentação e o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis na infância(9). Tendo como base legal a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)(24) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)(25), a PNAISC se configura como um marco legal de um histórico importante de políticas públicas voltadas para a amamentação e a alimentação saudável na infância. Além disso, reforça as ações de enfrentamento a mortalidade infantil na medida que a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar podem diminuir, respectivamente, em até 13% e 6%, a ocorrência de mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, segundo estimativas(26).

Desde 1999 o Brasil possui uma Política Nacional de Alimentação e Nutrição(10) que incentiva à amamentação e a alimentação complementar saudável em todos os âmbitos de atenção. Além disso, apesar de não haver uma Política de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno devidamente pactuada (construída por Coordenadores de Saúde da Criança das 27 Unidades da Federação e Capitais) e publicada, há inúmeras ações desenvolvidas e historicamente relatadas que vem contribuindo para o fortalecimento da amamentação no Brasil. Em 2017, foi publicado documento que reforça a importância de se discutir e pactuar uma Política de Aleitamento Materno no Brasil que seja potente e inovadora na articulação e integração de ações desenvolvidas em toda a Rede de Atenção à Saúde, afim de garantir o apoio para a prática da amamentação conforme recomendação nacional e mundial(11). Esse documento traz ainda a síntese de um modelo de Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno

baseado em componentes que se integram e se articulam abrangendo todos os âmbitos que a Política está inserida não somente no SUS, mas também em outros setores que estão direta ou indiretamente relacionados ao aleitamento materno(11). A Figura 1 a seguir



demonstra os componentes da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.

Figura 1 - Componentes da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. p. 37, adaptado de FRIAS, P. G. et al. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no âmbito municipal. In: RECIFE. Prefeitura. Secretaria de Saúde do Recife. Aleitamento materno: da visita domiciliar ao

banco de leite humano. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2011. p. 11-19.

No componente da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rede BLH) ela se destaca por ser a maior do mundo, contribuindo desde 1998 para a oferta de leite humano para bebês que estão internados em unidades neonatais e para a promoção do aleitamento materno atuando fortemente no âmbito da atenção especializada(11). Nesse mesmo âmbito, o componente da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), destaca-se por ter como objetivo incentivar o aleitamento materno e o cuidado humanizado à mulher, criança e família na gestação, pré-parto, parto, nascimento e puerpério(27), caracterizando-se como uma iniciativa capaz de contribuir com melhores taxas de amamentação exclusiva e amamentação continuada e com potencial de reduzir a mortalidade em crianças de 7 dias a menores de 6 meses(28). Ainda na atenção especializada, o componente do Método Canguru é uma ação que propõe o cuidado humanizado ao recém-nascido de baixo peso, apoiando à amamentação e estimulando o vínculo do bebê com a mãe e a família(11,29).

Em outro componente, o da proteção legal, ressalta-se a Ação de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA) que tem por objetivo apoiar a mulher na continuidade da amamentação mesmo depois que ela retorna ao trabalho, com a estratégia da capacitação de profissionais para apoiarem a implantação de Salas de Apoio à Amamentação em empresas públicas e privadas, além de incentivarem a adesão à licença maternidade de 180 dias e a criação de creches próximas a locais do trabalho da mulher(11,30). Nesse mesmo componente a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL) traz o caráter legal que visa proteger crianças e suas famílias da publicidade e comercialização não ética de produtos que possam interferir na amamentação e na alimentação de lactentes e crianças pequenas(11,31).

Além das ações já citadas, outras estratégias são também desenvolvidas para a promoção da amamentação e da alimentação complementar saudável, e fazem parte dos componentes de monitoramento e avaliação, educação, mobilização social e componente inovador, como a realização de pesquisas para o monitoramento de práticas alimentares na infância(14), a publicação do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de

Dois Anos(2) e a mobilização social nas campanhas da Semana Mundial da Amamentação e do Dia Nacional de Doação de Leite Humano(11).

No âmbito da Atenção Primária, além do aleitamento materno, a promoção da alimentação complementar saudável é inserida no componente da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) que tem o objetivo de promover a melhoria das práticas de alimentação de crianças menores de 2 anos através da capacitação dos profissionais de saúde(11,12,32).

Além dos componentes da Política anteriormente citados, outras ações e programas vem sendo desenvolvidos mais recentemente no Brasil, buscando promover, dentre outros objetivos, a adoção de hábitos alimentares saudáveis na infância. Com destaque para o Programa Crescer Saudável que visa promover a implementação de ações para o enfrentamento da obesidade infantil para as crianças de creches, pré-escolas e do ensino fundamental I inseridas no Programa Saúde na Escola, através do repasse de incentivos financeiros para municípios e Distrito Federal(33,34). Destaca-se também a Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) que propõe reduzir os casos de obesidade infantil no Brasil, através da melhoria da alimentação e nutrição das crianças. O PROTEJA estimula que gestores municipais de saúde planejem a adoção de ações, de forma articulada com outros setores, para criar e/ou disponibilizar ambientes que promovam hábitos de vida saudáveis(35,36).

No que se refere a prevenção de carência nutricionais o Brasil possui também três programas voltados a essa temática o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e a Estratégia NutriSUS, com público de crianças a partir dos 6 meses de vida. Todos esses programas são desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e implementados há mais de uma década, exceto o NutriSUS que é mais recente (desde 2015)(37).

2.2 Situação da amamentação e da alimentação complementar

2.2.1 No mundo

Dados de 2015 do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mostraram que em todo o mundo pouco mais de 40% das crianças com menos de 6 meses de idade são amamentadas exclusivamente (recebem apenas leite materno sem qualquer outro

líquido ou alimento, exceto medicamentos, xaropes e sais de reidratação oral)(3). Na amamentação continuada (recebem leite materno independente de receberem outros alimentos) menos de 50% das crianças entre 6 meses e 2 anos de vida estão sendo amamentadas, no primeiro ano o percentual chega a 74%, porém cai para 46% no segundo ano de vida(3). Para a alimentação complementar o cenário global mostrou que 1/3 das crianças entre 6 e 8 meses de idade ainda não recebem alimentos sólidos, entre os 6 e 23 meses 50% não possuem uma frequência alimentar mínima (receberam comida com sal com frequência adequada para a idade) e 2/3 dessas crianças não possuem uma diversidade alimentar mínima (receberam os seis grupos alimentares nas refeições)(3).

2.2.2 No Brasil

No Brasil, apesar das políticas públicas visando incentivar, proteger e promover a amamentação e a alimentação complementar saudável, essas práticas ainda não atingiram taxas consideradas ótimas, segundo a OMS e o Ministério da Saúde(23). Na década de 70 a duração mediana da amamentação era em torno de 2,5 meses e mesmo após algumas décadas, em 2008 a duração não atingiu os dois anos ou mais recomendados pela OMS, ficando em 11,3 meses(38). Com relação ao AME entre as crianças menores de 6 meses, houve avanços na prevalências entre as décadas de 80 a 2008, passando de 3,1% em 1980 para 41,0% em 2008(38).

Porém, um estudo de 2017 que avaliou a tendência dos indicadores de aleitamento materno nos últimos 30 anos, evidenciou uma tendência de estabilização nas prevalências de AME e uma queda na prevalência de aleitamento total (aos 12 meses) passando de 56,3% em 2006 para 52,1% em 2013, com tendência positiva apenas para o aleitamento materno aos 24 meses em que foi observado aumento na prevalência, de 23,3% em 2006 para 31,8% em 2013(39).

Mais recentemente os dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) realizado em 2019 evidenciaram que 45,8% das crianças menores de 6 meses de vida estava em aleitamento exclusivo. Com relação ao aleitamento materno total, 60,3% das crianças de até 24 meses de vida estavam sendo amamentadas. O mesmo estudo comparou os dados de 1986 com os de 2019 e identificou expressivo aumento nas prevalências de aleitamento, com o AME em menores de 6 meses, passando de 30% em 1986 para 45,8% em 2019 e de aleitamento materno total (em menores de 24 meses) de 37,4% em 1986 para 60,3% em 2019(14).

Na alimentação complementar os desafios também são expressivos com um cenário nacional em 2006 de crianças entre 6 e 59 meses apresentando baixo consumo de legumes e verduras (21,8% e 12,7%, respectivamente), carnes (24,6%) e elevado consumo de refrigerantes (40,5%), frituras (39,4%), salgadinhos (39,4%) e doces (37,8%)(40). Anos seguintes, em 2008, uma pesquisa que avaliou práticas de alimentação da criança nas capitais e no Distrito Federal mostrou que em relação ao consumo de alimentos não saudáveis, na faixa etária de 9 a 12 meses, houve consumo elevado de café (8,7%), refrigerantes (11,6%) e bolachas e/ou salgadinhos (71,7%)(41).

O ENANI mostrou que em 2019 22,2% das crianças entre 6 e 23 meses não consumiam frutas e hortaliças, 80,5% consumiam alimentos ultraprocessados e 24,5% consumiam bebidas adoçadas. Quanto a prevalência de introdução de alimentos complementares entre os 6 a 8 meses de idade, o percentual foi de 86,3% e a frequência alimentar mínima foi de 39,2%. Para as crianças entre 6 e 23 meses a diversidade alimentar mínima teve uma prevalência de 57,1%, o consumo de alimentos ricos em ferro 84,6%, de alimentos ricos em vitamina A 38,6% e o consumo de comida de sal teve prevalência de 67,8% (13).

2.2.3 Na região Centro-Oeste e no Distrito Federal

Para a região Centro-Oeste do Brasil, onde se localiza o Distrito Federal (DF), em 2008 a prevalência de AME foi de 45%, sendo de 50% no DF, destacando-se como uma das capitais com as maiores prevalências à época. Para o aleitamento materno em crianças de 9 a 12 meses a prevalência foi de 64,1% no Centro-Oeste, seguida de 65,4% no DF(41). Mais recentemente (2019), o ENANI identificou que 46,5% das crianças menores de seis meses eram amamentadas exclusivamente na região Centro-Oeste e que entre os menores de 2 anos a prevalência de aleitamento materno foi de 63,1%(14).

Para a alimentação complementar em 2008 o Centro-Oeste tinha 84,3% das crianças entre 6 e 9 meses de idade já consumindo comida de sal e no DF 86,5% das crianças na mesma faixa etária. Quanto ao consumo de frutas em crianças de 6 a 9 meses a proporção para o Centro-Oeste e DF foi de 79,1% e 82%, respectivamente. Legumes e verduras eram consumidos por 82% das crianças entre 6 e 9 meses de idade no Centro-Oeste e por 86,4% no DF na mesma faixa etária. Para os alimentos não-saudáveis entre crianças de 6 a 9 meses o consumo de refrigerantes foi de 5% e 3,6% no Centro-Oeste e

DF, respectivamente e de bolachas e salgadinhos foi de 50,2% (região Centro-Oeste) e 45,5% (DF)(41).

O estudo ENANI mostrou que na região Centro-Oeste, entre as crianças de 6 e 23 meses, 76,3% consumiam comida de sal na consistência adequada, no entanto 76,1% consumiam alimentos ultraprocessados, 23,3% consumiam bebidas adoçadas e 59,2% já haviam sido expostas ao açúcar. Outro dado preocupante mostrou que para a frequência alimentar mínima entre crianças de 6 a 8 meses para a região Centro-Oeste a prevalência foi de pouco mais da metade das crianças (52%)(13).

2.3 Legislação brasileira de proteção à amamentação e à alimentação infantil

O Brasil também é destaque por ser um dos seis países a incorporar o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. O Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018, regulamenta a Lei nº 11.265 de 03 de janeiro de 2006 sobre a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, bicos, chupetas e mamadeiras. Essa normativa visa proteger as mulheres, crianças e suas famílias de interesses econômicos que podem interferir na amamentação e na alimentação complementar, além de contribuir para criar um ambiente favorável à prática do aleitamento materno e da alimentação saudável nos primeiros anos de vida, com apoio familiar e comunitário apropriado e oportuno(31).

Um estudo de revisão em países de baixa e média renda mostrou que os produtos abrangidos pela NBCAL têm promoção comercial indireta através de profissionais e de serviços de saúde que recebem incentivos e suprimentos gratuitos (viagens, brindes com as logomarcas de empresas, dentre outros) e que o marketing desses produtos continua avançando por meio da internet, mesmo em países que já haviam adotado o Código para regulamentar essas atividades comerciais(42).

No Brasil, apesar de exemplar legislação relacionada ao Código, vigente desde 2006 (ano de publicação da Lei nº 11.265), ainda são identificados descumprimentos à normativa, especialmente em estabelecimentos comerciais(43,44), um desafio que exige ainda mais que as políticas públicas englobem ações que reforcem a NBCAL não somente para comerciantes, mas também para profissionais de saúde e para a população.

2.4 Estratégias efetivas para aleitamento materno e alimentação complementar na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Básica ou Primária à Saúde (APS) é denominada como o âmbito de atenção à saúde que engloba um conjunto de ações voltados à promoção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico e tratamento, a reabilitação e cuidado paliativos, bem como a vigilância em saúde, tanto em caráter individual como coletivo. É colocada como a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, caracterizando-se como ponto importante na coordenação do cuidado aos indivíduos e no ordenamento das ações e serviços em toda a Rede, contando com equipes multiprofissionais(24).

Estudos já demonstraram que intervenções realizadas na APS para a promoção do aleitamento materno durante o pré-natal, tiveram resultados positivos no aumento das taxas de amamentação, além disso quando realizadas também no período pós-natal os efeitos eram maiores nas taxas de AME(18,45,46). Outros achados mostraram também que, no período pós-parto, as intervenções baseadas no apoio dos profissionais em visitas domiciliares foram mais significativas para aumentar as taxas e a duração do AME(47).

Um apoio eficaz à amamentação é tido como o realizado por profissionais treinados durante o pré e pós-natal, através de visitas agendadas e contínuas (iniciadas nos primeiros dias pós-parto) podendo ou não ser combinado com o apoio de outros atores não necessariamente profissionais (rede social de apoio)(48,49). No entanto, outro estudo mostrou que para países de baixa e média renda o apoio realizado por outras mulheres treinadas que tiveram experiências com amamentação e, apresentam características semelhantes às mulheres foco da intervenção, são mais eficazes para a promoção da amamentação exclusiva se realizadas no pós-natal e em número significativo de encontros (mínimo de 5 encontros)(50).

Programas baseados no apoio profissional individualizado às mulheres por um maior tempo, são estratégias mais efetivas para contribuir com a melhora da prática da amamentação(51). Porém, o apoio realizado por leigos treinados também é eficaz para o aumento das taxas de amamentação, especialmente o AME(18,52). Destaca-se também que quando os pais são envolvidos nas intervenções junto com as mães, o efeito sobre a melhoria da prática da amamentação pode ser maior, aumentando a probabilidade do sucesso do AME(53,54).

As evidências sobre os efeitos da capacitação profissional nas práticas de aleitamento materno são controversas. Isoladamente, a capacitação profissional parece não produzir efeitos nas taxas de amamentação, como mostrou uma revisão que analisou estudos sobre o efeito que a capacitação de profissionais de saúde tem nas mudanças das práticas alimentares das crianças e na amamentação, que identificou pequenas evidências significativas de que o treinamento tem potencial de promover mudanças nos comportamentos das mulheres e crianças assistidas(55). Contrariamente, estudos já mostraram que programas educacionais estruturados para profissionais de saúde e em serviços de saúde, podem ter efeito nas práticas de amamentação das mulheres atendidas por esses profissionais(52,56,57). Todavia, intervenções combinadas (apoio, educação e aconselhamento em amamentação realizadas nos serviços de saúde e no domicílio por profissionais de saúde e/ou consultores de amamentação) geram resultados mais efetivos para o início e manutenção da amamentação, especialmente se por profissionais treinados(58,59).

Na alimentação complementar evidências já demonstraram que a educação voltada para o cuidador principal da criança ou o aconselhamento dietético direcionado às mães, possui efeitos positivos nos hábitos alimentares infantis(16,60). Voltando-se aos profissionais de saúde que atendem esse público, ressalta-se que a capacitação destes na temática da alimentação infantil também produz resultados favoráveis para a alimentação de crianças pequenas(15).

Quanto ao local da intervenção para a melhoria de práticas alimentares na infância, a visita domiciliar foi evidenciada como estratégia favorável para um desfecho positivo, como o aumento da ingestão de frutas e vegetais(61,62). Além disso, a utilização de mídias de massa combinada com a educação nutricional, também se mostrou efetiva para a promoção de uma alimentação complementar saudável(63).

Cabe destacar ainda que estudos já demonstraram uma associação positiva da amamentação com bons hábitos na alimentação complementar(64–67), desse modo promover ações para a promoção do aleitamento materno podem contribuir para o estabelecimento de uma alimentação complementar saudável.

2.5 A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

A EAAB é oriunda da junção de duas estratégias, a Rede Amamenta Brasil (RAB) e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), voltadas para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, respectivamente(12). Tem por objetivo promover a reflexão da prática da atenção à amamentação e alimentação complementar de crianças de zero a dois anos de idade e a capacitação dos profissionais de saúde nessas temáticas. As oficinas de capacitação da EAAB são desenvolvidas por meio de atividades participativas, incentivando a troca de experiências e a construção do conhecimento nessa área a partir da realidade local. Desse modo, a EAAB tem o intuito de contribuir com a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, visando a redução da mortalidade infantil e de agravos à saúde infantil como obesidade, diabetes, dentre outras(12,32).

Para o alcance do objetivo da EAAB são propostas seis ações que visam garantir sua efetiva implementação, a saber: formação de facilitadores, formação de tutores, realização de oficinas de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde(UBS), acompanhamento nas UBS, monitoramento e certificação(12). As formações previstas na EAAB são baseadas nos princípios da educação permanente em saúde, realizadas por meio de oficinas estruturadas com metodologias crítico-reflexivas, visando criar espaços de diálogo e aprendizado entre os profissionais da APS no intuito de qualificar o cuidado à população alvo da EAAB. Nessas Oficinas são formados facilitadores – profissionais responsáveis por multiplicar as oficinas para outros profissionais - e são formados também tutores - profissionais da APS responsáveis por realizar Oficinas de Trabalho nas UBS, envolvendo as equipes das UBS nas atividades da EAAB e por apoiar pelo menos uma UBS para atingir a certificação(12).

A EAAB propõe também o acompanhamento e o monitoramento de suas ações através de um Sistema de Gerenciamento onde é possível que o tutor realize o registro das Oficinas de Trabalho realizadas, bem como o registro das ações realizadas nas UBS para promover a melhoria das práticas alimentares das crianças atendidas, assim como o monitoramento dos indicadores de alimentação infantil através do Sistema da Atenção Básica vigente, neste caso o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN(32,68). Como última etapa prevista para a efetiva implementação da EAAB, a

certificação de UBS está prevista para os serviços que cumprirem seis critérios preestabelecidos: 1 - desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar; 2 - monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar; 3 - dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar; 4 - cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265 de 2006, e não distribuir "substitutos" do leite materno na UBS; 5 - contar com a participação de pelo menos de 85% dos profissionais da equipe nas oficinas desenvolvidas; e 6 - cumprir pelo menos uma ação de aleitamento materno e uma de alimentação complementar pactuada no plano de ação(12,32).

Alguns desafios já foram identificados no tocante à implementação da EAAB. Até 2021 cerca de 6.900 profissionais foram formados como tutores da EAAB em todo o Brasil, entretanto, somente 228 UBS foram certificadas. Especificamente, o Distrito Federal iniciou a implantação da EAAB em 2013(68) e até 2021, das 485 equipes ativas no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), apenas 11 haviam sido capacitadas na Oficina de Trabalho da EAAB e dessas apenas 9 completaram a certificação da EAAB até 2021(69).

Poucos impactos da EAAB nas ações de promoção da amamentação e alimentação saudável e nos indicadores de alimentação da criança nos dois primeiros anos de vida foram documentados. Uma revisão de estudos mostrou que existem resultados diversos sobre o impacto da EAAB e de programas semelhantes a ela(70). Trabalho que descreveu a implementação da EAAB nas regiões do país encontrou cenários controversos, onde regiões que tinham a maior cobertura da EAAB (Norte e Centro-Oeste) concentravam o maior número de tutores não atuantes(71). Outra pesquisa que analisou a percepção dos tutores da EAAB sobre os desafios para se exercer o papel do tutor, demonstrou que uma das fragilidades é a falta de apoio da gestão para que os profissionais atuem conforme preconiza a EAAB, além de destacar a necessidade de apoio e recursos para o monitoramento da estratégia, bem como a importância da gestão municipal priorizar a EAAB para que se obtenha sucesso na sua implementação(21).

Outro estudo identificou 17 pontos críticos para o monitoramento da EAAB relacionados a quase todas as etapas de implantação da estratégia e que influenciam na efetividade da sua implementação, como a fragilidade do sistema de monitoramento das

ações e de registro dos indicadores de alimentação da criança, a organização de uma coordenação da EAAB no local, a seleção e atuação de tutores, além do cumprimento de critérios e do processo de obtenção da certificação(22).

Intervenções de apoio ao tutor da EAAB já foram analisadas e descritas com resultados exitosos, como o uso de um Manual de Apoio ao Tutor com atividades a serem realizadas com as equipes das UBS, que promoveram mudanças em processos de trabalho e permitiram que UBS cumprissem os critérios de certificação da EAAB(72).

Anteriormente a EAAB, uma das estratégias que a antecedeu e serviu de base para sua criação, a Rede Amamenta Brasil, teve sua implantação avaliada o que permitiu identificar fatores do contexto organizacional que poderiam interferir no processo de implantação, mostrando a existência de vários contextos organizacionais e graus de implantação que variavam de 18% a 100%, além da relação de graus de implantação mais avançados com contextos organizacionais mais favoráveis(19).

Alguns estudos já avaliaram a associação da implantação de estratégias semelhantes a EAAB na atenção básica e os indicadores de alimentação infantil, mostrando resultados diferentes entre si como maiores prevalências de AME em serviços com maior grau de implantação das estratégias ou que desenvolviam ações relacionadas(73,74), associações parciais, mas com potencial de melhoria da alimentação infantil(75) e associações não significativas entre implementação das estratégias e as prevalências de aleitamento materno(20). Ressalta-se também que, outros estudos já mostraram que intervenções baseadas na atualização de profissionais em conteúdos relacionados a alimentação da criança (uma das propostas da EAAB) podem causar impactos positivos na alimentação complementar das crianças atendidas por esses profissionais(15).

A EAAB não prevê formas de monitoramento das UBS após a certificação, e pouco se conhece sobre a sustentabilidade das ações incentivadas por meio dos critérios de certificação(12). Muitos são os desafios já descritos para a EAAB e para outros programas que a antecederam. No entanto, ainda existem dúvidas sobre as questões relacionadas a especificidades locais e regionais que possam interferir na implementação da EAAB. Diante desse cenário, avaliar a implantação de estratégias voltadas para a promoção da amamentação e da alimentação complementar saudável, como a própria EAAB e as repercussões que podem ocorrer nos indicadores de amamentação e alimentação complementar é fundamental, pois faz parte das atividades de gestão para o monitoramento e a avaliação de políticas públicas voltada para a infância, visando a

melhoria dos padrões de amamentação e alimentação e conseqüentemente um melhor estado de saúde e nutrição da criança(11).

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e sua associação com os indicadores de aleitamento materno e alimentação complementar no Distrito Federal.

3.2 Específicos

- Avaliar o grau de implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil em Unidades Básicas de Saúde certificadas no Distrito Federal.

- Avaliar a associação entre a implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e indicadores de alimentação infantil no Distrito Federal.

4. METODOLOGIA

Os dados desta Tese fazem parte de um recorte dos dados coletados no projeto “Um Olhar sobre a Amamentação e a Alimentação Complementar do Distrito Federal” desenvolvida no período de 2017 a 2018 em 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal financiado pela Chamada de Apoio a Projetos de Pesquisa do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Universal 14/2014.

4.1 Desenho do estudo

Para a avaliação do grau de implantação da EAAB no DF foi conduzido um estudo de caso único, visando identificar um fenômeno dentro de um contexto, considerado um desenho apropriado para a realização de pesquisas avaliativas de implantação(76). Utilizou-se a metodologia de análise da implantação do tipo 1, que visa observar o efeito do contexto organizacional sobre o grau de implantação dos programas(77), seguindo os métodos adaptados do proposto por Venancio et al (2013)(19,78).

Para a avaliação da associação da implantação da EAAB sobre os indicadores de aleitamento materno e alimentação complementar no Distrito Federal foi utilizado um delineamento transversal visando identificar a associação do local de atendimento (UBS certificadas e não certificadas na EAAB) com os desfechos nas práticas de alimentação infantil da população estudada.

4.2 População de estudo e delineamento amostral

A população de estudo do Projeto “Um Olhar sobre a Amamentação e a Alimentação Complementar do Distrito Federal” incluiu crianças menores de dois anos de idade acompanhadas de suas mães e que eram atendidas nas consultas de puericultura (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento) nas UBS do DF.

Para realizar o cálculo amostral foi adotada uma amostragem por conglomerados, em dois estágios gerando uma amostra equiprobabilística auto ponderada. No primeiro

estágio foram sorteadas as UBS e no segundo estágio foi determinado o número de crianças. Nesse processo as UBS que atendiam o maior número de crianças, tiveram maior probabilidade de serem sorteadas no primeiro estágio e as crianças das UBS menores tiveram maior probabilidade de serem sorteadas no segundo estágio. Para dimensionar o atendimento das UBS foram utilizados dados sobre o número de crianças menores de dois anos atendidas nas UBS do DF em 2015, fornecidos pelo Ministério da Saúde. Foram disponibilizados os dados das 131 UBS do DF que realizam atendimentos de puericultura.

No primeiro estágio foram sorteadas 20 UBS dentre as 131 do DF. No segundo estágio para o cálculo do tamanho amostral foi considerado um dimensionamento conservador de 50%, erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% e 10% de perda amostral. Desse modo, a amostra mínima total estimada para o estudo foi definida em 846 crianças.

Uma segunda etapa de cálculo amostral foi realizada visando atender objetivos relacionados à EAAB que estavam previstos no Projeto. Desse modo, foram também incluídas na amostra as 6 (seis) UBS que tinham a certificação da EAAB no DF à época (2018), totalizando 26 UBS que participaram do projeto. Para que fosse possível comparar aspectos de UBS certificadas na EAAB com UBS não certificadas, foram sorteadas sistematicamente, dentre as 20 UBS sorteadas no primeiro estágio do cálculo amostral, seis UBS para compor um grupo denominado “UBS não certificadas na EAAB” e que também não haviam sido capacitadas na Oficina de Trabalho da EAAB. Diante disso, foi determinado um tamanho de amostra mínimo de 152 crianças por grupo de UBS (certificadas e não certificadas na EAAB), totalizando 304 crianças. Considerando 10% de perdas, a amostra final dessa segunda etapa do cálculo amostral foi de 334 crianças.

Para as análises realizadas nesta Tese foram utilizados apenas as UBS selecionadas na segunda etapa do cálculo amostral do Projeto “Um Olhar sobre a Amamentação e a Alimentação Complementar do Distrito Federal”, ou seja, 06 UBS certificadas na EAAB à época e 06 UBS não certificadas na EAAB e que também não haviam sido capacitadas.

Em cada uma das UBS selecionadas para o estudo foram também selecionados para a amostra o gerente da UBS e um profissional de saúde que atendiam as crianças nas consultas de puericultura, podendo esse ser médico, enfermeiro ou nutricionista. Desse modo, a amostra total de gerentes das UBS e de profissionais de saúde foi de 6 e 6, respectivamente.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas na coleta crianças menores de 2(dois) anos de idade na data da pesquisa, nascidas a termo e acompanhadas pelas mães. Foram excluídas da pesquisa as crianças que no momento da coleta de dados não estavam acompanhadas pelas mães, pois o questionário continha questões relacionadas à assistência ao pré-natal e o parto, além de crianças que não poderiam ter as medidas antropométricas de peso e/ou comprimento aferidas (critério do Projeto “Um Olhar sobre a Amamentação e a Alimentação Complementar do Distrito Federal” para avaliação antropométrica) e em caso gemelaridade.

Para os profissionais de saúde das UBS foram critérios de inclusão: ser médico, enfermeiro ou nutricionista e atender crianças nas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nas UBS selecionadas. Para os gerentes o critério de inclusão era ser formalmente designado para essa função nas UBS selecionadas, ou em caso de ausência deste os respectivos profissionais substitutos, também formalmente designados.

4.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Foram utilizados quatro instrumentos de coletas de dados na Pesquisa. O primeiro foi um questionário aplicado às mães (APÊNDICE A) que compareciam as UBS selecionadas para as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança ou outro tipo de atendimento, contendo questões sobre dados socioeconômicos e demográficos da mãe e da família (idade, escolaridade, renda familiar, estado civil, condição de trabalho da mãe), dados sobre saúde da mãe e atendimento nas UBS (realização de pré-natal, número de consultas pré-natal, tipo de parto, primiparidade, consulta de rotina na UBS para a mãe e para a criança) e aspectos relacionados à criança como sexo, idade, peso ao nascer, amamentação na primeira hora de vida, consumo alimentar nas últimas 24 horas, uso de chupeta e uso de chuquinha ou mamadeira. O questionário incluía ainda itens relativos aos seguintes critérios de certificação da EAAB: 1 - desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar; e 3 - dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de

cuidado) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar.

O segundo instrumento (APÊNDICE B) foi aplicado nas UBS a um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou nutricionista que realizavam atendimento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança). O questionário aplicado aos profissionais de saúde possuía questões relacionadas a estrutura organizacional da UBS, participações em capacitações com a temática da amamentação e alimentação complementar, fluxos de atendimento às mães, orientações e atendimentos dados às gestantes, mães e cuidadores sobre amamentação e alimentação complementar na UBS e questões relativas aos critérios da EAAB: 1 - desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar; 2 - monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar; 3 - dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar; 4 - cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265 de 2006, e não distribuir "substitutos" do leite materno na UBS; 5 - contar com a participação de pelo menos de 85% dos profissionais da equipe nas oficinas desenvolvidas; e 6 - cumprir pelo menos uma ação de aleitamento materno e uma de alimentação complementar pactuada no plano de ação, sendo que esses dois últimos não foram aplicados aos profissionais das UBS não certificadas na EAAB.

O terceiro instrumento (APÊNDICE C) foi aplicado aos gerentes das UBS. O questionário continha questões relacionadas a estrutura organizacional da UBS, capacitação dos profissionais, fluxos de atendimento às mães e crianças na UBS e questões relativas aos seis critérios de certificação da EAAB, exceto os critérios 5(cinco) e 6(seis) que não foram aplicados aos gerentes das UBS não certificadas na EAAB.

O quarto instrumento (APÊNDICE D) foi aplicado ao coordenador de saúde da criança no DF à época, contemplando questões referentes à cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), ações desenvolvidas nas UBS em prol da amamentação e alimentação complementar saudável, operacionalização da EAAB, calendário de capacitação profissional em amamentação e alimentação complementar para os funcionários das UBS, monitoramento dos indicadores de alimentação infantil e dados de pesquisas de prevalência de práticas alimentares realizadas previamente.

4.4.1 Procedimentos para a coleta de dados

Previamente a coleta de dados, foi realizado estudo piloto com a finalidade de testar a versão inicial do questionário a ser aplicado às mães das crianças. O teste piloto teve delineamento transversal, aplicado às mães com crianças de 0 a 2 anos de idade atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Brasília, Distrito Federal, não selecionada para compor a amostra da pesquisa. O teste ocorreu no mês de janeiro de 2017 com amostragem por conveniência e tamanho amostral de 31 mães/crianças. O teste piloto permitiu identificar lacunas e fragilidades do questionário. As questões identificadas foram readequadas e aprimoradas para gerar melhor compreensão pelas mães e para que trouxessem respostas mais fidedignas aos objetivos estudados.

Para a coleta de dados com o questionário aplicado às mães foi elaborado material denominado “Manual de coleta de campo” (APÊNDICE E) utilizado para o treinamento e orientação da equipe de entrevistadores quanto aos procedimentos para a coleta dos dados. Os entrevistadores foram selecionados entre alunos de graduação em nutrição da Universidade de Brasília e de outras Universidades privadas localizadas em Brasília, DF. Participaram também da coleta, alunas de pós-graduação da Universidade de Brasília que foram responsáveis pelo planejamento e aplicação do treinamento prévio de toda à equipe de entrevistadores.

A aplicação do questionário de coleta de dados para todos os profissionais de saúde e gerentes das UBS, assim como a entrevista com o coordenador de saúde da criança do DF foi realizada pela autora desta Tese.

4.4.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de março a dezembro de 2018 em todas as UBS selecionadas. Previamente ao início da coleta foram contatados os responsáveis por cada uma das UBS selecionadas e agendado momento para a apresentação do estudo, para o esclarecimento dos procedimentos e período da coleta de dados com as mães, bem como para a obtenção de informações sobre os dias de realização do atendimento das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, visando organizar a logística de divisão dos entrevistadores por UBS.

Paralelamente a realização da coleta de dados das mães, foi agendado um segundo momento com os gerentes das UBS para a aplicação do questionário ao profissional de saúde e ao próprio gerente. Nessa ocasião a aplicação do questionário ocorria conforme a disponibilidade do profissional de saúde e do gerente da UBS, ocorrendo muitas vezes após o encerramento da coleta de dados com as mães na própria UBS.

A entrevista com o coordenador de saúde da criança do DF, à época, foi realizada conforme a disponibilidade do coordenador, nas dependências da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

4.4.3 Controle de qualidade

Em uma subamostra de 20% do número total de mães entrevistadas em cada uma das UBS selecionadas foi realizada ação de controle de qualidade. O controle de qualidade consistia em realizar um contato telefônico com a mãe entrevistada na UBS, em até 15 dias após a aplicação do questionário presencial, para reaplicar três perguntas escolhidas de forma aleatória do questionário para a mãe. Os dados obtidos eram confrontados com as respostas dadas presencialmente com o intuito de identificar erros na coleta das informações, inconsistências e/ou a necessidade de realizar readequações para manter a qualidade da coleta de dados.

4.5 Análise dos dados

Para a avaliação da Implantação da EAAB no DF utilizou-se a metodologia de análise da implantação do tipo 1, que visa observar o efeito do contexto organizacional sobre o grau de implantação dos programas(77). A avaliação da implantação da EAAB no DF foi baseada em métodos adaptados do proposto por Venancio et al (2013)(19,78) e incluiu as seguintes etapas: (1) Criação do modelo lógico conceitual da EAAB no DF; (2) Avaliação do contexto organizacional, (3) Avaliação do grau de implantação da EAAB nas Unidades de Saúde, e (4) Análise da influência do contexto organizacional sobre o grau de implantação. Nessa avaliação foi utilizado apenas os dados coletados nas 6(seis) UBS certificadas na EAAB relacionados as entrevistas com as mães, profissionais

de saúde e gerentes das UBS, assim como os dados da entrevista realizada com o coordenador de saúde da criança no DF.

(1) Criação do modelo lógico conceitual da EAAB no DF: Foi realizada análise documental para criação do modelo lógico conceitual (FIGURA 2). Foram incluídos na análise três documentos publicados pelo Ministério da Saúde relacionados à implantação da EAAB: a Portaria nº 1.920 de 05 de setembro de 2013 que instituiu a EAAB(32), o Manual de Implementação da EAAB(12) e o Instrutivo para o Plano de Implantação da EAAB(79).

A partir desses documentos foi construído um modelo lógico conceitual visando identificar a proposta de implantação da EAAB no DF. Para o modelo lógico conceitual foram coletadas na Portaria nº 1.920(32) as informações acerca das etapas de implantação da EAAB, bem como as responsabilidades e competências explicitamente estabelecidas para o âmbito estadual e municipal, tendo em vista que o DF acumula essas duas atribuições em sua gestão. No Manual de Implementação(12) e no Instrutivo para o Plano de Implantação da EAAB(79) foram também identificadas e registradas as responsabilidades e competências estabelecidas para o âmbito do DF e as informações sobre as etapas de implantação e atores envolvidos.

Com estas informações foi construído um modelo lógico hierarquizado, descrevendo as competências gerais do DF frente a EAAB, delimitadas as etapas de implantação da EAAB no DF, e descritas as competências definidas para o DF em cada uma delas.

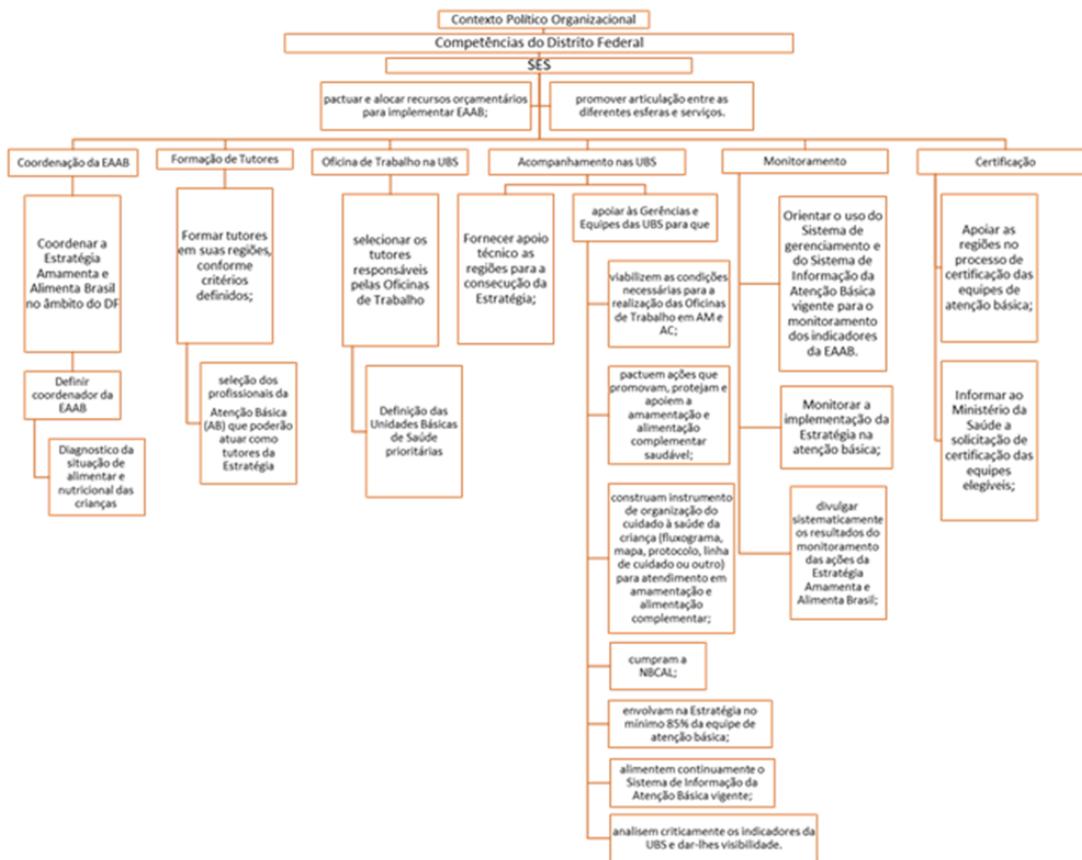


FIGURA 2- Modelo lógico Conceitual da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no Distrito Federal, Brasília, 2018.

Fonte: Autoria própria.

(2) Avaliação do contexto organizacional: para essa avaliação utilizou-se o referencial teórico do modelo do Triângulo de Governo desenvolvido por Matus(80). Nessa análise foram adaptados previamente, conforme a experiência de Venancio et al (2013)(19,78), 17 indicadores relacionados ao contexto organizacional do DF que pudessem interferir positiva ou negativamente na implementação da EAAB. Em seguida os indicadores foram classificados nas três categorias existentes no modelo do Triângulo de Governo: Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade do Sistema. A categoria Projeto de Governo (PG) incluiu 7 indicadores relacionados ao interesse, propostas, políticas e ações direcionados e/ou priorizados pela gestão em relação à APS, à amamentação e alimentação complementar e/ou à EAAB, bem como a destinação de recursos financeiros. Os indicadores analisados nessa categoria foram: Cobertura da ESF (acima de 50%) e presença/ausência de algumas condições como: AM e AC como prioridade em Política/legislação ou normativa, Interesse na implementação da EAAB,

Receptividade positiva da EAAB na esfera de governo, Competição da EAAB com outras prioridades, Existência de atividades, ações e/ou programas complementares à EAAB, Recurso financeiro específico para EAAB.

Na categoria Capacidade de Governo (CG) foram incluídos 6 indicadores que avaliavam a existência de gestor e/ou equipe, bem como a capacidade teórica e a experiência técnica acumulada pela gestão e equipe na condução e administração da EAAB; a capacidade de operacionalização das ações previstas e o uso de tecnologias de gestão para o monitoramento da ação. Os indicadores mensurados nessa categoria foram: Existência de área para a Saúde da Criança, Existência de Coordenador da EAAB ou de ações de AM e AC, Estabilidade do responsável pelas ações de AM e AC saudável (vínculo), Experiência profissional do responsável pelas ações de AM e AC saudável, Funções institucionais de gestores da EAAB compatíveis com o organograma, Uso de uma ou mais tecnologias de gestão regularmente (reuniões periódicas sobre a EAAB, contato regular com tutores e equipes das UBS, uso do sistema de gerenciamento da EAAB).

Por fim, a categoria Governabilidade do Sistema (GS) incluiu 4 indicadores que pretendiam avaliar a autonomia, as condições adequadas e a articulação com outros setores para que os atores envolvidos com a EAAB pudessem desenvolver atividades e ações adequadas. Os indicadores mensurados nessa categoria foram: Articulação com outras áreas e/ou esferas do governo para implementação da EAAB, Operacionalização da implantação da EAAB, Apoio às UBS para o desenvolvimento das ações (monitoramento de indicadores de AM e AC, apoio no cumprimento da NBCAL), Adesão dos atores envolvidos.

Para avaliação do contexto organizacional, foram utilizados os dados do questionário qualitativo aplicado ao coordenador de saúde da criança no DF à época, com perguntas que contemplavam os 17 indicadores previamente construídos. Com as informações acerca dos indicadores propostos, as respostas foram classificadas, conforme a influência que poderiam exercer sobre a implantação da EAAB, em: influência positiva (favoreciam a implantação da EAAB) ou negativa (poderiam dificultar a implantação da EAAB). O resultado da classificação foi apresentado e validado pelo coordenador de saúde da criança no DF em reunião virtual.

(3) Avaliação do grau de implantação da EAAB nas UBS: para essa avaliação foi criada uma Matriz de Pontuação de Critérios de Certificação da EAAB, visando realizar uma triangulação dos dados coletados com as mães, profissionais de saúde, gerentes das

UBS e coordenador de saúde da criança/EAAB do DF, conforme as etapas descritas a seguir.

Primeiramente, foram consolidados os itens que tinham relação com os critérios de certificação da EAAB presentes nos instrumentos das entrevistas com os atores-chaves já mencionados (APENDICE F).

Em seguida procedeu-se a criação de um escore global que variava de 0 a 100 pontos para a análise e classificação do grau de implantação da EAAB. No entanto, considerando que o número de itens poderia variar por critério e por respondente (mães, profissionais, gerentes e coordenador de saúde da criança/EAAB no DF) foi realizada uma consulta a especialistas para que fosse definida a divisão da pontuação do escore entre critérios, respondentes e itens relacionados a cada respondente.

Os especialistas eram profissionais com experiência na implantação da EAAB no Brasil em vários níveis de gestão e vínculo: federal, estadual, municipal, pesquisador com trabalhos relacionados à EAAB.

A consulta a especialistas foi realizada em duas rodadas. Na 1ª rodada, os especialistas receberam e-mail onde foram convidados a participar do processo de validação com o compromisso de concluírem todas as etapas previstas na consulta. Após aceite em participar do processo, cada especialista recebeu novo e-mail com instruções (APENDICE G) para o preenchimento de um Formulário online onde deveriam classificar os 6 critérios de certificação da EAAB segundo a ordem e grau de importância na implantação da EAAB, em escala Likert de 5 pontos (5 = muito importante, 4 = importante, 3 = neutro, 2 = pouco importante, 1 = nada importante); e classificar a importância do respondente (mãe, profissional de saúde, gerente da UBS e gestor da EAAB no DF) na avaliação de cada critério de implantação da EAAB. Para essa etapa obteve-se o retorno de 10 especialistas, dos 11 que haviam sido convidados. A partir das respostas dos especialistas na 1ª rodada construiu-se uma Matriz de Pontuação de Critérios de Certificação da EAAB (APENDICE H), atribuindo-se a pontuação ponderada (em 100 pontos) a cada um dos critérios. Posteriormente, essa pontuação foi dividida, de forma também ponderada, entre os respondentes, conforme resultado da consulta aos especialistas. Por fim, essa pontuação foi dividida igualmente entre os itens de cada respondente. Na 2ª rodada, conforme instruções enviadas, (APENDICE I) os especialistas validaram a pontuação mediante consenso, com base na metodologia Delphi(81).

Os dados coletados nas entrevistas foram então triangulados de acordo com a Matriz para cada UBS certificada e o grau de implantação da EAAB nessas UBS foi classificado em: implantação incipiente (até 20 pontos); parcial (21 a 50 pontos); avançada (51 a 80 pontos); e consolidada (mais de 80 pontos)(19,78).

(4) Análise da influência do contexto organizacional sobre o grau de implantação: nessa última etapa de análise foi feita a convergência entre os resultados do grau de implantação da EAAB nas UBS e os indicadores do contexto organizacional, buscando identificar fatores que podem potencializar ou dificultar o desenvolvimento das ações preconizadas pelos seis critérios de certificação da EAAB.

Para a análise da associação da implantação da EAAB com os indicadores de aleitamento materno e alimentação infantil, inicialmente realizou-se análise descritiva obtendo-se a frequência simples das variáveis independentes relacionadas à mãe (faixa etária da mãe, estado civil, escolaridade da mãe, renda familiar, situação de trabalho, realização do pré-natal, número de consultas pré-natal e tipo de parto) e as relacionadas à criança (faixa etária, sexo, baixo peso ao nascer, amamentação na 1ª hora de vida, uso de mamadeira ou chupinha, uso de chupeta). Em seguida realizou-se análise bivariada utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson buscando identificar para cada uma das covariáveis se havia associação com o local de atendimento da criança (UBS sem a certificação da EAAB ou UBS com a certificação da EAAB), sendo esta última a variável independente principal para verificar a associação da EAAB com os indicadores de aleitamento materno e alimentação infantil. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para compor o modelo de análise multivariada.

Adicionalmente, foram também incluídas no modelo multivariado as variáveis que comumente estão associadas com desfechos no consumo alimentar da criança, como a faixa etária e a escolaridade materna. Desse modo, seguiu-se com a análise multivariada para verificação da associação entre o local de acompanhamento da criança e os indicadores de alimentação infantil através da Regressão de Poisson com variância robusta. Para a análise de regressão adotou-se $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%. As análises descritivas e bivariadas foram realizadas no pacote estatístico SPSS 20.0, já a análise multivariada foi realizada no STATA 11.0.

4.6 Aspectos éticos

O projeto “Um Olhar sobre amamentação e alimentação complementar no DF” foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade de Brasília (ANEXO A) e Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs), com aprovação em 10 de agosto de 2015, parecer número 1.197.295 (ANEXO B). Todos os participantes tiveram seu anonimato garantido e as participações aconteceram de maneira voluntária.

A participação no projeto foi feita mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE J) pelo responsável da criança, no qual foram apresentadas informações básicas da pesquisa, como objetivo, metodologia e segurança do sigilo dos dados, conforme as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa.

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO 1: Implementation of the Strategy for Breastfeeding and Complementary Feeding in the Federal District in Brazil

Publicado em 20 de abril de 2022 no periódico International Journal of Environmental Research and Public Health (Anexo C)

Article

Implementation of the Strategy for Breastfeeding and Complementary Feeding in the Federal District in Brazil

Amanda Souza Moura ^{1,*}, Muriel Bauermann Gubert ¹, Sonia Isoyama Venancio ² and Gabriela Buccini ³

1 Department of Nutrition–Center of Epidemiological Studies of Health and Nutrition (NESNUT), Faculty of Health Sciences, University of Brasília, 70910-900, Brasília, Brazil; murielgubert@gmail.com

2 Institute of Health, State Secretariat of São Paulo Health, 01314-000, São Paulo, Brazil; soniavenancio@uol.com.br

3 Department of Social and Behavioral Health, University of Nevada, 89119, Las Vegas, NV, USA; gabriela.buccini@unlv.edu

* Correspondence: nutr.amanda@gmail.com; Tel.: +5561982299575

Abstract: Background: The Brazilian Breastfeeding and Complementary Feeding Strategy—Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) aims to promote optimal breastfeeding (BF) and complementary feeding (CF) practices through the training of primary health professionals. Competition among health priorities and programs is one of the organizational contextual barriers to consolidating the implementation of the EAAB. Methods: This case study included six Primary Health Units (PHU) certified in the EAAB. Documentary analysis, interviews, and surveys were conducted, which informed a conceptual logical model. Organizational context indicators (positive and negative) were identified across the logical model based on the Matus Triangle, and they were used to analyze the degree of implementation of the EAAB in the PHUs. Results: The logic model elucidated six stages of EAAB implementation, but none on post-certification monitoring. Ten indicators positively influenced the implementation, including having legislation that prioritizes BF and CF. Seven indicators exerted negative influence, especially the lack of

specific funding resources for the EAAB. Only one PHU had a consolidated degree of implementation. Conclusions: Lack of specific funding, monitoring of BF and CF practices, and compliance with certification criteria are the main challenges for the EAAB's sustainability.

Keywords: breastfeeding; complementary feeding; health assessment; primary health care

1. Introduction

The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding (EBF) during the first six months of life and complementary feeding (CF) with the introduction of healthy foods beginning at six months and continued for up to two years or more [1–3]. Breastfeeding (BF) reduces the chances of children developing diseases in childhood, such as infections and diarrhea [3,4], and other diseases in adulthood, including diabetes and obesity [3,5]. Furthermore, BF favors the adequate development of the oral cavity, teeth, and speech and has positive effects on intelligence and on achieving higher levels of income in adult life [3,6,7]. For the woman, breastfeeding also brings benefits, reducing her chances of developing diabetes and breast, ovary, and uterus cancer [3,6]. At six months old, along with BF, the introduction of adequate and healthy complementary food helps to prevent overweight and nutritional deficiencies, such as vitamin A and iron deficiencies, for better childhood growth and development. A healthy introduction to CF also benefits the formation of eating habits [3].

Policies and actions developed within the Brazilian Unified Health System (SUS) to promote recommended BF and CF practices include the National Policy of Food and Nutrition (PNAN—Política Nacional de Alimentação e Nutrição) [7] and the National Policy on Integral Attention to the Health of the Child (PNAISC—Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança) [8]. Under the PNAISC umbrella, several actions are included, such as the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) [8,9], the Action to Support Working Women Who Breastfeed (MTA—Mulher Trabalhadora que Amamenta) [8,9], the Brazilian Marketing Code for Food, Nipples, Pacifiers, and Bottles for Infants and Young Children (NBCAL—Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes), the Food Guide for Brazilian Children Under Two Years Old (Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos), the National Day of Human Milk Donation (Dia Nacional de Doação de Leite Humano), and the largest Network of Human Milk Banks (Rede Banco de Leite Humano) globally [9].

The investment in this large portfolio of policies, programs, and actions to promote BF and CF in the first two years of life has generated important advances in the prevalence of EBF in children under six months old in Brazil, which rose from 2.9% in 1986 to 45.7% in 2019 [10]. Total BF in children under 24 months increased from 37.4% in 1986 to 60.9% in 2019 [10]. Nevertheless, the prevalence of EBF is lower than the 50% established by the 2025 WHO Global Nutrition Target [2]. Likewise, CF is still far from ideal in Brazilian children aged six to eleven months, where despite the high consumption of vegetables (71.2%), meat and eggs (61.5%), and

beans (66, 4%) [9], there is a high and nonrecommended consumption of other foods such as porridge (55.2%) [9], soft drinks (40.5%), fried foods (39.4%), snacks (39.4%), and sweets (37.8%) [10]. The data indicate the need to invest in continued actions to support the practice of BF and FC, through individual and collective counseling carried out by health professionals within the PHU.

Counseling by qualified health professionals about the feeding of infants and young children increases women's knowledge and confidence, as well as the practice of BF and CF [11–13]. Community BF counseling is a proven effective intervention to increase EBF rates [14]. Hence, the Brazilian Breastfeeding and Complementary Feeding Strategy (EAAB—Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil) aims to train primary health professionals to support BF and CF by increasing their knowledge based on a reflection of their work reality. Based on the principles of continuing education through structured professional training workshops and using critical reflective methodologies, the EAAB aims to create spaces for discussion and learning among primary health professionals [15]. PHUs implementing the EAAB are encouraged to comply with six preestablished certification criteria [11,18,19]: (1) develop systematic individual or collective actions to promote BF and CF; (2) monitor BF and CF rates; (3) have an instrument for child health care organization (flowchart, map, protocol, line of care, or other) to detect problems related to BF and CF; (4) comply with the Brazilian Guidelines for the Marketing of Food for Infants and Young Children, Nipples, Pacifiers, and Bottles (NBCAL) and with Law No. 11,265 of 2006, and do not distribute “substitutes” for breast milk at the PHU; (5) count on the participation of at least 85% of the team's professionals in the developed workshops, and (6) fulfill at least one BF action and one CF action established in the action plan [15]. Therefore, PHUs certified in the EAAB are considered to provide the highest standard of support in BF and CF.

There have been some challenges to implementing the EAAB. According to the EAAB guidelines, one of the tasks of the tutor (PHU health professional trained at the EAAB to disseminate it) is to train the PHU in a six-hour workshop and continuously support it to meet the certification criteria [16]. However, according to data from the Brazilian Ministry of Health, around 4901 professionals were trained as tutors by March 2018 to disseminate the EAAB; however, only 3127 PHUs were trained by these tutors and only 109 PHUs were certified [17]. This discrepant scenario between the number of tutors, trained PHUs, and certified PHUs was also found in another Program similar to EAAB and that preceded it, the Brazil Breastfeeding Network [18]. In this program, some aspects were identified that hindered its implementation process (which ranged from the training of professionals as tutors to the certification of PHUs, such as in the EAAB), such as the low prioritization of the program in the management plans (state and municipal), the competition with other projects and programs, and the lack of financial resources to make it viable [19]. In addition, the high turnover of professionals in the trained

PHUs is also a factor identified both in the Brazil Breastfeeding Network and in the current EAAB, which can also make it difficult to comply with the certification criteria [20–22]. In the EAAB, there is no requirement for a monitoring system after certification and, consequently, little is known about sustainability after certification [15].

Furthermore, the EAAB does not require any monitoring system after certification and, consequently, little is known about sustainability after certification [16]. Our hypothesis is that the assessment of the organizational context can help to identify the degree of implementation and barriers to make public health policies and programs more efficient [16,22,26,27]. Thus, our objective was to evaluate the influence of the organizational context on the degree of implementation of the EAAB in certified PHUs in the Federal District, Brazil.

2. Materials and Methods

2.1. Study Setting

The Federal District (FD) is the capital of Brazil and is located in the Central-Western region of the country. The FD has management attributions of a state and municipality. In 2019, the FD population was estimated at 3,012,718 inhabitants [23], with just over 10% of the population living below the poverty line [24]. In 2018, 63.9% of the population did not have a private health insurance plan; therefore, they rely on the PHUs to access health care [25]. In addition, in 2018, 44,195 live births were registered in the Live Birth Information System (SINASC) in relation to the FD [26]. Specifically, the Federal District began implementation of the EAAB in 2013 [17].

The EAAB is implemented by the three spheres of Brazilian management: federal, state, and municipal. At the federal level, coordination is done by the Ministry of Health, which prepares technical materials on the EAAB, provides an online monitoring system for the EAAB and BF and CF indicators, in addition to certifying the PHUs that meet the six EAAB certification criteria. The state and municipal levels have a figure of coordination (state coordinator and municipal coordinator), usually a professional linked to the health department who is responsible for coordinating the activities of the EAAB related to their level of management, such as the training of tutors, monitoring of the PHU (trained in workshops of six hours), and guidance on the use of monitoring systems that the Ministry of Health makes available. There is also the figure of the tutor, a health professional who is trained in an EAAB workshop (necessary to obtain this designation), who has the competence to train the entire team of professionals at the PHU (in a six-hour workshop) to develop activities aimed at promoting BF and healthy CF. After the six-hour workshop, the tutor is responsible for supporting the PHU in building an action plan on activities related to BF and healthy CF, as well as carrying out complementary activities, if necessary, to help the PHU meet the EAAB certification criteria. The PHU also has a manager,

who is a professional formally designated to manage the health service of the PHU and who must also be involved in the six-hour workshop [16].

In 2018, the FD had 131 PHUs, of which 31 were trained at the EAAB (most received the six-hour workshop but did not meet the EAAB certification criteria). Only six were certified by the EAAB (received the six-hour workshop and met EAAB certification criteria) [17].

2.2. Study Design

This is a case study of the implementation of EAAB in the FD. A case study design has been considered an appropriate design for evaluative research on implementation, especially to identify a phenomenon within a context [27]. A type 1 implementation analysis methodology following the four steps adapted by Venancio et al. (2013) [19] was used to identify the effect of the organizational context on the degree of program implementation [28]: (1) create the conceptual logical model of the EAAB in the FD; (2) evaluate the organizational context; (3) evaluate the degree of implementation of the EAAB in the Health Units, and (4) analyze the influence of the organizational context on the degree of implementation.

2.3. Analyses

2.3.1. Create the Conceptual Logical Model of the EAAB in the FD

Documentation review included three documents published by the Brazilian Ministry of Health related to the implementation of the EAAB: (1) Ordinance No. 1920 of September 5, 2013, which established the EAAB [15]; (2) the EAAB Implementation Manual [16], and (3) the Instruction for the Implementation Plan of the EAAB [29]. The analysis of these documents informed the development of a conceptual logic model of EABB implementation in the FD. Specifically, information about the implementation stages of the EAAB was taken from Ordinance No. 1920 [15], as well as the responsibilities and capacities explicitly established for the state and municipal context, considering that the FD has these two attributions in its management. The Implementation Manual [16] and the Instructions for the Implementation Plan of the EAAB [29] also identified and detailed the responsibilities and capacities established for the context of the FD, as well as information on the implementation stages and the actors involved. With this information, a hierarchical logical model was developed, describing the general capacities of the FD in the EAAB, delimiting the implementation stages of the EAAB in the FD, and describing the capacities defined for the FD in each of them.

2.3.2. Evaluate the Organizational Context

The analysis of the organizational context employed the theoretical reference model of the Triangle of Government developed by Matus, consisting of three categories: (1) Government

Project, (2) Government Capacity, and (3) System Governability [30]. These categories have been previously adapted to the context of the EAAB [19], resulting in a total of 17 indicators.

The Government Project category included seven indicators related to interest, proposals, policies, and actions directed and/or prioritized by the management in relation to PHC, BF, and CF, and/or the EAAB, as well as the allocation of financial resources. The indicators analyzed in this category were Family Health Strategy coverage (above 50%) and presence/absence of some conditions, such as BF and CF as a priority in policy/legislation or guideline, interest in the implementation of the EAAB, positive receptivity of the EAAB in the sphere of government, competition of the EAAB with other priorities, existence of activities, actions, and/or programs complementary to the EAAB, and specific financial resource for the EAAB.

The Government Capacity category included six indicators that assessed the existence of a manager and/or team, as well as the theoretical capacity and technical experience accumulated by the management and team in conducting and administering the EAAB, the ability to put the planned actions into operation, and the use of management technologies to monitor the action. The indicators measured in this category were existence of an area for children's health; existence of an EAAB Coordinator for BF and CF actions; stability of the person responsible for BF and healthy CF actions (bonded); professional experience of the person responsible for the actions of BF and healthy CF; institutional roles of the EAAB managers compatible with the organization chart; use of one or more management technologies regularly (periodic meetings about the EAAB, regular contact with tutors and PHU teams, use of the EAAB management system).

Finally, the Governability of the System category included four indicators intended to assess autonomy, adequate conditions, and articulation with other sectors so that the actors involved with the EAAB can develop appropriate activities and actions. The indicators measured in this category were coordination with other areas and/or spheres of government for the implementation of the EAAB; operationalization of the implementation of the EAAB; support to PHU for the development of actions (monitoring of BF and CF indicators and support in complying with the NBCAL); adherence of the actors involved.

To assess the organizational context, a qualitative questionnaire with questions covering the 17 indicators was given to the coordinator of the EAAB in the Federal District at the time. With the information about the proposed indicators, the answers were classified according to the influence they could exert on the implementation of the EAAB, as positive (facilitated the implementation of the EAAB) or negative (could hinder the implementation of the EAAB influence). The classification result was presented and validated by the manager in a virtual meeting.

2.3.3. Evaluate the Degree of Implementation of the EAAB in the Health Units

To assess the degree of implementation of the EAAB in the PHUs, data were collected from all six certified PHUs in the FD. In these PHUs, previously tested questionnaires [19,20] were given to mothers of children aged zero to two years, health professionals from the PHU, and the managers of the PHU. The questionnaires included items that assessed compliance with the six EAAB certification criteria (described in the Introduction).

Questionnaire for mothers. Mothers of children born at term and not twins were eligible for the interview. The sample number of mothers to be included in the survey was estimated based on the number of children under two years of age who attended the Primary Health Care (PHC) in the PHUs in 2015 (information provided by an official letter from the Ministry of Health). To have district representation, adopting a conservative sizing of 50%, sampling error of 5%, and a confidence interval of 10%, the minimum sample size calculated was 152 mothers, distributed in the six PHUs with EAAB certification to evaluate its degree of implantation. The final sample consisted of 219 mothers, who were approached in the waiting room/hallway of the selected PHU on the day of their child's growth and development consultation. A questionnaire included items on the mother's health (prenatal care; routine consultations at the PHU) and aspects related to the child, such as BF and CF. The questionnaire also included items related to the EAAB certification criteria one and three.

Questionnaire for PHU professionals. This questionnaire was applied to one health professional in each PHU. To be included, the health professional had to be a doctor, nurse, or nutritionist and attend children in the growth and development follow-up appointments at the selected PHU (totaling 1 doctor and 5 nurses). Professionals were invited according to their availability on data collection days at the PHU. The questionnaire given to health professionals had items related to the organizational structure of the PHU, participation in training on BF and CF, flows of mothers' care, and guidance and care given to pregnant women, mothers, and caregivers about BF and CF at the PHU. The questionnaire also included items related to the six criteria for EAAB certification.

Questionnaire for PHU managers. The sample included the six managers formally assigned to this function in each certified PHU. For managers, the questionnaire contained items related to the organizational structure of the PHU, professional training, and flows of service for mothers and children at the PHU. The questionnaire also included items related to the six criteria for EAAB certification.

In total, 3 types of questionnaires were used in the study, one for mothers, one for PHU professionals, and one for PHU managers, totaling 219 questionnaires for mothers, six questionnaires for PHU professionals, and six questionnaires for PHU managers. In addition, a structured interview was conducted with the coordinator of the EAAB in the Federal District, Brazil.

Triangulation of data. The analysis about the degree of EAAB implementation was carried out for each PHU, using the triangulation of information obtained from the questionnaires applied to mothers, professionals, and managers as well as items from the interview conducted with the manager of the EAAB in the FD, in the assessment stage for the organizational context. The degree of EAAB implementation in each certified PHU was evaluated as a global score from zero to 100 points.

To calculate this score, a consultation was conducted with specialists, since the number of items could vary by criterion and by respondent (mothers, professionals, managers, and coordinator of the EAAB in the FD). For example, Criterion one contemplated three items to be answered by mothers, five items by professionals, and five by managers. Eleven experts at the EAAB were invited to participate in this stage, professionals from universities, health services, and health departments, who know and have experience in the implementation of the EAAB in Brazil. Two rounds of consultations with specialists were conducted. In the first round, specialists classified the six EAAB certification criteria according to (a) order and degree of importance in the implementation of the EAAB, on a 5-point Likert scale (5 = very important, 4 = important, 3 = neutral, 2 = not very important, 1 = not at all important), and (b) importance of the respondent (mother, health professional, PHU manager, and the EAAB manager in the FD) in the evaluation of each EAAB implementation criterion. For this round, ten specialists responded. From the specialists' answers, a scoring matrix of certification criteria for EAAB was constructed (Table 1), assigning a weighted score (out of 100 points) to each of the criteria. Subsequently, this score was divided and weighted, among the respondents, as a result of the consultation with specialists. Finally, this score was divided equally between the items of each respondent. In the second round, specialists validated the score by consensus, based on the Delphi methodology [31]. The degree of EAAB implementation in the PHU was classified as initial (up to 20 points), partial (21 to 50 points), advanced (51 to 80 points), and consolidated (81 points or over) [19].

Table 1. Scoring matrix of certification criteria for the EAAB in the Federal District, Brasília, 2018.

N° Criterio n	Criterion Name	Score on the Criterion	Respondent							
			Mother		Professional		Manager		Coordinator	
			N° of Items	Score on Item	N° of Items	Score on Item	N° of Items	Score on Item	N° of Items	Score on Item
1	Develop individual or collective systematic actions to promote breastfeeding and complementary feeding	18	3	2.3	5	1.2	5	1	X	X
2	Monitor breastfeeding and complementary feeding rates	18	X	X	1	7	1	6	1	5
3	Provide an instrument for child health care organization (flowchart, map, protocol, line of care, or other) to detect problems related to breastfeeding and complementary feeding	16	7	0.57	8	0.75	9	0.66	X	X
4	Comply with the Brazilian Guidelines for the Marketing of Food for Infants and Young Children, Nipples, Pacifiers, and Bottles (NBCAL) and with Law No. 11,265 of 2006, and do not distribute "substitutes" for breast milk at the PHU	16	X	X	5	1.2	5	1.2	1	4
5	Count on the participation of at least 85% of the team's professionals in the developed workshops	17	X	X	1	9	1	8	X	X
6	Fulfill at least one breastfeeding action and one complementary feeding action established in the action plan	15	X	X	3	2.66	3	2.3	X	X
TOTAL		100								

The steps for calculating the weighted values of the criteria and respondents for assessing the degree of implementation of the EAAB are shown in Figure 1.

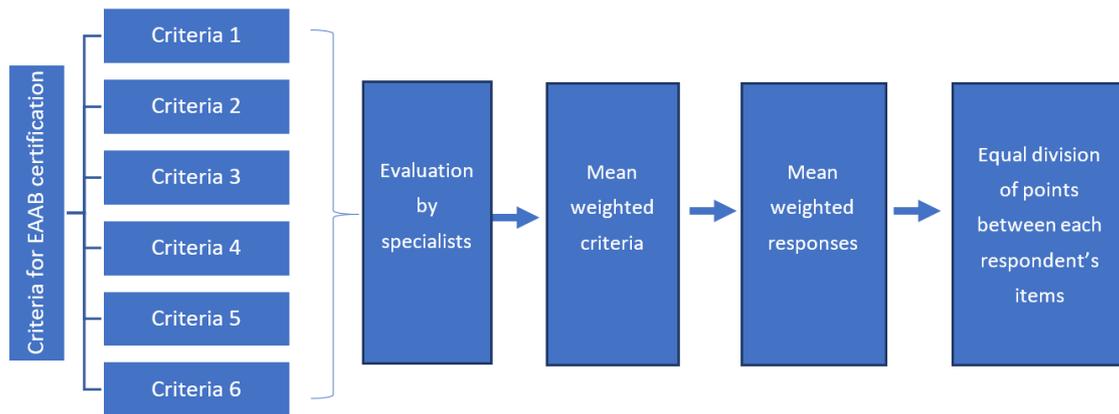


Figure 1. Flow of steps to calculate the weighted values of criteria and respondents to evaluate the degree of implementation of the EAAB in the Federal District, Brasília, 2021.

2.3.4. Analyze the Influence of the Organizational Context on the Degree of Implementation

The last stage of the analysis consisted of the convergence between the results of the degree of EAAB implementation in the PHUs and the indicators of the organizational context, to identify factors that can help or hinder the development of actions recommended by the six EAAB certification criteria.

3. Results

3.1. Logical Model of the EAAB Implementation

A conceptual logical model of the EAAB in the FD was developed (Figure 2). The model enabled observation of the competencies and attributions related to the six stages identified for implementation of the EAAB in the FD: coordination of the EAAB, training of tutors, workshop at the PHU, follow-up at the PHU, monitoring, and certification. For each of the stages, the model indicated between one and three attributions, distributed among the actors involved, such as the municipal coordinator, tutor, managers, and teams from the PHUs. None of the stages identified a monitoring process for compliance by PHU with the criteria after certification. This conceptual logical model was used to interpret the organizational context and the degree of implementation of the EAAB in a PHU, as well as to identify gaps and weaknesses in the implementation stages of the EAAB in the FD.

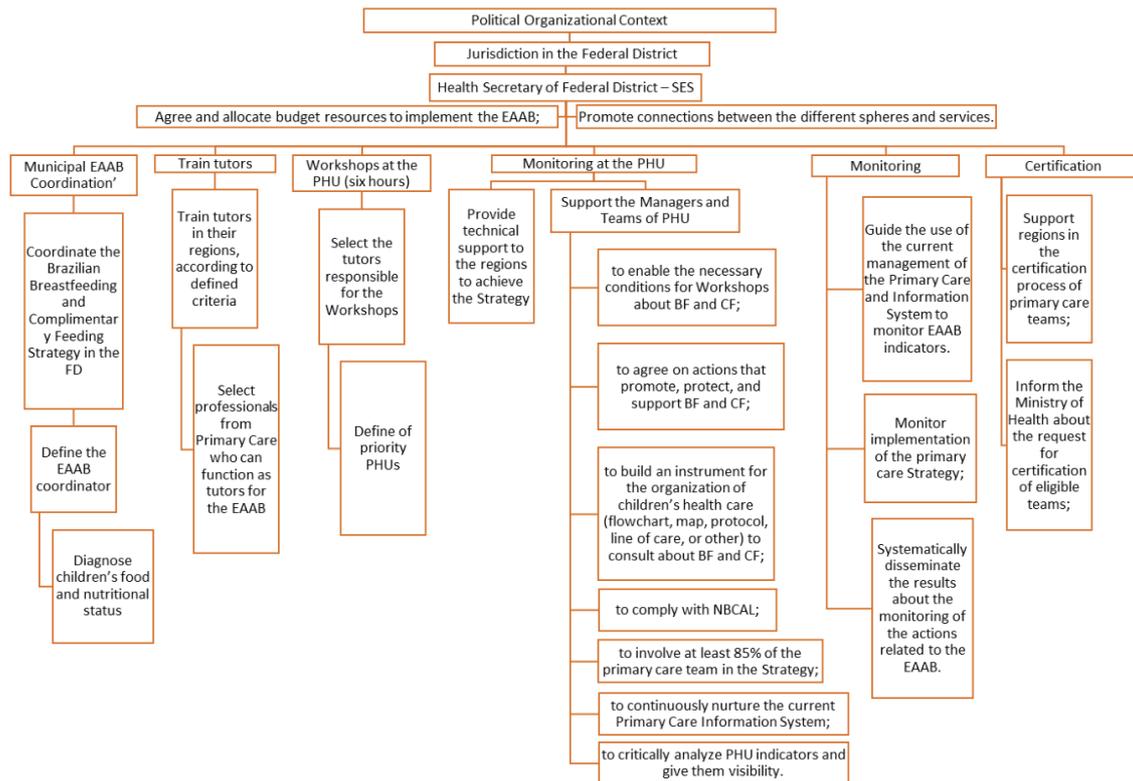


Figure 2. Logical model for the implementation of the EAAB in the Federal District.

3.2. Organizational Context of the EAAB in the Federal District

Of the seventeen indicators evaluated, ten were classified as positive influencers in the implementation of the EAAB in the FD (Table 2). Among the indicators evaluated in the Government Project category, three of the seven were classified as exerting a positive influence, such as having one District Policy on BF and the promotion in the PHC of actions to promote, protect, and support BF and healthy CF, positive reception of EAAB-maintained training of tutors with a higher workload even though the Ministry of Health had reduced this workload, and existence of activities, actions, and/or programs complementary to EAAB, such as a breastfeeding counseling course. However, four indicators had a negative influence: the lack of specific financial resources for the EAAB, the low Family Health Strategy (ESF) coverage in the PHC (less than 50%), PHU managers' lack of interest in implementing the EAAB, and the competition of the EAAB with other priorities.

Table 2. Classification of indicators in the categories of Government Triangle, EAAB, Brasília, FD, 2018.

Categories	Indicators	Federal District
Government Project	Primary Care as a priority – ESF Coverage ¹	less than 50%
	Breastfeeding and complementary feeding as a priority in policy/legislation or guideline ²	Law 5374/2014 about the District Policy on BF and the promotion in primary health care of actions to promote, protect, and support breastfeeding and healthy complementary feeding.
	Interest in implementing the EAAB ¹	“The PHU manager needs to ‘buy into the idea’, be a partner. He needs to be convinced of the importance of the EAAB for the PHU and the population.”
	Receptivity of EAAB in the governmental sphere ²	“Positive reception. They tried to adapt but maintain the 40 h for the tutor training workshop at EAAB. They left more time for discussion (maintained the training of tutors with a higher workload even though the Ministry of Health had reduced it)”
	Competition of EAAB with other priorities ¹	“The health system still works on the logic of disease and not health promotion. The PHU manager is more concerned with spontaneous demand than with health promotion activities for breastfeeding and healthy complementary feeding. The PHU manager needs to understand that the EAAB is important.”
	Existence of activities, actions, and/or programs complementary to EAAB ²	40-hour breastfeeding counseling course (held in May and August since 2016) in all health regions. A total of 132 professionals were trained in the first semester of 2019. Trains professionals from State Secretary of Health of Federal District (SES), universities, and the supplementary network. Mobilization of Breastmilk Donation Day, District Law for Breastmilk Donation Week, District Law for Golden August. Mobilization of Golden August. Opening of events in partnership with the judicial system, breastfeeding seminars (since 2016). Two seminars for two groups (650 participants in 2018). May: communication mobilization, Amamenta Brasilia website, Facebook, application, breast milk donation system, telephone, local events in all HMBs; in August, mobilization in the 7 health regions, where there are HMBs in the region, also participates in the mobilization of World Breastfeeding week (WBW). D-day of breastfeeding. Discussion about NBCAL at an event, film screenings, seminars. 40-hour breastfeeding courses for primary care.
	Specific financial resource for EAAB ¹	“There is no specific resource. Funds from lawmakers. SES Funding. Stork Network resource, own resources of SES workers.”

Government Capacity	Existence of an area for Children's Health ²	Coordination of Breastfeeding Policies in the FD
	Existence of EAAB Coordinator or breastfeeding and complementary feeding actions ²	"Yes, coordinator of breastfeeding policies for the FD"
	Stability of the person responsible for breastfeeding actions and healthy complementary feeding (bonded) ²	Public servant
	Professional experience of the person responsible for breastfeeding and healthy complementary feeding actions ²	11 years of experience in the position coordinating breastfeeding policies, technical experience in the subject of children's health, breastfeeding, and complementary feeding.
	Institutional functions of EAAB managers compatible with the organizational chart ²	Pediatrician—coordinator of the breastfeeding policies in the FD
Use of management technologies (periodic meetings about the EAAB, regular contact with tutors and PHU teams, use of the EAAB management system) ¹	"There were monthly meetings that no longer happen with the change in the structure of the SES. Access the EAAB system but reports that few tutors enter information."	
System Governability	Coordination with other areas and/or spheres of government to implement the EAAB ²	"There is coordination with the Board of the Family Health Strategy and GESNUT (Management of Nutrition Services)."
	Operationalization of the implementation of the EAAB ²	Workshop to train tutors trying to cover all health regions, tutors with profiles became workshop facilitators, and others were only trained without acting as tutors. Professional training calendar "Counseling—40 h in May and August (primary care, supplementary, and university) by region. B-course taken in hospitals—24 h (hospital management and counseling) NBCAL—course for professionals (1 course in the last three years) BFHI and CF course in 2018 for breastfeeding professionals. "The monitoring data of breastfeeding and complementary feeding indicators come from surveys (prevalence of 2008), 2014-pilot by telephone. 2016/2017—Project "Early Childhood for Healthy Adults" (PIPAS). e-SUS (entered as an electronic medical record in PHC in 2017/2018, but there is still resistance in filling in part of the PHU servers. The Health Regions must have followed the indicators of compulsorily BF by the SES since 2010. Collection of human milk is also monitored by the SES." "Local data from recent dietary prevalence surveys? Surveys (2008 prevalence), 2014—telephone pilot. 2016/2017—PIPAS" On the distribution of milk and baby formula in the PHU: "No. Only in the STD/AIDS Reference Units (HIV and HTLV patients)—screening since 2012, an average of 35 women per year diagnosed with HTLV. Children with food allergy (central pharmacy)."
	Support to PHU for the development of actions (monitoring of BF and CF indicators, compliance with NBCAL) ¹	
	Adherence of the actors involved ¹	"Tutor is not institutional; the manager does not always allow the professional to do the activities of a tutor. Complaint of the tutor "how can the tutor's workload be made official?" "The PHU manager needs to 'buy into the idea' (resistant to the EAAB proposal), be a partner. He needs to be convinced of the importance of the EAAB for PHUs and the population."

¹ Negative influence. ² Positive influence.

In the Governing Capacity category, five indicators were classified as a positive influence. The FD had a children’s health care area with a manager that had theoretical capacity and technical experience in conducting the EAAB, with a formal and appropriate relationship in the management organization chart. However, management technologies were not routinely used to monitor the EAAB, such as regular monitoring of BF rates.

In the System Governability category, half of the indicators (2) were classified as having a negative influence. The presence of cooperation with other areas and the operationalization of the actions foreseen by the EAAB must be highlighted; however, the support of the PHU for developing actions and the adhesion of the actors involved are still critical.

3.3. Degree of the EAAB Implementation in the Federal District

The implementation of the EAAB allowed identification of different scenarios between the PHUs in compliance with the certification criteria. Of the six PHUs certified by the EAAB in the FD, only one had a consolidated degree of implementation. The others (5) presented an advanced degree of implantation. Criteria five and six, which concern the participation of PHU teams (at least 85% of professionals) in the EAAB Workshop and the performance of BF and CF actions in the PHU Action Plan, are among the main problems in the implementation of the EAAB, with low percentages of compliance in the evaluated PHUs (Table 3).

Table 3. Percentage of compliance with EAAB criteria and classification in the implementation score, Brasília, FD, 2018.

	PHU 1	PHU 2	PHU 3	PHU 4	PHU 5	PHU 6
Criteria 1	61.7 ²	61.7 ²	61.7 ²	74.4 ²	49.4 ³	61.7 ²
Criteria 2	66.7 ²	61.1 ²	27.8 ³	100 ¹	100 ¹	100 ¹
Criteria 3	78.7 ²	78.7 ²	61.2 ²	78.1 ²	82.5 ¹	78.7 ²
Criteria 4	85 ¹	100 ¹	100 ¹	85 ¹	85 ¹	70 ²
Criteria 5	0 ⁴	100 ¹	100 ¹	100 ¹	0 ⁴	100 ¹
Criteria 6	46.7 ³	100 ¹	34 ³	0 ⁴	0 ⁴	46.7 ³
TOTAL	56.3 ²	82.7 ¹	63.9 ²	74.6 ²	53.8 ²	76.9 ²

⁴ Initial implementation. ³ Partial implementation. ² Advanced implementation. ¹ Consolidated implementation.

3.4. Influence of Organizational Context on the Degree of Implementation

The analysis of the organizational context and the degree of implementation of the EAAB in the PHUs identified a negative influence of indicators in the three categories of the Triangle of Government related to difficulties in implementing criterion six (compliance with at least one BF action and one CF action), which had partial or incipient implementation in five of the six PHUs evaluated. For this criterion, the absence of specific resources for the EAAB, the fragility of the use of management technologies (such as the EAAB monitoring system), the lack of monitoring of food and nutrition indicators, and the adherence of involved actors, especially the PHU managers, were identified as factors that hinder the complete implementation of the EAAB. These same characteristics were identified as potentially interfering in the implementation of other criteria such as one, two, and five, which deal, respectively, with conducting systematic, individual, or collective actions to promote BF and healthy CF, monitoring of BF and CF indicators, and count on the participation of at least 85% of the team's professionals in the developed workshops.

4. Discussion

Our study is one of the first to identify gaps in the stages of implementation of the EAAB that may compromise the expected impact on infant and young child feeding (IYCF) indicators and the organizational context that influences its implementation and sustainability. Among the six PHUs certified in the EAAB, all but one were found to have advanced degree of implementation. The PHUs analyzed had already achieved certification in 2014, which, at least in theory, indicates that they should have already met 100% of the criteria for EAAB implementation. During the period between certification and data collection for this research, no action to monitor the certification by the Brazilian Ministry of Health or the FD coordination was identified. Therefore, our analysis of the organizational context identified that the lack of specific funding and monitor systems to track BF and CF practices as well as certification compliance are the main challenges of EAAB sustainability in the FD.

Some aspects of the organizational context can facilitate the implementation of the EAAB. The indicators with positive influence include the existence of a specific district law that includes the EAAB actions as priorities, the positive receptivity of the EAAB by local management, and the existence of complementary actions for the EAAB (courses, events, and social mobilization campaigns). Other important positive influences are the existence of district coordination for the EAAB with professional experience in the subject, a public servant in the managerial position that has a function compatible with the management organization chart, and an operationalization of the EAAB implementation cooperating with other areas. A previous

study that evaluated the strategy that preceded the EAAB also found that the existence of a municipal coordination sensitive to the proposed action facilitated the implementation across PHUs [19].

Despite an advanced implementation of the EAAB in certified PHUs in the FD, the context also elucidated unfavorable indicators that could have a negative influence. A critical point observed was the lack of specific resources for the implementation of the EAAB; despite the district law establishing that funded resources be allocated for the EAAB in the FD, in practice it was not happening. EAAB would receive funding from different resources when available and if available [15]. A study that analyzed the implementation of the EAAB in a capital city in Northeastern Brazil evidenced that budgetary resources are needed for the development of municipal activities proposed by the EAAB, such as the training workshops for tutors and resources to invest in establishing goals and partnerships [32]. Another work demonstrated that financial resources are also critical at the state management level (an area that is also the responsibility of the FD) to coordinate the implementation of the EAAB [31].

Other indicators of the organizational context that exerted a negative influence on the implementation of the EAAB are lack of management technologies employed (such as meetings with tutors and the use of monitoring systems) and not enough support for PHUs to develop actions that promote BF and CF. In the FD, the use of management technologies for monitoring the EAAB was deficient. Periodic meetings were not held, and few tutors entered information about holding workshops and monitoring of actions in the PHU regularly into the EAAB monitoring systems provided by the Ministry of Health. A recent study found that one of the barriers to implementing large-scale breastfeeding programs is a weak monitoring system [33]. Monitoring the implementation of EAAB at the state and the PHU level is critical to implementation success [31].

We found that monitoring of BF and CF indices has not occurred as recommended. A similar weakness in the organizational context of the EAAB was observed in a capital in the northeastern region of Brazil [32]. EAAB certification requires fulfillment of a group of six criteria. In criterion two, the monitoring of BF and CF indicators is required for certification and must be carried out by the current primary care system for this purpose, which at the national level is the Food and Nutritional Surveillance System (SISVAN) and more recently, the e-SUS [15,16]. Previous studies have shown that SISVAN is little used for food and nutrition surveillance and even less for planning intervention actions [34,35]. An evaluation of the precursor strategy of the EAAB, which also included the criterion of monitoring indicators of nutritional status and food consumption, found that monitoring of infant and nutrition indicators was weak among two out of three municipalities studied [20]. Furthermore, a recent study also found that monitoring of infant and young children feeding indicators is critical for successful implementation of the EAAB [33].

Other organizational context indicators with negative influence may also explain the low degree of consolidated implementation in PHUs certified by the EAAB in the FD. These indicators reflected the low interest of PHU managers associated with lack of understanding of the importance of the EAAB, competition of BF and CF with other health priorities, and challenges for adoption by actors that should be involved (e.g., PHU manager resistant to the EAAB proposal and tutors who are not released to carry out their activities), and barriers to conduct EAAB activities are examples of weaknesses related to important aspects of its implementation. Our findings corroborate with prior analysis that identified the importance of the commitment of teams to the action plan and proposed actions to increase support to BF and CF, support for the role of the tutor, training of teams, and prioritization of the EAAB in a Municipal Health Plan [21,22].

It is worth noting that, even though it was not evaluated in this study, some findings from other studies have already shown that PHUs that implemented actions or were certified in the EAAB, or in programs similar to the EAAB, had higher prevalence of BF when compared to PHUs without the programs [16,24,41,42]. A study carried out in a municipality in São Paulo, Brazil showed that, in children treated at PHUs certified by the Brazil Breastfeeding Network, the prevalence of BF was higher when compared to noncertified PHUs [36]. However, another study also showed that certification in the Brazil Breastfeeding Network program alone was not a guarantee of a higher prevalence of BF, identifying that BF was higher in children attending PHUs that met all the certification criteria required in the program when compared to certified PHUs that did not meet all criteria [37].

Our findings pointed to challenges in the sustainability of the EAAB in the FD, considering that the study evaluated only certified PHUs, where all were expected to have a consolidated degree of implementation of the certification criteria. Although most PHUs certified in the FD only exhibited advanced but not consolidated implementation, the result may have been facilitated by an organizational context that reinforces actions of the EAAB through a district law and is managed by an active coordinator in the FD who is in a stable employment position and has accumulated technical competence in the subject. Furthermore, the cooperation with other areas, as well as the actions and activities that complement the EAAB, such as other courses and professional training about BF, probably strengthened this scenario. However, the consolidation of the EAAB in the FD must still be strengthened, by including earmarked funding, regular use of management technologies to monitor actions, prioritization of the EAAB in the face of other health priorities demands, and the support of PHU managers, professionals in the PHU, and tutors.

This study has some limitations to be considered when interpreting the findings. This study had a favorable bias towards the degree of implementation, considering that it evaluated only PHUs certified by the EAAB. Nevertheless, the implementation analysis made by multiple tools, such as the construction of a specific conceptual logical model for the EAAB in the FD, the

identification of organizational context analysis indicators, and the construction of an EAAB certification criteria score matrix duly validated by specialists with experience in the implementation of the EAAB, proved to be an important tool for managers to define strategies for evaluating a PHU after certification, which was an important gap identified here. Furthermore, we analyzed information from multiple actors such as mothers, professionals, PHU managers, and the EAAB manager in the FD, allowing a triangulation of information, which provided robustness to the results found in this study. However, excluding PHUs that started implementation but did not achieve certification and analyzing only certified PHUs limited the scope of analysis on the implementation of the EAAB. Lessons learned from our research can inform the planning of organizational contexts and investment of public health funding when implementing an IYCF at a large scale, given that it contributes to the establishment of methodologies that identify critical factors for the implementation of breastfeeding and complementary feeding programs and that direct public policy managers to invest in the development of sustainable programs.

5. Conclusions

All but one of the Primary Health Units certified by the EAAB in the Federal District presented advanced implementation, close to what is recommended by the Brazilian Ministry of Health; however, challenges remain for its consolidation. Lack of specific funding and monitor systems to track breastfeeding and complementary feeding practices as well as certification compliance are the main challenges of EAAB sustainability in the Federal District.

Author Contributions: writing—original draft preparation, A.S.M.; writing—review and editing, A.S.M., M.B.G., S.I.V. and G.B. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: Data from this study were collected as part of the research “A look at Breastfeeding and Complementary Feeding in the Federal District” funded by the Universal Call–MCTI/CNPq No. 14/2014 Process No. 446269/2014-0 and conducted by the University of Brasília.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki, and approved by the Ethics Committee of the University of Brasília and the Ethics Committee of the Foundation for Teaching and Research in Health Sciences (Fepecs) (n. 1.197.295).

Informed Consent Statement: An informed consent was obtained from all participants and their legal guardians.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available on request from the corresponding author. The data are not publicly available as they contain information that may violate the privacy of research participants.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. World Health Organization Infant and Young Child Feeding : A Tool for Assessing National Practices, Policies and Programmes; Geneva, 2003; ISBN 92-4-156254-4.
2. Ministry of Health of Brazil Child health: breastfeeding and complementary feeding; 2nd ed.; Brasília, Brazil, 2015; ISBN 978-85-334-2290-2.
3. Ministry of Health of Brazil Dietary Guidelines for Brazilian Children under 2 Years of Age; 1st ed.; Brasília, Brazil, 2019; ISBN 978-65-5993-020-3.
4. Horta, B.L.; Victora, C.G.; World Health Organization Short-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review on the Benefits of Breastfeeding on Diarrhoea and Pneumonia Mortality; World Health Organization: Geneva, 2013; ISBN 978-92-4-150612-0.
5. Horta, B.L.; Loret de Mola, C.; Victora, C.G. Long-Term Consequences of Breastfeeding on Cholesterol, Obesity, Systolic Blood Pressure and Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acta Paediatr.* 2015, 104, 30–37, doi:10.1111/apa.13133.
6. Bartick, M.C.; Jegier, B.J.; Green, B.D.; Schwarz, E.B.; Reinhold, A.G.; Stuebe, A.M. Disparities in Breastfeeding: Impact on Maternal and Child Health Outcomes and Costs. *J. Pediatr.* 2017, 181, 49-55.e6, doi:10.1016/j.jpeds.2016.10.028.
7. Ministry of Health of Brazil National Policy for Food and Nutrition; 1st ed.; Brazil, 2013; ISBN 978-85-334-1911-7.
8. Ministry of Health of Brazil National Policy on Integral Attention to the Health of the Child; 1st ed.; Brazil, 2018; ISBN 978-85-334-2596-5.
9. Ministry of Health of Brazil Basis for the discussion of the National Policy for the Promotion, Protection and Support of Breastfeeding; Brasília, Brazil, 2017; ISBN 978-85-334-2531-6.
10. Federal University of Rio de Janeiro Breastfeeding: Prevalence and practices of breastfeeding in Brazilian children under 2 years of age, Rio de Janeiro, Brazil 2021.
11. World Health Organization; Organization Guideline: Counselling of Women to Improve Breastfeeding Practices; Geneva, 2018; ISBN 978-92-4-155046-8.
12. Vitolo, M.R.; Bortolini, G.A.; Campagnolo, P.D.B.; Hoffman, D.J. Maternal Dietary Counseling Reduces Consumption of Energy-Dense Foods among Infants: A Randomized Controlled Trial. *J. Nutr. Educ. Behav.* 2012, 44, 140–147, doi:10.1016/j.jneb.2011.06.012.
13. Cardoso, L.O.; Vicente, A.S.T.; Damilato, J.J.; Rito, R.V.V.F. The Impact of Implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the Prevalence Rates of Breastfeeding and Causes of Consultations at a Basic Healthcare Center. *J. Pediatr. (Rio J.)* 2008, 84, 147–153, doi:10.2223/JPED.1774.
14. McFadden, A.; Siebelt, L.; Marshall, J.L.; Gavine, A.; Girard, L.-C.; Symon, A.; MacGillivray, S. Counselling Interventions to Enable Women to Initiate and Continue

Breastfeeding: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. Breastfeed. J.* 2019, 14, 42, doi:10.1186/s13006-019-0235-8.

15. Ministry of Health of Brazil Establishes the National Strategy for Promotion of Breastfeeding and Healthy Complementary Feeding in the Brazilian Health System (SUS/Brazil); 2013;

16. Ministry of Health of Brazil National Strategy for Promotion of Breastfeeding and Healthy Complementary Feeding in the Brazilian Health System (SUS/Brazil): implementation guide; 2015; ISBN 978-85-334-2215-5.

17. Ministry of Health of Brazil Information and Management of Primary Care. EAAB System; Brasília, Brazil, Portuguese;

18. Ministry of Health of Brazil Brazil Breastfeeding Network: first steps (2007–2010) 2011. Brasília, Brazil.

19. Venâncio, S.I.; Martins, M.C.N.; Sanches, M.T.C.; Almeida, H. de; Rios, G.S.; Frias, P.G. de Deployment Analysis of the Brazilian Breastfeeding Network: Challenges and Prospects for Promoting Breastfeeding in Primary Care. *Cad. Saúde Pública* 2013, 29, 2261–2274, doi:10.1590/0102-311x00156712.

20. Ministry of Health of Brazil Deployment analysis of the Breastfeeding Network Brazil: research report; Ministry of Health of Brazil: Brasília, Brazil, 2013; ISBN 978-85-334-2014-4.

21. Bonini, T. do P.L. Evaluation of the Degree of Implantation and the effects observed in the Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy in the Family Health Units of Piracicaba/SP. Dissertation, University of State Campinas: Piraciacaba, Brazil, 2019.

22. Mariot, M.D.M.; Santo, L.C. do E.; Riegel, F. Implementation of the Strategy Breastfeeds and Feeds Brazil: Tutors' Perceptions. *Rev. Enferm. UFPI* 2020, 9, 4, doi:10.26694/2238-7234.914-10.

23. Brazilian Institute of Geography and Statistics IBGE – Brazilian Institute of Geography and Statistics; 2010;

24. IBGE – Brazilian Institute of Geography and Statistics Coordination of Population and Social Indicators. Synthesis of Social Indicators: An Analysis of the Living Conditions of the Brazilian Population: 2019; 2019;

25. CODEPLAN - Planning Company of the Federal District District Household Sample Survey; Brasília, Brazil, 2018;

26. Ministry of Health of Brazil Live Birth Monitoring Panel; Ministry of Health of Brazil: Brasília, Brazil, 2018;

27. K. Yin, R. Case Study Research: Design and Methods; 2nd ed.; Bookman: Porto Alegre, Brazil, 2001; ISBN 85-7307-852-9.

28. Hartz, Z.M. de A. *Health Evaluation: From Conceptual Models to Practice in the Analysis of Program Implementation*; Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, Brazil, 1997; ISBN 978-85-7541-403-3.
29. Ministry of Health of Brazil *Instruction for the Implementation Plan of the Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy*, Brasília, Brazil 2015.
30. Matus, C. *Triangle of Government*. In *Politics, Planning and Government*; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada -IPEA, 1993; Vol. 2, p. 591.
31. Melo, D.S. *Implementation Process of the Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy: an analysis of the program's impact path*, University of São Paulo: São Paulo, Brazil, 2020.
32. Tavares, J.S.; Vieira, D. de S.; Dias, T.K.C.; Tacla, M.T.G.M.; Collet, N.; Reichert, A.P. da S. *Logframe Model as Analytical Tool for the Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy*. *Rev. Nutr.* 2018, 31, 251–262, doi:10.1590/1678-98652018000200010.
33. Pérez-Escamilla, R.; Curry, L.; Minhas, D.; Taylor, L.; Bradley, E. *Scaling Up of Breastfeeding Promotion Programs in Low- and Middle-Income Countries: The “Breastfeeding Gear” Model*. *Adv. Nutr.* 2012, 3, 790–800, doi:10.3945/an.112.002873.
34. Ferreira, C.S.; Cherchiglia, M.L.; César, C.C. *The Food and Nutrition Surveillance System as a Tool for Monitoring the National Strategy for Healthy Complementary Nutrition*. *Rev. Bras. Saúde Materno Infant.* 2013, 13, 167–177, doi:10.1590/S1519-38292013000200010.
35. Rolim, M.D.; Lima, S.M.L.; Barros, D.C. de; Andrade, C.L.T. de *Evaluation of the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) in Food and Nutritional Management Services in the State of Minas Gerais, Brazil*. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2015, 20, 2359–2369, doi:10.1590/1413-81232015208.00902015.
36. Passanha, A.; Benicio, M.H.Da.; Venancio, S.I.; Reis, M.C.G. dos *Implementation of the Brazilian Breastfeeding Network and Prevalence of Exclusive Breastfeeding*. *Rev. Saúde Pública* 2013, 47, 1141–1148, doi:10.1590/S0034-89102013000901141.
37. Venancio, S.I.; Giugliani, E.R.J.; Silva, O.L. de O.; Stefanello, J.; Benicio, M.H.D.; Reis, M.C.G. dos; Issler, R.M.S.; Santo, L.C. do E.; Cardoso, M.R.A.; Rios, G.S. *Association between the Degree of Implementation of the Brazilian Breastfeeding Network and Breastfeeding Indicators*. *Cad. Saúde Pública* 2016, 32, doi:10.1590/0102-311X00010315.

5.2 ARTIGO 2: Associação entre a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e indicadores de alimentação infantil no Distrito Federal

Resumo

Objetivo: avaliar a associação da implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) no DF com os indicadores de amamentação e alimentação complementar das crianças atendidas nas UBS com e sem a certificação da EAAB. Métodos: Realizou-se um estudo transversal a partir dos dados coletados na Pesquisa “Um Olhar sobre a Amamentação e a Alimentação Complementar do Distrito Federal (DF)” desenvolvida no período de 2017 a 2018 em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do DF. Foram utilizados os dados de 525 pares mães-criança sobre aspectos socioeconômicos, características das mães, das crianças e consumo alimentar infantil. Para a análise da associação dos indicadores de alimentação com o tipo de UBS foram realizadas análises bivariadas para identificar as variáveis que iriam compor o modelo multivariado. Realizou-se regressão de Poisson para se obter as razões de prevalência ajustadas. Resultados: não foi encontrada associação da implantação da EAAB com os indicadores de alimentação da criança. Nenhum dos desfechos teve diferenças estatisticamente significantes entre as UBS que possuíam ou não a certificação da EAAB. As prevalências dos indicadores de alimentação foram semelhantes entre os dois tipos de UBS, com destaque para as prevalências de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses 63,6% e 54,3%, aleitamento continuado 70,0% e 64,8%, consumo de ultraprocessados 73,5% e 76% e consumo de bebidas adoçadas 47,6% e 46,4% em crianças de 6 a 24 meses nas UBS sem a certificação e com a certificação da EAAB, respectivamente. Conclusão: Apesar de não ter sido encontrada associação da EAAB com os indicadores de aleitamento e alimentação infantil, os resultados evidenciados neste estudo mostram importantes características alimentares das crianças no DF. Algumas práticas de alimentação infantil merecem atenção como o elevado consumo de alimentos ultraprocessados e bebidas adoçadas nas crianças avaliadas.

Palavras chave: aleitamento materno, alimentação complementar, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, alimentação infantil

Introdução

O estabelecimento de bons hábitos alimentares na infância traz repercussões positivas para o crescimento e desenvolvimento da criança ao longo da vida. A amamentação iniciada logo após o nascimento e continuada por dois anos ou mais é prática promotora de boa saúde e para prevenção de doenças na infância, como as infecções respiratórias, diarreias e alergias, e na vida adulta, como o diabetes e a hipertensão(1–3). A alimentação complementar adequada e oportuna previne o desenvolvimento de doenças que tem afetado as crianças em todo o mundo como o sobrepeso e a obesidade(1–3).

Alinhado as recomendações internacionais para a alimentação infantil o Ministério da Saúde, em 2013, lançou a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) com o objetivo de contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, para a redução da mortalidade infantil e a ocorrência de agravos à saúde infantil como obesidade, diabetes, dentre outras, incentivando o aleitamento materno e uma alimentação complementar saudável(12,32). A EAAB promove a capacitação de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no ensino e aprendizagem do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, promovendo mudanças nos processos de trabalho das equipes que atendem mulheres, crianças e suas famílias nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)(12,32).

A EAAB promove algumas etapas para sua implementação que se inicia com a formação de profissionais como tutores para que realizem as chamadas Oficinas de Trabalho em UBS e acompanhem continuamente as equipes no desenvolvimento de ações para a promoção, apoio e manejo de situações relacionadas ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável(12). Além disso, estabelece um grupo de seis critérios de certificação relacionados as diretrizes preconizadas para sua efetiva implementação: 1 - desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar; 2 - monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar; 3 - dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar; 4 - cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265 de 2006, e não distribuir "substitutos" do leite materno na UBS; 5 - contar

com a participação de pelo menos de 85% dos profissionais da equipe nas oficinas desenvolvidas; e 6 - cumprir pelo menos uma ação de aleitamento materno e uma de alimentação complementar pactuada no plano de ação(12,79).

A EAAB possui mais de 6.900 profissionais capacitados como tutores para apoiar UBS no processo de implementação, porém até o momento apenas 228 UBS foram certificadas em todo o país. No DF até 2017 haviam seis UBS certificadas, atualmente esse número está em nove e em disparidade com o total de equipes que já foram sensibilizadas em todo o DF, 485 equipes(68).

A associação da EAAB com os indicadores de alimentação da criança já vem sendo estudada(70,82,83). Em sua maioria mostram resultados positivos na relação das UBS certificadas na EAAB com as melhores práticas de alimentação da criança atendidas nesses locais(82,83). No entanto, outras estratégias anteriores a EAAB vêm sendo estudadas com o intuito de identificar se estão gerando real impacto nos indicadores de alimentação infantil(73–75). Dados publicados sobre a Rede Amamenta Brasil, um dos programas que serviu de base para a construção da EAAB, mostrou que locais com graus de implementação mais avançados na Rede Amamenta, apresentaram melhores taxas de aleitamento materno(73,74).

No entanto, ainda são escassas as pesquisas que avaliam a associação da EAAB com indicadores de alimentação da criança. Desse modo, este estudo pretende avaliar a associação da implantação da EAAB com os indicadores de aleitamento materno e alimentação da criança, comparando serviços com e sem a certificação da EAAB.

Métodos

Desenho do estudo

Realizou-se um estudo transversal a partir dos dados coletados na Pesquisa “Um Olhar sobre a Amamentação e a Alimentação Complementar no Distrito Federal (DF)” desenvolvida no período de 2017 a 2018 em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do DF.

Das 26 UBS que participaram da Pesquisa “Um Olhar sobre a Amamentação e a Alimentação Complementar no DF”, este estudo fez um recorte de 12 UBS, sendo seis UBS certificadas na EAAB e seis UBS não certificadas. O cálculo amostral previamente realizado para a pesquisa que originou esses dados utilizou uma amostragem por conglomerados, em dois estágios gerando uma amostra equiprobabilística auto ponderada. No primeiro estágio foram sorteadas as UBS e no segundo estágio foi determinado o número de crianças. Os dados sobre o atendimento das crianças nas UBS

do DF para o cálculo amostral foram fornecidos pelo Ministério da Saúde. Foram disponibilizados os dados das 131 UBS do DF que realizavam atendimentos de puericultura em 2015. No cálculo do tamanho amostral foi considerado um dimensionamento conservador de 50%, erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% e 10% de perda amostral. Desse modo, a amostra mínima total estimada para o estudo foi definida para os grupos de 12 UBS do presente estudo foi de 152 crianças por grupo de UBS (certificadas e não certificadas na EAAB), totalizando 304 crianças. Considerando 10% de perdas, a amostra final dessa segunda etapa do cálculo amostral foi de 334 crianças.

Foram incluídas na coleta crianças com até 2 anos de idade na data da pesquisa, nascidas a termo e acompanhadas pelas mães. Foram excluídas da pesquisa as crianças que no momento da coleta de dados não estavam acompanhadas pelas mães, pois o questionário continha questões relacionadas ao parto, e em caso de gemelaridade.

Foram utilizados os dados coletados entre 2017 e 2018 nas entrevistas com as mães das crianças menores de dois anos que compareciam as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nas 12 UBS selecionadas. Foi aplicado um questionário as mães com questões sobre dados socioeconômicos e demográficos da mãe e da família (idade e escolaridade da mãe, renda familiar, situação de trabalho da mãe, estado civil), realização de pré-natal, número de consultas pré-natal, tipo do parto, primiparidade, e aspectos relacionados à criança (sexo, idade, peso ao nascer, amamentação na primeira hora de vida, consumo alimentar, uso de mamadeira ou chupinha e uso de chupeta).

Para a análise da associação da implantação da EAAB com os indicadores de aleitamento materno e alimentação da criança foram considerados na análise dos dados as seguintes variáveis independentes: faixa etária, escolaridade, estado civil e condição de trabalho da mãe, a renda familiar em salários mínimos (valor do salário mínimo R\$ 937,00), o tipo de parto, a primiparidade, a realização do pré-natal, o número de consultas de pré-natal, além do sexo da criança, amamentação na primeira hora de vida, uso de mamadeira ou chupinha, uso de chupeta e baixo peso ao nascer.

Como variáveis dependentes do modelo considerou-se as definições de indicadores de consumo alimentar pelo Ministério da Saúde e pela OMS(1,84) para a obtenção das seguintes variáveis a partir do consumo alimentar da criança no dia anterior da pesquisa: 1- aleitamento materno exclusivo quando a criança consumiu apenas leite materno, sem outro líquido ou alimento, exceto medicamentos, xaropes e sais de

reidratação oral; 2- amamentação continuada quando a criança consumiu leite materno e algum outro líquido e alimento; 3- introdução de alimentos quando a criança recebeu alimentos na frequência recomendada para a idade; 4- diversidade alimentar mínima quando a criança recebeu os seis grupos alimentares; 5- frequência e consistência adequada quando a criança recebeu comida de sal com frequência e consistência adequada para a idade; 6- consumo de alimentos ricos em ferro quando a criança consumiu carnes de boi, frango, porco, peixe, múdos, ovo ou outra; 7- consumo de alimentos ricos em vitamina A quando a criança consumiu frutas de cor alaranjada ou folhas verdes escuro; 8- consumo de ultraprocessados quando a criança consumiu suco industrializado (em pó, caixinha ou lata), refrigerante, macarrão instantâneo, bala, pirulito ou guloseima, bolacha/biscoito doce ou salgado ou salgadinho de pacote; 9- consumo de bebidas adoçadas quando a criança consumiu suco industrializado (em pó, caixinha ou lata) ou refrigerante; e 10- consumo de embutidos quando a criança consumiu salsicha, linguiça, hambúrguer ou nuggets.

Todas as análises foram realizadas no Programa STATA 11.0. Inicialmente realizou-se análise bivariada utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson obtendo-se a frequência simples das variáveis independentes e os valores de p, buscando identificar as que tinham associação com a variável independente principal (o local de atendimento da criança), adotando-se nível de significância de 20% para a seleção das variáveis que iriam compor o modelo de análise multivariada. Além disso, identificou-se as prevalências de cada um dos desfechos segundo tipo de UBS em que a criança era acompanhada, buscando identificar diferenças estatisticamente significativas.

Adicionalmente, foram também incluídas no modelo multivariado duas variáveis que comumente estão associadas com desfechos no consumo alimentar da criança, a faixa etária e a escolaridade materna. Desse modo, seguiu-se com a análise multivariada para identificação das razões de prevalência para as variáveis dependentes segundo tipo de UBS (sem EAAB ou com EAAB) através da Regressão de Poisson adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Foram incluídas no estudo uma amostra total de 525 pares mães-crianças, sendo 307 (58,5%) das UBS não certificadas na EAAB e 218 (41,5%) das UBS certificadas na EAAB. Na tabela 1 encontram-se as características da população do estudo segundo local de acompanhamento.

Tabela 1 – Características das mães e crianças segundo local de acompanhamento, certificado ou não na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Distrito Federal, Brasil, 2018.

Variável de estudo	UBS sem EAAB		UBS com EAAB		p**
	n*	%	n*	%	
Variáveis socioeconômicas e demográficas da mãe					
Faixa etária da mãe					
Abaixo de 20 anos	40	13,1	23	10,6	0,374
20 anos ou mais	265	86,9	195	89,4	
Estado civil					
Casada ou união estável	196	63,6	138	63,6	0,992
Solteira, divorciada ou viúva	112	36,4	79	36,4	
Escolaridade					
Até 4 anos	71	23,1	41	18,8	0,507
Entre 4 e 8 anos	167	54,4	128	58,7	
Entre 8 e 12 anos	31	10,1	18	8,3	
Acima de 12 anos	38	12,4	31	14,2	
Renda familiar (Salário mínimo R\$937,00)					
Até 1 salário mínimo	92	30,4	39	18,6	0,001
Entre 1 e 2 salários mínimos	101	33,3	57	27,1	
Entre 2 e 3 salários mínimos	63	20,8	63	30,0	
Entre 3 e 4 salários mínimos	19	6,3	22	10,5	
Acima de 4 salários mínimos	28	9,2	29	13,8	
Situação de trabalho					
Está trabalhando fora	38	12,9	48	23,4	0,009
Está de licença maternidade	40	13,6	24	11,7	
Não está trabalhando fora	217	73,6	133	64,9	
Tipo de parto					
Normal	176	57,3	120	55,0	0,655
Cesárea	131	42,7	98	45,0	
Realizou pré-natal					
Sim	300	98,0	217	100,0	0,038
Nº de consultas de pré natal					
Menos de seis	38	12,7	22	10,1	0,359

6 ou mais	261	87,3	196	89,9	
Primiparidade					
Sim	138	45,0	110	50,5	0,213
Características das crianças					
Faixa etária da criança					
Menor de seis meses	140	45,2	94	42,9	0,610
Entre seis e 24 meses	170	54,8	125	57,1	
Sexo da criança					
Masculino	161	52,4	107	49,1	0,448
Feminino	146	42,7	111	50,9	
Amamentação na primeira hora de vida					
Sim	232	75,8	167	76,6	0,835
Uso de chupeta no dia anterior					
Sim	91	29,6	64	29,6	0,998
Uso de mamadeira ou chuquinha no dia anterior					
Sim	125	40,7	94	43,1	0,582
Baixo peso ao nascer (< 2.500g)					
Sim	13	4,5	14	6,8	0,274

* n número de indivíduos

** Teste Qui-quadrado de Pearson

Na tabela 1 é possível também identificar as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ e foram posteriormente incluídas na análise multivariada. Destaca-se a renda familiar onde a maiorias das mães, nos dois tipos de UBS (63%), possuíam renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos. A situação de trabalho da mãe também foi variável associada com o tipo de local de acompanhamento da criança, onde 73,6% nas UBS sem EAAB e 64,9% nas UBS com EAAB, não trabalhavam fora. Assim como, a realização do pré-natal que também apresentou diferenças significativas entre os tipos de UBS, destacando-se que 100% das mães nas UBS certificadas na EAAB realizaram o pré-natal.

A Tabela 2 apresenta as prevalências e razões de prevalência de AME e AM nas UBS sem e com a certificação da EAAB.

Tabela 2 - Prevalência e razão de prevalência (RP) ajustada de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses e aleitamento materno continuado em crianças de 6 a 24 meses segundo tipo de Unidade Básica de Saúde (UBS) conforme certificação na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Distrito Federal, Brasil, 2018.

Aleitamento materno exclusivo				Aleitamento materno continuado			
% *	RP ajustada**	IC (95%)	valor de p	% *	RP ajustada**	IC (95%)	valor de p
UBS sem EAAB (n=140)				UBS sem EAAB (n=170)			
63,6	0,79	0,50-1,23	0,301	70,0	0,8	0,52-1,23	0,318
UBS com EAAB (n=94)				UBS com EAAB (n=125)			
54,3	1			64,8	1		

* Obteve $p > 0,05$ no Teste Qui-Quadrado de Pearson/ n total < 6 meses=234 e n total 6 a 24 meses= 295

**Razão de prevalência calculada por Regressão de Poisson ajustada pelas variáveis: renda familiar, situação de trabalho da mãe, realização do pré-natal, escolaridade da mãe e faixa etária da mãe

IC: intervalo de confiança de 95%

As prevalências de AME e AM foram maiores nas UBS não certificadas na EAAB, porém na análise bivariada (dados não descritos na tabela) não foram encontradas diferenças no AME ($p=0,154$) e AM ($p=0,345$) entre as crianças acompanhadas nas UBS não certificadas e UBS certificadas. Na análise multivariada, incluindo no modelo as variáveis que pudessem interferir na prática da amamentação, os resultados das razões de prevalência (RP) também não mostraram diferenças entre as prevalências de acordo com o local de acompanhamento da criança.

Na tabela 3 são apresentados os dados de introdução, diversidade, frequência e consistência dos alimentos nas práticas de alimentação complementar entre as crianças atendidas nas UBS sem e com a certificação da EAAB. Assim como para as prevalências e RP de aleitamento materno, as práticas de alimentação complementar também não apresentaram associação com o tipo de UBS onde a criança era acompanhada com os seguintes resultados na análise bivariada $p=0,874$ (introdução de alimentos), $p=0,416$ (diversidade alimentar mínima) e $p=0,200$ (frequência mínima e consistência adequada).

Tabela 3 - Prevalência e razão de prevalência (RP) ajustada das variáveis introdução de alimentos, diversidade alimentar mínima e frequência mínima e consistência adequada em crianças de 6 a 24 meses segundo tipo de Unidade Básica de Saúde (UBS) conforme certificação na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Distrito Federal, Brasil, 2018.

	Introdução de alimentos			Diversidade alimentar mínima			Frequência mín. e consistência adequada					
	RP	IC	Valor	RP	IC	Valor	RP	IC	Valor			
	%* ajustada**	(95%)	de p	%* ajustada**	(95%)	de p	%* ajustada**	(95%)	de p			
UBS												
sem EAAB (n =170)	35,3	0,98	0,72- 1,32	0,909	97,5	0,37	0,07- 1,91	0,234	83,5	1,26	0,64- 2,48	0,487
UBS												
com EAAB (n=125)	34,4	1			96,0	1			88,8	1		

* $p > 0,05$ no Teste Qui-Quadrado de Pearson/ n total crianças (6 a 24 meses) =295

**Razão de prevalência calculada por Regressão de Poisson ajustada pelas variáveis: renda familiar, situação de trabalho da mãe, realização do pré-natal, escolaridade da mãe e faixa etária da mãe

IC: intervalo de confiança de 95%

A introdução de alimentos em tempo oportuno ocorre em pouco mais de 1/3 das crianças acompanhadas tanto em UBS sem certificação da EAAB (35,3%), quanto em UBS com a certificação (34,4%). Por outro lado, quando a diversidade da alimentação mais de 95% das crianças receberam alimentos de diversos grupos alimentares conforme recomendado nos dois grupos.

Quanto ao consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis, as tabelas 4 e 5 mostram os resultados para o consumo de alimentos ricos em ferro e vitamina A e consumo de ultraprocessados, bebidas adoçadas e embutidos. Não foi identificada associação entre o tipo de UBS onde a criança foi acompanhada e o consumo de alimentos ricos em ferro e vitamina A nas análises bivariadas ($p=0,06$ para alimentos ricos em ferro e $p=0,288$ para alimentos ricos em Vit. A) e multivariadas. No entanto, a prevalência de consumo para ambos os marcadores nas crianças que eram acompanhadas nas UBS certificadas na EAAB foi de 76,0% e 67,2% para o consumo de alimentos ricos em ferro e de alimentos ricos vitamina A, respectivamente.

Tabela 4 - Prevalência e razão de prevalência (RP) ajustada do consumo de alimentos ricos em ferro e alimentos ricos em vitamina A em crianças de 6 a 24 meses segundo tipo de Unidade Básica de Saúde (UBS) conforme certificação na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Distrito Federal, Brasil, 2018.

Tipo de UBS	Consumo de alimentos ricos em ferro				Consumo de alimentos ricos em vitamina A			
	% *	RP ajustada**	IC (95%)	Valor de p	% *	RP ajustada**	IC (95%)	Valor de p
Sem EAAB (n=170)	65,8	1,08	0,87-1,33	0,474	61,2	1,02	0,82-1,25	0,847
Com EAAB (n=125)	76,0	1			67,2	1		

* $p > 0,05$ no Teste Qui-Quadrado de Pearson/ n total crianças (6 a 24 meses) =295

**Razão de prevalência calculada por Regressão de Poisson ajustada pelas variáveis: renda familiar, situação de trabalho da mãe, realização do pré-natal, escolaridade da mãe e faixa etária da mãe

IC: intervalo de confiança de 95%

O consumo de ultraprocessados entre as crianças foi de 73,5% e 76,0%, em UBS não certificada na EAAB e UBS certificada na EAAB, respectivamente. Para as bebidas adoçadas os percentuais de consumo nos dois locais se aproximaram de 50%. Apesar disso, os resultados não mostraram associações com diferenças significantes nas UBS em todas as análises realizadas.

Tabela 5 - Prevalência e razão de prevalência (RP) ajustada do consumo de ultraprocessados, bebidas adoçadas e embutidos em crianças de 6 a 24 meses segundo tipo de Unidade Básica de Saúde (UBS) conforme certificação na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Distrito Federal, Brasil, 2018.

Tipo de UBS	Consumo de alimentos ultraprocessados			Consumo de bebidas adoçadas			Consumo de embutidos					
	RP	IC	Valor	RP	IC	Valor	RP	IC	Valor			
	% * ajustada**	(95%)	de p	% * ajustada**	(95%)	de p	% * ajustada**	(95%)	de p			
Sem												
EAAB (n=170)	73,5	1,04	0,84-1,29	0,685	47,6	0,98	0,80-1,19	0,878	5,9	0,99	0,83-1,18	0,947
Com												
EAAB (n=125)	76,0	1			46,4	1			4,8	1		

* $p > 0,05$ no Teste Qui-Quadrado de Pearson/ n total crianças (6 a 24 meses) =295

**Razão de prevalência calculada por Regressão de Poisson ajustada pelas variáveis: renda familiar, situação de trabalho da mãe, realização do pré-natal, escolaridade da mãe e faixa etária da mãe

IC: intervalo de confiança de 95%

Para todos os parâmetros analisados os resultados mostraram que a implantação da EAAB nas UBS certificadas não as diferenciou dos serviços que não tinham a certificação quanto aos indicadores de aleitamento materno e alimentação nas crianças acompanhadas.

Discussão

O cenário do Distrito Federal analisado neste estudo evidenciou comportamentos semelhantes quanto a alimentação infantil das crianças atendidas nos serviços sem e com a certificação da EAAB, contrariamente a hipótese de que havia diferenças nas prevalências de marcadores alimentares das crianças atendidas nas UBS sem e com a certificação. Outra pesquisa também avaliou programa semelhante a EAAB e não identificou diferenças nas práticas alimentares das crianças atendidas nos serviços com e sem o programa(20).

Apesar da alimentação infantil ser multideterminada por sofrer influência de diversos aspectos que estão interrelacionados ao comportamento alimentar das crianças como as características maternas e familiares, socioeconômicas, regionais e dos serviços de saúde(3,15,85–88). No tocante a EAAB, que apresenta dentre os seus objetivos contribuir para a melhoria das práticas de alimentação infantil, através da mudança nos processos de trabalho das equipes da APS, outros fatores podem estar também relacionados a alimentação das crianças acompanhadas nos serviços que possuem a certificação da EAAB.

Dificuldades relacionadas à adesão das equipes a proposta da EAAB, bem como as relacionadas a falta de apoio do gestor local para a atuação de tutores, de financiamento específico para a consecução da EAAB, problemas no uso de sistemas de monitoramento de indicadores de alimentação da criança e de uma coordenação local que monitore as ações desenvolvidas pelas equipes da APS, são alguns dos aspectos já relatados sobre os desafios para a implementação da EAAB e o efeito esperado nas práticas de alimentação infantil(22,70,82,89,90).

Alguns autores já descreveram a relação da implantação de estratégias como a EAAB e os indicadores de alimentação infantil, mostrando que serviços com a implantação mais consolidada da estratégia refletiram em melhores práticas de alimentação infantil nas crianças atendidas por esses serviços, especialmente nas de amamentação(73,74). Outros autores também identificaram que programas locais que propõem intervenções semelhantes a proposta da EAAB tem tido associação com melhores taxas de aleitamento materno(91). A respeito da própria EAAB estudo que avaliou seus efeitos na amamentação e na alimentação complementar das crianças identificou que os resultados dessas práticas foram melhores nas UBS com a EAAB(82).

Apesar deste estudo não ter identificado diferenças estatisticamente significantes entre os marcadores de consumo alimentar da criança e os tipos de UBS (sem e com a certificação da EAAB), cabe destacar que as prevalências relatadas mostram avanços na alimentação das crianças atendidas nessas UBS no Distrito Federal. O AME em menores de 6 meses apresentou prevalências acima de 50% em ambos os tipos de serviços (63,6% sem EAAB e 54,3% com EAAB), maior do que o encontrado em 2008 para o DF (41%) e em 2019 para a região centro-oeste (46,5%) e Brasil (45,8%)(14,41). No aleitamento continuado entre crianças de 6 a 24 meses também se observou prevalências maiores (70,0% sem EAAB e 64,8% com EAAB) do que as encontradas para a região centro-oeste (63,1%) e Brasil (60,3%) em 2019 em crianças menores de 2 anos(14).

Para o consumo de alimentos ricos em vitamina A, as prevalências foram superiores as encontradas no Brasil(38,6%) e na região Centro-Oeste (39%) no ano de 2019(13), com 61,2% nas UBS com a EAAB e 67,2% nas UBS sem a EAAB.

O consumo de ultraprocessados está presente de forma cada vez mais precoce na alimentação de crianças pequenas(13,92). No presente estudo, o consumo de ultraprocessados foi identificado em mais de 70% das crianças nos dois tipos de UBS (73,6% sem EAAB e 76% com EAAB). Outros autores já relataram percentuais semelhantes de 74,3% de consumo entre crianças menores de dois anos(93), assim como um consumo elevado em crianças com menos de um ano de idade(43,1%)(94). No Brasil, em 2019, o consumo foi relatado em 80,5% das crianças de 6 a 24 meses, sendo de 76,1% na região Centro-Oeste(13).

As bebidas adoçadas também tem sido inseridas na alimentação das crianças de forma precoce, contrariando a recomendação do Ministério da Saúde de não introdução do açúcar antes dos dois anos de vida(2). Neste estudo foi evidenciado que mais de 40% das crianças entre 6 e 24 meses nas UBS com e sem a certificação da EAAB, já haviam consumido alguma bebida adoçada, percentual maior que o encontrado no Brasil (24,5%) e na região Centro-Oeste (23,2%) em 2019. Outros autores também já relataram o consumo desses tipos de bebidas em crianças nessa faixa etária e em também em percentuais acima dos encontrados no Brasil (31,3% e 47%)(92,95).

Apesar dos achados não demonstrarem associação da implantação da EAAB com a melhoria dos indicadores de alimentação das crianças no Distrito Federal, ressalta-se que os indicadores encontrados nos dois tipos de serviços tinham resultados semelhantes o que pode sugerir que as ações e atividades para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável estejam sendo implementadas de forma equânime. De todo modo, existem propostas, como um Manual de Apoio ao tutor da EAAB, que visam melhorar a atuação desse profissional chave na EAAB e que podem fortalecer a continuidade das ações(72). A nível de gestão federal, já existem iniciativas que propõem incentivar gestores locais a implementar e monitorar os resultados que a EAAB promove, como a criação de projetos para o fortalecimento da EAAB a nível nacional e o repasse de recursos financeiros para cidades que já iniciaram a implantação da EAAB(96).

Considerações finais

A EAAB se mostra como uma potente estratégia para contribuir com a melhoria das práticas alimentares nas crianças brasileiras, porém os achados ainda não demonstram efetividade no alcance dos resultados almejados no DF.

Este estudo pode contribuir para sinalizar caminhos aos gestores do Distrito Federal na medida que elucida os aspectos críticos na alimentação das crianças do DF e que necessitam de imediata intervenção.

Apesar dos achados pode-se citar algumas limitações que devem ser abordadas em estudos posteriores para qualificar ainda mais as análises, como a ausência de dados coletados sobre a atuação do tutor da EAAB que poderiam mostrar aspectos relacionados ao papel desse profissional no acompanhamento da UBS após a certificação.

Referencias

1. BRASIL. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [Internet]. Ministério da Saúde do Brasil; 2019. 265 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
2. WHO. Infant and young child feeding : a tool for assessing national practices, policies and programmes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [citado 24 de agosto de 2021]. 140 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42794>
3. UNICEF. From the first hour of life:: making the case for improved infant and young child feeding everywhere. [Internet]. 2016 [citado 3 de abril de 2022]. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeeding-practices/>
4. BRASIL. Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde [Internet]. Ministério da Saúde do Brasil; 2015 [citado 21 de agosto de 2021]. 152 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf
5. BRASIL. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. [Internet]. 1920 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html
6. BRASIL. INSTRUTIVO PARA O PLANO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL [Internet]. Ministério da Saúde do Brasil; 2015 [citado 4 de agosto de 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/etapas_implantacao_eaab.pdf

7. BRASIL. Sistema de Gerenciamento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [Internet]. BRASIL; [citado 25 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/eaab/Relatorios/relatorios.php>
8. Bonini T do PL, Lino CM, Sousa M da LR de, Mota MJB de B. Implantação e efeitos da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil nas Unidades de Saúde de Piracicaba/SP. *Res Soc Dev.* 26 de outubro de 2021;10(14):e91101421528.
9. Machado PY, Baraldi NG, Silveira-Monteiro CA, Nery NG, Calheiros CAP, Freitas PS. Rede Amamenta Brasil e Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: impacto nos índices de aleitamento materno. *Res Soc Dev.* 12 de agosto de 2021;10(10):e339101018941.
10. Mariot MDM, Santo LC do E, Riegel F. Implementação da estratégia amamenta e alimenta Brasil: percepções dos tutores. *Rev Enferm UFPI.* 31 de maio de 2020;9(1):4.
11. Baldissera R, Issler RMS, Giugliani ERJ. Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 6 de abril de 2022];32(9). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000905001&lng=pt&tlng=pt
12. Passanha A, Benicio MHDa, Venancio SI, Reis MCG dos. Implantacao da Rede Amamenta Brasil e prevalencia de aleitamento materno exclusivo. *Rev Saúde Pública.* dezembro de 2013;47(6):1141–8.
13. Venancio SI, Giugliani ERJ, Silva OL de O, Stefanello J, Benicio MHD, Reis MCG dos, et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 11 de fevereiro de 2022];32(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300704&lng=pt&tlng=pt
14. Ministério da Saúde. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 201533. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf
15. Brandão DS, Venancio SI, Giugliani ERJ. Association between the Brazilian Breastfeeding Network implementation and breastfeeding indicators. *J Pediatr (Rio J).* março de 2015;91(2):143–51.
16. Silva LMP, Venâncio SI, Marchioni DML. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. *Rev Nutr.* dezembro de 2010;23(6):983–92.
17. Flores TR, Neves RG, Wendt A, Costa C dos S, Bertoldi AD, Nunes BP. Padrões de consumo alimentar em crianças menores de dois anos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva.* fevereiro de 2021;26(2):625–36.

18. Mendes SC, Lobo IKV, Sousa SQ de, Vianna RP de T. Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno. *Ciênc Saúde Coletiva*. maio de 2019;24(5):1821–9.
19. Giesta JM, Zoche E, Corrêa R da S, Bosa VL. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Ciênc Saúde Coletiva*. julho de 2019;24(7):2387–97.
20. Vítolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad Saúde Pública*. agosto de 2014;30(8):1695–707.
21. Relvas G. Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [Tese]. [São Paulo, Brasil]: Universidade de São Paulo; 2018.
22. MELO DS. Processo de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: uma análise do caminho de impacto do programa [Internet] [Dissertação]. [São Paulo, Brazil]: Universidade de São Paulo; 2020 [citado 20 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-02022021-170552/pt-br.php>
23. Pedraza DF. Estratégia Saúde da Família: contribuições das equipes de saúde no cuidado nutricional da criança. *Ciênc Saúde Coletiva*. maio de 2021;26(5):1767–80.
24. Cardoso LO, Vicente AST, Damião JJ, Rito RVVF. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. *J Pediatr (Rio J)*. 27 de março de 2008;84(2):147–53.
25. Brazil, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília, D.F.: Editora MS; 2009.
26. UFRJ. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos [Internet]. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2021 [citado 20 de setembro de 2021]. Disponível em: https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/11/Relatorio-4_ENANI-2019_Aleitamento-Materno.pdf
27. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019 [Internet]. Rio de Janeiro; 2021 p. 135. Report No.: 5. Disponível em: https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/12/Relatorio-5_ENANI-2019_Alimentacao-Infantil.pdf
28. Marinho LMF, Capelli J de CS, Rocha CMM da, Bouskela A, Carmo CN do, Freitas SEAP de, et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. março de 2016;21(3):977–86.

29. Lopes WC, Pinho L de, Caldeira AP, Lessa A do C. CONSUMPTION OF ULTRA-PROCESSED FOODS BY CHILDREN UNDER 24 MONTHS OF AGE AND ASSOCIATED FACTORS. *Rev Paul Pediatr.* 2020;38:e2018277.
30. Relvas GRB, Buccini G dos S, Venancio SI. Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil. *J Pediatr (Rio J).* setembro de 2019;95(5):584–92.
31. Sparrenberger K, Friedrich RR, Schiffner MD, Schuch I, Wagner MB. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. *J Pediatr (Rio J).* novembro de 2015;91(6):535–42.
32. Relvas GRB, Buccini GDS, Venancio SI. AVALIAÇÃO DO USO DE UM MANUAL DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DA “ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL”. *DEMETRA Aliment Nutr Saúde.* 7 de dezembro de 2019;14:e43322.
33. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS No 3.297, de 4 de dezembro de 2020. [Internet]. Portaria no 3.297 2020. Disponível em: http://eaab.uff.br/cms/phocadownload/Legislacao/PortariaGM_MS3297.pdf

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma alimentação infantil adequada proporciona uma série de benefícios para a saúde da criança e traz repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo(3). Iniciada ainda na primeira hora de vida com o aleitamento materno logo após o parto, seguida de um aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida e continuado com a introdução de alimentos saudáveis a partir dos seis meses, a alimentação infantil saudável caracteriza-se como um dos pilares cruciais para um bom desenvolvimento humano(1–3).

Políticas públicas voltadas para a alimentação das crianças são históricas e proporcionaram importantes avanços em indicadores estratégicos de saúde infantil, como a mortalidade infantil e o aleitamento materno exclusivo(11,26,37,38). Porém, ainda prevalecem desafios nessa temática e que tem repercutido na nutrição das crianças brasileiras, com o aumento do consumo de alimentos não saudáveis em detrimento do baixo consumo de alimentos saudáveis(13).

Programas voltados para a melhoria desse cenário não são tão recentes, no entanto apesar de exitosos em muitos aspectos, ainda tem seu monitoramento e avaliação deficientes ou inexistentes, mantendo gestores e criadores de políticas em um caminho obscuro sobre os reais efeitos que esses programas tem proporcionado à saúde das crianças.

A EAAB foi criada com uma finalidade direcionada para contribuir com a melhorias das práticas de alimentação das crianças brasileiras, porém com quase 10 anos de existência ela ainda permanece com grandes desafios e lacunas que precisam de atenção para que possa atingir seu objetivo. Nosso estudo pode elucidar alguns contextos que influenciam positiva e negativamente a implementação da EAAB, como a falta de priorização por gestores de UBS, a competição com outros programas e a ausência de financiamento específico para a implementação de suas ações.

As análises mostraram ainda que não há uma etapa que direcione o acompanhamento das UBS após a certificação e que existem inconsistências entre o que é preconizado para as UBS certificadas e o que está realmente implantado, refletindo em serviços certificados, mas com diferentes graus de implantação da EAAB.

A utilização de uma Matriz de Pontuação dos critérios da EAAB, construída por especialistas, permitiu fazer uma análise criteriosa do cumprimento dos critérios,

podendo contribuir para a implementação da EAAB, na medida que aponta fragilidades e necessidades de intervenção a nível de serviço de saúde e no apoio a atuação do profissional capacitado na EAAB.

Além disso, nosso estudo mostrou também que no grupo analisado, não há diferenças entre as prevalências de marcadores de alimentação infantil entre UBS com e sem a certificação da EAAB, o que traz dúvidas e até mesmo alertas sobre o trabalho que vem sendo desenvolvido nos serviços a partir das diretrizes da EAAB.

No entanto, cabe destacar algumas fragilidades deste estudo que não incluiu na coleta e análise de dados as UBS capacitadas, porém não certificadas, assim como a entrevista com o tutor das UBS certificadas.

Embora os achados não tenham mostrado os resultados esperados para a EAAB, puderam trazer à tona muitas informações que têm potencial de contribuir com o planejamento de novos direcionamentos para a EAAB e para outros programas voltados à temática da alimentação da criança.

7. REFERENCIAS

1. WHO. Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [citado 24 de agosto de 2021]. 140 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42794>
2. BRASIL. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [Internet]. Ministério da Saúde do Brasil; 2019. 265 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
3. UNICEF. From the first hour of life:: making the case for improved infant and young child feeding everywhere. [Internet]. 2016 [citado 3 de abril de 2022]. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeeding-practices/>
4. ROLLINS NC, BHANDARI N, HAJEEBHOY N, HORTON S, LUTTER CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*. janeiro de 2016;387(10017):491–504.
5. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. dezembro de 2015;104:30–7.
6. Horta BL, Victora CG, World Health Organization. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 9 de março de 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95585>
7. VICTORA CG, HORTA BL, DE MOLA CL, QUEVEDO L, PINHEIRO RT, GIGANTE DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. abril de 2015;3(4):e199–205.
8. FELDENS CA, GIUGLIANI ERJ, DUNCAN BB, DRACHLER M de L, VÍTOLO MR. Long-term effectiveness of a nutritional program in reducing early childhood caries: a randomized trial: A nutritional program to reduce childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 7 de abril de 2010;38(4):324–32.
9. BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação [Internet]. 1º ed. Brasil: Ministério da Saúde do Brasil; 2018 [citado 20 de abril de 2021]. 180 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o->

Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf

10. Brazil, organizador. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1ª edição, 1ª reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 83 p.
11. BRASIL. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno [Internet]. Brasília, Brazil: Ministério da Saúde do Brasil; 2017 [citado 24 de agosto de 2021]. 68 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf
12. BRASIL. Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde [Internet]. Ministério da Saúde do Brasil; 2015 [citado 21 de agosto de 2021]. 152 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf
13. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019 [Internet]. Rio de Janeiro; 2021 p. 135. Report No.: 5. Disponível em: https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/12/Relatorio-5_ENANI-2019_Alimentacao-Infantil.pdf
14. UFRJ. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos [Internet]. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2021 [citado 20 de setembro de 2021]. Disponível em: https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/11/Relatorio-4_ENANI-2019_Aleitamento-Materno.pdf
15. Vítolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad Saúde Pública*. agosto de 2014;30(8):1695–707.
16. VÍTOLO MR, BORTOLINI GA, CAMPAGNOLO PDB, HOFFMAN DJ. Maternal Dietary Counseling Reduces Consumption of Energy-Dense Foods among Infants: A Randomized Controlled Trial. *J Nutr Educ Behav*. março de 2012;44(2):140–7.
17. WHO. Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 20 de agosto de 2021]. 110 p. Disponível em: <file:///D:/Users/amanda.moura/Downloads/9789241550468-eng.pdf>
18. Chung M. Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 21 de outubro de 2008;149(8):565.

19. VENANCIO SI, MARTINS MCN, SANCHES MTC, ALMEIDA H de, RIOS GS, FRIAS PG de. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. *Cad Saúde Pública*. novembro de 2013;29(11):2261–74.
20. Brandão DS, Venancio SI, Giugliani ERJ. Association between the Brazilian Breastfeeding Network implementation and breastfeeding indicators. *J Pediatr (Rio J)*. março de 2015;91(2):143–51.
21. MARIOT MDM, SANTO LC do E, RIEGEL F. Implementation of the strategy breastfeeds and feeds Brazil: tutors' perceptions. *Rev Enferm UFPI*. 31 de maio de 2020;9(1):4.
22. MELO DS. Processo de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: uma análise do caminho de impacto do programa [Internet] [Dissertação]. [São Paulo, Brazil]: Universidade de São Paulo; 2020 [citado 20 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-02022021-170552/pt-br.php>
23. BRASIL. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. 2º ed. Brasil: Ministério da Saúde do Brasil; 2015 [citado 7 de março de 2021]. 184 p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
24. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. PORTARIA Nº 2.436 set 21, 2017.
25. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet]. 3º ed. Ministério da Saúde; 60 p. (B; vol. 7). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
26. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*. julho de 2003;362(9377):65–71.
27. Ministério da Saúde. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Critérios de Habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) [Internet]. Seq. Anexo X, Título III, Portaria de Consolidação nº2 set 28, 2017. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXTITIII
28. Silva OL de O, Rea MF, Venâncio SI, Buccini G dos S. The Baby-Friendly Hospital Initiative: increasing breastfeeding and decreasing infant mortality in Brazil. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. setembro de 2018;18(3):481–9.

29. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico [Internet]. 3º ed. Brasil: Ministério da Saúde; 2017. 340 p. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
30. Gustavo Aranda, Rea N. Mulher Trabalhadora que Amamenta [Internet]. Ministério da Saúde; 2015. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=xp4XMjBkCKY&t=12s>
31. Câmara dos Deputados. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências [Internet]. Seç. I, Decreto nº 9579 nov 22, 2018. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2018/decreto-9579-22-novembro-2018-787359-norma-pe.html>
32. BRASIL. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. [Internet]. 1920 2013. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html
33. Ministério da Saúde. Habilita Municípios e Distrito Federal ao recebimento do incentivo financeiro para implementação das ações do Programa Saúde na Escola no segundo ano do ciclo 2019/2020 e destina recursos financeiros para os municípios e Distrito Federal aderidos ao Programa Crescer Saudável que alcançaram as metas do Programa. [Internet]. PORTARIA Nº 2.141 ago 14, 2020. Disponível em:
<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.141-de-14-de-agosto-de-2020-272747285>
34. Ministério da Saúde. Define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola e ao Crescer Saudável para o ciclo 2021/2022, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. [Internet]. PORTARIA GM/MS Nº 1.320 jun 22, 2021. Disponível em:
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.320-de-22-de-junho-de-2021-327697233>
35. Ministério da Saúde. Institui a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil - Proteja [Internet]. PORTARIA GM/MS Nº 1.862 ago 10, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.862-de-10-de-agosto-de-2021-337532485>
36. Ministério da Saúde. PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas [Internet]. 1º ed. 2022. 39 p. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orienta_proteja.pdf

37. BORTOLINI GA, DE OLIVEIRA TFV, DA SILVA SA, SANTIN R da C, de Medeiros OL, SPANIOL AM, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 23 de abril de 2020;44:1.
38. Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saúde Pública*. dezembro de 2013;47(6):1205–8.
39. Boccolini CS, Boccolini P de MM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saúde Pública*. 27 de dezembro de 2017;51:108.
40. BORTOLINI GA, GUBERT MB, SANTOS LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad Saúde Pública*. setembro de 2012;28(9):1759–71.
41. Brazil, Departamento de Ações Estratégicas. II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília, D.F.: Editora MS; 2009.
42. Piwoz EG, Huffman SL. The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices. *Food Nutr Bull*. dezembro de 2015;36(4):373–86.
43. Silva KB da, Oliveira MIC de, Boccolini CS, Sally EDOF. Illegal commercial promotion of products competing with breastfeeding. *Rev Saúde Pública*. 27 de janeiro de 2020;54:10.
44. Lopes AG, Pereira AC, Fonseca EP da, Mialhe FL. Irregularidades sanitárias na promoção comercial em rótulos de produtos para lactentes e os riscos para a saúde. *Saúde Em Debate*. abril de 2017;41(113):539–52.
45. Guise J-M. The Effectiveness of Primary Care-Based Interventions to Promote Breastfeeding: Systematic Evidence Review and Meta-Analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med*. 1º de julho de 2003;1(2):70–8.
46. Alves J de S, Oliveira MIC de, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciênc Saúde Coletiva*. abril de 2018;23(4):1077–88.
47. Cheng LY, Wang X, Mo PK. The effect of home-based intervention with professional support on promoting breastfeeding: a systematic review. *Int J Public Health*. setembro de 2019;64(7):999–1014.
48. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, organizador. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 28 de fevereiro de 2017 [citado 3 de abril de 2022];2017(2). Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001141.pub5>

49. Gilmore B, McAuliffe E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*. dezembro de 2013;13(1):847.
50. Jolly K, Ingram L, Khan KS, Deeks JJ, Freemantle N, MacArthur C. Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing. *BMJ*. 25 de janeiro de 2012;344(jan25 4):d8287–d8287.
51. Almeida ISA de, Pugliesi Y, Rosado LEP. Estratégias de promoção e manutenção do aleitamento materno baseadas em evidência: revisão sistemática. *Femina*. 2015;97–103.
52. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. Em: *The Cochrane Collaboration, organizador. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [citado 4 de abril de 2022]. p. CD001141.pub3. Disponível em: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001141.pub3>*
53. Tadesse K, Zelenko O, Mulugeta A, Gallegos D. Effectiveness of breastfeeding interventions delivered to fathers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Matern Child Nutr*. outubro de 2018;14(4):e12612.
54. Mahesh PKB, Gunathunga MW, Arnold SM, Jayasinghe C, Pathirana S, Makarim MF, et al. Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. dezembro de 2018;18(1):1140.
55. Gavine A, MacGillivray S, Renfrew MJ, Siebelt L, Haggi H, McFadden A. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *Int Breastfeed J*. dezembro de 2016;12(1):6.
56. Bernaix LW, Beaman ML, Schmidt CA, Harris JK, Miller LM. Success of an Educational Intervention on Maternal/Newborn Nurses' Breastfeeding Knowledge and Attitudes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. novembro de 2010;39(6):658–66.
57. Beake S, Pellowe C, Dykes F, Schmied V, Bick D. A systematic review of structured versus non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive breastfeeding in acute and primary healthcare settings.: *JBI Database Syst Rev Implement Rep*. 2011;9(36):1471–508.
58. Ibanez G, de Reynal de Saint Michel C, Denantes M, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V, Magnier A-M. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women. *Fam Pract*. 1º de junho de 2012;29(3):245–54.

59. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* dezembro de 2015;104:114–34.
60. Arikpo D, Edet ES, Chibuzor MT, Odey F, Caldwell DM. Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group*, organizador. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 18 de maio de 2018 [citado 4 de abril de 2022];2018(5). Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011768.pub2>
61. Valle NJ, Santos IS dos, Gigante DP. Intervenções nutricionais e crescimento infantil em crianças de até dois anos de idade: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública.* dezembro de 2004;20(6):1458–67.
62. Redsell SA, Edmonds B, Swift JA, Siriwardena AN, Weng S, Nathan D, et al. Systematic review of randomised controlled trials of interventions that aim to reduce the risk, either directly or indirectly, of overweight and obesity in infancy and early childhood. *Matern Child Nutr.* janeiro de 2016;12(1):24–38.
63. Graziose MM, Downs SM, O'Brien Q, Fanzo J. Systematic review of the design, implementation and effectiveness of mass media and nutrition education interventions for infant and young child feeding. *Public Health Nutr.* fevereiro de 2018;21(2):273–87.
64. Spaniol AM, da Costa THM, Bortolini GA, Gubert MB. Breastfeeding reduces ultra-processed foods and sweetened beverages consumption among children under two years old. *BMC Public Health.* dezembro de 2020;20(1):330.
65. Skugarevsky O, Wade KH, Richmond RC, Martin RM, Tilling K, Patel R, et al. Effects of promoting longer-term and exclusive breastfeeding on childhood eating attitudes: a cluster-randomized trial. *Int J Epidemiol.* agosto de 2014;43(4):1263–71.
66. Soldateli B, Vigo A, Giugliani ERJ. Effect of Pattern and Duration of Breastfeeding on the Consumption of Fruits and Vegetables among Preschool Children. Tsuchiya KJ, organizador. *PLOS ONE.* 4 de fevereiro de 2016;11(2):e0148357.
67. Perrine CG, Galuska DA, Thompson FE, Scanlon KS. Breastfeeding Duration Is Associated With Child Diet at 6 Years. *Pediatrics.* 1º de setembro de 2014;134(Supplement_1):S50–5.
68. BRASIL. Sistema de Gerenciamento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [Internet]. BRASIL; [citado 25 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/eaab/Relatorios/relatorios.php>
69. Ministério da Saúde. Dados sobre a implementação da EAAB em Brasília e Monitoramento Parcial dos Indicadores da Portaria GM/MS Nº 3.297 de 04/12/2020

- [Internet]. Brasília, DF; 2021 [citado 5 de abril de 2022] p. 1. Disponível em: <http://eaab.uff.br/cms/index.php/indicadores>
70. Machado PY, Baraldi NG, Silveira-Monteiro CA, Nery NG, Calheiros CAP, Freitas PS. Rede Amamenta Brasil e Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: impacto nos índices de aleitamento materno. *Res Soc Dev.* 12 de agosto de 2021;10(10):e339101018941.
 71. BORTOLINI GA. Avaliação da Implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [Internet] [Trabalho de Conclusão de Curso]. [Brasília, DF]: Universidade de Brasília; 2017. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/17578/1/2017_GiseleAneBortolini_tcc.pdf
 72. Relvas GRB, Buccini GDS, Venancio SI. AVALIAÇÃO DO USO DE UM MANUAL DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DA “ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL”. *DEMETRA Aliment Nutr Saúde.* 7 de dezembro de 2019;14:e43322.
 73. Venancio SI, Giugliani ERJ, Silva OL de O, Stefanello J, Benicio MHD, Reis MCG dos, et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 11 de fevereiro de 2022];32(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300704&lng=pt&tlng=pt
 74. Passanha A, Benicio MHDa, Venancio SI, Reis MCG dos. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. *Rev Saúde Pública.* dezembro de 2013;47(6):1141–8.
 75. Baldissera R, Issler RMS, Giugliani ERJ. Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 6 de abril de 2022];32(9). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000905001&lng=pt&tlng=pt
 76. YIN RK. Estudo de caso. Porto Alegre: Bookman; 2003.
 77. HARTZ ZM de A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. [Internet]. 1997 [citado 9 de março de 2022]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zcf>
 78. BRASIL. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: relatório de pesquisa [Internet]. BRASIL: Ministério da Saúde do Brasil; 2013 [citado 20 de agosto de 2021]. 82 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/analise_implantacao_amamenta_brasil_relatorio.pdf

79. BRASIL. INSTRUTIVO PARA O PLANO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL [Internet]. Ministério da Saúde do Brasil; 2015 [citado 4 de agosto de 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/etapas_implantacao_eaab.pdf
80. MATUS C. Triângulo de Governo. Em: Política, planejamento e governo. 2º ed Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada -IPEA; 1993. p. 591.
81. MASSAROLI A, MARTINI JG, LINO MM, SPENASSATO D, MASSAROLI R. MÉTODO DELPHI COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO PARA A PESQUISA EM ENFERMAGEM. Texto Contexto - Enferm [Internet]. 8 de janeiro de 2018 [citado 24 de novembro de 2021];26(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400320&lng=pt&tlng=pt
82. Bonini T do PL, Lino CM, Sousa M da LR de, Mota MJB de B. Implantação e efeitos da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil nas Unidades de Saúde de Piracicaba/SP. Res Soc Dev. 26 de outubro de 2021;10(14):e91101421528.
83. Mariot MDM, Santo LC do E, Riegel F. Implementação da estratégia amamenta e alimenta Brasil: percepções dos tutores. Rev Enferm UFPI. 31 de maio de 2020;9(1):4.
84. Ministério da Saúde. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 201533. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf
85. Silva LMP, Venâncio SI, Marchioni DML. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. Rev Nutr. dezembro de 2010;23(6):983–92.
86. Flores TR, Neves RG, Wendt A, Costa C dos S, Bertoldi AD, Nunes BP. Padrões de consumo alimentar em crianças menores de dois anos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc Saúde Coletiva. fevereiro de 2021;26(2):625–36.
87. Mendes SC, Lobo IKV, Sousa SQ de, Vianna RP de T. Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno. Ciênc Saúde Coletiva. maio de 2019;24(5):1821–9.
88. Giesta JM, Zoche E, Corrêa R da S, Bosa VL. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. Ciênc Saúde Coletiva. julho de 2019;24(7):2387–97.
89. Relvas G. Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [Tese]. [São Paulo, Brasil]: Universidade de São Paulo; 2018.

90. Pedraza DF. Estratégia Saúde da Família: contribuições das equipes de saúde no cuidado nutricional da criança. *Ciênc Saúde Coletiva*. maio de 2021;26(5):1767–80.
91. Cardoso LO, Vicente AST, Damião JJ, Rito RVVF. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. *J Pediatr (Rio J)*. 27 de março de 2008;84(2):147–53.
92. Marinho LMF, Capelli J de CS, Rocha CMM da, Bouskela A, Carmo CN do, Freitas SEAP de, et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. março de 2016;21(3):977–86.
93. Lopes WC, Pinho L de, Caldeira AP, Lessa A do C. CONSUMPTION OF ULTRA-PROCESSED FOODS BY CHILDREN UNDER 24 MONTHS OF AGE AND ASSOCIATED FACTORS. *Rev Paul Pediatr*. 2020;38:e2018277.
94. Relvas GRB, Buccini G dos S, Venancio SI. Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. setembro de 2019;95(5):584–92.
95. Sparrenberger K, Friedrich RR, Schiffner MD, Schuch I, Wagner MB. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. *J Pediatr (Rio J)*. novembro de 2015;91(6):535–42.
96. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 3.297, de 4 de dezembro de 2020. [Internet]. Portaria n° 3.297 2020. Disponível em: http://eaab.uff.br/cms/phocadownload/Legislacao/PortariaGM_MS3297.pdf

APÊNDICE

APÊNDICE A - Questionário aplicado às mães

Número do questionário: _____

Data: ____/____/____

() Perda: _____

() Recusa:

1. Idade da mãe: _____ anos.

2. A mãe amamenta ou amamentou a criança: (01) Sim (02) Não

3. A criança apresenta algum problema de saúde: (01) Sim (02) Não (03) Não Sabe

Parte I

Caracterização da população de estudo

Dados da Unidade:

Nome da UBS: _____

Região Administrativa da UBS: _____

Regional de Saúde:	(01) Asa Norte	(08) Paranoá
	(02) Asa Sul	(09) Planaltina
	(03) Brazlândia	(10) Recanto das Emas
	(04) Ceilândia	(11) Samambaia
	(05) Gama	(12) Santa Maria
	(06) Guará	(13) São Sebastião
	(07) Núcleo Bandeirante	(14) Sobradinho
		(15) Taguatinga

Dados da mãe:

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos

Telefone para contato: Residencial: _____ - _____ Celular: _____ - _____

Endereço: _____

Se você tiver que classificar a sua corem branca, preta, parda, amarela ou indígena, como se classificaria?	(01) Branca	(05) Indígena
	(02) Preta	(99) Recusou-se a responder
	(03) Parda	(99) Não sabe
	(04) Amarela	

Escolaridade: Série/Ano: _____ Grau _____

Qual foi a última série/ano e grau que a senhora cursou com aprovação? (01) Sem escolaridade
(02) Ensino Fundamental: até _____ ano
(03) Ensino médio: até _____ ano
(04) Ensino superior: (05) Incompleto
(06) Completo

Trabalho: (01) Está trabalhando fora
No momento a senhora: (02) Não está trabalhando fora
(03) Está sob Licença Maternidade: (04): 4 meses
(05): 6 meses
(99) Não sabe

Se sim, está trabalhando: (01) De carteira assinada
(02) Sem carteira assinada

Se sim, está trabalhando: (01) Trabalho assalariado
(02) Trabalho não assalariado

Estado civil: (01) Casada (04) Viúva
(02) Solteira (05) União estável
(03) Divorciada (99) Não sabe

Quem é o chefe do domicílio? (01) Mulher (própria mãe) (03) Outra: _____
(02) Marido/Companheiro

Escolaridade do chefe do domicílio? (01) Sem escolaridade
(02) Ensino Fundamental: até _____ ano
(03) Ensino médio: até _____ ano
(04) Ensino superior: (05) Incompleto
(06) Completo

Participa de algum programa de governo? (01) Sim
(02) Não
(99) Não sabe

Se sim, qual programa de governo? (01) Programa Bolsa Família
(02) Cesta Básica de Alimentos
(03) Programa de Transferência de Alimentos
(04) Brasil Carinhoso
(05) Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
(06) Outros: _____
(99) Não participa de programas de governo.

Renda familiar: R\$: _____ (02) Entre 2 e 3 salários mínimos

(01) Até 1 salário mínimo	(03) Entre 3 e 4 salários mínimos
Entre 1 e 2 salários mínimos	Mais de 4 salários mínimos

Condições de moradia/domicílio:

Quantas pessoas moram no domicílio	n = _____ pessoas	
Quantas pessoas que residem no domicílio são crianças? (menores de 5 anos)	n = _____ crianças	
Quantos cômodos para dormir existem no domicílio?	n = _____ cômodos	
Quais as condições de moradia?	(01) Própria – já paga (02) Própria – ainda pagando	(03) Alugada (04) Cedida (05) Outra: _____
Forma de abastecimento de água utilizada para beber no domicílio:	(01) Rede geral (02) Poço ou nascente (03) Cisterna (04) Carro pipa	(05) Chafariz (06) Outra: _____ (99) Não sabe
No domicílio existe banheiro ou sanitário?	(01) Sim, privativo (02) Sim, coletivo	(03) Não tem (04) Outra
De que forma é feito o escoadouro do banheiro ou sanitário?	(01) Rede coletora de esgoto ou pluvial (02) Fossa séptica ligada à rede (03) Fossa séptica não ligada à rede (04) Fossa rudimentar (05) Vala aberta (06) Direto no rio/lago (07) Outro: _____	(99) Não sabe

Dados sobre o pré-natal, parto e puerpério

Realizou pré-natal?	(01) Sim	(02) Não
Se sim, fez o pré-natal nessa UBS?	(01) Sim	(02) Não
Quantas consultas de pré-natal fez?	(01) Mais de 6 (02) Menos de 6	(99) Não sabe

Com quantos meses de gravidez a mãe fez a primeira consulta?	_____ meses	(01) ≤ 12 semanas (1º Trimestre) (02) >12 semanas (2º e 3º Trimestre) (99) Não sei
Peso antes da gestação (autorreferido)	_____ kg	
Altura da mãe (autorreferido)	_____ m _____ cm	
Quantos quilos ganhou durante a gestação (autorreferido)	_____ kg	
Durante a gestação tinha o hábito de ingerir bebidas alcoólicas?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe	
Durante a gestação tinha o hábito de fumar?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe	
A gravidez desta criança foi de risco?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe	
A mãe adquiriu alguma doença durante a gestação?	(01) Hipertensão (02) Diabetes (99) Não sabe	
Foi internada por alguma complicação da gravidez?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe	
Qual foi o tipo de parto?	(01) Normal (02) Cesárea (99) Não sabe	
Esta criança é seu primeiro filho?	(03) Sim (04) Não (99) Não sabe	
Qual intervalo do parto anterior e o desta criança?	(01) Menos de 2 anos (02) De 2 a 5 anos (99) Não se aplica (em caso de primeiro filho)	

- Quanto tempo durou a gestação da criança _____semanas (01) Menos de 37 semanas
(idade gestacional ao nascer)? (02) 37 a 41 semanas
(03) 42 semanas ou mais
(99) Não sei
- Conversaram com você sobre amamentação (01) Sim (02) Não
durante o pré-natal?
- Em que momentos você conversou sobre (01) Em grupos
amamentação: (02) Durante as consultas
(pode ser marcada mais de uma opção) (03) Em visitas domiciliares
(04) Outros
- Quais orientações foram dadas sobre amamentação no pré-natal na UBS?
(pode ser marcada mais de uma opção)
- (01) Importância da amamentação exclusiva
(02) Importância do aleitamento materno para a mãe
(03) Importância do contato pele a pele imediatamente após o parto
(04) Importância do bom posicionamento e pega correta
(05) Alimentação guiada pelo bebê
(06) Saber reconhecer quando o bebê está recebendo leite suficiente
(07) Importância do alojamento conjunto
(08) Problemas com uso de bicos e chupetas
(09) Importância da ordenha da mama
(10) Duração do Aleitamento materno exclusivo
(11) Importância dos alimentos complementares após o 6º mês
(12) Riscos da alimentação artificial
- Após o nascimento do bebê, quando você (01) Na primeira semana
teve a primeira consulta ~~nesta~~ UBS? (02) No primeiro mês
(03) Depois de um mês
- Por que não veio antes à UBS? (01) Não precisou
(02) Não foi marcada consulta
(03) Não conseguiu marcar a consulta
- Recebeu alguma visita da equipe da UBS (01) Sim (02) Não
em sua casa?
- Quando recebeu a visita em sua casa? (01) Na primeira semana
(02) No primeiro mês
(03) Depois de um mês

A UBS agenda consultas para você e o bebê?	(01) Sim	(02) Não
Foi informada que poderia procurar a UBS para atendimento mesmo fora da data agendada?	(01) Sim	(02) Não
Você precisou alguma vez de atendimento fora da data agendada?	(01) Sim	(02) Não
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Foi atendida no mesmo dia? 	(01) Sim	(02) Não
Você teve ou está com algum problema na amamentação?	(01) Sim	(02) Não
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual? <p>(pode ser marcada mais de uma opção)</p>	(01) Pouco leite (02) Choro (03) Problemas nas mamas (04) Ganho insuficiente de peso (05) Outros: _____ (06) Não amamenta	
Recebeu ou está recebendo apoio da equipe da UBS para resolver o problema?	(01) Sim	(02) Não
Precisou ou precisa de encaminhamento para a resolução do problema?	(01) Sim	(02) Não
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Você foi atendida? ▪ Onde? 	(01) Sim (01) Ambulatório de especialidade (02) Banco de leite (03) Berçário (04) Maternidade (05) Outros	(02) Não
Você recebeu orientação/apoio da equipe da UBS sobre a alimentação complementar do seu filho(a)?	(01) Sim	(02) Não
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essa orientação foi dada: 	(99) Não se aplica (01) Em grupos (02) Durante as consultas (03) Em visitas domiciliares	
Você teve ou está com algum problema na alimentação complementar do seu filho(a)?	(01) Sim	(02) Não
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual? 	(01) Aceitação da alimentação complementar (02) Preparo das refeições	

- (pode ser marcada mais de uma opção)
- (03) Ganho insuficiente de peso
(05) Outros
- Está recebeu ou está recebendo apoio da equipe da UBS para resolver o problema? (01) Sim (02) Não
- Precisou ou precisa de encaminhamento para a resolução do problema? (01) Sim (02) Não
- Você foi atendida? (01) Sim (02) Não
 - Onde? (01) Ambulatório de especialidade
(02) Banco de leite
(03) Berçário
(04) Maternidade
(05) Outros

Dados da criança:

Nome da criança: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ meses

Sexo: (01) Masculino (02) Feminino

Se você tiver que classificar a cor do seu filho em branca, preta, parda, amarela ou indígena, como se classificaria? (01) Branca (05) Indígena
(02) Preta (99) Recusou-se a responder
(03) Parda
(04) Amarela (99) Não sabe

Onde a criança nasceu? (01) Em casa
(02) Casa de Parto
(03) Hospital/maternidade
(04) Outros (ambulância, UPA, posto de saúde, etc.)
(99) Não sabe

A criança mamou no peito na primeira hora de vida, logo após o parto (01) Sim
(02) Não
(99) Não sabe

Qual o peso desta criança ao nascer? Peso: _____kg

Qual comprimento da criança ao nascer? Comprimento: _____cm

A criança está recebendo suplemento de Ferro (sulfato ferroso)?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe/Não se aplica
A criança está recebendo suplemento de vitamina A?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe/Não se aplica
A criança usa mamadeira ou chuquinha?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
A criança usa chupeta?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
Se sim, com qual idade a criança começou a usar chupeta?	Idade: _____ meses
A criança foi internada por algum problema de saúde no último ano?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se sim, qual o motivo? 	(01) Febre (02) Diarreia (03) Problemas respiratórios (04) Parasitoses (05) Doenças preveníveis por imunização (06) Icterícia/Amarelão (07) Desnutrição (08) Outros: _____ (99) Não sabe
Por quanto tempo a criança foi amamentada no peito?	Até _____ meses (99) Não sabe (999) Não se aplica
Por quanto tempo a criança recebeu apenas leite materno?	Até _____ meses (99) Não sabe (999) Não se aplica
Qual o valor de Apgar no 5º minuto?	Valor: _____
A gestação foi de feto único?	(01) Sim

- (02) Não
(99) Não sabe
- A criança recebeu oxigênio no nascimento?
(01) Sim
(02) Não
(99) Não sabe
- A criança ficou em unidade de terapia intensiva (UTI) após o nascimento?
(01) Sim
(02) Não
(99) Não sabe
- A criança possui alguma doença que necessita de tratamento e/ou medicamento regular?
(01) Sim
(02) Não
(99) Não sabe
- A criança realizou alguma cirurgia de grande porte?
(01) Sim
(02) Não
(99) Não sabe
- A criança foi diagnosticada com atraso no desenvolvimento?
(01) Sim
(02) Não
(99) Não sabe

Parte II

Antropometria da criança

Peso:

Medida 1: _____ Kg

Medida 2: _____ Kg

Comprimento:

Medida 1: _____ cm

Medida 2: _____ cm

Consumo alimentar da criança

(A senhora pode me dizer quais alimentos a criança tomou ou comeu desde ontem de manhã até hoje de manhã? Eu vou falar o nome de cada alimento e a Sra. responde sim ou não.)

Tomou leite de peito?

(01) Sim

(02) Não

(99) Não sabe

▪ Se sim, quantas vezes?

(01) 1 vez

(02) 2 vezes

(06) 6 vezes

(07) 7 vezes

	(03) 3 vezes	(08) 8 vezes ou mais
	(04) 4 vezes	
	(05) 5 vezes	(99) Não sabe
Tomou água?	(01) Sim	
	(02) Não	
	(99) Não sabe	
Tomou chá?	(01) Sim	
	(02) Não	
	(99) Não sabe	
Tomou outro tipo de leite?	(01) Sim	
	(02) Não	
	(99) Não sabe	
▪ Se sim, quantas vezes?	(01) 1 vez	(06) 6 vezes
	(02) 2 vezes	(07) 7 vezes
	(03) 3 vezes	(08) 8 vezes ou mais
	(04) 4 vezes	
	(05) 5 vezes	(99) Não sabe
Tomou suco de fruta ou água de coco (natural)?	(01) Sim	
	(02) Não	
	(99) Não sabe	
Tomou suco industrializado? (em pó, de caixinha, em lata)	(01) Sim	
	(02) Não	
	(99) Não sabe	
Tomou refrigerante?	(01) Sim	
	(02) Não	
	(99) Não sabe	
Tomou café?	(01) Sim	
	(02) Não	
	(99) Não sabe	
Comeu algum alimento sólido ou pastoso?	(01) Sim	
	(02) Não	
	(99) Não sabe	
Comeu mingau com leite?	(01) Sim	
	(02) Não	
	(99) Não sabe	
Tomou alguma bebida láctea tipo iogurte?	(01) Sim	
	(02) Não	
	(99) Não sabe	

Comeu fruta inteira, em pedaços ou amassada?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
▪ Se sim, quantas vezes?	(01) 1 vez (02) 2 vezes (03) 3 vezes ou mais (99) Não sabe
Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
▪ Se sim, quantas vezes?	(01) 1 vez (02) 2 vezes (03) 3 vezes ou mais (99) Não sabe
▪ Se sim, essa comida foi oferecida?	(01) Em pedaços (02) Amassada (03) Passada na peneira (04) Liquidificada (05) Só o caldo (99) Não sabe
▪ Se sim, foi:	(01) Igual à da família (02) Preparada exclusivamente para a criança (03) Industrializada (99) Não sabe
Comeu fruta ou verdura de cor alaranjada ou folhas de cor verde escuro?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
Comeu algum tipo de carne (de boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outro) ou ovo?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
Comeu feijão ou lentilha?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
Comeu arroz, batata, inhame, aipim/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe

Comeu legumes, SEM contar batata/inhame/aipim?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
Comeu verduras de folha (alface, acelga, repolho)?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
Comeu salsicha, linguiça,hamburguer e/ou nuggets?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
Comeu macarrão instantâneo (tipomiojo)?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
Comeu ou tomou alimento adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
Comeu bala, pirulito ou outras guloseimas?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
Comeu bolacha/ biscoito salgado ou doce?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe
Comeu salgadinho de pacote?	(01) Sim (02) Não (99) Não sabe

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 13. Nos últimos três meses algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu, por falta de dinheiro? | (01) Sim
(02) Não
(99) Não sabe |
|---|---------------------------------------|
- | | |
|---|---------------------------------------|
| 14. Nos últimos três meses algum morador com menos de 18 anos de idade ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, por falta de dinheiro? | (01) Sim
(02) Não
(99) Não sabe |
|---|---------------------------------------|

APÊNDICE B - Questionário aplicado ao profissional de saúde

ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE

Data da entrevista: ___/___/_____

Entrevistador: _____

DADOS DO ENTREVISTADO:

Nome: _____

Nome da UBS: _____

Cargo/Função: _____

Formação: _____

Há quanto tempo trabalha na UBS? _____

Sobre o manejo clínico

Você participou de algum curso de aleitamento materno?

() SIM () NÃO

Que tipo de curso?

- () Manejo Clínico
() Aconselhamento
() Outros _____

Você participou de algum curso de alimentação complementar?

() SIM () NÃO

Que tipo de curso?

- () Manejo Clínico
() Aconselhamento
() Outros _____

Os profissionais de saúde dessa Unidade conversam com gestantes sobre aleitamento materno durante o pré-natal?

() SIM () NÃO

Quais orientações são dadas às GESTANTES em relação ao seu preparo para a amamentação?

*pode ser marcada mais de uma opção.

- Importância da amamentação exclusiva
- Importância do aleitamento materno para a mãe
- Importância do contato pele a pele imediatamente após o parto
- Importância do bom posicionamento e pega correta
- Alimentação guiada pelo bebê/livre demanda
- Saber reconhecer quando o bebê está recebendo leite suficiente
- Importância do alojamento conjunto
- Problemas com uso de bicos e chupetas
- Importância da ordenha da mama
- Duração do aleitamento materno exclusivo
- Importância dos alimentos complementares após o 6º mês
- Riscos da alimentação artificial
- Outros _____

Quais orientações são dadas às MÃES em relação a amamentação?

- Importância da amamentação exclusiva
- Importância do aleitamento materno para a mãe
- Importância do contato pele a pele imediatamente após o parto
- Importância do bom posicionamento e pega correta
- Alimentação guiada pelo bebê/livre demanda
- Saber reconhecer quando o bebê está recebendo leite suficiente
- Importância do alojamento conjunto
- Problemas com uso de bicos e chupetas
- Importância da ordenha da mama
- Duração do aleitamento materno exclusivo
- Importância dos alimentos complementares após o 6º mês
- Riscos da alimentação artificial
- Outros _____

Os profissionais de saúde dessa Unidade conversam com as MÃES/CUIDADORES sobre alimentação complementar ?

- SIM NÃO

Quais orientações são dadas as MÃES/CUIDADORES em relação a alimentação complementar?

*pode ser marcada mais de uma opção.

- Importância da introdução dos alimentos complementares apenas aos 6 meses
- Continuidade do aleitamento após os seis meses
- Grupos alimentares
- Horário
- Preparo de papinhas
- Consistência da alimentação
 - Oferecer vários alimentos ao dia
 - Consumo de frutas e verduras e legumes
 - Evitar alimentos como açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas.
- Cuidados com a higiene e preparo dos alimentos
- Estímulo da alimentação para a criança doente e convalescente

Os profissionais de saúde dessa Unidade observam os bebês mamando durante o atendimento?

- SIM NÃO

Que profissionais fazem essa observação no atendimento?

*pode ser marcada mais de uma opção.

- Médicos
- Enfermeiros
- Auxiliares de Enfermagem
- Agentes comunitários de saúde
- Outros _____

DADOS SOBRE OS CRITÉRIOS DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL:

A) DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES SISTEMÁTICAS INDIVIDUAIS OU COLETIVAS PARA A PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A equipe desenvolve ações para a promoção do aleitamento materno?

Sim Não

Onde são desenvolvidas essas ações?

*pode ser marcada mais de uma opção

Em consultas

Em grupos

Na sala de espera

Em atividades comunitárias

Outros. Especificar _____

Qual a periodicidade dessas ações?

Semanal

Quinzenal

Mensal

Semestral

Outra. Especificar _____

Quem é(são) o(s) responsável(eis) pela ação(ões)?

*Pode ser marcada mais de uma opção.

Médicos

Enfermeiros

Auxiliares de Enfermagem

Agentes comunitários de saúde

Outros _____

Todos os profissionais da equipe

A equipe desenvolve ações para a promoção da alimentação complementar saudável?

Sim Não

Onde são desenvolvidas essas ações?

Em consultas

Em grupos

Na sala de espera

Em atividades comunitárias

Outros. Especificar_____

Qual a periodicidade dessas ações?

Semanal

Quinzenal

Mensal

Semestral

Outra. Especificar_____

Quem é(são) o(s) responsável(eis) pela ação(ões)?

*Pode ser marcada mais de uma opção.

Médicos

Enfermeiros

Auxiliares de Enfermagem

Agentes comunitários de saúde

Outros_____

Todos os profissionais da equipe

B) MONITORAMENTO DOS INDICADORES (SISVAN WEB)

A equipe está realizando o monitoramento dos indicadores de ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR pelo SISVAN web ou outro sistema, por no mínimo três meses consecutivos?

SIM NÃO

C. INSTRUMENTO DE ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA

A equipe possui um instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar?

SIM NÃO

Que profissionais participaram do processo de construção desse instrumento?

- Médico
- Enfermeiros
- Auxiliares de Enfermagem
- Agentes comunitários de saúde
- Outros _____
- O instrumento não foi construído pela UBS

Na sua opinião, a construção desse instrumento contribuiu para a organização do atendimento às crianças e suas famílias?

- SIM
- NÃO

A equipe garante acesso ao atendimento sob demanda espontânea da dupla mãe-criança em amamentação com prioridade no atendimento?

- SIM
- NÃO

Como se dá esse atendimento?

- atendimentos individuais
- Coletivos
- Visitas domiciliares

Que profissionais são responsáveis por esse atendimento?

*pode ser marcada mais de uma opção

- Médicos
- Enfermeiros]
- Auxiliares de Enfermagem
- Agentes comunitários de saúde
- Outros _____

A equipe garante acesso ao atendimento sob demanda espontânea da dupla mãe-criança em alimentação complementar com prioridade no atendimento?

- SIM
- NÃO

Como se dá esse atendimento?

- atendimentos individuais
- Coletivos
- Visitas domiciliares

Que profissionais são responsáveis por esse atendimento?

*pode ser marcada mais de uma opção

- Médicos
- Enfermeiros]
- Auxiliares de Enfermagem
- Agentes comunitários de saúde
- Outros _____

A equipe garante acesso ao atendimento sob demanda programada da mulher e/ou da criança com problemas em amamentação?

- SIM
- NÃO

Como se dá esse atendimento?

- atendimentos individuais
- Coletivos
- Visitas domiciliares

Que profissionais são responsáveis por esse atendimento?

*pode ser marcada mais de uma opção

- Médicos
- Enfermeiros]
- Auxiliares de Enfermagem
- Agentes comunitários de saúde
- Outros _____

A equipe garante acesso ao atendimento sob demanda programada da criança com problemas em alimentação complementar?

- SIM
- NÃO

Como se dá esse atendimento?

- atendimentos individuais
- Coletivos
- Visitas domiciliares

Que profissionais são responsáveis por esse atendimento?

*pode ser marcada mais de uma opção

- Médicos
- Enfermeiros]
- Auxiliares de Enfermagem
- Agentes comunitários de saúde
- Outros_____

Há um fluxo de referência para demais níveis de atenção quando necessário?

- SIM
- NÃO

Quais são esses locais?

*pode ser marcada mais de uma opção.

- Ambulatório de especialidades
- Maternidade
- Berçário
- Banco de leite humano
- Outro. Especifique_____

A equipe participou de outras capacitações em aleitamento materno (Não considerar Oficina de Trabalho da EAAB)?

- SIM
- NÃO

A equipe participou de outras capacitações em alimentação complementar (Não considerar Oficina de Trabalho da EAAB)?

- SIM
- NÃO

D) CUMPRIMENTO DA NORMA BRASILEIRA DE COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA, BICOS, CHUPETAS E MAMADEIRAS (NBCAL) E A LEI Nº 11.265 DE 2006, E NÃO DISTRIBUIÇÃO DE "SUBSTITUTOS" DO LEITE MATERNO NA UBS

Você conhece a NBCAL e a Lei 11.265 de 3 de janeiro de 2006?

Sim Não

A equipe da UBS cumpre a NBCAL e a Lei 11.265 de 3 de janeiro de 2006?

Sim Não

Existe a distribuição de Fórmulas infantis ou leites na UBS?

Sim Não

Para quem é distribuído as Fórmulas infantis ou leites?

* Pode ser marcada mais de uma opção

crianças menores de 6 meses

crianças de 6 a 12 meses

crianças 6 a 24 meses

outra faixa etária. Especificar _____

Existe uma Lei, Portaria ou Decreto que determina a distribuição das Fórmulas infantis ou leites na UBS?

Sim Não

E) PARTICIPAÇÃO NA OFICINA DE TRABALHO DA EAAB (Não se aplica às UBS controle)

Você participou da Oficina de trabalho da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil?

SIM NÃO

F) PLANO DE AÇÃO

A UBS possui um Plano de Ação?

Sim Não

Você participou do processo de elaboração do Plano de Ação?

Sim Não

No Plano de Ação foi pactuada ação para a promoção do aleitamento materno?

SIM NÃO

Essa ação foi implantada?

SIM NÃO

No Plano de Ação foi pactuada ação para o a promoção da alimentação complementar saudável?

SIM NÃO

Essa ação foi implantada?

SIM NÃO

➔ Solicite o plano de ação

**APÊNDICE C - Questionário aplicado aos Gerentes das Unidades Básicas de
Saúde (UBS)**

ENTREVISTA COM GERENTE DE UBS

Data da entrevista: ___/___/_____

Entrevistador: _____

DADOS DO ENTREVISTADO:

Nome: _____

Cargo/Função: _____

Formação: _____

Há quanto tempo é gerente da UBS? _____

CARACTERIZAÇÃO DA UBS

LOCALIZAÇÃO:

Nome da UBS: _____

Endereço: _____

Área: () Urbana () Rural

Telefone: _____

TIPO DE UBS:

- () Tradicional (não possui a Estratégia Saúde da Família)
- () Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Quantas equipes de saúde da família possui?
- () Unidade Mista Quantas equipes de saúde da família possui?
- () Centro de Saúde
- () Outros. Especifique _____

A UBS recebe apoio de alguma equipe de NASF?

- () Sim Qual? _____ () Não

SITUAÇÃO NA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL:

- () Certificada na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Data da oficina: ___/___/_____ Data da certificação: ___/___/_____

- () Realizou oficina, mas ainda não é certificada. Data da oficina: ___/___/_____

- () Controle

DADOS SOBRE A EQUIPE:

Total de profissionais da equipe: _____

Coloque o número de profissionais por categoria:

- () Nutricionista
- () Dentista
- () Médico
- () Enfermeiro
- () Técnico de Higiene Bucal
- () Técnico ou Auxiliar de Enfermagem
- () Administrativo
- () Agente Comunitário de Saúde
- () Outros. Especifique _____

Total de profissionais que participaram da oficina de Trabalho da EAAB? (Não se aplica às UBS controle)

Os profissionais da UBS participaram de cursos em aleitamento materno? (não considerar nessa questão as oficinas da EAAB)

- () Sim, todos os profissionais que atendem mães e crianças.
- () Sim, a maioria dos profissionais que atendem mães e crianças.
- () Sim, alguns profissionais que atendem mães e crianças.
- () Não, nenhum.

18) Quais foram as capacitações? (conteúdo, carga horária, equipe que participou).

Os profissionais da UBS participaram de cursos em alimentação complementar? (não considerar nessa questão as oficinas da EAAB)

- () Sim, todos os profissionais que atendem mães e crianças.
- () Sim, a maioria dos profissionais que atendem mães e crianças.
- () Sim, alguns profissionais que atendem mães e crianças.
- () Não, nenhum.

DADOS SOBRE ATENDIMENTOS NA UBS:

I – Atendimento em Pediatria

Número médio de crianças menores de 1 ano atendidas por mês na UBS? _____

Que profissionais fazem o atendimento das crianças na Unidade?

* Pode ser marcada mais de uma opção

- () Enfermeiros

- Médicos de família
- Pediatras
- Outros (especificar) _____

A mãe/cuidador da criança recebe orientações sobre aleitamento?

- Sim, sempre. Sim, às vezes. Não.

Em que momento a mãe/cuidador recebem as orientações?

* Pode ser marcada mais de uma opção

- Em consultas
- Em grupos
- Na sala de espera
- Em atividades comunitárias
- Outros. Especificar _____

A mãe/cuidador da criança recebe orientações sobre alimentação complementar saudável?

- Sim, sempre. Sim, às vezes. Não.

Em que momento a mãe/cuidador recebem as orientações?

* Pode ser marcada mais de uma opção

- Em consultas
- Em grupos
- Na sala de espera
- Em atividades comunitárias
- Outros. Especificar _____

As crianças de 0 a 2 anos tem consultas agendadas rotineiramente?

- Sim Não

Quantas consultas são programadas no primeiro ano de vida?

Quantas consultas são programadas no segundo ano de vida?

É realizado atendimento pré-natal nessa unidade?

Sim Não

A gestante recebe orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal?

Sim, sempre.

Sim, na maioria das vezes.

Sim, às vezes.

Não

Em que momento as gestantes recebem as orientações?

* Pode ser marcada mais de uma opção

Em consultas

Em grupos

Na sala de espera

Em atividades comunitárias

Outros. Especificar _____

II – Atendimento Puérpera

O recém-nascido é atendido na primeira semana de vida?

Sim, sempre. Sim, às vezes. Não.

De que forma recebe esse atendimento?

* Pode ser marcada mais de uma opção

Em consultas

Em grupos

Na sala de espera

Em visita domiciliar

Outros. Especificar _____

Na primeira semana de vida do bebê as mães recebem orientações sobre amamentação?

Sim, sempre. Sim, às vezes. Não.

DADOS SOBRE OS CRITÉRIOS DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL

A) DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES SISTEMÁTICAS INDIVIDUAIS OU COLETIVAS
PARA A PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR

A UBS desenvolve ações para a promoção do aleitamento materno?

() Sim () Não

Onde são desenvolvidas essas ações?

() Em consultas

() Em grupos

() Na sala de espera

() Em atividades comunitárias

() Outros. Especificar_____

Qual a periodicidade dessas ações?

() Semanal

() Quinzenal

() Mensal

() Semestral

() Outra. Especificar_____

Quem é(são) o(s) responsável(eis) pela ação(ões)?

*Pode ser marcada mais de uma opção.

1.() Médicos

2. () Enfermeiros

3. () Auxiliares de Enfermagem

4. () Agentes comunitários de saúde

5. () Outros_____

6. () Todos os profissionais da equipe

A UBS desenvolve ações para a promoção da alimentação complementar saudável?

() Sim () Não

Onde são desenvolvidas essas ações?

() Em consultas

() Em grupos

() Na sala de espera

() Em atividades comunitárias

Outros. Especificar_____

Qual a periodicidade dessas ações?

Semanal

Quinzenal

Mensal

Semestral

Outra. Especificar_____

Quem é(são) o(s) responsável(eis) pela ação(ões)?

*Pode ser marcada mais de uma opção.

Médicos

Enfermeiros

Auxiliares de Enfermagem

Agentes comunitários de saúde

Outros_____

Todos os profissionais da equipe

B) MONITORAMENTO DOS INDICADORES (SISVAN WEB)

A UBS está realizando o monitoramento dos indicadores de ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR pelo SISVAN web ou outro sistema, por no mínimo três meses consecutivos?

SIM NÃO

→ Solicite os relatórios do monitoramento (Sisvan Web ou outros)

C. INSTRUMENTO DE ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA

A Unidade possui um instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno?

SIM NÃO

Que profissionais participaram do processo de construção desse instrumento?

- Médicos
- Enfermeiros
- Auxiliares de Enfermagem
- Agentes comunitários de saúde
- Outros _____
- O instrumento não foi construído pela UBS

A Unidade possui um instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados a alimentação complementar?

- SIM NÃO

Que profissionais participaram do processo de construção desse instrumento?

*pode ser marcada mais de uma opção.

- Médicos
- Enfermeiros
- Auxiliares de Enfermagem
- Agentes comunitários de saúde
- Outros _____
- O instrumento não foi construído pela UBS

Na sua opinião, a construção desse instrumento contribuiu para a organização do atendimento às crianças e suas famílias?

- SIM NÃO

A UBS garante acesso ao atendimento sob demanda espontânea da dupla mãe-criança em amamentação, com prioridade no atendimento?

- SIM NÃO

Como se dá esse atendimento

- atendimentos individuais
- Coletivos
- Visitas domiciliares

Que profissionais são responsáveis por esse atendimento?

*pode ser marcada mais de uma opção.

- Médicos
- Enfermeiros
- Auxiliares de Enfermagem
- Agentes comunitários de saúde
- Outros _____

A UBS garante acesso ao atendimento sob demanda espontânea da dupla mãe-criança em alimentação complementar, com prioridade no atendimento?

- SIM
- NÃO

Como se dá esse atendimento

- atendimentos individuais
- Coletivos
- Visitas domiciliares

Que profissionais são responsáveis por esse atendimento?

*pode ser marcada mais de uma opção.

- Médicos
- Enfermeiros
- Auxiliares de Enfermagem
- Agentes comunitários de saúde
- Outros _____

A UBS garante acesso ao atendimento sob demanda programada da dupla mãe-criança mulher que amamenta e /ou da criança com problemas em amamentação?

- SIM
- NÃO

Como se dá esse atendimento

- atendimentos individuais
- Coletivos
- Visitas domiciliares

Que profissionais são responsáveis por esse atendimento?

- Médicos

- Enfermeiros
- Auxiliares de Enfermagem
- Agentes comunitários de saúde
- Outros _____

A UBS garante acesso ao atendimento sob demanda programada da dupla mãe-criança com problemas em alimentação complementar?

- SIM
- NÃO

Como se dá esse atendimento

- atendimentos individuais
- Coletivos
- Visitas domiciliares

Que profissionais são responsáveis por esse atendimento?

*pode ser marcada mais de uma opção

- Médicos
- Enfermeiros
- Auxiliares de Enfermagem
- Agentes comunitários de saúde
- Outros _____

Há um fluxo de referência para demais níveis de atenção quando necessário?

- SIM
- NÃO

Quais são esses locais?

*pode ser marcada mais de uma opção.

- Ambulatório de especialidades
- Maternidade
- Berçário
- Banco de leite humano
- Outro. Especifique _____

➔ Solicite o instrumento, verifique se está disponível na Unidade. Não é necessário anexar cópia.

D) CUMPRIMENTO DA NORMA BRASILEIRA DE COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA, BICOS, CHUPETAS E MAMADEIRAS (NBCAL) E A LEI Nº 11.265 DE 2006, E NÃO DISTRIBUIÇÃO DE "SUBSTITUTOS" DO LEITE MATERNO NA UBS

Você conhece a NBCAL e Lei 11.265 de 3 de janeiro de 2006?

Sim Não

A UBS cumpre as normas estabelecidas pela NBCAL e Lei 11.265 de 3 de janeiro de 2006?

Sim Não

A UBS distribui Fórmulas infantis ou leites?

Sim Não

Para quem é distribuído as Fórmulas infantis ou leites?

* Pode ser marcada mais de uma opção

crianças menores de 6 meses

crianças de 6 a 12 meses

crianças 6 a 24 meses

outra faixa etária. Especificar_____

Existe uma Lei, Portaria ou Decreto que determina a distribuição das Fórmulas infantis ou leites na UBS?

Sim Não

➔ Se existir solicite a cópia da Lei, Portaria ou Decreto

E) PARTICIPAÇÃO NAS OFICINAS (Não se aplica às UBS controle)

Houve participação de no mínimo 85% dos profissionais da equipe na Oficina de trabalho da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil?

SIM NÃO

➔ Solicite a lista de presença para checagem

Houve dificuldades para o envolvimento dos profissionais na oficina de trabalho?

SIM NÃO

F) PLANO DE AÇÃO

A UBS possui um Plano de Ação?

Sim Não

Que profissionais participaram do processo de elaboração do Plano de Ação?

Médicos

Enfermeiros

Auxiliares de Enfermagem

Agentes comunitários de saúde

Outros _____

No Plano de Ação foi pactuada ação para a promoção do aleitamento materno?

SIM NÃO

Essa ação foi implantada?

SIM NÃO

No Plano de Ação foi pactuada ação para o a promoção da alimentação complementar saudável?

SIM NÃO

Essa ação foi implantada?

SIM NÃO

APÊNDICE D – Formulário de entrevista com o Coordenador(a) de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Distrito Federal

ENTREVISTA COM COORDENADOR(A) DE SAÚDE DA CRIANÇA/ALEITAMENTO DO DF

Data da entrevista: ___/___/_____

Entrevistador: _____

DADOS DO ENTREVISTADO:

Nome:

Cargo/Função:

Formação:

Há quanto tempo é Coordenador(a)?_

CARACTERIZAÇÃO DO DF

LOCALIZAÇÃO:

Você sabe qual abertura da Estratégia Saúde da Família no DF?

QUAIS SÃO OS TIPOS DE UBS EXISTENTES NO DF?

- Tradicional (não possui a Estratégia Saúde da Família)
- Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) – 172 UBS (100 tipo 1 e 72 tipo 2) 1 CERPIR (Centro de Práticas Integrativas). GESAP (102) gerencia de atenção primária.
- Unidade Mista
- Centro de Saúde
- Outros. Especifique Policlínicas na região central

Existem equipes de NASF?

- Sim Quantas?_ () Não

POLÍTICAS E AÇÕES DE PROMOÇÃO PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

1. Existe uma Política/legislação/normativa do DF para a promoção, proteção e apoio do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável? Se sim, qual?
2. Como é o financiamento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável no DF?
3. Como o DF vem trabalhando com a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável? Descrever ações, quem executa e para qual público.
4. Quais ações são desenvolvidas nas UBS em prol da amamentação e alimentação complementar saudável?

5. Existe um calendário de capacitação profissional em amamentação e alimentação complementar para os funcionários das UBS?
6. Há distribuição de leites e fórmulas infantis nas UBS do DF? Se sim, qual a Lei/protocolo que regulamenta essa distribuição?
7. Como é feito o monitoramento dos indicadores de alimentação infantil no DF? Relatar se por sistema ou outra forma.
8. Você possui dados locais de pesquisas de prevalência de práticas alimentares realizadas recentemente?

SITUAÇÃO NA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL:

1. Como a EAAB foi recebida pelo DF?
2. Além da área de Saúde da Criança, há uma articulação da EAAB com outras áreas? De que forma?
3. Como tem sido operacionalizada essa implantação da EAAB?
4. Quais os avanços e dificuldades que vocês têm tido na implantação da EAAB?
5. Como o DF tem feito o acompanhamento da implantação da EAAB?.
6. Como se dá a relação entre os tutores e a coordenação da EAAB?
7. Qual o papel do gerente de UBS na implantação da EAAB?
8. Quantas UBS/equipes são atualmente capacitadas na EAAB?
9. Quantas UBS/equipes são certificadas na EAAB?
10. Sugestões pra melhoria da EAAB?

Um olhar sobre a amamentação e
alimentação complementar no Distrito Federal

Manual de Trabalho de Campo



Elaboração:

**Amanda Souza Moura
Ana Maria Spaniol
Klébya Hellen Dantas de Oliveira**

Supervisão:

Muriel Bauermann Gubert

Brasília

2017

SUMÁRIO

O Projeto	05
Os objetivos do projeto	05
O que será coletado e aplicado	06
A equipe do Projeto	06
Quem somos?	06
Atribuições da Equipe	06
Comportamentos e atitudes durante a pesquisa	07
A Coleta dos Dados	09
FASE 1	09
Os participantes da pesquisa	09
Critérios de Inclusão e Exclusão	09
Os instrumentos de pesquisa	10
A Avaliação do Risco de Atraso de Desenvolvimento Infantil	10
A Avaliação do Consumo Alimentar	10
A Avaliação da Situação de Segurança Alimentar	10
Procedimentos prévios à coleta de dados	11
Passo 1: Preparação e organização dos materiais para coleta de dados na UBS	11
Passo 2: Aplicação do instrumento	12
Qual a ordem de aplicação e avaliação dos dados?	13
Recusa à pesquisa	13
Avaliação do Risco de Atraso de Desenvolvimento Infantil	13
Avaliação antropométrica das crianças	14
Aplicação do questionário	16
Avaliação do consumo alimentar pelo Recordatório 24 Horas (R24h)	18
Avaliação da Segurança Alimentar domiciliar	21
Problemas técnicos durante a coleta	22
Controle de qualidade	22
Passo 3: Procedimentos finais	22
Passo 3: Encerramento da coleta	24

FASE 2	25
O que será coletado e aplicado pelo pesquisador de campo	25
Apêndices	26
Tabela 1. Número de crianças selecionadas por Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal	26
Tabela 2. Número de crianças selecionadas por Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal para avaliação da implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)	27
Planilha de Acompanhamento	28
Registro Telefônico	29
Registro de Horas de Trabalho	30
Anexo	31
Manual de Avaliação do Desenvolvimento Infantil.....	31



O Projeto

Um olhar sobre a amamentação e alimentação complementar no Distrito Federal

O estudo “Um Olhar sobre a amamentação e alimentação complementar no Distrito Federal” visa obter uma avaliação detalhada do perfil de amamentação e alimentação complementar de crianças com até 24 meses de idade no Distrito Federal (DF), bem como investigar o risco de atraso no desenvolvimento infantil e a situação de segurança alimentar e nutricional domiciliar. Além disso, será avaliada a implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do DF. Os dados obtidos neste estudo contribuirão para subsidiar a análise e melhoria das ações e políticas de saúde do binômio mãe-filho.

Deste modo, sua participação na pesquisa é essencial! A coleta de dados realizada pelos entrevistadores é determinante para acurácia dos dados e por este motivo o manual de trabalho de campo foi desenvolvido! Neste manual apresentamos todos os passos necessários para realização da coleta dos dados, que devem ser seguidos com rigor por todos os entrevistadores! Os procedimentos padronizados aqui contidos devem ser incorporados e podem ser pesquisados em casos de dúvidas! Entretanto, se durante a coleta de dados surgir qualquer outra dúvida, os supervisores devem ser consultados!

Os Objetivos do Projeto

Fase 1:

- 1) Descrever as práticas de amamentação e alimentação complementar no Distrito Federal, entre crianças menores de dois anos; e
- 2) Investigar a relação entre a situação de (in) segurança alimentar domiciliar e o risco de atraso do desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos de idade no Distrito Federal.

Fase 2:

- 3) Avaliar a implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal.



Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

O que será coletado e aplicado

- ▶ Fatores socioeconômicos, demográficos, e características maternas, sobre o parto, puerpério e de saúde infantil. Todas estas questões estão alocadas online, num questionário desenvolvido no software SurveyMonkey e que será aplicado pelos entrevistadores às mães, por meio de celular ou tablet.
- ▶ Risco de atraso no desenvolvimento infantil: Teste de triagem de Desenvolvimento de DENVER II;
- ▶ Antropometria: peso da mãe, peso da mãe com a criança e comprimento infantil;
- ▶ Avaliação do consumo alimentar e aleitamento materno: Marcadores de consumo alimentar e Recordatório Alimentar de 24 horas;
- ▶ Situação de (In) Segurança Alimentar: Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).

A equipe do Projeto

Quem somos?

Esta pesquisa é coordenada pela Profa. Dra. Muriel Bauermann Gubert, do Departamento de Nutrição, da Universidade de Brasília. A supervisão do estudo será realizada pelas pesquisadoras Amanda Moura, Ana Maria Spaniol e Klébya Oliveira. Os entrevistadores serão alunos do curso de graduação ou pós-graduação em nutrição selecionados para compor a equipe de trabalho de campo.

Nossos contatos:

NOME	CONTATO
Muriel Bauermann Gubert	E-mail: murielgubert@gmail.com Telefone: (61) 98123-9710
Ana Maria Spaniol	E-mail: hani.spaniol@gmail.com Telefone: (61) 98128-5214
Klébya Hellen Dantas de Oliveira	E-mail: klebya_hellen@yahoo.com.br Telefone: (61) 99956-1535
Amanda Moura	E-mail: nutr.amanda@gmail.com Telefone: (61) 98229-9575

Atribuições da Equipe:

São atribuições dos supervisores:

- ▶ Realizar o treinamento dos pesquisadores de campo;
- ▶ Realizar a divisão das equipes de campo entre as UBS selecionadas para o estudo;
- ▶ Providenciar todo o material necessário para as atividades em campo;
- ▶ Supervisionar o trabalho dos entrevistadores;
- ▶ Providenciar reparos necessários nos instrumentos da pesquisa;
- ▶ Buscar soluções para problemas e/ou dificuldades;

- ▶ Orientar os entrevistadores em casos de dúvidas;
- ▶ Realizar o controle de qualidade da pesquisa;
- ▶ Realizar reuniões de acompanhamento;
- ▶ Realizar o contato com a UBS para participar da pesquisa;
- ▶ Comparecer às reuniões agendadas com a UBS e obter autorização para realização da pesquisa;
- ▶ Verificar os dias de atendimentos de Crescimento e Desenvolvimento na pediatria e funcionamento da sala de vacinação;
- ▶ Verificar a existência de sala de apoio para a coleta de dados; e
- ▶ Tentar reverter recusas de UBS.

São atribuições dos entrevistadores:

- ▶ Dedicar-se e cumprir as atividades da pesquisa, conforme cronograma proposto;
- ▶ Comunicar imediatamente à equipe coordenadora caso não seja possível cumprir o plano de trabalho, por qualquer motivo;
- ▶ Organizar os materiais para coleta de dados;
- ▶ Verificar e/ou organizar a sala de apoio da coleta de dados;
- ▶ Solicitar com antecedência a reposição de material de coleta, se necessário;
- ▶ Conferir as condições dos materiais e equipamentos, tanto no início quanto no final de cada dia de coleta de dados;
- ▶ Realizar a calibração da balança digital semanalmente, conforme orientações da equipe de supervisão;
- ▶ Zelar pela segurança e condições dos materiais e equipamentos utilizados na coleta dos dados;
- ▶ Estar presente na UBS 30 minutos antes do horário marcado para o início das consultas da pediatria;
- ▶ Realizar todos os procedimentos como orientado, assegurando a padronização da obtenção dos dados e qualidade dos achados;
- ▶ Preencher, nos dias de coleta de dados, a planilha de acompanhamento da coleta de dados, planilha de registro telefônico e planilha de registro de horas de trabalho;
- ▶ Realizar o segundo recordatório alimentar de 24h e informar as mães o resultado da avaliação do risco de atraso no desenvolvimento;
- ▶ Reunir-se com a equipe para comunicar o andamento do trabalho de campo e possíveis dificuldades enfrentadas; e
- ▶ Guardar em local indicado os termos de consentimento, folhas de recordatório alimentar de 24 hrs e a ficha do Teste de Triagem de Desenvolvimento de DENVER II preenchidos.

Comportamentos e atitudes durante a pesquisa:

- ▶ Realize todas as atividades conforme os métodos padronizados que foram ensinados;
- ▶ Use uma linguagem simples e adequada ao público alvo;
- ▶ Tenha um posicionamento sempre amigável;

- ▶ Esteja atento para que as perguntas sejam realizadas de maneira adequada, sem induzir qualquer resposta, e mantendo uma postura neutra diante destas;
- ▶ Seja pontual. Pontualidade é fundamental para o êxito das atividades;
- ▶ Tenha cuidado no manuseio, transporte e utilização dos materiais da pesquisa;
- ▶ Não fume, se alimente ou fale ao celular enquanto aplica os instrumentos da pesquisa;
- ▶ Use sempre vestimentas adequadas no momento da coleta de dados.

 Métodos

A coleta dos dados

Fase 1

Os participantes da pesquisa

A população de estudo corresponderá a crianças com até dois anos de idade acompanhadas pelas mães biológicas para consulta pediátrica ou vacinação em UBS no Distrito Federal.

Critérios de inclusão e de exclusão

Serão INCLUÍDAS na pesquisa:

- a) Crianças acompanhadas pela mãe no momento da coleta dos dados.
- b) Crianças com até dois anos de idade na data de realização da pesquisa.

Serão EXCLUÍDAS da pesquisa:

- a) Crianças que não puderem ter seu peso ou comprimento aferidos por patologia ou imobilizações;
- b) Crianças gemelares e nascimento múltiplo; e
- c) Crianças prematuras (nascidas com menos de 35 semanas de gestação).

Importante!

Estas perguntas que determinam a inclusão ou exclusão das crianças na pesquisa estão no início do questionário!

- ▶ Caso as crianças atendam aos critérios de inclusão e não apresentem nenhum critério para exclusão prossiga a pesquisa;
- ▶ Caso a criança atenda a algum dos critérios de exclusão descritos nos itens, agradeça a atenção e não prossiga a pesquisa. Explique que os instrumentos da pesquisa foram desenvolvidos apenas para crianças que cumpram os critérios iniciais.

Ao todo, 1086 crianças distribuídas em UBS do DF participarão da pesquisa de acordo as informações mostradas na Tabela 1 (**Apêndice A**). Para UBS que tem implantada a EAAB, a distribuição das crianças segue conforme os dados da Tabela 2 (**Apêndice B**).

 ATENÇÃO

A participação na pesquisa ocorre após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis!

Os instrumentos de pesquisa

O questionário de pesquisa está dividido em blocos que abordam os aspectos socioeconômicos e demográficos da mãe (como por exemplo, idade, escolaridade, acesso a bens básicos e a benefícios sociais), dados sobre a realização de pré-natal e condições do parto e puerpério e aspectos relacionados ao aleitamento materno e à alimentação complementar, além de dados antropométricos das crianças para classificação do estado nutricional, do risco de atraso do desenvolvimento infantil e da situação de (in) segurança alimentar domiciliar.

Com exceção da aplicação do Recordatório alimentar de 24 horas e o Teste de Triagem do Desenvolvimento Infantil, que deveram ser respondidos nas fichas impressas correspondentes, os demais dados serão respondidos no questionário online que está alocado na ferramenta SurveyMonkey, acessado por meio de aparelhos móveis, como tablets e celulares.



----- (PARA CONHECER MAIS) -----

A AVALIAÇÃO DO RISCO DE ATRASO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL será realizada por meio do Teste de Triagem de Desenvolvimento de DENVER II. Todas as instruções para a realização do teste estão contidas no **Anexo A**.

Para crianças de até dois anos de idade, o DENVER II apresenta 88 tarefas ou itens que são organizados em quatro setores de triagem: Pessoal-social (19 questões); Motor fino-adaptativo (20 questões); Linguagem (26 questões); e Motor grosso (23 questões). Além destes itens ou tarefas, o teste comportamental deve ser completado ao final da administração de DENVER II. Este ajuda a avaliar subjetivamente o comportamento global da criança e obtém, de modo grosseiro, como a criança usa suas habilidades.

⚠ ATENÇÃO

Lembre-se que a ficha do Teste de Triagem de Desenvolvimento de DENVER II deve ser levada impressa para a coleta dos dados!

A AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR (amamentação e alimentação complementar) das crianças será feita a partir de dois instrumentos:

- 1) **Marcadores de consumo alimentar:** são perguntas objetivas, incluídas no questionário online e que irão avaliar a prevalência de: aleitamento materno exclusivo; aleitamento materno continuado; introdução de alimentos; diversidade alimentar mínima; frequência mínima e consistência adequada; consumo de alimentos ricos em ferro; consumo de alimentos ricos em vitamina A; consumo de alimentos ultraprocessados (hambúrguer e/ou embutidos; bebidas adoçadas; macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; e biscoito recheado, doces ou guloseimas).
- 2) **Recordatório alimentar de 24 horas:** serão aplicados em 2 momentos diferentes em dias não consecutivos – um presencialmente e outro com intervalo mínimo de dois dias da data

de realização da pesquisa, realizado por telefone. Serão coletadas informações sobre todos os alimentos e preparações consumidas nas últimas 24 horas que antecedem à pesquisa e serão utilizadas medidas caseiras comuns de modo a auxiliar às mães acerca da quantidade de alimentos dada às crianças (de acordo Registro fotográfico para inquéritos alimentares com pré-escolares).

ATENÇÃO

Lembre-se que a ficha do Recordatório alimentar de 24 horas deve ser levada impressa para a coleta dos dados junto ao Registro fotográfico para inquéritos alimentares com pré-escolares!

Importante!

As questões relacionadas ao consumo alimentar, isto é, sobre aleitamento materno e alimentação complementar, são referentes ao dia anterior à pesquisa, com o objetivo de minimizar possíveis vieses de memória.

Por fim, a AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR será realizada pela Escala Brasileira de Segurança Alimentar (EBIA), que deverá ser aplicada às mães durante o preenchimento do questionário, de modo a identificar condições de segurança alimentar ou insegurança alimentar em seus diferentes níveis, no domicílio.

Importante!

As questões relacionadas à Segurança Alimentar medida pela EBIA são referentes aos 3 últimos meses em relação à data de realização da coleta.

Procedimentos prévios à coleta de dados

Passo 1: Preparação e organização dos materiais para coleta de dados na UBS.

Lista de materiais para realização da coleta de dados:



- ▶ Equipamentos para antropometria: balança digital e infantômetro;
- ▶ Celular ou tablet com bateria e acesso à internet:
 - Aplicativo Diferença entre Datas (Tanaka, v.02) para aparelhos com sistema operacional android e Calculadora de idade (Casa da Árvore) para aparelhos com sistema operacional iOS; e
 - Link de acesso ao questionário online.
- ▶ Kit para realização do Teste de Triagem de Desenvolvimento de DENVER II; e
- ▶ Caneta e/ou lápis, régua e apontador.



- Material impresso:
 - ▶ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
 - ▶ Cópia do documento de aprovação da Secretaria de Saúde do DF;
 - ▶ Cópia do documento de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Brasília (UnB);
 - ▶ Cópia do documento de aprovação do Comitê de ética e Pesquisa da Fepecs;
 - ▶ Manual de coleta de campo;
 - ▶ Recordatório alimentar de 24 horas;
 - ▶ Registro fotográfico para inquéritos alimentares com pré escolares;
 - ▶ Ficha do Teste de Triagem de Desenvolvimento de DENVER II; e
 - ▶ Além disso, por precaução, é importante levar questionários impressos para caso ocorra problemas com aparelhos móveis e de conectividade.

Importante!

- ✓ Para baixar o aplicativo de diferença entre datas (TANAKA, v.02) ou Calculadora de idade (Casa da Árvore) vá até a sua PlayStore/AppStore no celular, pesquise por “Diferenças entre Datas” ou “calculo idade”, respectivamente, e instale a versão gratuita do aplicativo!
- ✓ Para facilitar o acesso ao questionário do seu celular/tablet: acesse o link do questionário no seu aparelho e salve como atalho na área da tela inicial.

⚠ ATENÇÃO

Verificar a tabela as informações da UBS e checar o número de crianças por faixa etária! Além disso, iniciar o preenchimento da planilha de acompanhamento (**Apêndice C**), disponível no no Google Drive pelo link: <https://goo.gl/R7np5W>

Passo 2: Aplicação do instrumento.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS):

- Procure pessoa de referência na UBS e prepare a sala de apoio para realização da pesquisa;
- Verifique a possibilidade de indicação do pediatra para participação dos usuários na pesquisa; e
- Verifique novamente os instrumentos e equipamentos da pesquisa.

Importante!

Ao chegar na UBS converse com a pessoa de referência e/ou pediatra para identificar qual a melhor ordem de coletar os dados de acordo a fila de espera para consulta de crescimento e desenvolvimento. Isso vai ajudar a otimizar a coleta e evitar recusas por partes das mães!

Abordando a mãe:

- Identifique-se! Seja educado e apresente a pesquisa;
- Adeque sua linguagem para falar com as mães. Nem sempre o que é claro para nós é de fácil entendimento para os demais;
- Convide para participação destacando a importância da pesquisa;
- Apresente o TCLE e destaque que a participação é voluntária e todos os dados são sigilosos. Peça para a mãe assinar o TCLE caso ela aceite participar da pesquisa;
- Inicie a coleta dos dados.

Qual a ordem de aplicação e avaliação dos dados?

1. Inicie o questionário para obter as informações iniciais de coleta ou recusa;
2. Avaliação do Risco de Atraso de Desenvolvimento Infantil;
3. Avaliação antropométrica da criança;
4. Retome a aplicação do questionário no Survey Monkey, até a avaliação dos marcadores de consumo alimentar;
5. Avaliação do consumo alimentar pelo Recordatório alimentar de 24 Horas; e
6. Avaliação da (in) segurança alimentar e nutricional pela EBIA, no Survey Monkey.

----- (PARA ENTENDER MELHOR) -----

1) Recusa à pesquisa:

A mãe poderá se recusar a participar da pesquisa. Caso isto aconteça, ao preencher inicialmente o questionário assinale recusa. Agradeça a mãe pela atenção e peça para responder apenas cinco perguntas relativas a caracterização da amostra. Caso a mãe aceite responder as questões, após preencher as perguntas da recusa finalize o questionário. Do contrário, (a mãe pode se recusar a responder estas cinco questões), assinale apenas recusa e finalize o questionário.

2) Avaliação do Risco de Atraso de Desenvolvimento Infantil:

A avaliação do risco de atraso do desenvolvimento infantil deve ser realizada conforme instruções no anexo A.

LEMBRE-SE:

- a) Informações gerais como o nome da criança, data de nascimento, e data do teste devem ser registrados no formulário, ao iniciar do teste;
- b) Use o cálculo exato de idade para desenhar a linha de idade, sem arredondar dias, semanas ou meses – para isso você irá utilizar o aplicativo de Diferença entre Datas ou Calculadora de Idade, como mencionado anteriormente;
- c) Comece o teste com itens que caem completamente à esquerda da linha de idade da criança;
- d) Se a criança é incapaz de executar qualquer item (falha, recusa, não teve oportunidade), administrar itens adicionais à esquerda no setor apropriado até que a criança passe três itens consecutivos;

- e) A criança pode ser dada até três tentativas para executar cada item, quando apropriado, antes de marcar uma falha;
- f) Apenas materiais usados para um item específico devem ser colocados na mesa para evitar distrações;
- g) Quando marcar um item por relato da mãe é útil circular o "R" na distribuição da barra do formulário para distinguir o comportamento relatado e o comportamento observado;
- h) A criança deve ser elogiada por seus esforços, mesmo que ela falhe na execução das tarefas;
- i) Certifique-se que você aplicou/realizou todos os itens necessários com a criança;
- j) Ao final, pergunte ao cuidador se o desempenho da criança era típico de sua habilidade e comportamento em outras ocasiões.

 **ATENÇÃO**

A idade da criança é computada subtraindo a data de nascimento da data do teste. Para o cálculo, utilizar o aplicativo de Diferença entre Datas (TANAKA, v.02) ou Calculadora de Idade (Casa da Árvore). No aplicativo Diferença entre Datas, a data inicial corresponde a data de nascimento, e a data final refere-se ao dia que a coleta está sendo realizada! Confira sempre com a mãe se a data calculada corresponde a idade da criança.

Importante!

É essencial explicar que o DENVER II é administrado para determinar o status do desenvolvimento atual da criança, que não é um teste de QI e que não é esperado que a criança passe em todos os itens administrados.

FIQUE ATENTO:

- Se sentir que a criança não está habituada com o ambiente ou com você (examinador), tente fazer com que ela se sinta confortável brincando ou conversando com ela.
- É essencial que as anotações no formulário do teste sejam legíveis e entendíveis. Ao assinalar P, F, R ou NO é preciso que estas letras possam ser facilmente diferenciadas;

ALÉM DISSO:

Preencha o Checklist de auto-administração – DENVER II, assim que finalizar a aplicação do teste, com as 10 primeiras crianças avaliadas.

3) Avaliação antropométrica das crianças:

- Peça sempre auxílio da mãe.
- Siga as instruções com rigor de modo que o dado coletado seja fidedigno.

Importante!

Os dados antropométricos, isto é, as medidas de peso e comprimento, serão feitos em duplicata.

Aferição do peso:

- a) Solicite que a mãe retire os calçados e qualquer outra peça extra do vestuário (bolsas, casacos, etc.), além de celular, chaves, e qualquer outro item que possa interferir no peso;
- b) A balança deve estar ligada antes do indivíduo ser colocado sobre ela. Espere que a balança chegue ao zero;
- c) Peça para a mãe subir na balança sozinha, no centro do equipamento com os pés juntos;
- d) Realize a leitura após o valor do peso estar fixado no visor e anote o valor no questionário;
- e) Repita novamente o procedimento, para obtenção da segunda medida;
- f) Dispa a criança com o auxílio da mãe/responsável;
- g) Ligue a balança, espere que a balança chegue ao zero, e peça a mãe para subir na balança, no centro do equipamento com os pés juntos, segurando a criança no colo;
- h) Realize a leitura após o valor do peso estar fixado no visor, e anotar o valor no questionário; e
- i) Repita novamente o procedimento, para obtenção da segunda medida.

OBSERVAÇÕES:

- A balança deve estar em um local de superfície plana e nivelada;
- Peça que a mãe se posicione no centro do equipamento com os pés juntos, o corpo ereto, com o peso distribuído igualmente sobre os dois pés, procurando ficar imóvel, cabeça na posição anatômica e de costas para o visor;
- As medidas devem ser feitas com os participantes vestindo o mínimo de vestimentas;
- Caso a mãe não queira tirar o calçado ou o vestuário da criança, anote no questionário.

ATENÇÃO

Caso verifique que a balança não está funcionando corretamente, comunique imediatamente aos supervisores!

Importante!

A calibração das balanças devem ser realizadas semanalmente! Para tanto, utilize 2 Kg de alimento e verifique se a balança demonstra o valor do peso com precisão!

Aferição do comprimento:

- a) Deitar a criança no centro do infantômetro, descalça, sem fraldas e roupas, e com a cabeça livre de adereços;
- b) Manter, com a ajuda da mãe a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento com o pescoço reto e o queixo afastado do peito; os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do infantômetro; os braços estendidos ao longo do corpo; as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o infantômetro;



Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

- c) Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos.
Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;
- d) Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada e anotar no questionário;
- e) Repetir novamente todo o processo para obtenção da segunda medida.

Importante!

No momento da aferição das medidas antropométricas é necessário verificar se as duas medidas apresentam uma diferença significativa. Isto é, se a diferença entre a primeira e segunda medida de peso foi igual ou maior de 0,1 kg, é necessário refazer as medidas. No caso do comprimento, se a diferença entre a primeira e segunda medida foi igual ou maior que 0,7 cm é necessário refazer as medidas. Além disso, caso necessário assinale as particularidades ou observações referentes a obtenção destas medidas no questionário.

4) Aplicação do questionário

Para aplicação do questionário algumas orientações devem ser observadas:

- Realize todas as perguntas conforme constam no questionário, sem sugerir uma resposta;
- Evite expressões como: “também”, “né”, etc.;
- Assinale sempre a resposta indicada pela mãe;
- Não faça julgamentos a respeito da resposta da mãe;
- Caso a pergunta não tenha ficado clara para a mãe, repita a pergunta (às vezes, o barulho da UBS pode interferir na audição das questões);
- Cada pergunta do questionário tem, de maneira geral, apenas uma opção de resposta. Entretanto existem questões que possibilitam assinalar mais de uma opção;
- Nos blocos referente as informações do consumo alimentar e situação de (in) segurança Alimentar deve-se lê a orientação no início de cada bloco para realização das perguntas;
- É possível que a mãe não queira responder alguma questão. Tente deixá-la confortável (Na questão da renda, pergunte por exemplo: “qual a média da renda”, caso isso ocorra);
- Algumas questões são mais delicadas (como situação financeira e avaliação da situação de (In) Segurança Alimentar). Assim, adeque seu tom de voz para que a mãe não se sinta constrangida;
- Mantenha certo espaço entre você (entrevistador) e a mãe durante a aplicação do questionário. Isto pode evitar ansiedade da parte da mãe, e que ela queira ver todas as perguntas diretamente no aparelho de aplicação do questionário;
- As questões devem ser respondidas na ordem em que estão apresentadas, entretanto, é possível avançar e retroceder no questionário até sua finalização sem perder os dados já salvos;
- Alguns filtros foram criados para facilitar a aplicação do questionário. Por exemplo, no bloco sobre as informações do consumo alimentar da criança, ao perguntar se a criança tomou leite

de peito, se a mãe responder que sim, irá surgir a pergunta de quantas vezes; caso a resposta seja negativa, esta segunda opção não aparece;

- A análise crítica foi aplicada no questionário. Por exemplo, quando a resposta pedir números e forem digitadas letras ou números fora do padrão, uma mensagem de erro aparecerá no questionário.

FIQUE ATENTO:

- O questionário inicia-se com questões de identificação pessoal e da coleta e da UBS. Estas questões devem ser assinaladas antes de entrar em contato com a mãe para reduzir tempo de aplicação com a mãe;
- Sugere-se realizar as questões conforme vão sendo apresentadas. Mas se por algum motivo o DENVER II e antropometria não puderem ser realizadas inicialmente, continue o questionário e retorne a estas questões antes de aplicar a EBIA. A EBIA deve SEMPRE ser o último bloco preenchido!
- Nas perguntas que solicitam datas, todos os números devem ser digitados. **Por exemplo:** Em “Data de nascimento” digite: 01/03/2016 e não: ~~1/3/89~~;
- Perguntas com asteriscos (*) devem ser obrigatoriamente respondidas;
- Questões que pedem dados números devem ser respondidas apenas com números, as unidades ou informações que os números representam estão contidas na própria pergunta! **Por exemplo:** Na questão “Qual a idade (em meses) da criança?” Se a mãe responder 1 ano, digite apenas o número 12;
Além disso, use sempre ponto (.) quando necessário e não ~~vírgula (,)~~;
É possível que algumas para questões que pedem números a respostas seja não se aplica, e neste caso o número 99 deve ser digitado. **Por exemplo,** na questão “A criança foi amamentada até quantos meses?” responda com número oito (8) se a criança foi amamentada até 8 meses ou com noventa e nove (99) para “Não se aplica”;
Quando necessário escrever as respostas, use sempre caixa alta. **Por exemplo:** 3 ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL e não ~~3 Ano ensino Fundamental~~;
- Nas questões que solicitam o nome dos participantes, digite os nomes por completo. **Por exemplo:** Na questão “Qual é o nome da criança?” digite: MARIA ALICE VASCONCELOS e não ~~MARIA~~ ou ~~MARIA ALICE~~ ou ~~MARIA VASCONCELOS~~;
- Nas questões sobre escolaridade digite todas as informações. **Por exemplo:** Na questão “Qual foi a última série/ano e grau que a senhora cursou com aprovação?”, responda: 3 ANO DO ENSINO MÉDIO ou NÃO ALFABETIZADO ou ENSINO SUPERIOR COMPLETO, e não ~~3 ANO~~ ou ~~NÃO~~ ou ~~ensino superior~~;
- Na questão “Qual seu telefone para contato?” digite os números com ddd. **Por exemplo:** Digite 61991561535 e não ~~91561535~~;
- Na questão “Qual a Renda da Família (considerando todos que moram na casa, exceto empregados se houver)?” digite: 2990.00 ou 2990 e não ~~2.990~~ ou ~~2.990.00~~, para dois mil e novecentos e noventa reais;
- Algumas questões indicam que os dados devem ser observados na caderneta de saúde da criança, estas informações não podem ser obtidas por relato.

5) Avaliação do consumo alimentar pelo Recordatório 24 Horas (R24h):

- Lembre-se que as informações são referentes ao dia anterior (isto é, desde o momento em que a criança acordou até a hora que foi dormir, incluindo alimentos consumidos na madrugada). Assim, mesmo se o recordatório for aplicado no período da tarde, você deve perguntar sobre a alimentação do dia anterior, desde o momento que a criança acordou.

Como perguntar: Precisamos de TODOS os detalhes!

- Qual foi o primeiro alimento que seu filho (a) comeu quando acordou?
 - ▶ Que horas foi essa refeição?
 - ▶ Como foi preparada?
 - ▶ O que usou para fazer essa refeição, pode me contar? Por exemplo, se a criança comeu feijão, qual foi tipo de feijão (preto, marrom, etc.). Se a criança comeu carne, a carne foi assada, frita cozida, etc? Foi oferecida moída, em pedaços, etc.
- Qual a quantidade servida para seu filho?
- Do que foi oferecido/servido, quanto ele (a) comeu?
- Se a criança mamou:
 - ▶ Quanto tempo foi? Consegue lembrar?
- Se a criança tomou mamadeira?
 - ▶ Como foi preparada? Pode me contar?
 - ▶ Se foi colocado algum espessante ou fórmula:
 - Qual a quantidade?
 - Qual marca foi?
 - De qual sabor?
 - ▶ Qual a ordem que os ingredientes foram colocados, inclusive da água? (Colocou primeiro a água ou o pó?)
 - ▶ E as quantidades?
 - ▶ Qual foi o volume final da mamadeira?
 - ▶ A criança tomou toda a mamadeira?
 - ▶ Se não, quanto sobrou?
- Se a criança comeu sopa?
 - ▶ Como foi preparada?
 - ▶ Quais ingredientes tinham na sopa?
- A quantidade de alimento consumido pela criança relatado pelo cuidador pode não encontra-se na lista de medidas caseiras do registro fotográfico! Assim, anote como a mãe relata. Por exemplo, consumiu uma mordida.

- A criança tomou água? Se a mãe não relatar ao longo do R24h, você deve perguntar ao final. Caso ela relate ao longo do R24h, anote as quantidades e horários conforme a mãe te contar.
- Ao final da aplicação do recordatório, faça as perguntas abaixo:
 - ▶ Seu filho (nome da criança) comeu alguma guloseima desde a hora que acordou até o momento?
 - Se sim qual? A senhora lembra o horário? Qual a quantidade que ele comeu?
 - ▶ Ele (a) tomou algum suplemento?
 - Se sim, de qual marca? A senhora lembra o nome? Qual quantidade/dose?
 - ▶ A alimentação da criança foi típica ou esse foi um dia atípico de refeições?
 - Se era um dia atípico, qual motivo?

E se a mãe não estava presente? O que fazer?

- Pergunte sobre as informações que foram passadas à mãe.
- Pergunte se no momento do 2º recordatório, você pode confirmar/perguntar sobre a alimentação da criança no dia da coleta presencial.
- Se o filho estiver em creche, pergunte se houve alguma anotação na agenda sobre o cardápio e quantidades consumidas. A responsável falou sobre a alimentação da criança? A creche tem um cardápio? Qual a creche que seu filho frequenta?

LEMBRE-SE:

Se a criança estiver em aleitamento materno, você deve perguntar à mãe sobre detalhes da amamentação, como, por exemplo a duração das mamadas ao longo do dia e noite. Lembre-se também que o R24h se refere às 24 horas que antecedem à pesquisa.

São perguntas de respostas complexas devido à dificuldade de quantificar, especialmente a duração das mamadas.

Importante!

Lembre-se da aplicação do segundo Recordatório 24 Horas (R24h)! Ele deve ser feito a partir de contato telefônico com a mãe da criança após um mínimo de 2 dias da aplicação do instrumento presencial. Podemos fazer essa tentativa até 2 semanas após da data da pesquisa.

Após a aplicação do 2º R24h, os R24h devem ser guardados em pasta adequada, localizada no escaninho da Prof. Muriel no departamento de Nutrição.



Como o segundo Recordatório 24 Horas será feito por telefone, a equipe poderá utilizar um telefone fixo disponibilizado na sala da Prof. Natacha Toral (localizada na Faculdade de Ciências da Saúde -FS, Conjunto 11 – acima da Secretaria de Pós-Graduação da FS). Para realizar as ligações será disponibilizada senha aos alunos e após cada ligação é necessário preencher o Registro Telefônico, de acordo o **Apêndice D**.

ATENÇÃO

Lembre-se de usar o registro fotográfico para inquéritos alimentares com pré escolares! Ele vai ajudar a identificar o tamanho das porções de alimentos consumidas pelas crianças. Para isso, na aplicação do Recordatório, sempre anote o número da foto de referência e a letra indicando o tamanho das porções consumidas na coluna destinada a esta informação.
Caso o registro fotográfico não tenha a medida caseira relatada pela mãe, você deve anotar o consumo da criança de maneira idêntico como a mãe te contar.

EXEMPLOS: Café da manhã, lanche e almoço (Considerando uma criança de 14 meses de idade).

Um R24 completo:

Refeição/ Horário	Alimentos/Preparação	Quantidade em medida caseira	Foto (n° e letra)
Café da manhã 07h30	Mamadeira:	250 ml	Foto 17 C
	Primeiro foi colocado água	100 ml	
	Espessante - Sustagem (sabor chocolate) Banana (tipo prata)	3 colheres de sobremesa Meia banana	Foto 1 C Foto 24 B
	Volume final da mamadeira	Quase cheia – um pouquinho menos do topo	Foto 20 B
	Volume que sobrou	Uns dois dedos	Foto 18 B
10h00	Mamou no peito (aleitamento materno)	15 minutos	
Almoço 12h45	Arroz (branco, cozido, não amassado) Feijão (carioca, pouco caldo) Beterraba cozida (picada)	1 colher de sopa cheia Meia concha 1 colher de sopa média	Foto 1 B Foto 37 B Mesma proporção que Foto 42 B
	Frango cozido (desfiado) Abóbora cozida (em pedaços)	1 colher de servir rasa 1 colher de servir média	Foto 41 B Como na Foto 44 B

Um R24h incompleto:

Refeição/ Horário	Alimentos/Preparação	Quantidade em medida caseira	Foto (n° e letra)
Café da manhã 07h30	Mamadeira:	Mamadeira média	
	Água Sustagem (sabor?) Banana (que tipo?) (O que colocou primeiro?)	metade 3 medidas (Qual quantidade?) Um pedaço médio	Foto 1 C

	Volume final da mamadeira	Quase cheia – um pouquinho menos do topo	
10h00	Mamou no peito (aleitamento materno)		
Almoço 12h45	Arroz (Que tipo? Preparação?) Feijão (carioca, pouco caldo) Beterraba cozida (picada) Frango (desfiado) (Assada, cozida, frita?) Abóbora cozida (em pedaços)	1 colher de sopa (cheia?) Meia concha 1 colher (Qual) 1 colher de servir rasa 1 colher (Qual)	Foto 1 B Foto 37 B

6) Avaliação da Segurança Alimentar domiciliar:

Para avaliação da situação de (in)segurança alimentar deve-se ler o texto introdutório formulado para aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Ao total serão 14 questões relacionadas a situação de (in)segurança alimentar.

Como proceder:

- Faça as perguntas exatamente como estão escritas;
- Caso a mãe tenha dificuldade em entender o vocabulário utilizado, é útil esclarecer. Por exemplo, quando a palavra “domicílio” aparecer na frase, pode-se explicar que o domicílio consiste na casa;
- Use a entonação da sua voz para que as informações centrais da questão sejam compreendidas pela mãe;
- As respostas esperadas são sempre SIM ou NÃO; e
- Caso a mãe tenha dificuldades de compreender alguma questão, leia novamente a mesma questão até que se torne compreensível para mãe.

Número de perguntas:

- Se a mãe responder não para todas as quatro primeiras perguntas (referentes a todos os moradores do domicílio), finalize o questionário;
- Se houver alguma resposta afirmativa entre as 4 primeiras, prossiga e solicite que a mãe responda todas as questões, para então concluir a pesquisa.

Importante!

A EBIA contém questões sobre a situação alimentar domiciliar referente aos últimos 3 meses. Assim, se o instrumento for aplicado, por exemplo, no dia 15 de fevereiro de 2017, explique para mãe que as perguntas se referem a situação vivenciada no domicílio desde o dia 15 de novembro de 2016 até o dia da coleta.

ATENÇÃO

Ao realizar as perguntas:

- ▶ As 4 primeiras questões abrangem todos os moradores do domicílio;
- ▶ As 4 perguntas seguintes incluem apenas os moradores de 18 anos ou mais de idade;
- ▶ E por fim, a partir da nona questão, as perguntas remetem a situação de (in)segurança alimentar apenas dos moradores menores de 18 anos.

Problemas técnicos durante a coleta

Ocasionalmente, podem ocorrer problemas técnicos durante a coleta de dados. Assim, alguns dos possíveis problemas foram listados bem como os procedimentos a serem tomados caso estes ocorram.

a) O que fazer quando a bateria do celular/tablet acabar?

Se a bateria do celular/tablet acabar durante o preenchimento do questionário, o aparelho deve ser conectado a uma fonte de energia (tomada). Assim, orienta-se que o carregador do aparelho seja levado para pesquisa de campo. Quando ligar novamente o celular, retome o questionário de onde parou, assegurando que o nome da mãe, e da criança tenham sido anotados novamente. Além disso, registre este problema e medida adotada na planilha de acompanhamento.

Se não for possível carregar o celular/tablet na UBS, continue o questionário de onde parou na versão impressa que deverá ser levada para a coleta de campo, assegurando que o nome da mãe, criança tenham sido anotados novamente. Além disso, registre este problema e medida adotada na planilha de acompanhamento.

b) O que fazer quando o acesso à internet for interrompido?

Neste caso, continue o questionário de onde parou na versão impressa que deverá ser levada para a coleta de campo, assegurando que o nome da mãe, criança tenham sido anotados novamente. Além disso, registre este problema e medida adotada na planilha de acompanhamento.

Se após a conclusão do questionário, o problema com a internet persistir. Solicite o uso da rede Wifi da UBS (caso disponível) antes de prosseguir a coleta com os próximos participantes.

Controle de qualidade

Durante a execução do estudo, um controle de qualidade das respostas/entrevistadores será realizado, para controlar possíveis erros sistemáticos. Esta verificação possibilita a maior qualidade dos dados e permite que novas instruções sobre a aplicação dos instrumentos sejam fornecidas.

- a) Serão avaliados periodicamente possíveis erros de digitação por meio do banco de dados gerado pelo Survey Monkey;
- b) Reuniões com a equipe serão agendadas para acompanhamento das atividades de coleta de campo; e
- c) Uma subamostra receberá um telefonema dos supervisores da pesquisa, para confirmação de alguns dados da coleta de campo. Podem ser confirmadas diversas questões, como idade da criança, data de nascimento da mãe, etc.

Passo 3: Procedimentos finais.

Após a coleta de dados na UBS alguns procedimentos ainda serão necessários.

1) Preenchimento das planilhas de acompanhamento:

As planilhas de acompanhamento devem ser preenchidas logo após a realização da coleta de dados. Forneça e assinale as informações necessárias até a conclusão do estudo na UBS. Este

procedimento é essencial tanto para o acompanhamento da coleta de dados como para o monitoramento do número de crianças que devem ser obtidos em cada UBS, de acordo com a faixa etária e objetivos do estudo.

2) Avaliação do Teste de Triagem de Desenvolvimento de DENVER II:

Realize a avaliação do risco de atraso no desenvolvimento infantil, conforme instruções do **Anexo A**. Após fazer a avaliação global do teste (marcando possíveis cautelas e falhas), anote a classificação obtida pela criança no formulário.

3) Realização do 2º Recordatório Alimentar de 24 hrs e informação do resultado do Teste de Triagem de Desenvolvimento de DENVER II

Passados um mínimo de dois dias da aplicação dos instrumentos e avaliações realizadas, ligue para mãe para a realização do 2º Recordatório Alimentar de 24 hrs. Neste ponto, siga todas as recomendações já realizadas para a aplicação do instrumento em questão. Além disso, forneça o resultado da criança no Teste de Triagem de Desenvolvimento de DENVER II. Após o retorno para as mães do resultado deste teste e da realização do 2º Recordatório Alimentar de 24 hrs, deixe ambas as fichas devem ser guardadas em pasta adequada, localizada no escaninho da Prof. Muriel no departamento de Nutrição.

Como proceder?

- Ao ligar para mãe, se identifique e lembre a ela que conforme combinado, você está ligando para conclusão da participação dela na pesquisa. Novamente, seja cordial;
- Pergunte se ela pode falar naquele momento, ou prefere que ligue em um outro horário:
 - ▶ Se não for possível falar no momento, retorne à ligação no horário combinado.
 - ▶ Se possível, prossiga realizando o Recordatório Alimentar de 24 hrs, conforme as instruções.
- Finalizado o Recordatório Alimentar de 24 hrs, o próximo passo é falar a respeito do Teste de Triagem de Desenvolvimento de DENVER II:
 - ▶ Antes de informar o resultado é importante lembrar que não é um teste de diagnóstico do desenvolvimento infantil;
- Comunique para mãe o resultado obtido pelo filho no teste:
 - a) Se o resultado da classificação foi normal, parabeneze a mãe pelo resultado da criança. Recomende que a mãe continue estimulando a criança, esteja atenta as práticas alimentares da criança e que fortaleça cada vez mais os vínculos com a criança para que esta possa ter pleno desenvolvimento;
 - b) Se o resultado da classificação do teste for questionável ou suspeito, comunique o resultado de teste comportamental (se for atípico pode ter influenciado). Fatores como sono, cansaço,

irritação, fome, entre outros, podem influenciar o resultado do teste. Fale para mãe que apesar da criança executar algumas atividades, outras ela ainda não foi capaz de realizar conforme seria esperado (fale a respeito dos itens e setores das falhas e atrasos) e diga o resultado do teste. Lembre a mãe novamente que este não é um teste diagnóstico, é um teste que avalia o risco de atraso do desenvolvimento infantil, e que o teste só reflete desempenho da criança atual, o que não quer dizer que ela não venha a se desenvolver adequadamente. Este teste serve como um alerta. Assim, recomende que a mãe continue estimulando a criança, esteja atenta as práticas alimentares da criança e que fortaleça cada vez mais os vínculos com a criança para que esta possa ter pleno desenvolvimento! Além disso, recomende que a mãe cite o resultado desta triagem na próxima consulta com o pediatra, para que ele possa avaliar melhor a criança.

- Cumpridas estas etapas, pergunte se há alguma dúvida e agradeça a participação na pesquisa;
- e
- Finalizada a ligação, preencha a data do 2 Recordatório Alimentar de 24 hrs na planilha de acompanhamento.

Passo 3: Encerramento da coleta.

A pesquisa será finalizada em cada UBS após atingir o número de crianças para cada faixa etária e objetivos da pesquisa conforme a Tabela 1.

Finalizada a pesquisa na UBS:

- Procure a pessoa de referência da UBS e comunique que a pesquisa naquela UBS foi finalizada. Agradeça a colaboração de todos e comunique que embora as informações obtidas não podem ser repassadas à UBS, as mães receberam o retorno de sua participação na pesquisa;
- Entregue todos os TCLE aos supervisores da pesquisa referente a cada UBS, bem como, as fichas de Recordatório Alimentar de 24 hrs e fichas do Teste de Triagem de Desenvolvimento de DENVER II que ainda não tenham sido entregues;
- Assegure-se de que todas as informações necessárias foram preenchidas na planilha de acompanhamento, inclusive, a data de finalização da coleta na UBS; e
- Parabéns por fazer parte da pesquisa e cumprir todos os passos até aqui!

Fase 2

A fase 2 da pesquisa consiste na avaliação da implantação da EAAB. Para isso, serão utilizados dois grupos: grupo de intervenção, isto é, UBS com a EAAB implantada e grupo controle, formado por UBS sem a EAAB implantada.

As UBS intervenção e controle para EAAB estão descritas na **Tabela 2 (Apêndice B)**. Para estas UBS todos os procedimentos indicados na fase 1 serão aplicados, com uma pequena diferença: Para as UBS pertencentes a tabela 2, e que atendem a este objetivo da pesquisa, será aplicado o mesmo questionário aplicado na fase 1, com adição de algumas perguntas. Deste modo, um novo link de acesso ao questionário deve ser utilizado!

O que será coletado e aplicado pelo pesquisador de campo

- Fatores socioeconômicos, demográficos, e características maternas, obstétricas, e de saúde infantil: Questionário desenvolvido no software SurveyMonkey e aplicado pelos entrevistadores às mães, através de celular ou tablete, utilizando esta ferramenta de pesquisa online;
- Risco de atraso no desenvolvimento infantil: Teste de triagem de Desenvolvimento de DENVER II;
- Antropometria: peso da mãe, peso da mãe com a criança e comprimento infantil;
- Avaliação do consumo alimentar e aleitamento materno: 2) Marcadores de consumo alimentar e recordatório alimentar de 24 horas;
- Situação de (In) Segurança Alimentar: Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).

ATENÇÃO

O link de acesso ao questionário referente a fase 2, é diferente do link de acesso ao questionário da fase 1.

Use o seguinte link: <https://pt.surveymonkey.com/r/ZZZN3B3>

Apêndice A – Amostra do estudo

Tabela 1. Número de crianças selecionadas por Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal

Nº	CNEJ	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)	Amostra Total	OBJETIVO 1*		OBJETIVO 2**	
				Nº de Crianças de 0 a 6 meses	Nº de Crianças de 6 a 24 meses	Nº de Crianças de 0 a 12 meses	Nº de Crianças de 12 a 24 meses
1	0010634	CSPA 01 PARANOA	82	41	41	41	41
2	0010774	CSSA 02 SAMAMBAIA	18	9	9	9	9
3	0011045	CSC 08 CEILANDIA	46	23	23	23	23
4	0011053	CSC 09 CEILANDIA	48	24	24	24	24
5	0011274	CSGU 03 GUARA	80	40	40	40	40
6	0011568	CLINICA DA FAMILIA N 01 NOVA COLINA	24	12	12	12	12
7	2804387	UBS LAGO OESTE	60	30	30	30	30
8	3144615	UBS PONTE ALTA	96	48	48	48	48
9	3677044	PSU CONDOMINIO PRIVE	44	22	22	22	22
10	5038669	CSF 04 RIACHO FUNDO II	44	22	22	22	22
11	7059957	UBS QD 101 RECANTO DAS EMAS	52	26	26	26	26
12	7060343	POSTO DE SAUDE EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA	26	13	13	13	13
13	7114397	CFSAM 03 SAMAMBAIA	44	22	22	22	22
14	7368895	CLINICA DA FAMILIA N 02 SOBRADINHO II	18	9	9	9	9

*Objetivo 1: Diagnóstico das práticas de amamentação e alimentação complementar.

*Objetivo 2: Avaliação do risco de atraso de desenvolvimento infantil e (in) segurança alimentar domiciliar

ANEXO A

Manual de Avaliação do Desenvolvimento Infantil

1. Descrição do teste

O teste de DENVER II é usado em crianças do nascimento aos 6 anos de idade para avaliar o risco de atraso de desenvolvimento em crianças assintomáticas, e para confirmar e monitorar crianças em risco de atraso de desenvolvimento. Não é recomendado como um preditor de desenvolvimento posterior.

O DENVER II consiste em 125 tarefas ou itens que são organizados em quatro setores de triagem: Pessoal-social; Motor fino-adaptativo; Motor grosso; Linguagem.

O teste comportamental deve ser completado ao final da administração de DENVER II, e ajuda a avaliar subjetivamente o comportamento global da criança e obtém, de modo grosseiro, como a criança usa suas habilidades.

2. Administração e Interpretação

Materiais	
Fio vermelho pom-pom (diâmetro de aproximadamente 4 cm)	Pequena boneca de plástico com mamadeira
Pequeno sino	Bola de tênis
Sementes	Lápis vermelho
8 blocos de madeira coloridos quadrados de 1 polegada (2,54 cm)	Pequeno frasco de vidro transparente com uma abertura de 5/8 polegadas (1,59 cm)
Chocalho	Copo de plástico com alça
Papel	

ATENÇÃO

Também é necessária uma mesa e cadeiras para o examinador, a mãe e criança (se apropriado) e espaço adequado para administrar os itens da área de motor grosso. Para bebês, tapete de EVA ou mesa almofadada de exame é útil para itens em que o bebê se deita.

Importante!

A criança deve ser cuidadosamente supervisionada quando os materiais do teste são usados, a fim de prevenir injúrias como ingestão, laceração dos olhos, etc.

2.1 Formulário do teste

O formulário do teste tem os itens organizados dentro de um dos quatro setores: Pessoal-social; Motor fino-adaptativo; Motor grosso; Linguagem.

Cada um dos itens está representado por uma barra que abrange a idade em que 25%, 50%, 75% e 90% da amostra padronizada passou no item, como ilustrado na **figura 1**.

ATENÇÃO

A escala de idade no topo e parte inferior do formulário retrata a idade em meses e anos, com espaçamento de um mês até os 24 meses da criança.

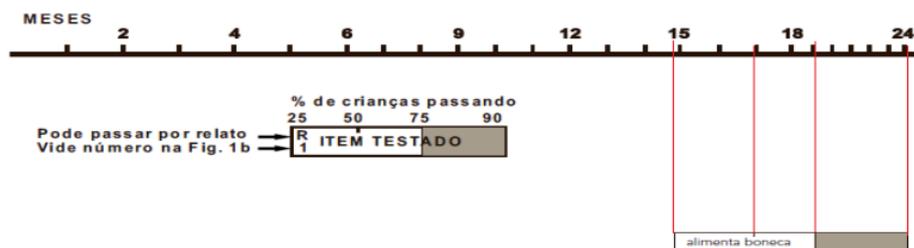


Figura 1. Percentual em que a amostra padronizada passou no item

- No exemplo acima para o item alimenta a boneca, o final esquerdo da barra indica que 25% da amostra de crianças alimenta a boneca bem um pouco abaixo de 15 meses, 50% faz isso aos 17 meses, 75% aos 19 meses e 90% alimenta a boneca bem aos 24 meses.
- ▶ Alguns dos itens tem um número na nota de rodapé na parte final esquerda da barra (**Figura 1**). Este número refere-se à numeração da instrução que encontra-se na parte de trás do formulário do teste e lembra o examinador de como administrar e/ou interpretar cada item.
- ▶ Alguns itens podem ser passados pelo relato da mãe e, portanto, tem um "R" localizado a esquerda da barra (**Figura 1**). Apenas os itens com um "R" no formulário do teste podem passar por relato. Ainda para os itens por relato, se possível o examinador deve observar o que a criança pode fazer.

Para alguns itens em idades mais novas, nem todos os percentis (25%, 50%, 75% e 90%) estão disponíveis. Esses itens, embora raramente falhem, são incluídos para alertar o usuário para a criança que requer uma avaliação mais detalhada. Por exemplo, o item "Movimentos iguais", que deve ser passado por todos os bebês, é incluído para alertar o examinador em relação a criança que pode ter uma fraqueza (paresia) de um membro ou um lado do corpo. Todos esses itens ocorrem em idades precoces, com mais de 90% das crianças realizando a tarefa no nascimento ou pouco tempo depois.

2.2 Calculando a idade da criança e desenhando a linha etária

Informações gerais como o nome da criança, data de nascimento, idade e data do teste devem ser registrados no início do teste. A idade da criança é computada subtraindo a data de nascimento da data do teste. Para o cálculo, utilizar o aplicativo de Diferença entre Datas (TANAKA, v.02) ou Calculadora de Idade (Casa da Árvore) para obter a idade em anos, meses e dias.



No aplicativo de Diferença entre Datas para cálculo da idade da criança, a data inicial corresponde a data de nascimento da criança e a data final consiste na data de realização do teste.

Desenhando a linha etária:

Depois de calcular corretamente a idade da criança para ser testada, use a escala de idade e uma régua para desenhar com precisão uma "linha de idade" do topo para o final do teste. Cada espaço entre marcas de idade na parte superior e inferior do formulário representa um mês até 24 meses. Use o cálculo exato de idade para desenhar a linha de idade, sem arredondar dias, semanas ou meses (**Figura 2**).

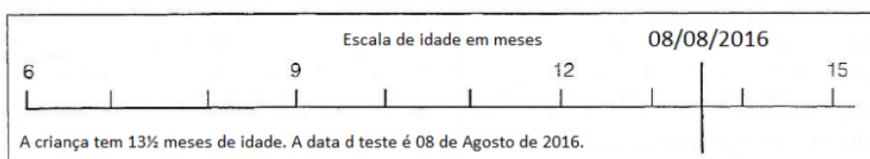


Figura 2. Desenhando a linha de idade da criança

2.3 Administração do teste

2.3.1 Construindo a relação

Na ocasião do teste, os esforços do examinador devem ser direcionados para obter a melhor performance possível da criança no teste e obter uma informação precisa da mãe. O relacionamento com a criança e a mãe é essencial.

Para obter as atividades mais naturais da criança, todos os esforços devem ser feitos para deixar a mãe e a criança confortáveis. É melhor administrar o teste enquanto a criança está vestida. Botas e sapatos que restringem a performance da criança nos itens da área motor devem ser removidos antes da administração destes itens. As crianças mais novas podem sentar no colo da mãe. As crianças mais velhas podem sentar sozinhas em uma cadeira. Idealmente a criança sentará, então, suas mãos podem descansar sobre a mesa, desde que o cotovelo da criança esteja no nível da mesa. Se a criança sentada no colo estiver abaixo do nível da mesa, peça a mãe que levante a criança até atingir o nível adequado. Crianças devem ser avaliados no chão se uma mesa não estiver disponível.

2.3.2 Introdução

Deve-se perguntar a mãe quando a criança nasceu e se a criança era prematura. Uma vez que o teste pode causar ansiedade para as mães das crianças, é essencial explicar que o DENVER II é administrado para determinar o status do desenvolvimento atual da criança, que não é um teste de QI, e que não é esperado que a criança passe em todos os itens administrados.

2.3.3 Ordem do teste

A ordem de apresentação dos itens deve ser flexível, e a sequência deve ser ajustada de acordo com a responsividade da criança. Em geral, é útil colocar um ou mais itens de teste apropriados à idade (como um chocalho para o bebê) sobre a mesa para que a criança possa divertir-se enquanto o examinador pergunta a mãe os itens referentes ao setor Pessoal-Social. A atividade livre de crianças enquanto itens por relato estão sendo solicitados é considerada parte da avaliação, e o examinador deve estar atento para o comportamento espontâneo da criança. Os itens podem ser marcados com base em algum comportamento relevante observado pelo examinador mesmo que ocorra antes ou depois do teste formal. Por exemplo, se a criança corre dentro da sala do teste, o item “corre” pode ser marcado como passa.

Embora a flexibilidade seja muito importante, há diretrizes gerais para a ordem de administração dos itens que são favoráveis para a maioria das crianças. Os seguintes pontos são sugeridos:

- a) Em geral, itens que requerem menos participação ativa da criança devem ser administrados primeiro (como os itens por relato do setor Pessoal-Social). Estes devem ser seguidos pelos itens do Motor Fino-Adaptativo, que não requerem que as crianças falem; seguido dos itens de Linguagem; e finalmente, os itens do Motor Grosso. Para muitas crianças é melhor administrar os itens do Motor Grosso por último, uma vez que exigem um sentimento de confiança que geralmente aumenta à medida que o teste progride. Além disso, algumas crianças ficam agitadas ao executar os itens do Motor Grosso e, subsequentemente, ficam relutantes em retornar à mesa de exame para executar os itens de outros setores de teste.
- b) Tarefa que a criança pode realizar facilmente deve ser administrada primeiro. Os esforços da criança devem ser elogiados, mesmo em itens que são falhados. Isso constrói a confiança da criança e pode encorajá-lo a tentar itens mais difíceis.
- c) Itens que usam o mesmo material no kit do teste, como os blocos, podem ser administrados consecutivamente para economizar tempo. Isso ajuda a evitar a remoção e recuperação de materiais durante o teste, o que pode interromper o fluxo da sessão.
- d) É recomendado que apenas materiais usados para um item específico sejam colocados na mesa para evitar distrações. O teste também pode progredir mais suavemente se o kit de teste for mantido fora da vista e do alcance da criança (talvez no colo do examinador).
- e) Para as crianças de 0 a 3 anos, é recomendado que todos os itens administrados com o bebê deitado para baixo sejam testados em conjunto.
- f) Independentemente da idade da criança, em cada setor de testes deve-se começar com itens que caem completamente à esquerda da linha de idade da criança, e continuar para a direita.

2.3.4 Número de itens

Em cada setor administre os itens que são interceptados pela linha da idade da criança. Se a criança é incapaz de executar qualquer item (falha, recusa, não teve oportunidade), administrar itens adicionais à esquerda no setor apropriado até que a criança passe três itens consecutivos.

A criança pode ser dada até três tentativas para executar cada item, quando apropriado, antes de marcar uma falha. Mais de três tentativas podem ensinar a criança

A classificação de desempenho é feita de acordo com o número de falhas (atraso e cautela) e este é considerado como:

- (1) **Suspeito** – quando a criança avaliada apresenta dois ou mais atrasos independente da área ou setor;
- (2) **Questionável** – quando a criança avaliada apresenta apenas um atraso ou duas ou mais cautelas;
- (3) **Normal** – quando a criança avaliada não apresenta nenhum atraso e no máximo uma cautela.

2.5 Direções para administração de itens específicos:

Quando marcar um item por relato da mãe é útil circular o “R” na distribuição da barra do formulário para distinguir o comportamento relatado e o comportamento observado.

Quando administrar itens de relato, evite fazer “Perguntas inclinadas” que podem sugerir uma resposta da mãe. Por exemplo, em vez de perguntar, “Sua criança pode beber do copo, certo?” pergunte “Sua criança pode beber do copo?”. Tome cuidado para fazer perguntas que exigem que a mãe forneça as informações necessárias para marcar o item, em vez de solicitar que a mãe dê a resposta desejada. Em adição, perguntar se a criança já fez algo, pode ajudar a mãe a sentir-se mais confortável em relatar falhas.

2.5.1 Pessoal-Social

Olha a face

Segure a criança ou deixe-a deitada de costas. Posicione seu rosto a, aproximadamente, 30cm acima do rosto dela

Passou: Se a criança olhar para você, de forma evidente.

Responde com sorriso

Com a criança deitada de costas, sorria e converse com ela. Não lhe faça cócegas ou toque em sua face.

Passou: Se a criança sorrir em resposta. O objetivo é obter mais uma resposta social do que física.

Sorri Espontaneamente

Durante o teste, observe se a criança sorri para você e/ou para os cuidadores, sem que tenha havido qualquer estimulação (através de toques ou sons). Caso isso não ocorra, pergunte aos cuidadores se a criança alguma vez já sorriu, espontaneamente, para uma pessoa, sem que está a tenha sorrido, tocado ou falado com ela.

Passou: Se a criança sorrir, espontaneamente, para você ou para os cuidadores, durante o teste; também se os cuidadores relatarem que ela o faz em casa. O objetivo é verificar se a criança já é capaz de iniciar uma interação social.

Olha a sua Mão

Durante todo o teste, observe se a criança fixa o olhar em suas próprias mãos, por pelo menos alguns segundos (não poderá ser um olhar de relance nem de forma passageira). Caso isso não ocorra, pergunte aos cuidadores se a criança alguma vez já o fez.

Passou: Se os cuidadores reportarem que ela o faz ou se o examinador observar isto, durante o teste.

Esforça para Brinquedo

Coloque um brinquedo que a criança pareça gostar sobre a mesa, um pouco fora do alcance dela

Passou: Se a criança tentar pegar o brinquedo, estendendo o braço ou lançando seu corpo. Ela não precisa, necessariamente, apanhar o brinquedo.

Alimenta por Si

Pergunte aos cuidadores se a criança já coloca na boca um biscoito, cookie ou qualquer alimento que lhe é dado na mão.

Passou: Se os cuidadores reportarem que ela o faz. Anote “Não Observado” se a criança nunca tiver experimentado este tipo de alimento.

Brinca de Bate Palmas para Bolo

Sem tocar nas mãos ou braços da criança, cante “Parabéns a você”, batendo palmas. Pergunte para a criança “Vamos cantar parabéns a você?”. Caso a criança não queira fazê-lo, peça aos cuidadores para tentarem estimulá-la. Se mesmo assim a criança não bater palmas, pergunte aos cuidadores se ela bater palmas em casa.

Passou: Se o examinador observar que a criança bate palmas ou se os cuidadores reportarem que ela o faz. Também considerar qualquer outro tipo de jogo de bater palmas que a criança seja capaz de participar. O objetivo do teste é verificar a interação da criança com uma outra pessoa.

Indica Querer

Durante o teste, observe se a criança indica para você ou para os cuidadores que ela quer algo, sem que seja através do choro. Caso isto não possa ser observado, pergunte aos cuidadores se ela o faz.

Usa Garfo e Colher

Pergunte aos cuidadores se a criança usa colher ou garfo para se alimentar. Se ela o fizer, pergunte o quanto ela derrama.

Passou: Se a criança usar colher e/ou garfo, derramando pouco fora da boca. O objetivo é verificar se a criança é auto-suficiente o bastante para alimentar-se.

Tira Vestuário

Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de remover alguma peça de roupa e, se afirmativo, quais as peças.

Passou: Se a criança for capaz de remover itens tais como sapatos que exijam esforço para sua remoção, casacos, calças ou camisetas. Não considerar chapéu, meias, fraldas, chinelo ou sapatos que sejam fáceis de retirar. O objetivo é verificar se a criança é capaz de remover, intencionalmente, uma peça de roupa, demonstrando autonomia.

“Alimenta” Boneca

Coloque uma boneca e uma mamadeira sobre a mesa, em frente à criança. Peça para a criança “Vamos dar comidinha para o neném?” e/ou “Dê ao bebê a mamadeira”.

Passou: Se a criança colocar a mamadeira na boca da boneca ou, claramente, tentar fazê-lo. Imitar amamentar no peito não é considerado “passou”. Caso isto ocorra, encoraje a criança a usar a mamadeira.

Veste Roupa

Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir alguma peça de roupa e, se afirmativo, quais as peças.

Passou: Se a criança for capaz de vestir itens tais como cueca, meias, sapatos, casaco etc.. Os sapatos não precisam estar com o cadarço amarrado, com as fivelas presas ou nos pés corretos. Um boné colocado casualmente sobre a cabeça, não deve ser considerado.

Escova Dentes Com Ajuda

Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de escovar os dentes, com alguma ajuda. Caso isto ocorra, peça aos cuidadores para descrever como ela o faz.

Passou: Se a criança for capaz de segurar a escova e move-la, através dos dentes, realizando movimentos de escovação. Pode haver o auxílio dos cuidadores quanto ao direcionamento da escova de dentes, mas a criança deve coordenar a escovação, na maior parte do tempo. Os cuidadores podem supervisionar e colocar a pasta de dentes na escova. Anotar “Não Observado”, caso os cuidadores relatem que esta atividade ainda não foi feita pela criança.

Lava e Seca as Mãos

Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de lavar e secar suas mãos sem ajuda, exceto para abrir a torneira que esteja fora de seu alcance.

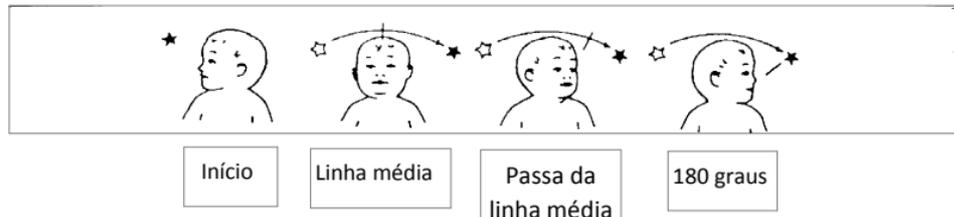
Passou: Se os cuidadores relatam que ela o faz, usando sabonete e enxaguando e secando bem as mãos.

2.5.2 Motor Fino-Adaptativo

Segue Até a Linha Média

Com a criança deitada de costas, segure o pom-pom vermelho acima de seu rosto, onde ela possa vê-lo (aproximadamente a 20cm da face). Balance o pom-pom para atrair a atenção da criança e depois mova-o, lentamente, de um lado para outro (formando um arco de 180º), várias vezes. O movimento do pom-pom pode ser interrompido caso haja necessidade de se atrair a atenção da criança novamente e, depois, reiniciado.

Passou: Se a criança acompanhar o pom-pom, até a linha média do arco, somente com os olhos ou com os olhos e a cabeça.



Segue após Linha Média

Procedimento: idem o procedimento para administração de Segue Até a Linha Média.

Passou: Se a criança acompanhar o pom-pom, passando da linha média do arco, somente com os olhos ou com os olhos e a cabeça.

Obs.: Se a criança passa em Segue após Linha Média, ela também passa em Segue Até a Linha Média.

Agarra Chocalho

Com a criança deitada de costas ou no colo dos cuidadores, toque o dorso ou a ponta de seus dedos com o cabo do chocalho.

Passou: Se a criança segurar o chocalho por alguns segundos.

Aponta 2, 4 Figuras

Administre o item “Nomeia Figuras” primeiro. Se a criança nomear menos de 4 figuras corretamente, aplique este item. Mostre a criança as figuras na parte de trás do formulário. Diga a criança “aponte o pássaro – homem – cachorro – gato (gatinho) – cavalo”. Nomeie uma por vez, e aguarde a resposta da criança antes de dizer o nome da próxima figura.

Passou: Aponta 2 figuras, se a criança apontar corretamente (ou nomear) 2 ou 3 figuras.
Passou: Aponta 4 figuras, se a criança apontar corretamente (ou nomear) 4 ou 5 figuras.

Obs.: Se a criança apontar quatro figuras terá passado nos itens “Aponta 4 Figuras” e “Aponta 2 Figuras”.

Combina Palavras

Observe se a criança combina pelo menos 2 palavras formando uma frase com significado, que indique uma ação. Se não for possível observar, pergunte aos cuidadores se ela o faz.

Passou: Se a criança combinar palavras ou se os cuidadores referirem que ela o faz.

Exemplos:

Passa – “jogar bola”, “beber água”, “veja isso”, “diga tchau”

Falha – “obrigada”, “uh-oh”

Nomeia 1, 4 Figuras

Mostre à criança as figuras na parte de trás do formulário. Aponte 1 por vez e pergunte à criança: “O que é isto? ”. Anote na parte de trás da folha de respostas as palavras que a criança usou para nomear cada uma das figuras.

Passou: Nomeia 1 ou 4 figuras corretamente, de acordo com o critério para a idade. É considerado correto quando a criança, para a figura “homem”, nomeia “papai” ou “menino”, ou quando para os animais, utiliza onomatopéia ou o nome do bicho de estimação (desde que seja certificado que o animal de estimação corresponde ao animal apresentado).

Obs.: Se a criança nomear as quatro figuras, terá passado no item “Nomeia 1 Figura”,

Diz 6 Partes do Corpo

Mostre a boneca à criança. Diga à criança: “Mostre o nariz da boneca – os olhos – as orelhas – a boca – as mãos – os pés – a barriga – o cabelo”. Fale uma parte de cada vez.

Passou: Se a criança apontar corretamente 6 partes do corpo. Se os cuidadores indicarem que uma destas partes é conhecida pela criança com um apelido utilizado dentro de um contexto familiar, utilize este nome e veja se a criança reconhece.

Fala metade entendível, Fala Tudo Entendível

Durante o teste, observe a inteligibilidade da fala da criança (articulação e verbalização de ideias em sequência).

Passou: Fala metade entendível, se o examinador entende pelo menos metade da fala da criança.

Passou: Fala Tudo Entendível, se o examinador entende tudo ou aproximadamente tudo o que a criança diz.

Obs.: Se a criança passa em Fala Tudo Entendível também terá passado em Fala metade entendível.

Sabe 2 Ações

Mostre a criança as figuras na parte de trás do formulário. Peça para a criança apontar a figura de acordo com as ações: "Quem é que voa", "Quem é que fala miau?", "Quem é que late?", "Quem é que galopa?", "Quem é que fala?".

Passou: Se a criança apontar corretamente 2 ou 3 figuras.

2.5.4 Motor Grosso

Movimentos iguais

Enquanto a criança estiver deitada de costas, observe o movimento dos seus braços e pernas.

Passou: Se a criança movimentar igualmente braços e pernas.

Falha: Se um braço e/ou uma perna não se movimentar igualmente ao outro.

Levanta Cabeça

Posicione a criança de bruços

Passou: Se a criança levantar a cabeça, mesmo que momentaneamente, desencostando o queixo da superfície, sem virar-se para um dos lados. Considerar também o relato do cuidador.



Cabeça à 45º

Posicione a criança de bruços.

Passou: Se a criança levantar a cabeça, formando um ângulo de 45º com a superfície, por alguns segundos. A criança deverá estar olhando para a mesa sobre a qual está deitada.

3) Checklist auto-administração

Propósito	Este checklist deve ser regularmente utilizado até que estes pontos tornem-se hábitos quando o DENVER II é usado.
Instruções	Para checar a acurácia da sua própria habilidade no teste, leia a lista do checklist abaixo imediatamente após você ter finalizado o teste. Para checar a acurácia da administração do teste de outra pessoa, pontue a sua observação abaixo.

ANTES DO TESTE:

1. A criança pode ver e alcançar o material do teste facilmente?..... Sim..... Sentado muito alto, muito baixo ou muito longe da mesa
2. O examinador explicou que o DENVER II não é um teste de QI? Sim.....Não
3. O examinador explicou que não é esperado que a criança realize todas as tarefas? Sim.....Não
4. O examinador calculou a idade da criança depois de perguntar ao cuidador a data de nascimento? Sim.....Não
5. Para criança com menos de dois anos de idade, o examinador perguntou se a criança havia nascido prematuramente? Sim.....Não
6. A linha de idade foi traçada corretamente? Sim..... Não
7. O examinador indicou a data que o teste foi administrado?..... Sim.....Não

DURANTE O TESTE:

O examinador assegura a cooperação da criança por:

8. Dá a criança a chance de se acostumar com o examinador? Sim..... Não
9. Iniciar cada setor do teste com os itens que a criança pode passar? Sim..... Não, algumas vezes
10. Diz a criança o que fazer, em vez de perguntar? Sim..... Não, algumas vezes
11. A mesa estava sem os materiais que não estavam sendo usados? Sim..... Não, algumas vezes
12. Quando perguntou o relato dos cuidadores, o examinador se absteve de sugerir uma resposta pelo modo como a pergunta estava redigida? (pergunta principal) Sim..... Não, algumas vezes
13. Quando pontuou um item por relato, o examinador circulou o pequeno R na barra? Sim..... Não, algumas vezes
14. O examinador elogiou a criança por seus esforços? Sim..... Não, algumas vezes
15. No final do teste, o examinador perguntou ao cuidador se o comportamento da criança era típico de seu comportamento usual? Sim..... Não
16. O examinador administrou os itens suficientes? (Os itens interceptados pela linha de idade, e 3 itens realizados consecutivamente após falha em cada setor) Sim..... Não

DEPOIS DO TESTE

17. Os atrasos eram destacados pela letra "A" ao lado da barra? Sim..... Não
18. Os atrasos indicados eram apenas naqueles itens falhados que estavam completamente à esquerda da linha de idade Sim..... Não
19. Os itens cautela eram destacados marcando um C ao lado da barra? Sim..... Não
20. As cautelas eram indicadas apenas naqueles itens onde a linha de idade interceptava os percentis 75% e 90%? Sim..... Não
21. O desempenho do teste foi interpretado corretamente? Sim..... Não
22. O examinador pontuou observações no espaço do formulário? Sim..... Não

APÊNDICE F – Lista de itens relacionados com os critérios de certificação da EAAB presentes nos instrumentos das entrevistas com as mães, profissionais de saúde, gerentes das UBS e coordenador de saúde da criança no DF.

Critério	Questi onário	Item Nº	Pergunta	Observações
I - desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar;	Mãe	1	<p>Conversaram com você sobre amamentação durante o pré-natal? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Em que momentos você conversou sobre amamentação: *pode ser marcada mais de uma opção. <input type="checkbox"/> Em grupos <input type="checkbox"/> Durante as consultas <input type="checkbox"/> Em visitas domiciliares <input type="checkbox"/> Outros_____</p> <p>Quais orientações foram dadas sobre amamentação no pré-natal nessa UBS? *pode ser marcada mais de uma opção. <input type="checkbox"/> Importância da amamentação exclusiva <input type="checkbox"/> Importância do aleitamento materno para a mãe <input type="checkbox"/> Importância do contato pele a pele imediatamente após o parto <input type="checkbox"/> Importância do bom posicionamento e pega correta <input type="checkbox"/> Alimentação guiada pelo bebê <input type="checkbox"/> Saber reconhecer quando o bebê está recebendo leite suficiente <input type="checkbox"/> Importância do alojamento conjunto <input type="checkbox"/> Problemas com uso de bicos e chupetas <input type="checkbox"/> Importância da ordenha da mama <input type="checkbox"/> Duração do Aleitamento materno exclusivo <input type="checkbox"/> Importância dos alimentos</p>	Considerar a pontuação somente se todas as mães responderem positivamente a pergunta e puderem citar ao menos um momento em que recebeu a orientação e ao menos uma orientação.

		<p>complementares após o 6º mês</p> <p>() Riscos da alimentação artificial</p>	
Mãe	2	<p>A senhora teve ou está com algum problema para amamentar?</p> <p>() SIM () NÃO</p> <p>Qual?</p> <p>*pode ser marcada mais de uma opção</p> <p>() Pouco leite</p> <p>() Choro</p> <p>() Problemas nas mamas</p> <p>() Ganho insuficiente de peso</p> <p>() Outros</p> <hr/> <p>Recebeu ou está recebendo apoio da equipe da UBS para resolver o problema?</p> <p>() SIM () NÃO</p>	

	Mãe	3	<p>Você recebeu orientação/apoio da equipe da UBS sobre a alimentação complementar do seu filho(a)? () SIM () NÃO Essa orientação foi dada: *pode ser marcada mais de uma opção. () Em grupos () Durante as consultas () Em visitas domiciliares</p>	<p>Considerar a pontuação somente se todas as mães responderem positivamente a pergunta e puderem citar ao menos um momento em que recebeu a orientação.</p>
<p>I - desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar;</p>	Profissional	4	<p>Os profissionais de saúde dessa Unidade conversam com gestantes sobre aleitamento materno durante o pré-natal? () Sim () Não</p> <p>Quais orientações são dadas às GESTANTES em relação ao seu preparo para a amamentação? *pode ser marcada mais de uma opção.</p> <p>() Importância da amamentação exclusiva () Importância do aleitamento materno para a mãe () Importância do contato pele a pele imediatamente após o parto () Importância do bom posicionamento e pega correta () Alimentação guiada pelo bebê/livre demanda () Saber reconhecer quando o bebê está recebendo leite suficiente () Importância do alojamento conjunto () Problemas com uso de bicos e chupetas () Importância da ordenha da mama () Duração do aleitamento materno exclusivo () Importância dos alimentos</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o profissional responder positivamente a pergunta e puder citar ao menos uma orientação dada a gestante.</p>

		<p>complementares após o 6º mês</p> <p>() Riscos da alimentação artificial</p> <p>()</p> <p>Outros _____</p> <p>_____</p>	
Profissional	5	<p>Quais orientações são dadas às MÃES em relação a amamentação? () Importância da amamentação exclusiva () Importância do aleitamento materno para a mãe () Importância do contato pele a pele imediatamente após o parto () Importância do bom posicionamento e pega correta () Alimentação guiada pelo bebê/libre demanda () Saber reconhecer quando o bebê está recebendo leite suficiente () Importância do alojamento conjunto () Problemas com uso de bicos e chupetas () Importância da ordenha da mama () Duração do aleitamento materno exclusivo () Importância dos alimentos complementares após o 6º mês () Riscos da alimentação artificial ()</p> <p>Outros _____</p> <p>_____</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o profissional responder positivamente a pergunta e puder citar ao menos uma orientação dada a mãe.</p>

Profissional	6	<p>Os profissionais de saúde dessa Unidade conversam com as MÃES/CUIDADORES sobre alimentação complementar ?</p> <p>() SIM () NÃO</p> <p>Quais orientações são dadas as MÃES/CUIDADORES em relação a alimentação complementar?</p> <p>*pode ser marcada mais de uma opção.</p> <p>() Importância da introdução dos alimentos complementares apenas aos 6 meses</p> <p>() Continuidade do aleitamento após os seis meses</p> <p>() Grupos alimentares</p> <p>() Horário</p> <p>() Preparo de papinhas</p> <p>() Consistência da alimentação</p> <p>() Oferecer vários alimentos ao dia</p> <p>() Consumo de frutas e verduras e legumes</p> <p>() Evitar alimentos como açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas.</p> <p>() Cuidados com a higiene e preparo dos alimentos</p> <p>() Estímulo da alimentação para a criança doente e convalescente</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o profissional responder positivamente a pergunta e puder citar ao menos uma orientação dada a mãe/cuidador.</p>
--------------	---	--	---

Profissional	7	<p>A equipe desenvolve ações para a promoção do aleitamento materno? () Sim () Não Onde são desenvolvidas essas ações? *pode ser marcada mais de uma opção () Em consultas () Em grupos () Na sala de espera () Em atividades comunitárias () Outros.</p> <p>Especificar _____</p> <p>_____ Qual a periodicidade dessas ações? () Semanal () Quinzenal () Mensal () Semestral () Outra.</p> <p>Especificar _____ Quem é(são) o(s) responsável(eis) pela ação(ões)? *Pode ser marcada mais de uma opção. () Médicos () Enfermeiros () Auxiliares de Enfermagem () Agentes comunitários de saúde () Outros _____</p> <p>_____ () Todos os profissionais da equipe</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o profissional responder positivamente a pergunta, puder citar ao menos uma opção de onde são desenvolvidas as ações e identificar a periodicidade.</p>
Profissional	8	<p>A equipe desenvolve ações para a promoção da alimentação complementar saudável? () Sim () Não Onde são desenvolvidas essas ações? () Em consultas () Em grupos () Na sala de espera () Em atividades comunitárias () Outros.</p> <p>Especificar _____</p> <p>_____ Qual a periodicidade dessas ações? () Semanal () Quinzenal () Mensal () Semestral () Outra.</p> <p>Especificar _____ Quem é(são) o(s) responsável(eis) pela ação(ões)? *Pode ser marcada mais de uma opção. () Médicos () Enfermeiros () Auxiliares de Enfermagem () Agentes comunitários de saúde () Outros _____</p> <p>_____ () Todos os profissionais da equipe</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o profissional responder positivamente a pergunta, puder citar ao menos uma opção de onde são desenvolvidas as ações e identificar a periodicidade.</p>

I - desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas	Gerente	9	<p>A gestante recebe orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, sempre.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, às vezes.</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Em que momento as gestantes recebem as orientações?</p> <p>* Pode ser marcada mais de uma opção</p> <p><input type="checkbox"/> Em consultas</p> <p><input type="checkbox"/> Em grupos</p> <p><input type="checkbox"/> Na sala de espera</p> <p><input type="checkbox"/> Em atividades comunitárias</p> <p><input type="checkbox"/> Outros.</p> <p>Especificar _____</p>	Considerar a pontuação somente se o gerente responder uma das três primeiras opções e citar ao menos um momento.
para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar;	Gerente	10	<p>A mãe/cuidador da criança recebe orientações sobre aleitamento? <input type="checkbox"/> Sim, sempre. <input type="checkbox"/> Sim, às vezes. <input type="checkbox"/> Não. Em que momento a mãe/cuidador recebem as orientações? * Pode ser marcada mais de uma opção</p> <p><input type="checkbox"/> Em consultas <input type="checkbox"/> Em grupos <input type="checkbox"/> Na sala de espera <input type="checkbox"/> Em atividades comunitárias <input type="checkbox"/> Outros.</p> <p>Especificar _____</p>	Considerar a pontuação somente se o gerente responder uma das duas primeiras opções e citar ao menos um momento.
	Gerente	11	<p>A mãe/cuidador da criança recebe orientações sobre alimentação complementar saudável?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, sempre. <input type="checkbox"/> Sim, às vezes. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>Em que momento a mãe/cuidador recebem as orientações?</p> <p>* Pode ser marcada mais de uma opção</p> <p><input type="checkbox"/> Em consultas</p> <p><input type="checkbox"/> Em grupos</p> <p><input type="checkbox"/> Na sala de espera</p>	Considerar a pontuação somente se o gerente responder uma das duas primeiras opções e citar ao menos um momento.

		<input type="checkbox"/> Em atividades comunitárias <input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____ _____	
Gerente	12	A UBS desenvolve ações para a promoção do aleitamento materno? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Onde são desenvolvidas essas ações? <input type="checkbox"/> Em consultas <input type="checkbox"/> Em grupos <input type="checkbox"/> Na sala de espera <input type="checkbox"/> Em atividades comunitárias <input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____ _____ Qual a periodicidade dessas ações? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____ Quem é(são) o(s) responsável(eis) pela ação(ões)? *Pode ser marcada mais de uma opção. 1. <input type="checkbox"/> Médicos 2. <input type="checkbox"/> Enfermeiros 3. <input type="checkbox"/> Auxiliares de Enfermagem 4. <input type="checkbox"/> Agentes comunitários de saúde 5. <input type="checkbox"/> Outros _____ _____ 6. <input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe	Considerar a pontuação somente se o gerente responder positivamente a questão, puder citar ao menos um local onde são desenvolvidas e indique a periodicidade.

Gerente	13	<p>A UBS desenvolve ações para a promoção da alimentação complementar saudável?(<input type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/> Não)Onde são desenvolvidas essas ações?(<input type="checkbox"/> Em consultas(<input type="checkbox"/> Em grupos(<input type="checkbox"/> Na sala de espera(<input type="checkbox"/> Em atividades comunitárias(<input type="checkbox"/> Outros.</p> <p>Especificar_____</p> <p>_____Qual a periodicidade dessas ações?(<input type="checkbox"/> Semanal(<input type="checkbox"/> Quinzenal(<input type="checkbox"/> Mensal(<input type="checkbox"/> Semestral(<input type="checkbox"/> Outra.</p> <p>Especificar_____Quem é(são) o(s) responsável(eis) pela ação(ões)? *Pode ser marcada mais de uma opção.(<input type="checkbox"/> Médicos(<input type="checkbox"/> Enfermeiros(<input type="checkbox"/> Auxiliares de Enfermagem(<input type="checkbox"/> Agentes comunitários de saúde(<input type="checkbox"/> Outros_____</p> <p>_____ (<input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o gerente responder positivamente a questão, puder citar ao menos um local onde são desenvolvidas e indique a periodicidade.</p>
---------	----	---	---

Critério	Item N°	Questionário	Pergunta	Observações
II - monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar;	1	Profissional	<p>A equipe está realizando o monitoramento dos indicadores de ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR pelo SISVAN web ou outro sistema, por no mínimo três meses consecutivos?</p> <p>(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o profissional responder positivamente.</p>
	2	Gerente	<p>A UBS está realizando o monitoramento dos indicadores de ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR pelo SISVAN web ou outro sistema, por no mínimo três meses consecutivos?</p> <p>(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o gerente responder positivamente.</p>

	3	Coordenador de Saúde da Criança	Como é feito o monitoramento dos indicadores de alimentação infantil no DF? Relatar se por sistema ou outra forma.	Considerar a pontuação somente se o coordenador relatou como é feito o monitoramento dos indicadores.
	Questi onário	Item Nº	Pergunta	Observações
III - dispor de instrume nto de organizaç ão do cuidado à saúde da criança (fluxogra ma, mapa, protocolo , linha de cuidado ou outro) para detectar problema s relaciona dos ao aleitamen to materno	Mãe	1	Após o nascimento do bebê, quando você teve a primeira consulta pediátrica? () Na primeira semana () No primeiro mês () Depois de um mês Não teve a primeira consulta nesta UBS () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se a mãe citar ao menos uma das opções e responder negativamente a segunda pergunta.
	Mãe	2	Por que não veio antes à UBS? () Não precisou () Não foi marcada consulta () Não conseguiu marcar () Outros _____ _____	Considerar a pontuação somente se a mãe respondeu a primeira opção das respostas.
	Mãe	3	A UBS agenda consultas para você e o bebê? () SIM () NÃO	Considerar a pontuação somente se a mãe respondeu positivamente.

e alimentaç ão complem entar;	Mãe	4	Foi informada que poderia procurar a UBS/Clínica para atendimento para você e/ou para o bebê mesmo fora da data agendada? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se a mãe respondeu positivamente .
	Mãe	5	Você e/ou bebê precisaram alguma vez de atendimento fora da data agendada? () Sim () Não Foi atendida no mesmo dia? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se a mãe respondeu positivamente nas duas perguntas ou negativamente somente na primeira.
	Mãe	6	A senhora teve ou está com algum problema para amamentar?() Sim () Não Recebeu ou está recebendo apoio da equipe de profissionais para resolver o problema?() Sim () Não Precisou ou precisa de encaminhamento para a resolução do problema?() Sim () Não Você foi atendida?() Sim () Não Onde? () Ambulatório de especialidade () Banco de leite () Berçário () Maternidade () Outros _____ _____	Considerar a pontuação somente se houver as seguintes combinações des respostas:- Sim, sim, sim, sim, uma opção de onde indicada.- Sim, sim, não

	Mãe	7	<p>A senhora teve ou está com algum problema na alimentação complementar do seu filho(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Recebeu ou está recebendo apoio da equipe de profissionais para resolver o problema? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Precisou ou precisa de encaminhamento para a resolução do problema? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Você foi atendida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Onde? <input type="checkbox"/> Ambulatório de especialidade <input type="checkbox"/> Banco de leite <input type="checkbox"/> Berçário <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros _____</p>	<p>Considerar a pontuação somente se houver as seguintes combinações des respostas: - Sim, sim, sim, sim, uma opção de onde indicada. - Sim, sim, não</p>
III - dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança	Profissional	8	<p>A equipe possui um instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o profissional responder positivamente a pergunta.</p>
(fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para	Profissional	9	<p>Que profissionais participaram do processo de construção desse instrumento? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiros <input type="checkbox"/> Auxiliares de Enfermagem <input type="checkbox"/> Agentes comunitários de saúde <input type="checkbox"/> Outros _____ _____ <input type="checkbox"/> O instrumento não foi construído pela UBS</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o profissional indicar ao menos uma categoria profissional ou responder</p>

detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar;			que o instrumento não foi construído na UBS.
	Profissional	10	Na sua opinião, a construção desse instrumento contribuiu para a organização do atendimento às crianças e suas famílias? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	Profissional	11	A equipe garante acesso ao atendimento sob demanda espontânea da dupla mãe-criança em amamentação com prioridade no atendimento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Como se dá esse atendimento? <input type="checkbox"/> Atendimentos individuais <input type="checkbox"/> Coletivos <input type="checkbox"/> Visitas domiciliares Que profissionais são responsáveis por esse atendimento? *pode ser marcada mais de uma opção <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Enfermeiros] <input type="checkbox"/> Auxiliares de Enfermagem <input type="checkbox"/> Agentes comunitários de saúde <input type="checkbox"/> Outros _____ _____
			Ver comentário
			Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente, citou ao menos uma opção de como se dá o atendimento e indicou ao menos um profissional responsável.

Profissional	12	<p>A equipe garante acesso ao atendimento sob demanda espontânea da dupla mãe-criança em alimentação complementar com prioridade no atendimento? () SIM () NÃO Como se dá esse atendimento? () atendimentos individuais () Coletivos () Visitas domiciliares Que profissionais são responsáveis por esse atendimento? *pode ser marcada mais de uma opção () Médicos () Enfermeiros] () Auxiliares de Enfermagem () Agentes comunitários de saúde () Outros _____</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente, citou ao menos uma opção de como se dá o atendimento e indicou ao menos um profissional responsável.</p>
Profissional	13	<p>A equipe garante acesso ao atendimento sob demanda programada da mulher e/ou da criança com problemas em amamentação? () SIM () NÃO</p> <p>Como se dá esse atendimento? () atendimentos individuais () Coletivos () Visitas domiciliares</p> <p>Que profissionais são responsáveis por esse atendimento? *pode ser marcada mais de uma opção () Médicos () Enfermeiros] () Auxiliares de Enfermagem () Agentes comunitários de saúde () Outros _____</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente, citou ao menos uma opção de como se dá o atendimento e indicou ao menos um profissional responsável.</p>

Profissional	14	<p>A equipe garante acesso ao atendimento sob demanda programada da criança com problemas em alimentação complementar? () SIM () NÃO Como se dá esse atendimento? () Atendimentos individuais () Coletivos () Visitas domiciliares Que profissionais são responsáveis por esse atendimento? *pode ser marcada mais de uma opção () Médicos () Enfermeiros () Auxiliares de Enfermagem () Agentes comunitários de saúde () Outros _____</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente, citou ao menos uma opção de como se dá o atendimento e indicou ao menos um profissional responsável.</p>	
Profissional	15	<p>Há um fluxo de referência para demais níveis de atenção quando necessário? () SIM () NÃO</p> <p>Quais são esses locais? *pode ser marcada mais de uma opção. () Ambulatório de especialidades () Maternidade () Berçário () Banco de leite humano () Outro. Especifique _____</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente e citou ao menos um local.</p>	
III - dispor de instrumento de organização do cuidado à	Gerente	16	<p>As crianças de 0 a 2 anos tem consultas agendadas rotineiramente? () Sim () Não</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o gerente respondeu positivamente a questão.</p>

saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado	Gerente e	17	A Unidade possui um instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar? () SIM () NÃO	Considerar a pontuação somente se o gerente respondeu positivamente a questão.
ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar;	Gerente e	18	Que profissionais participaram do processo de construção desse instrumento?() Médicos() Enfermeiros() Auxiliares de Enfermagem() Agentes comunitários de saúde() Outros _____ _____() O instrumento não foi construído pela UBS	Considerar a pontuação somente se o gerente indicar ao menos uma categoria profissional ou responder que o instrumento não foi construído na UBS.
	Gerente e	19	Na sua opinião, a construção desse instrumento contribuiu para a organização do atendimento às crianças e suas famílias? () SIM () NÃO	Considerar se o gerente respondeu Sim

Gerente	20	<p>A UBS garante acesso ao atendimento sob demanda espontânea da dupla mãe-criança em amamentação, com prioridade no atendimento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Como se dá esse atendimento <input type="checkbox"/> atendimentos individuais <input type="checkbox"/> Coletivos <input type="checkbox"/> Visitas domiciliares</p> <p>Que profissionais são responsáveis por esse atendimento? *pode ser marcada mais de uma opção. <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Enfermeiros <input type="checkbox"/> Auxiliares de Enfermagem <input type="checkbox"/> Agentes comunitários de saúde <input type="checkbox"/> Outros _____ _____</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o gerente respondeu positivamente, citou ao menos uma opção de como se dá o atendimento e indicou ao menos um profissional responsável.</p>
Gerente	21	<p>A UBS garante acesso ao atendimento sob demanda espontânea da dupla mãe-criança em alimentação complementar, com prioridade no atendimento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Como se dá esse atendimento <input type="checkbox"/> atendimentos individuais <input type="checkbox"/> Coletivos <input type="checkbox"/> Visitas domiciliares</p> <p>Que profissionais são responsáveis por esse atendimento? *pode ser marcada mais de uma opção. <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Enfermeiros <input type="checkbox"/> Auxiliares de Enfermagem <input type="checkbox"/> Agentes comunitários de saúde <input type="checkbox"/> Outros _____ _____</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o gerente respondeu positivamente, citou ao menos uma opção de como se dá o atendimento e indicou ao menos um profissional responsável.</p>

Gerente	22	<p>A UBS garante acesso ao atendimento sob demanda programada da dupla mãe-criança mulher que amamenta e /ou da criança com problemas em amamentação? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Como se dá esse atendimento <input type="checkbox"/> atendimentos individuais <input type="checkbox"/> Coletivos <input type="checkbox"/> Visitas domiciliares</p> <p>Que profissionais são responsáveis por esse atendimento? <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Enfermeiros <input type="checkbox"/> Auxiliares de Enfermagem <input type="checkbox"/> Agentes comunitários de saúde <input type="checkbox"/> Outros _____ _____</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o gerente respondeu positivamente, citou ao menos uma opção de como se dá o atendimento e indicou ao menos um profissional responsável.</p>
Gerente	23	<p>A UBS garante acesso ao atendimento sob demanda programada da dupla mãe-criança com problemas em alimentação complementar? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Como se dá esse atendimento <input type="checkbox"/> atendimentos individuais <input type="checkbox"/> Coletivos <input type="checkbox"/> Visitas domiciliares</p> <p>Que profissionais são responsáveis por esse atendimento? *pode ser marcada mais de uma opção <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Enfermeiros <input type="checkbox"/> Auxiliares de Enfermagem <input type="checkbox"/> Agentes comunitários de saúde <input type="checkbox"/> Outros _____ _____</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o gerente respondeu positivamente, citou ao menos uma opção de como se dá o atendimento e indicou ao menos um profissional responsável.</p>

	Gerente	24	Há um fluxo de referência para demais níveis de atenção quando necessário? () SIM () NÃO Quais são esses locais? *pode ser marcada mais de uma opção. () Ambulatório de especialidades () Maternidade () Berçário () Banco de leite humano () Outro. Especifique_____	Considerar a pontuação somente se o gerente respondeu positivamente e indicou ao menos um local.
Critério	Questionário	Item N°	Pergunta	Observações
IV - cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL	Profissional	1	Você conhece a NBCAL e a Lei 11.265 de 3 de janeiro de 2006? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente.
	Profissional	2	A equipe da UBS cumpre a NBCAL e a Lei 11.265 de 3 de janeiro de 2006? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente.
	Profissional	3	A UBS distribui Fórmulas infantis ou leites?(() Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu negativamente ou em caso positivo

) e a Lei nº 11.265 de 2006, e não distribuir			respondeu que Sim no item 5.
"substitutos" do leite materno na UBS;	Profissional 4	Para quem é distribuído as Fórmulas infantis ou leites? * Pode ser marcada mais de uma opção () crianças menores de 6 meses () crianças de 6 a 12 meses () crianças 6 a 24 meses () outra faixa etária. Especificar _____	Considerar a pontuação somente se o profissional indicou ao menos uma opção ou se a questão não se aplica.
	Profissional 5	Existe uma Lei, Portaria ou Decreto que determina a distribuição das Fórmulas infantis ou leites na UBS? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu Sim para o item 3 e Sim para o item 5 ou houver respondido Não no item 3, nesse último caso a resposta do item 5 não é necessária.
	Gerente 6	Você conhece a NBCAL e a Lei 11.265 de 3 de janeiro de 2006? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu

			positivamente .
Gerente	7	A UBS cumpre as normas estabelecidas pela NBCAL e a Lei 11.265 de 3 de janeiro de 2006? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente .
Gerente	8	A UBS distribui fórmulas infantis ou leites? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu negativamente ou em caso positivo respondeu que Sim no item 10.
Gerente	9	Para quem é distribuído as Fórmulas infantis ou leites? * Pode ser marcada mais de uma opção () crianças menores de 6 meses () crianças de 6 a 12 meses () crianças 6 a 24 meses () outra faixa etária. Especificar _____	Considerar a pontuação somente se o profissional indicou ao menos uma opção.
Gerente	10	Existe uma Lei, Portaria ou Decreto que determina a distribuição das Fórmulas infantis ou leites na UBS? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu Sim para o item 8 e Sim para o item

			10 ou houver respondido Não no item 8, nesse último caso a resposta do item 10 não é necessária.	
	Coordenador de Saúde da Criança do DF	11	Há distribuição de leites e fórmulas infantis nas UBS do DF? Se sim, qual a Lei/protocolo que regulamenta essa distribuição?	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu negativamente ou em caso positivo a Lei/Protocolo que regulamenta a distribuição.
Critério	Questionário	Item N°	Pergunta	Observações
V -contar com a participação de pelo menos de 85% dos profissionais da equipe nas oficinas desenvolvidas; e	Profissional	1	Você participou da Oficina de Trabalho da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente
	Gerente	2	Houve participação de no mínimo 85% dos profissionais da equipe na Oficina de Trabalho da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente

Critério	Questi onário	Item N°	Pergunta	Observações
VI - cumprir pelo menos uma ação de aleitamen to materno e uma de alimentaç ão complem entar pactuada no plano de ação.	Profiss ional	1	A UBS possui um plano de ação? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente
	Profiss ional	2	No plano de Ação foi pactuada ação para a promoção do aleitamento materno?() Sim () NãoEssa ação foi implantada? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente nas duas perguntas
	Profiss ional	3	No plano de Ação foi pactuada ação para a promoção da alimentação complementar saudável? () Sim () Não Essa ação foi implantada? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente nas duas perguntas
	Gerent e	4	A UBS possui um plano de ação? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente
	Gerent e	5	No Plano de Ação foi pactuada ação para a promoção do aleitamento materno? () Sim () Não Essa ação foi implantada? () Sim () Não	Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente

			nas duas perguntas
Gerente	6	<p>No Plano de Ação foi pactuada ação para a promoção da alimentação complementar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Essa ação foi implantada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Considerar a pontuação somente se o profissional respondeu positivamente nas duas perguntas</p>

APÊNDICE G – INSTRUÇÕES AOS ESPECIALISTAS DA EAAB – 1ª ETAPA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO

Instruções Etapa 1

Consulta aos especialistas: 1ª etapa do Processo de Validação (Formulário 1)

Os *critérios da EAAB* visam avaliar o quanto as Unidades de Saúde cumprem as etapas consideradas necessárias para que a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável aconteça na Unidade.

Os critérios serão apresentados ordenados conforme estabelecidos nos documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a Estratégia. Porém, na avaliação da contribuição do critério para a avaliação da implantação da EAAB é feita a seguinte pergunta no formulário: "O quanto este critério é importante para a avaliação da implantação da EAAB?". As respostas estão em escala Likert (5 = muito importante, 4 = importante, 3 = neutro, 2 = pouco importante, 1 = nada importante).

Ainda em cada critério, você será solicitado a avaliar a importância da resposta segundo o respondente. Os respondentes que forneceram informações sobre o critério serão ordenados e deverá responder: "O quanto a resposta deste respondente é importante para a avaliação desse critério na implantação da EAAB?". As respostas estão em escala Likert (5 = muito importante, 4 = importante, 3 = neutro, 2 = pouco importante, 1 = nada importante).

Ao final você será solicitado, através de uma escala de ordenação, a ordenar os critérios conforme sua importância na implementação da EAAB, do 1º ao 6º lugar, atribuindo apenas um critério em cada uma das colocações.

Qualquer dúvida ou observação deve ser registrada no campo Observações.

Por favor, não hesite em nos contatar caso haja qualquer dúvida. Agradecemos sua participação.

Amanda Moura

e-mail: nutr.amanda@gmail.com

celular: (61) 98229-9575

**APÊNDICE H – MATRIZ DE PONTUAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE
CERTIFICAÇÃO DA EAAB NO DF**

		Respondente									
				Mãe		Profissional		Gerente		Coordenador	
Nº do Critério	Nome do Critério	Pontuação do Critério	Nº de itens	Pontuação por item							
1	Desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do AM e Ac	18	3	2,3	5	1,2	5	1	X	X	
2	Monitorar os índices de AM e AC	18	X	X	1	7	1	6	1	5	
3	Disponer de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança para detectar problemas relacionados ao AM e AC	16	7	0,57	8	0,75	9	0,66	X	X	
4	Cumprir a NBCAL e a Lei nº 11.265 de 2006, e não distribuir	16	X	X	5	1,2	5	1,2	1	4	

APÊNDICE I – INSTRUÇÕES AOS ESPECIALISTAS DA EAAB – 2ª ETAPA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO

Instruções 2ª etapa do Processo de Validação – Consulta aos Especialistas da EAAB

Na primeira seção deste documento, fornecemos um breve resumo dos resultados da 1ª etapa da Consulta aos Especialistas da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) no Processo de Validação da Matriz de definição de pesos para Critérios e Respondentes. Na segunda seção, dando continuidade ao processo de consulta aos especialistas, fornecemos instruções para a realização da 2ª etapa do Processo de Validação.

1) Resumo da 1ª etapa do Processo de Validação

Agradecemos a sua participação na 1ª etapa. Suas contribuições, comentários e sugestões foram muito valiosos para discutir em profundidade os pontos fortes e as limitações de cada Critério, bem como a importância de cada respondente que forneceu informações sobre eles na Pesquisa. Nossa proposta é gerar uma Matriz de Pontuação dos Critérios da EAAB capaz de refletir de forma mais clara a importância de cada critério na avaliação da implantação da EAAB, bem como a importância da informação de cada respondente que forneceu informações sobre uma ou mais situações que caracterizam o cumprimento do Critério.

A partir das respostas recebidas no Formulário da 1ª etapa fez-se um consolidado acerca da importância de cada critério e respondente conforme estabelecido por uma escala Likert. Foi calculada a média das respostas conforme numeração estabelecida na Escala: 5 - Muito importante, 4 – Importante, 3 – Neutro, 2 - Pouco importante e 1 - Nada importante. Os resultados das médias estão descritos nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Média das respostas a Escala Likert dada pelos Especialistas sobre a importância de cada Critério de Certificação da EAAB.

Resultado médias Critérios	
Critério 1	4,9
Critério 2	4,9
Critério 3	4,2
Critério 4	4,3
Critério 5	4,4
Critério 6	4,1

Tabela 2 – Média das respostas a Escala Likert dada pelos Especialistas sobre a importância do respondente que forneceu informações sobre o cumprimento dos Critérios de Certificação da EAAB.

Resultado médias respondentes				
Critérios	Mãe	Profissional	Gerente	Coordenador SC
Critério 1	4,9	4,8	4,5	-
Critério 2	-	4,9	4,7	4,5
Critério 3	3,7	5,0	4,6	-
Critério 4	-	4,7	4,9	4,4
Critério 5	-	4,8	4,7	-
Critério 6	-	4,8	4,4	-

A partir das respostas obtidas construiu-se uma Matriz de Critérios pelo Método de Ponderação seguindo as seguintes etapas:

Definição da pontuação dos Critérios

As médias das respostas relacionadas a cada critério foram somadas obtendo-se o valor de 26,8. Para cada critério utilizou-se a fórmula a seguir para obter um valor ponderado:

$$X = Y \times 100/26,8$$

Onde X será o valor ponderado do critério e Y será o valor do critério obtido através da média das respostas dos especialistas.

Dessa forma, foram obtidos os valores ponderados para cada critério e respectivamente arredondados descritos na Tabela 3 a seguir.

Tabela 3 – Valores ponderados e arredondados dos Critérios da EAAB a partir das médias das respostas dos Especialistas

Resultado valores ponderados dos Critérios	Valor	Valor
	obtido	arredondado
Critério 1	18,28	18
Critério 2	18,28	18
Critério 3	15,67	16
Critério 4	16,04	16
Critério 5	16,42	17
Critério 6	15,30	15
TOTAL	99,99	100

Definição da pontuação dos Respondentes

Para a definição dos pontos de cada respondente em cada critério o método foi o mesmo iniciando-se pela somatória das médias obtidas para cada respondente em cada critério e utilizando a fórmula a seguir para obter o valor ponderado:

Critério 1

$$X = Y \times 18/14,2$$

Onde X será o valor ponderado do respondente e Y será o valor do respondente obtido através da média das respostas dos especialistas. O valor de 18 é o valor ponderado obtido para o referido critério e o valor de 14,2 é referente a somatória das médias dos três respondentes do critério 1 (mãe, profissional e gerente).

Critério 2

$$X = Y \times 18/14,1$$

Onde X será o valor ponderado do respondente e Y será o valor do respondente obtido através da média das respostas dos especialistas. O valor de 18 é o valor ponderado obtido para o referido critério e o valor de 14,1 é referente a somatória das médias dos três respondentes do critério 2 (profissional, gerente e coordenador).

Critério 3

$$X = Y \times 16/13,3$$

Onde X será o valor ponderado do respondente e Y será o valor do respondente obtido através da média das respostas dos especialistas. O valor de 16 é o valor ponderado obtido para o referido critério e o valor de 13,3 é referente a somatória das médias dos três respondentes do critério 3 (mãe, profissional e gerente).

Critério 4

$$X = Y \times 16/14$$

Onde X será o valor ponderado do respondente e Y será o valor do respondente obtido através da média das respostas dos especialistas. O valor de 16 é o valor ponderado obtido para o referido critério e o valor de 14 é referente a somatória das médias dos três respondentes do critério 4 (profissional, gerente e coordenador).

Critério 5

$$X = Y \times 17/9,5$$

Onde X será o valor ponderado do respondente e Y será o valor do respondente obtido através da média das respostas dos especialistas. O valor de 17 é o valor ponderado obtido para o referido critério e o valor de 9,5 é referente a somatória das médias dos três respondentes do critério 5 (profissional e gerente).

Critério 6

$$X = Y \times 15/9,2$$

Onde X será o valor ponderado do respondente e Y será o valor do respondente obtido através da média das respostas dos especialistas. O valor de 15 é o valor ponderado obtido para o referido critério e o valor de 9,2 é referente a somatória das médias dos três respondentes do critério 6 (profissional e gerente).

Dessa forma, foram obtidos os valores ponderados para cada respondente e respectivamente arredondados descritos na Tabela 4 a seguir.

Tabela 4 – Valores ponderados e arredondados dos respondentes para cada Critério da EAAB a partir das médias das respostas dos Especialistas

Resultado valores ponderados dos respondentes para cada Critério								
Critérios	Mãe	Profissional	Gerente	Coordenador SC				
	Valor obtido	Valor arredondado						
	o		o		o		o	
Critério 1	6,21	7	6,08	6	5,70	5	-	-
Critério 2	-	-	6,25	7	6	6	5,74	5

Critério 3	4,45	4	6,01	6	5,53	6	-	-
Critério 4	-	-	5,37	6	5,60	6	5,02	4
Critério 5	-	-	8,58	9	8,41	8	-	-
Critério 6	-	-	7,82	8	7,17	7	-	-

Definição da pontuação dos itens de cada Respondente

Para a definição dos pontos de cada item referente a cada respondente nos critérios o valor arredondado obtido para o respondente foi dividido igualmente entre os itens correspondentes a ele conforme a seguir:

Critério 1

Mãe (3 itens) = 7 pontos (2,3 cada item)

Profissional (5 itens) = 6 pontos (1,2 cada item)

Gerente (5 itens) = 5 pontos (1,0 cada item)

Critério 2

Profissional (1 item) = 7 pontos (7,0 o item)

Gerente (1 item) = 6 pontos (6,0 o item)

Coordenador (1 item) = 5 pontos (5,0 o item)

Critério 3

Mãe (7 itens) = 4 pontos (0,57 cada item) Profissional (8 itens) = 6 pontos (0,75 cada item)

Gerente (9 itens) = 6 pontos (0,66 cada item)

Critério 4

Profissional (5 itens) = 6 pontos (1,2 cada item)

Gerente (5 itens) = 6 pontos (1,2 cada item)

Coordenador (1 item) = 4 pontos (4,0 o item)

Critério 5

Profissional (1 item) = 9 pontos (9,0 o item)

Gerente (1 item) = 8 pontos (8,0 o item)

Critério 6

Profissional (3 itens) = 8 pontos (2,66 cada item)

Gerente (3 itens) = 7 pontos (2,3 cada item)

O detalhamento de cada item por respondente e por critério pode ser visto no Anexo 1 deste documento.

Por fim, para determinação do escore final com somatória total de 100 pontos as fórmulas foram determinadas a seguir:

Critério 1 = somatórias da pontuação obtidas nos itens + 0,1
Critério 2 = somatórias da pontuação obtidas nos itens
Critério 3 = somatórias da pontuação obtidas nos itens + 0,07
Critério 4 = somatórias da pontuação obtidas nos itens

Critério 5 = somatórias da pontuação obtidas nos itens
Critério 6 = somatórias da pontuação obtidas nos itens + 0,12

Observação: para alguns itens foi necessário realizar a somatória do valor restante para totalizar os pontos do respectivo critério, visando evitar diferenças na divisão da pontuação entre os itens.

Escore final dos critérios da EAAB para cada UBS será a somatória dos pontos obtidos em cada critérios = critério 1 + critério 2 + critério 3 + critério 4 + critério 5 + critério 6

Diante disso, assumimos que existem limitações em relação a disponibilidade de dados relacionados aos critérios, especificamente no que diz respeito a variedade de atores chaves (respondentes) que fornecem informações sobre o cumprimento dos critérios, no entanto o método da ponderação foi utilizando visando minimizar diferenças entre o peso de cada critério e seus respectivos respondentes, tentando ser o mais fidedigno aos resultados obtidos nas consultas aos especialistas.

2) Instruções para a realização da 2ª etapa do Processo de Validação

Após a descrição da metodologia de estabelecimento das pontuações gostaríamos que você analise a Matriz de Critérios (Anexo 2) para que possam validar o método utilizado, bem como os valores estabelecidos em cada critério para Avaliação da Implementação da EAAB. Ressalto que o detalhamento de cada item por respondente e por critério pode ser visto no Anexo 1 deste documento.

Você terá até o dia 29 de novembro de 2020 para a Matriz e retornar com suas considerações e/ou observações.

Qualquer dúvida favor entrar em contato com Amanda Moura pelo (61) 98229-9575 e nutr.amanda@gmail.com

APÊNDICE J - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) junto a seu(sua) filho(a) a participar da pesquisa intitulada “Um olhar sobre a amamentação e alimentação complementar no Distrito Federal” sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Muriel Bauermann Gubert.

O objetivo deste estudo consiste em avaliar o impacto da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado em nenhum resultado de pesquisa sendo mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los(as).

Sua participação acontecerá por meio de respostas a um questionário a ser aplicado por estudantes e profissionais de saúde devidamente treinados e supervisionados pelos pesquisadores responsáveis. Este questionário irá coletar dados referentes à cobertura da Estratégia Saúde da Família, ações desenvolvidas nas UBS em prol da amamentação e alimentação complementar saudável, operacionalização da EAAB, monitoramento dos indicadores de alimentação infantil e dados de pesquisas de prevalência de práticas alimentares realizadas previamente, estrutura organizacional da UBS e fluxos de atendimento às mães e crianças na UBS.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa os riscos estão relacionados à possibilidade de constrangimento ao responder algum item do instrumento de pesquisa sobre as práticas de alimentação da criança. No entanto, de maneira a minimizá-lo, enfatizamos que sua participação é voluntária e sigilosa, não sendo divulgados qualquer forma de identificação. Ainda, o(a) senhor(a) tem a liberdade de recusar-se ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, em qualquer questão que lhe traga constrangimento, sem nenhuma penalização. Em se tratando dos benefícios, os resultados do estudo poderão ser utilizados pelas instâncias governamentais e não governamentais como subsídios para realização de acompanhamento e melhoria dos processos e das ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica em saúde no DF, mais especificamente no que concerne aos cuidados dispensados à saúde infantil, mais especificamente na alimentação nos dois primeiros anos de vida. Ainda, fornecerá dados sobre amamentação e alimentação complementar atualizados e representativos do DF, que

poderão ser comparados com indicadores nacionais revelando as especificidades da atenção à saúde no Distrito Federal.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, sendo destruídos após este período.

O(a) senhor(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Caso tenha qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com a Profa. Dra. Muriel Bauermann Gubert, do Departamento de Nutrição da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, telefone: (61) 3107-1844, em horário comercial, ou envie e-mail para murielgubert@gmail.com. Serão garantidos ressarcimento de despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) e indenização diante de eventuais danos diretos ou indiretos decorrentes da participação na pesquisa, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde, número 466 de 2012.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos dos participantes da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfsunb@gmail.com ou cepfs@unb.br, horário de atendimento de 10hs às 12hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira localizado na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o participante da pesquisa.

Desde já agradecemos!

Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele posso desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Nome do(a) participante: _____

Data: ___ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

ANEXOS

**ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UnB**



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

TÍTULO DO PROJETO: “UM OLHAR SOBRE A AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO DISTRITO FEDERAL”.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: MURIEL BAUERMANN GUBERT

DATA DE ENTRADA: 05/07/2015

CAAE: 43228515.5.0000.0030

Com base na Resolução 466/12, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu APROVAR o projeto intitulado “UM OLHAR SOBRE A AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO DISTRITO FEDERAL”. Parecer nº 1.178.564, em 12/08/2015.

Notifica-se o(a) pesquisador(a) responsável da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sobre o desenvolvimento do projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da data de aprovação.

Brasília, 15 de fevereiro de 2016.

Profa. Dra. Marie Togashi
Coordenador do CEP-FS/UnB

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FEPECS/SES-DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Um olhar sobre a amamentação e alimentação complementar no Distrito Federal

Pesquisador: MURIEL BAUERMANN GUBERT

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43228515.5.3001.5553

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.197.295

Apresentação do Projeto:

Na data de 10/08/2015, o projeto de pesquisa CAAE:43228515.5.0000.0030 foi aprovado pelo CEP/FS/UNB após o pesquisador ter atendido às pendências.

Trata-se de um projeto da pesquisadora de uma professora do Curso de Nutrição da Universidade de Brasília (unb), realizado em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF. O orçamento é estimado em R\$ 59.680,00, consistindo de serviços de terceiros; Computador.

O projeto possui apoio financeiro do MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO.

O Cronograma de execução prevê entre outros "Teste Piloto" para o período entre 10/08/2015 e 10/12/2015; "Seleção e treinamento de entrevistadores" entre 10/08/2015 e 10/12/2015 e "Aplicação dos questionários" entre 01/02/2016 e 01/02/2017. Após estas atividades o cronograma prevê "Elaboração do banco de dados", "Análise de dados" e "Redação e Revisão de Relatório Final de Pesquisa" até 01/02/2020.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentado no parecer CAAE:43228515.5.0000.0030.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 1.197.295

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentado no parecer CAAE:43228515.5.0000.0030.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentado no parecer CAAE:43228515.5.0000.0030.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados para análise em atendimento às pendências apontadas no parecer No.

1.137.539: Informações Básicas do Projeto - INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_474680.pdf", postado em 05/07/2015; Carta de respostas às pendências apontadas no parecer No. 1.137.539 - "Carta Resposta ao CEP -Julho2015.docx", postado em 05/07/2015; TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - "TCLE Fase 2.doc", postado em 05/07/2015; Projeto Detalhado - "Projeto Comitê de Ética.doc", postado em 05/07/2015; TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - "TCLE Fase 1.doc", postado em 05/07/2015.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	05/03/2015 20:04:08		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_474680.pdf	06/03/2015 12:34:37		Aceito
Outros	Curriculo Lattes (Muriel Bauermann Gubert).pdf	18/03/2015 12:14:30		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_474680.pdf	18/03/2015 12:15:27		Aceito
Outros	Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador.pdf	23/03/2015 14:19:51		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_474680.pdf	23/03/2015 14:21:07		Aceito
Outros	Termo aceitação CNPq.pdf	19/05/2015 22:16:19		Aceito
Declaração de	Termo de Ciência da instituição co-	21/05/2015		Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 1.197.295

Instituição e Infraestrutura	participante.pdf	19:16:34		Aceito
Outros	Carta de Encaminhamento ao CEP.pdf	21/05/2015 19:18:20		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_474680.pdf	21/05/2015 19:20:25		Aceito
Outros	Carta Resposta ao CEP - Pendências.docx	25/05/2015 18:21:42		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_474680.pdf	25/05/2015 18:22:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Comitê de Ética.doc	05/07/2015 18:07:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Fase 1.doc	05/07/2015 18:07:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Fase 2.doc	05/07/2015 18:07:42		Aceito
Outros	Carta Resposta ao CEP - Julho2015.docx	05/07/2015 18:57:39		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_474680.pdf	05/07/2015 18:58:02		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 24 de Agosto de 2015

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO C – PUBLICAÇÃO ARTIGO 1



Article

Implementation of the Strategy for Breastfeeding and Complementary Feeding in the Federal District in Brazil

Amanda Souza Moura ^{1,*}, Muriel Bauermann Gubert ¹, Sonia Isoyama Venancio ² and Gabriela Buccini ³

¹ Department of Nutrition, Center of Epidemiological Studies of Health and Nutrition (NESNUT), Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília 70910-900, Brazil; murielgubert@gmail.com

² Institute of Health, State Secretariat of São Paulo Health, São Paulo 01314-000, Brazil; soniavenancio@uol.com.br

³ Department of Social and Behavioral Health, University of Nevada, Las Vegas, NV 89119, USA; gabriela.buccini@unlv.edu

* Correspondence: nutr.amanda@gmail.com; Tel.: +55-61982299575

Abstract: Background: The Brazilian Breastfeeding and Complementary Feeding Strategy—Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) aims to promote optimal breastfeeding (BF) and complementary feeding (CF) practices through the training of primary health professionals. Competition among health priorities and programs is one of the organizational contextual barriers to consolidating the implementation of the EAAB. Methods: This case study included six Primary Health Units (PHU) certified in the EAAB. Documentary analysis, interviews, and surveys were conducted, which informed a conceptual logical model. Organizational context indicators (positive and negative) were identified across the logical model based on the Matus Triangle, and they were used to analyze the degree of implementation of the EAAB in the PHUs. Results: The logic model elucidated six stages of EAAB implementation, but none on post-certification monitoring. Ten indicators positively influenced the implementation, including having legislation that prioritizes BF and CF. Seven indicators exerted negative influence, especially the lack of specific funding resources for the EAAB. Only one PHU had a consolidated degree of implementation. Conclusions: Lack of specific funding, monitoring of BF and CF practices, and compliance with certification criteria are the main challenges for the EAAB's sustainability.

Keywords: breastfeeding; complementary feeding; health assessment; primary health care



Citation: Moura, A.S.; Gubert, M.B.; Venancio, S.I.; Buccini, G.

Implementation of the Strategy for Breastfeeding and Complementary Feeding in the Federal District in Brazil. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 5003. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095003>

Academic Editor: Paul B. Tchounwou

Received: 18 December 2021

Accepted: 13 February 2022

Published: 20 April 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding (EBF) during the first six months of life and complementary feeding (CF) with the introduction of healthy foods beginning at six months and continued for up to two years or more [1–3]. Breastfeeding (BF) reduces the chances of children developing diseases in childhood, such as infections and diarrhea [3,4], and other diseases in adulthood, including diabetes and obesity [3,5]. Furthermore, BF favors the adequate development of the oral cavity, teeth, and speech and has positive effects on intelligence and on achieving higher levels of income in adult life [3,6,7]. For the woman, breastfeeding also brings benefits, reducing her chances of developing diabetes and breast, ovary, and uterus cancer [3,6]. At six months old, along with BF, the introduction of adequate and healthy complementary food helps to prevent overweight and nutritional deficiencies, such as vitamin A and iron deficiencies, for better childhood growth and development. A healthy introduction to CF also benefits the formation of eating habits [3].

Policies and actions developed within the Brazilian Unified Health System (SUS) to promote recommended BF and CF practices include the National Policy of Food and Nutrition (PNAN—Política Nacional de Alimentação e Nutrição) [7] and the National Policy on Integral Attention to the Health of the Child (PNAISC—Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde da Criança) [8]. Under the PNAISC umbrella, several actions are included, such as the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) [8,9], the Action to Support Working Women Who Breastfeed (MTA—Mulher Trabalhadora que Amamenta) [8,9], the Brazilian Marketing Code for Food, Nipples, Pacifiers, and Bottles for Infants and Young Children (NBCAL—Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes), the Food Guide for Brazilian Children Under Two Years Old (Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos), the National Day of Human Milk Donation (Dia Nacional de Doação de Leite Humano), and the largest Network of Human Milk Banks (Rede Banco de Leite Humano) globally [9].

The investment in this large portfolio of policies, programs, and actions to promote BF and CF in the first two years of life has generated important advances in the prevalence of EBF in children under six months old in Brazil, which rose from 2.9% in 1986 to 45.7% in 2019 [10]. Total BF in children under 24 months increased from 37.4% in 1986 to 60.9% in 2019 [10]. Nevertheless, the prevalence of EBF is lower than the 50% established by the 2025 WHO Global Nutrition Target [2]. Likewise, CF is still far from ideal in Brazilian children aged six to eleven months, where despite the high consumption of vegetables (71.2%), meat and eggs (61.5%), and beans (66.4%) [9], there is a high and nonrecommended consumption of other foods such as porridge (55.2%) [9], soft drinks (40.5%), fried foods (39.4%), snacks (39.4%), and sweets (37.8%) [10]. The data indicate the need to invest in continued actions to support the practice of BF and FC, through individual and collective counseling carried out by health professionals within the PHU.

Counseling by qualified health professionals about the feeding of infants and young children increases women's knowledge and confidence, as well as the practice of BF and CF [11–13]. Community BF counseling is a proven effective intervention to increase EBF rates [14]. Hence, the Brazilian Breastfeeding and Complementary Feeding Strategy (EAAB—Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil) aims to train primary health professionals to support BF and CF by increasing their knowledge based on a reflection of their work reality. Based on the principles of continuing education through structured professional training workshops and using critical reflective methodologies, the EAAB aims to create spaces for discussion and learning among primary health professionals [15]. PHUs implementing the EAAB are encouraged to comply with six preestablished certification criteria [9,15,16]: (1) develop systematic individual or collective actions to promote BF and CF; (2) monitor BF and CF rates; (3) have an instrument for child health care organization (flowchart, map, protocol, line of care, or other) to detect problems related to BF and CF; (4) comply with the Brazilian Guidelines for the Marketing of Food for Infants and Young Children, Nipples, Pacifiers, and Bottles (NBCAL) and with Law No. 11265 of 2006, and do not distribute “substitutes” for breast milk at the PHU; (5) count on the participation of at least 85% of the team's professionals in the developed workshops, and (6) fulfill at least one BF action and one CF action established in the action plan [15]. Therefore, PHUs certified in the EAAB are considered to provide the highest standard of support in BF and CF.

There have been some challenges to implementing the EAAB. According to the EAAB guidelines, one of the tasks of the tutor (PHU health professional trained at the EAAB to disseminate it) is to train the PHU in a six-hour workshop and continuously support it to meet the certification criteria [16]. However, according to data from the Brazilian Ministry of Health, around 4901 professionals were trained as tutors by March 2018 to disseminate the EAAB; however, only 3127 PHUs were trained by these tutors and only 109 PHUs were certified [17]. This discrepant scenario between the number of tutors, trained PHUs, and certified PHUs was also found in another Program similar to EAAB and that preceded it, the Brazil Breastfeeding Network [18]. In this program, some aspects were identified that hindered its implementation process (which ranged from the training of professionals as tutors to the certification of PHUs, such as in the EAAB), such as the low prioritization of the program in the management plans (state and municipal), the competition with other projects and programs, and the lack of financial resources to make it viable [19]. In addition, the high turnover of professionals in the trained PHUs is also a factor identified both in the

Brazil Breastfeeding Network and in the current EAAB, which can also make it difficult to comply with the certification criteria [20–22]. In the EAAB, there is no requirement for a monitoring system after certification and, consequently, little is known about sustainability after certification [15].

Furthermore, the EAAB does not require any monitoring system after certification and, consequently, little is known about sustainability after certification [16]. Our hypothesis is that the assessment of the organizational context can help to identify the degree of implementation and barriers to make public health policies and programs more efficient [13,19]. Thus, our objective was to evaluate the influence of the organizational context on the degree of implementation of the EAAB in certified PHUs in the Federal District, Brazil.

2. Materials and Methods

2.1. Study Setting

The Federal District (FD) is the capital of Brazil and is located in the Central-Western region of the country. The FD has management attributions of a state and municipality. In 2019, the FD population was estimated at 3,012,718 inhabitants [23], with just over 10% of the population living below the poverty line [24]. In 2018, 63.9% of the population did not have a private health insurance plan; therefore, they rely on the PHUs to access health care [25]. In addition, in 2018, 44,195 live births were registered in the Live Birth Information System (SINASC) in relation to the FD [26]. Specifically, the Federal District began implementation of the EAAB in 2013 [17].

The EAAB is implemented by the three spheres of Brazilian management: federal, state, and municipal. At the federal level, coordination is done by the Ministry of Health, which prepares technical materials on the EAAB, provides an online monitoring system for the EAAB and BF and CF indicators, in addition to certifying the PHUs that meet the six EAAB certification criteria. The state and municipal levels have a figure of coordination (state coordinator and municipal coordinator), usually a professional linked to the health department who is responsible for coordinating the activities of the EAAB related to their level of management, such as the training of tutors, monitoring of the PHU (trained in workshops of six hours), and guidance on the use of monitoring systems that the Ministry of Health makes available. There is also the figure of the tutor, a health professional who is trained in an EAAB workshop (necessary to obtain this designation), who has the competence to train the entire team of professionals at the PHU (in a six-hour workshop) to develop activities aimed at promoting BF and healthy CF. After the six-hour workshop, the tutor is responsible for supporting the PHU in building an action plan on activities related to BF and healthy CF, as well as carrying out complementary activities, if necessary, to help the PHU meet the EAAB certification criteria. The PHU also has a manager, who is a professional formally designated to manage the health service of the PHU and who must also be involved in the six-hour workshop [16].

In 2018, the FD had 131 PHUs, of which 31 were trained at the EAAB (most received the six-hour workshop but did not meet the EAAB certification criteria). Only six were certified by the EAAB (received the six-hour workshop and met EAAB certification criteria) [17].

2.2. Study Design

This is a case study of the implementation of EAAB in the FD. A case study design has been considered an appropriate design for evaluative research on implementation, especially to identify a phenomenon within a context [27]. A type 1 implementation analysis methodology following the four steps adapted by Venancio et al. (2013) [19] was used to identify the effect of the organizational context on the degree of program implementation [28]: (1) create the conceptual logical model of the EAAB in the FD; (2) evaluate the organizational context; (3) evaluate the degree of implementation of the EAAB in the Health Units, and (4) analyze the influence of the organizational context on the degree of implementation.

2.3. Analyses

2.3.1. Create the Conceptual Logical Model of the EAAB in the FD

Documentation review included three documents published by the Brazilian Ministry of Health related to the implementation of the EAAB: (1) Ordinance No. 1920 of 5 September 2013, which established the EAAB [15]; (2) the EAAB Implementation Manual [16], and (3) the Instruction for the Implementation Plan of the EAAB [29]. The analysis of these documents informed the development of a conceptual logic model of EAAB implementation in the FD.

Specifically, information about the implementation stages of the EAAB was taken from Ordinance No. 1920 [15], as well as the responsibilities and capacities explicitly established for the state and municipal context, considering that the FD has these two attributions in its management. The Implementation Manual [16] and the Instructions for the Implementation Plan of the EAAB [29] also identified and detailed the responsibilities and capacities established for the context of the FD, as well as information on the implementation stages and the actors involved. With this information, a hierarchical logical model was developed, describing the general capacities of the FD in the EAAB, delimiting the implementation stages of the EAAB in the FD, and describing the capacities defined for the FD in each of them.

2.3.2. Evaluate the Organizational Context

The analysis of the organizational context employed the theoretical reference model of the Triangle of Government developed by Matus, consisting of three categories: (1) Government Project, (2) Government Capacity, and (3) System Governability [30]. These categories have been previously adapted to the context of the EAAB [19], resulting in a total of 17 indicators.

The Government Project category included seven indicators related to interest, proposals, policies, and actions directed and/or prioritized by the management in relation to PHC, BF, and CF, and/or the EAAB, as well as the allocation of financial resources. The indicators analyzed in this category were Family Health Strategy coverage (above 50%) and presence/absence of some conditions, such as BF and CF as a priority in policy/legislation or guideline, interest in the implementation of the EAAB, positive receptivity of the EAAB in the sphere of government, competition of the EAAB with other priorities, existence of activities, actions, and/or programs complementary to the EAAB, and specific financial resource for the EAAB.

The Government Capacity category included six indicators that assessed the existence of a manager and/or team, as well as the theoretical capacity and technical experience accumulated by the management and team in conducting and administering the EAAB, the ability to put the planned actions into operation, and the use of management technologies to monitor the action. The indicators measured in this category were existence of an area for children's health; existence of an EAAB Coordinator for BF and CF actions; stability of the person responsible for BF and healthy CF actions (bonded); professional experience of the person responsible for the actions of BF and healthy CF; institutional roles of the EAAB managers compatible with the organization chart; use of one or more management technologies regularly (periodic meetings about the EAAB, regular contact with tutors and PHU teams, use of the EAAB management system).

Finally, the Governability of the System category included four indicators intended to assess autonomy, adequate conditions, and articulation with other sectors so that the actors involved with the EAAB can develop appropriate activities and actions. The indicators measured in this category were coordination with other areas and/or spheres of government for the implementation of the EAAB; operationalization of the implementation of the EAAB; support to PHU for the development of actions (monitoring of BF and CF indicators and support in complying with the NBCAL); adherence of the actors involved.

To assess the organizational context, a qualitative questionnaire with questions covering the 17 indicators was given to the coordinator of the EAAB in the Federal District at

the time. With the information about the proposed indicators, the answers were classified according to the influence they could exert on the implementation of the EAAB, as positive (facilitated the implementation of the EAAB) or negative (could hinder the implementation of the EAAB influence). The classification result was presented and validated by the manager in a virtual meeting.

2.3.3. Evaluate the Degree of Implementation of the EAAB in the Health Units

To assess the degree of implementation of the EAAB in the PHUs, data were collected from all six certified PHUs in the FD. In these PHUs, previously tested questionnaires [19,20] were given to mothers of children aged zero to two years, health professionals from the PHU, and the managers of the PHU. The questionnaires included items that assessed compliance with the six EAAB certification criteria (described in the Introduction).

Questionnaire for mothers. Mothers of children born at term and not twins were eligible for the interview. The sample number of mothers to be included in the survey was estimated based on the number of children under two years of age who attended the Primary Health Care (PHC) in the PHUs in 2015 (information provided by an official letter from the Ministry of Health). To have district representation, adopting a conservative sizing of 50%, sampling error of 5%, and a confidence interval of 10%, the minimum sample size calculated was 152 mothers, distributed in the six PHUs with EAAB certification to evaluate its degree of implantation. The final sample consisted of 219 mothers, who were approached in the waiting room/hallway of the selected PHU on the day of their child's growth and development consultation. A questionnaire included items on the mother's health (prenatal care; routine consultations at the PHU) and aspects related to the child, such as BF and CF. The questionnaire also included items related to the EAAB certification criteria one and three.

Questionnaire for PHU professionals. This questionnaire was applied to one health professional in each PHU. To be included, the health professional had to be a doctor, nurse, or nutritionist and attend children in the growth and development follow-up appointments at the selected PHU (totaling 1 doctor and 5 nurses). Professionals were invited according to their availability on data collection days at the PHU. The questionnaire given to health professionals had items related to the organizational structure of the PHU, participation in training on BF and CF, flows of mothers' care, and guidance and care given to pregnant women, mothers, and caregivers about BF and CF at the PHU. The questionnaire also included items related to the six criteria for EAAB certification.

Questionnaire for PHU managers. The sample included the six managers formally assigned to this function in each certified PHU. For managers, the questionnaire contained items related to the organizational structure of the PHU, professional training, and flows of service for mothers and children at the PHU. The questionnaire also included items related to the six criteria for EAAB certification.

In total, 3 types of questionnaires were used in the study, one for mothers, one for PHU professionals, and one for PHU managers, totaling 219 questionnaires for mothers, six questionnaires for PHU professionals, and six questionnaires for PHU managers. In addition, a structured interview was conducted with the coordinator of the EAAB in the Federal District, Brazil.

Triangulation of data. The analysis about the degree of EAAB implementation was carried out for each PHU, using the triangulation of information obtained from the questionnaires applied to mothers, professionals, and managers as well as items from the interview conducted with the manager of the EAAB in the FD, in the assessment stage for the organizational context. The degree of EAAB implementation in each certified PHU was evaluated as a global score from zero to 100 points.

To calculate this score, a consultation was conducted with specialists, since the number of items could vary by criterion and by respondent (mothers, professionals, managers, and coordinator of the EAAB in the FD). For example, Criterion one contemplated three items to be answered by mothers, five items by professionals, and five by managers. Eleven experts

The steps for calculating the weighted values of the criteria and respondents for assessing the degree of implementation of the EAAB are shown in Figure 1.

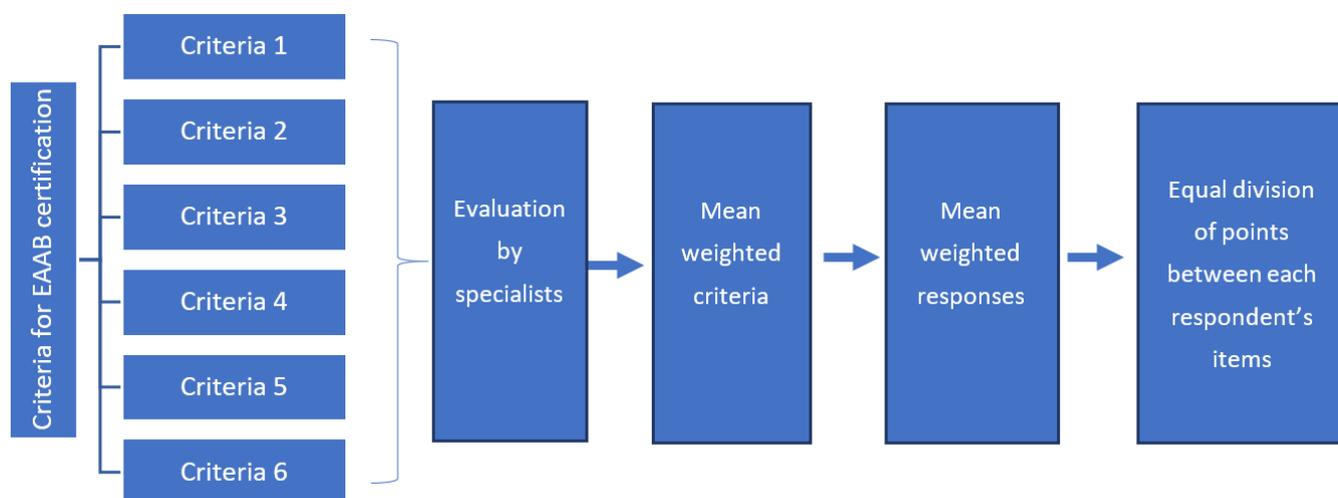


Figure 1. Flow of steps to calculate the weighted values of criteria and respondents to evaluate the degree of implementation of the EAAB in the Federal District, Brasília, 2021.

2.3.4. Analyze the Influence of the Organizational Context on the Degree of Implementation

The last stage of the analysis consisted of the convergence between the results of the degree of EAAB implementation in the PHUs and the indicators of the organizational context, to identify factors that can help or hinder the development of actions recommended by the six EAAB certification criteria.

3. Results

3.1. Logical Model of the EAAB Implementation

A conceptual logical model of the EAAB in the FD was developed (Figure 2). The model enabled observation of the competencies and attributions related to the six stages identified for implementation of the EAAB in the FD: coordination of the EAAB, training of tutors, workshop at the PHU, follow-up at the PHU, monitoring, and certification. For each of the stages, the model indicated between one and three attributions, distributed among the actors involved, such as the municipal coordinator, tutor, managers, and teams from the PHUs. None of the stages identified a monitoring process for compliance by PHU with the criteria after certification. This conceptual logical model was used to interpret the organizational context and the degree of implementation of the EAAB in a PHU, as well as to identify gaps and weaknesses in the implementation stages of the EAAB in the FD.

3.2. Organizational Context of the EAAB in the Federal District

Of the seventeen indicators evaluated, ten were classified as positive influencers in the implementation of the EAAB in the FD (Table 2). Among the indicators evaluated in the Government Project category, three of the seven were classified as exerting a positive influence, such as having one District Policy on BF and the promotion in the PHC of actions to promote, protect, and support BF and healthy CF, positive reception of EAAB-maintained training of tutors with a higher workload even though the Ministry of Health had reduced this workload, and existence of activities, actions, and/or programs complementary to EAAB, such as a breastfeeding counseling course. However, four indicators had a negative influence: the lack of specific financial resources for the EAAB, the low Family Health Strategy (ESF) coverage in the PHC (less than 50%), PHU managers' lack of interest in implementing the EAAB, and the competition of the EAAB with other priorities.

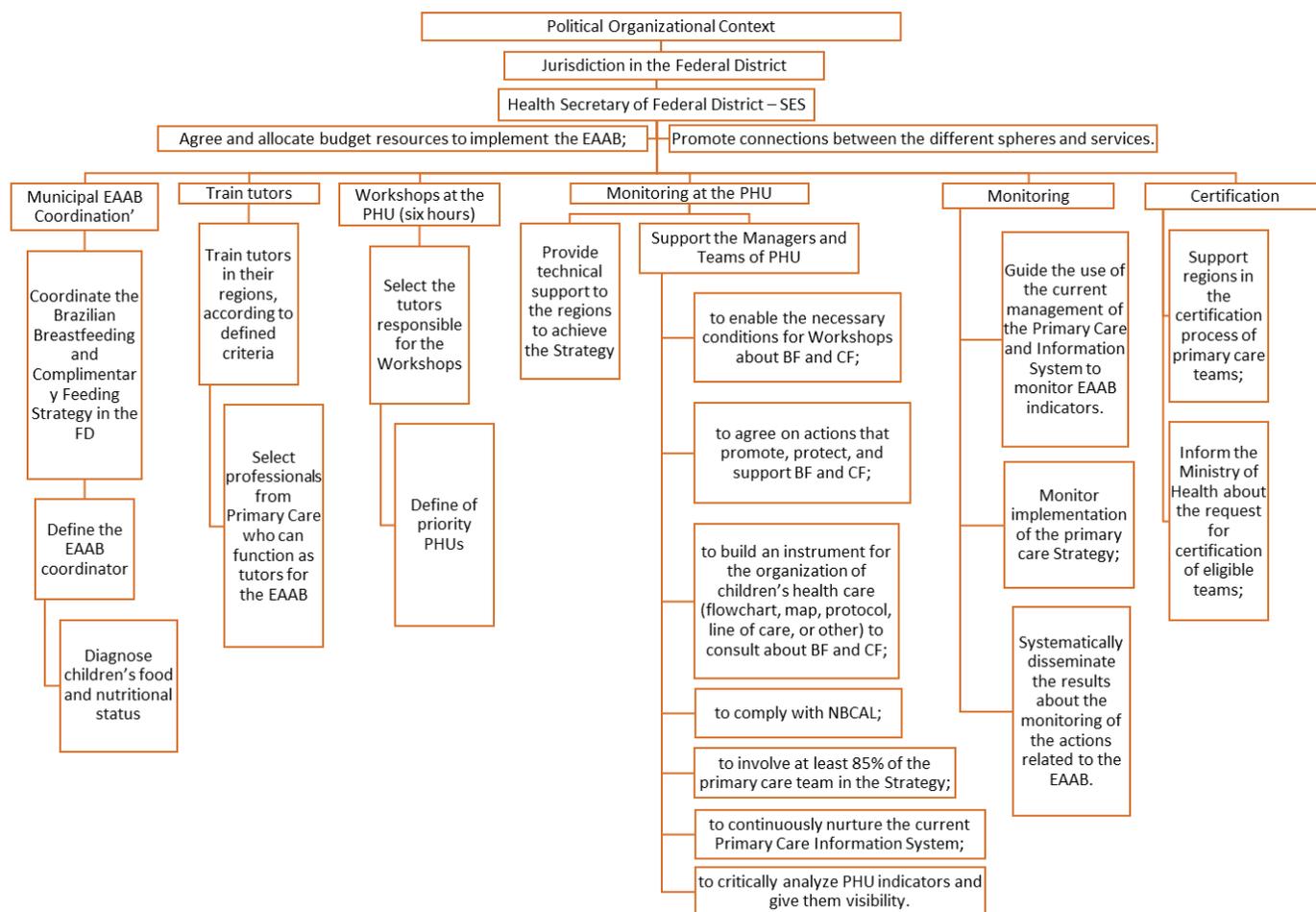


Figure 2. Logical model for the implementation of the EAAB in the Federal District.

In the Governing Capacity category, five indicators were classified as a positive influence. The FD had a children’s health care area with a manager that had theoretical capacity and technical experience in conducting the EAAB, with a formal and appropriate relationship in the management organization chart. However, management technologies were not routinely used to monitor the EAAB, such as regular monitoring of BF rates.

In the System Governability category, half of the indicators (2) were classified as having a negative influence. The presence of cooperation with other areas and the operationalization of the actions foreseen by the EAAB must be highlighted; however, the support of the PHU for developing actions and the adhesion of the actors involved are still critical.

Table 2. Classification of indicators in the categories of Government Triangle, EAAB, Brasília, FD, 2018.

Categories	Indicators	Federal District
Government Project	Primary Care as a priority—ESF Coverage ¹	less than 50%
	Breastfeeding and complementary feeding as a priority in policy/legislation or guideline ²	Law 5374/2014 about the District Policy on BF and the promotion in primary health care of actions to promote, protect, and support breastfeeding and healthy complementary feeding.
	Interest in implementing the EAAB ¹	“The PHU manager needs to ‘buy into the idea’, be a partner. He needs to be convinced of the importance of the EAAB for the PHU and the population.”
	Receptivity of EAAB in the governmental sphere ²	“Positive reception. They tried to adapt but maintain the 40 h for the tutor training workshop at EAAB. They left more time for discussion (maintained the training of tutors with a higher workload even though the Ministry of Health had reduced it)”
	Competition of EAAB with other priorities ¹	“The health system still works on the logic of disease and not health promotion. The PHU manager is more concerned with spontaneous demand than with health promotion activities for breastfeeding and healthy complementary feeding. The PHU manager needs to understand that the EAAB is important.”
	Existence of activities, actions, and/or programs complementary to EAAB ²	40-hour breastfeeding counseling course (held in May and August since 2016) in all health regions. A total of 132 professionals were trained in the first semester of 2019. Trains professionals from State Secretary of Health of Federal District (SES), universities, and the supplementary network. Mobilization of Breastmilk Donation Day, District Law for Breastmilk Donation Week, District Law for Golden August. Mobilization of Golden August. Opening of events in partnership with the judicial system, breastfeeding seminars (since 2016). Two seminars for two groups (650 participants in 2018). May: communication mobilization, Amamenta Brasília website, Facebook, application, breast milk donation system, telephone, local events in all HMBs; in August, mobilization in the 7 health regions, where there are HMBs in the region, also participates in the mobilization of World Breastfeeding week (WBW). D-day of breastfeeding. Discussion about NBCAL at an event, film screenings, seminars. 40-hour breastfeeding courses for primary care.
	Specific financial resource for EAAB ¹	“There is no specific resource. Funds from lawmakers. SES Funding. Stork Network resource, own resources of SES workers.”
Government Capacity	Existence of an area for Children’s Health ²	Coordination of Breastfeeding Policies in the FD
	Existence of EAAB Coordinator or breastfeeding and complementary feeding actions ²	“Yes, coordinator of breastfeeding policies for the FD”
	Stability of the person responsible for breastfeeding actions and healthy complementary feeding (bonded) ²	Public servant
	Professional experience of the person responsible for breastfeeding and healthy complementary feeding actions ²	11 years of experience in the position coordinating breastfeeding policies, technical experience in the subject of children’s health, breastfeeding, and complementary feeding.

Table 2. Cont.

Categories	Indicators	Federal District
	Institutional functions of EAAB managers compatible with the organizational chart ²	Pediatrician—coordinator of the breastfeeding policies in the FD
	Use of management technologies (periodic meetings about the EAAB, regular contact with tutors and PHU teams, use of the EAAB management system) ¹	“There were monthly meetings that no longer happen with the change in the structure of the SES. Access the EAAB system but reports that few tutors enter information.”
	Coordination with other areas and/or spheres of government to implement the EAAB ²	“There is coordination with the Board of the Family Health Strategy and GESNUT (Management of Nutrition Services).”
	Operationalization of the implementation of the EAAB ²	Workshop to train tutors trying to cover all health regions, tutors with profiles became workshop facilitators, and others were only trained without acting as tutors.
System Governability	Support to PHU for the development of actions (monitoring of BF and CF indicators, compliance with NBCAL) ¹	Professional training calendar “Counseling—40 h in May and August (primary care, supplementary, and university) by region. B-course taken in hospitals—24 h (hospital management and counseling) NBCAL—course for professionals (1 course in the last three years) BFHI and CF course in 2018 for breastfeeding professionals. “The monitoring data of breastfeeding and complementary feeding indicators come from surveys (prevalence of 2008), 2014-pilot by telephone. 2016/2017–Project “Early Childhood for Healthy Adults” (PIPAS). e-SUS (entered as an electronic medical record in PHC in 2017/2018, but there is still resistance in filling in part of the PHU servers. The Health Regions must have followed the indicators of compulsorily BF by the SES since 2010. Collection of human milk is also monitored by the SES.” “Local data from recent dietary prevalence surveys? Surveys (2008 prevalence), 2014–telephone pilot. 2016/2017–PIPAS” On the distribution of milk and baby formula in the PHU: “No. Only in the STD/AIDS Reference Units (HIV and HTLV patients)—screening since 2012, an average of 35 women per year diagnosed with HTLV. Children with food allergy (central pharmacy).”
	Adherence of the actors involved ¹	“Tutor is not institutional; the manager does not always allow the professional to do the activities of a tutor. Complaint of the tutor “how can the tutor’s workload be made official?” “The PHU manager needs to ‘buy into the idea’(resistant to the EAAB proposal), be a partner. He needs to be convinced of the importance of the EAAB for PHUs and the population.”

¹ Positive influence. ² Negative influence.

3.3. Degree of the EAAB Implementation in the Federal District

The implementation of the EAAB allowed identification of different scenarios between the PHUs in compliance with the certification criteria. Of the six PHUs certified by the EAAB in the FD, only one had a consolidated degree of implementation. The others (5) presented an advanced degree of implantation. Criteria five and six, which concern the

participation of PHU teams (at least 85% of professionals) in the EAAB Workshop and the performance of BF and CF actions in the PHU Action Plan, are among the main problems in the implementation of the EAAB, with low percentages of compliance in the evaluated PHUs (Table 3).

Table 3. Percentage of compliance with EAAB criteria and classification in the implementation score, Brasília, FD, 2018.

	PHU 1	PHU 2	PHU 3	PHU 4	PHU 5	PHU 6
Criteria 1	61.7 ²	61.7 ²	61.7 ²	74.4 ²	49.4 ³	61.7 ²
Criteria 2	66.7 ²	61.1 ²	27.8 ³	100 ¹	100 ¹	100 ¹
Criteria 3	78.7 ²	78.7 ²	61.2 ²	78.1 ²	82.5 ¹	78.7 ²
Criteria 4	85 ¹	100 ¹	100 ¹	85 ¹	85 ¹	70 ²
Criteria 5	0 ⁴	100 ¹	100 ¹	100 ¹	0 ⁴	100 ¹
Criteria 6	46.7 ³	100 ¹	34 ³	0 ⁴	0 ⁴	46.7 ³
TOTAL	56.3 ²	82.7 ¹	63.9 ²	74.6 ²	53.8 ²	76.9 ²

⁴ Initial implementation. ³ Partial implementation. ² Advanced implementation. ¹ Consolidated implementation.

3.4. Influence of Organizational Context on the Degree of Implementation

The analysis of the organizational context and the degree of implementation of the EAAB in the PHUs identified a negative influence of indicators in the three categories of the Triangle of Government related to difficulties in implementing criterion six (compliance with at least one BF action and one CF action), which had partial or incipient implementation in five of the six PHUs evaluated. For this criterion, the absence of specific resources for the EAAB, the fragility of the use of management technologies (such as the EAAB monitoring system), the lack of monitoring of food and nutrition indicators, and the adherence of involved actors, especially the PHU managers, were identified as factors that hinder the complete implementation of the EAAB. These same characteristics were identified as potentially interfering in the implementation of other criteria such as one, two, and five, which deal, respectively, with conducting systematic, individual, or collective actions to promote BF and healthy CF, monitoring of BF and CF indicators, and count on the participation of at least 85% of the team's professionals in the developed workshops.

4. Discussion

Our study is one of the first to identify gaps in the stages of implementation of the EAAB that may compromise the expected impact on infant and young child feeding (IYCF) indicators and the organizational context that influences its implementation and sustainability. Among the six PHUs certified in the EAAB, all but one were found to have advanced degree of implementation. The PHUs analyzed had already achieved certification in 2014, which, at least in theory, indicates that they should have already met 100% of the criteria for EAAB implementation. During the period between certification and data collection for this research, no action to monitor the certification by the Brazilian Ministry of Health or the FD coordination was identified. Therefore, our analysis of the organizational context identified that the lack of specific funding and monitor systems to track BF and CF practices as well as certification compliance are the main challenges of EAAB sustainability in the FD.

Some aspects of the organizational context can facilitate the implementation of the EAAB. The indicators with positive influence include the existence of a specific district law that includes the EAAB actions as priorities, the positive receptivity of the EAAB by local management, and the existence of complementary actions for the EAAB (courses, events, and social mobilization campaigns). Other important positive influences are the existence of district coordination for the EAAB with professional experience in the subject, a public servant in the managerial position that has a function compatible with the management

organization chart, and an operationalization of the EAAB implementation cooperating with other areas. A previous study that evaluated the strategy that preceded the EAAB also found that the existence of a municipal coordination sensitive to the proposed action facilitated the implementation across PHUs [19].

Despite an advanced implementation of the EAAB in certified PHUs in the FD, the context also elucidated unfavorable indicators that could have a negative influence. A critical point observed was the lack of specific resources for the implementation of the EAAB; despite the district law establishing that funded resources be allocated for the EAAB in the FD, in practice it was not happening. EAAB would receive funding from different resources when available and if available [15]. A study that analyzed the implementation of the EAAB in a capital city in Northeastern Brazil evidenced that budgetary resources are needed for the development of municipal activities proposed by the EAAB, such as the training workshops for tutors and resources to invest in establishing goals and partnerships [32]. Another work demonstrated that financial resources are also critical at the state management level (an area that is also the responsibility of the FD) to coordinate the implementation of the EAAB [31].

Other indicators of the organizational context that exerted a negative influence on the implementation of the EAAB are lack of management technologies employed (such as meetings with tutors and the use of monitoring systems) and not enough support for PHUs to develop actions that promote BF and CF. In the FD, the use of management technologies for monitoring the EAAB was deficient. Periodic meetings were not held, and few tutors entered information about holding workshops and monitoring of actions in the PHU regularly into the EAAB monitoring systems provided by the Ministry of Health. A recent study found that one of the barriers to implementing large-scale breastfeeding programs is a weak monitoring system [33]. Monitoring the implementation of EAAB at the state and the PHU level is critical to implementation success [31].

We found that monitoring of BF and CF indices has not occurred as recommended. A similar weakness in the organizational context of the EAAB was observed in a capital in the northeastern region of Brazil [32]. EAAB certification requires fulfillment of a group of six criteria. In criterion two, the monitoring of BF and CF indicators is required for certification and must be carried out by the current primary care system for this purpose, which at the national level is the Food and Nutritional Surveillance System (SISVAN) and more recently, the e-SUS [15,16]. Previous studies have shown that SISVAN is little used for food and nutrition surveillance and even less for planning intervention actions [34,35]. An evaluation of the precursor strategy of the EAAB, which also included the criterion of monitoring indicators of nutritional status and food consumption, found that monitoring of infant and nutrition indicators was weak among two out of three municipalities studied [20]. Furthermore, a recent study also found that monitoring of infant and young children feeding indicators is critical for successful implementation of the EAAB [33].

Other organizational context indicators with negative influence may also explain the low degree of consolidated implementation in PHUs certified by the EAAB in the FD. These indicators reflected the low interest of PHU managers associated with lack of understanding of the importance of the EAAB, competition of BF and CF with other health priorities, and challenges for adoption by actors that should be involved (e.g., PHU manager resistant to the EAAB proposal and tutors who are not released to carry out their activities), and barriers to conduct EAAB activities are examples of weaknesses related to important aspects of its implementation. Our findings corroborate with prior analysis that identified the importance of the commitment of teams to the action plan and proposed actions to increase support to BF and CF, support for the role of the tutor, training of teams, and prioritization of the EAAB in a Municipal Health Plan [21,22].

It is worth noting that, even though it was not evaluated in this study, some findings from other studies have already shown that PHUs that implemented actions or were certified in the EAAB, or in programs similar to the EAAB, had higher prevalence of BF when compared to PHUs without the programs [13,21,36,37]. A study carried out in a

municipality in São Paulo, Brazil showed that, in children treated at PHUs certified by the Brazil Breastfeeding Network, the prevalence of BF was higher when compared to noncertified PHUs [36]. However, another study also showed that certification in the Brazil Breastfeeding Network program alone was not a guarantee of a higher prevalence of BF, identifying that BF was higher in children attending PHUs that met all the certification criteria required in the program when compared to certified PHUs that did not meet all criteria [37].

Our findings pointed to challenges in the sustainability of the EAAB in the FD, considering that the study evaluated only certified PHUs, where all were expected to have a consolidated degree of implementation of the certification criteria. Although most PHUs certified in the FD only exhibited advanced but not consolidated implementation, the result may have been facilitated by an organizational context that reinforces actions of the EAAB through a district law and is managed by an active coordinator in the FD who is in a stable employment position and has accumulated technical competence in the subject. Furthermore, the cooperation with other areas, as well as the actions and activities that complement the EAAB, such as other courses and professional training about BF, probably strengthened this scenario. However, the consolidation of the EAAB in the FD must still be strengthened, by including earmarked funding, regular use of management technologies to monitor actions, prioritization of the EAAB in the face of other health priorities demands, and the support of PHU managers, professionals in the PHU, and tutors.

This study has some limitations to be considered when interpreting the findings. This study had a favorable bias towards the degree of implementation, considering that it evaluated only PHUs certified by the EAAB. Nevertheless, the implementation analysis made by multiple tools, such as the construction of a specific conceptual logical model for the EAAB in the FD, the identification of organizational context analysis indicators, and the construction of an EAAB certification criteria score matrix duly validated by specialists with experience in the implementation of the EAAB, proved to be an important tool for managers to define strategies for evaluating a PHU after certification, which was an important gap identified here. Furthermore, we analyzed information from multiple actors such as mothers, professionals, PHU managers, and the EAAB manager in the FD, allowing a triangulation of information, which provided robustness to the results found in this study. However, excluding PHUs that started implementation but did not achieve certification and analyzing only certified PHUs limited the scope of analysis on the implementation of the EAAB. Lessons learned from our research can inform the planning of organizational contexts and investment of public health funding when implementing an IYCF at a large scale, given that it contributes to the establishment of methodologies that identify critical factors for the implementation of breastfeeding and complementary feeding programs and that direct public policy managers to invest in the development of sustainable programs.

5. Conclusions

All but one of the Primary Health Units certified by the EAAB in the Federal District presented advanced implementation, close to what is recommended by the Brazilian Ministry of Health; however, challenges remain for its consolidation. Lack of specific funding and monitor systems to track breastfeeding and complementary feeding practices as well as certification compliance are the main challenges of EAAB sustainability in the Federal District.

Author Contributions: Writing—original draft preparation, A.S.M.; writing—review and editing, A.S.M., M.B.G., S.I.V. and G.B. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: Data from this study were collected as part of the research “A look at Breastfeeding and Complementary Feeding in the Federal District” funded by the Universal Call–MCTI/CNPq No. 14/2014 Process No. 446269/2014-0 and conducted by the University of Brasília.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki, and approved by the Ethics Committee of the University of Brasília and the Ethics Committee of the Foundation for Teaching and Research in Health Sciences (Fepecs) (n. 1.197.295).

Informed Consent Statement: An informed consent was obtained from all participants and their legal guardians.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available on request from the corresponding author. The data are not publicly available as they contain information that may violate the privacy of research participants.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. World Health Organization. *Infant and Young Child Feeding: A Tool for Assessing National Practices, Policies and Programmes*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2003; ISBN 92-4-156254-4.
2. Ministry of Health of Brazil. *Child Health: Breastfeeding and Complementary Feeding*, 2nd ed.; Ministry of Health of Brazil: Brasília, Brazil, 2015; ISBN 978-85-334-2290-2.
3. Ministry of Health of Brazil. *Dietary Guidelines for Brazilian Children under 2 Years of Age*, 1st ed.; Ministry of Health of Brazil: Brasília, Brazil, 2019; ISBN 978-65-5993-020-3.
4. Horta, B.L.; Victora, C.G.; World Health Organization. *Short-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review on the Benefits of Breastfeeding on Diarrhoea and Pneumonia Mortality*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2013; ISBN 978-92-4-150612-0.
5. Horta, B.L.; Loret de Mola, C.; Victora, C.G. Long-Term Consequences of Breastfeeding on Cholesterol, Obesity, Systolic Blood Pressure and Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acta Paediatr.* **2015**, *104*, 30–37. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
6. Bartick, M.C.; Jegier, B.J.; Green, B.D.; Schwarz, E.B.; Reinhold, A.G.; Stuebe, A.M. Disparities in Breastfeeding: Impact on Maternal and Child Health Outcomes and Costs. *J. Pediatr.* **2017**, *181*, 49–55.e6. [[CrossRef](#)]
7. Ministry of Health of Brazil. *National Policy for Food and Nutrition*, 1st ed.; Ministry of Health of Brazil: Brasília, Brazil, 2013; ISBN 978-85-334-1911-7.
8. Ministry of Health of Brazil. *National Policy on Integral Attention to the Health of the Child*, 1st ed.; Ministry of Health of Brazil: Brasília, Brazil, 2018; ISBN 978-85-334-2596-5.
9. Ministry of Health of Brazil. *Basis for the Discussion of the National Policy for the Promotion, Protection and Support of Breastfeeding*; Ministry of Health of Brazil: Brasília, Brazil, 2017; ISBN 978-85-334-2531-6.
10. Federal University of Rio de Janeiro. *Breastfeeding: Prevalence and Practices of Breastfeeding in Brazilian Children under 2 Years of Age*; Federal University of Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, Brazil, 2021.
11. World Health Organization. *Organization Guideline: Counselling of Women to Improve Breastfeeding Practices*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2018; ISBN 978-92-4-155046-8.
12. Vitolo, M.R.; Bortolini, G.A.; Campagnolo, P.D.B.; Hoffman, D.J. Maternal Dietary Counseling Reduces Consumption of Energy-Dense Foods among Infants: A Randomized Controlled Trial. *J. Nutr. Educ. Behav.* **2012**, *44*, 140–147. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
13. Cardoso, L.O.; Vicente, A.S.T.; Damião, J.J.; Rito, R.V.V.F. The Impact of Implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the Prevalence Rates of Breastfeeding and Causes of Consultations at a Basic Healthcare Center. *J. Pediatr. (Rio J.)* **2008**, *84*, 147–153. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
14. McFadden, A.; Siebelt, L.; Marshall, J.L.; Gavine, A.; Girard, L.-C.; Symon, A.; MacGillivray, S. Counselling Interventions to Enable Women to Initiate and Continue Breastfeeding: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. Breastfeed. J.* **2019**, *14*, 42. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
15. Ministry of Health of Brazil. *Establishes the National Strategy for Promotion of Breastfeeding and Healthy Complementary Feeding in the Brazilian Health System (SUS/Brazil)*; Ministry of Health of Brazil: Brasília, Brazil, 2013.
16. Ministry of Health of Brazil. *National Strategy for Promotion of Breastfeeding and Healthy Complementary Feeding in the Brazilian Health System (SUS/Brazil): Implementation Guide*; Ministry of Health of Brazil: Brasília, Brazil, 2015; ISBN 978-85-334-2215-5.
17. Ministry of Health of Brazil. *Information and Management of Primary Care. EAAB System*; Ministry of Health of Brazil: Brasília, Brazil, 2012.
18. Ministry of Health of Brazil. *Brazil Breastfeeding Network: First Steps (2007–2010)*; Ministry of Health of Brazil: Brasília, Brazil, 2011.
19. Venâncio, S.I.; Martins, M.C.N.; Sanches, M.T.C.; de Almeida, H.; Rios, G.S.; de Frias, P.G. Deployment Analysis of the Brazilian Breastfeeding Network: Challenges and Prospects for Promoting Breastfeeding in Primary Care. *Cad. Saúde Pública* **2013**, *29*, 2261–2274. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
20. Ministry of Health of Brazil. *Deployment Analysis of the Breastfeeding Network Brazil: Research Report*; Ministry of Health of Brazil: Brasília, Brazil, 2013; ISBN 978-85-334-2014-4.
21. Bonini, T.d.P.L. Evaluation of the Degree of Implantation and the Effects Observed in the Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy in the Family Health Units of Piracicaba/SP. Ph.D. Thesis. University of State Campinas, Piracicaba, Brazil, 2019.
22. Mariot, M.D.M.; do Espírito Santo, L.C.; Riegel, F. Implementation of the Strategy Breastfeeds and Feeds Brazil: Tutors' Perceptions. *Rev. Enferm.* **2020**, *9*, 4. [[CrossRef](#)]

23. Brazilian Institute of Geography and Statistics. *IBGE—Brazilian Institute of Geography and Statistics*; IBGE: Brasilia, Brazil, 2010.
24. IBGE—Brazilian Institute of Geography and Statistics. *Coordination of Population and Social Indicators. Synthesis of Social Indicators: An Analysis of the Living Conditions of the Brazilian Population*; IBGE: Brasilia, Brazil, 2019.
25. CODEPLAN—Planning Company of the Federal District. *District Household Sample Survey*; CODEPLAN: Brasilia, Brazil, 2018.
26. Ministry of Health of Brazil. *Live Birth Monitoring Panel*; Ministry of Health of Brazil: Brasília, Brazil, 2018.
27. Yin, R.K. *Case Study Research: Design and Methods*, 2nd ed.; Bookman: Porto Alegre, Brazil, 2001; ISBN 85-7307-852-9.
28. Hartz, Z.M.d.A. *Health Evaluation: From Conceptual Models to Practice in the Analysis of Program Implementation*; Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, Brazil, 1997; ISBN 978-85-7541-403-3.
29. Ministry of Health of Brazil. *Instruction for the Implementation Plan of the Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy*; Ministry of Health of Brazil: Brasília, Brazil, 2015.
30. Matus, C. Triangle of Government. In *Politics, Planning and Government*; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada—IPEA: Brasília, Brazil, 1993; Volume 2, p. 591.
31. Melo, D.S. *Implementation Process of the Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy: An Analysis of the Program's Impact Path*; University of São Paulo: São Paulo, Brazil, 2020.
32. Tavares, J.S.; Vieira, D.d.S.; Dias, T.K.C.; Tacla, M.T.G.M.; Collet, N.; Reichert, A.P.d.S. Logframe Model as Analytical Tool for the Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy. *Rev. Nutr.* **2018**, *31*, 251–262. [[CrossRef](#)]
33. Pérez-Escamilla, R.; Curry, L.; Minhas, D.; Taylor, L.; Bradley, E. Scaling Up of Breastfeeding Promotion Programs in Low- and Middle-Income Countries: The “Breastfeeding Gear” Model. *Adv. Nutr.* **2012**, *3*, 790–800. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
34. Ferreira, C.S.; Cherchiglia, M.L.; César, C.C. The Food and Nutrition Surveillance System as a Tool for Monitoring the National Strategy for Healthy Complementary Nutrition. *Rev. Bras. Saúde Materno Infant.* **2013**, *13*, 167–177. [[CrossRef](#)]
35. Rolim, M.D.; Lima, S.M.L.; de Barros, D.C.; de Andrade, C.L.T. Evaluation of the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) in Food and Nutritional Management Services in the State of Minas Gerais, Brazil. *Ciênc. Saúde Coletiva* **2015**, *20*, 2359–2369. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
36. Passanha, A.; Da Benicio, M.H.; Venancio, S.I.; dos Reis, M.C.G. Implementation of the Brazilian Breastfeeding Network and Prevalence of Exclusive Breastfeeding. *Rev. Saúde Pública* **2013**, *47*, 1141–1148. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
37. Venancio, S.I.; Giugliani, E.R.J.; Silva, O.L.d.O.; Stefanello, J.; Benicio, M.H.D.; dos Reis, M.C.G.; Issler, R.M.S.; Santo, L.C.d.E.; Cardoso, M.R.A.; Rios, G.S. Association between the Degree of Implementation of the Brazilian Breastfeeding Network and Breastfeeding Indicators. *Cad. Saúde Pública* **2016**, *32*. [[CrossRef](#)]