

Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: resultados de uma pactuação interfederativa no Sistema Único de Saúde

Agenda for Scaling up Nutritional Care of Childhood Malnutrition: Results of an inter-federate pact at Unified Health System in Brazil

Mayara Kelly Pereira RAMOS¹
Ana Maria Cavalcante de LIMA¹
Muriel Bauermann GUBERT²

RESUMO

Objetivo

Avaliar o cumprimento das metas da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil no ano de 2013, por meio da identificação das possíveis variáveis associadas ao desempenho dos municípios diante das metas pactuadas.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal utilizando a base de dados secundários do Ministério da Saúde, em que foram considerados os 212 municípios que compõem a Agenda e as três metas obrigatórias pactuadas para o ano de 2013. Também foram utilizadas informações provenientes do formulário eletrônico aplicado pelo Ministério da Saúde que trata da implementação da Agenda. Para analisar os dados, utilizou-se o teste do Qui-quadrado, e nível de significância de 5%.

¹ Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, Brasil.

² Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, 70910-900, Brasília, DF, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: MB GUBERT. E-mails: <murielgubert@hotmail.com>; <murielgubert@gmail.com>.

Artigo elaborado a partir da dissertação de MKP RAMOS, intitulada “Descrição da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil e suas metas nos municípios brasileiros”. Universidade de Brasília; 2014.

Resultados

Entre as variáveis que contribuíram simultaneamente para o bom desempenho no acompanhamento nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e nas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, tem-se: o menor porte populacional, a distribuição geográfica na região Nordeste, o município ter utilizado o recurso, a maior cobertura da Atenção Básica e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Conclusão

Apesar de este trabalho apresentar dados parciais de avaliação, torna-se evidente que o monitoramento dos desempenhos municipais é ação essencial para contribuir com a efetividade dessa Agenda, permitindo compreender seu processo de implementação e identificar os fatores que possam ter dificultado sua execução, a fim de possibilitar que outras estratégias sejam elaboradas de acordo com realidade e limitações/perfil desses municípios para o próximo ciclo de avaliação.

Palavras-chave: Monitoramento. Políticas públicas. Transtornos da nutrição infantil. Vigilância Nutricional.

ABSTRACT

Objective

To assess compliance with the goals of the Agenda for Scaling Up Nutritional Care of Childhood Malnutrition in 2013 by identifying the variables associated with municipal performance of the agreed-upon goals.

Methods

This cross-sectional study used secondary data from the Ministry of Health on the 212 municipalities that compose the Agenda and the three goals for 2013. Information was also collected from the Ministry of Health's electronic form, which investigates the Agenda's implementation. The data were analyzed by the Chi-square test with a significance level of 5%.

Results

The variables that simultaneously contributed to the good performance of the nutritional follow-up made by the Food and Nutrition Surveillance System and to the families enrolled in the Bolsa Familia Program were: smaller population, municipality being located in the Brazilian Northeast region, municipality having used the resource, greater coverage provided by primary health care and the Food and Nutrition Surveillance System.

Conclusion

Although the study data have been only partly assessed, it is evident that monitoring the municipalities is essential to increase the Agenda's effectiveness. Monitoring enables one to understand the Agenda's implementation process and to identify the factors that may challenge its execution. It allows the development of other strategies for the next assessment cycle, according to municipal reality and limitations/profile.

Keywords: *Monitoring. Public Policies. Child nutrition disorders. Nutritional Surveillance.*

INTRODUÇÃO

A desnutrição infantil atinge cerca de um décimo das crianças menores de 5 anos de idade no mundo e está associada à alta mortalidade infantil, particularmente nas populações que vivem em condições de pobreza extrema^{1,2}. O quadro da desnutrição infantil no Brasil tem apresentado tendência de declínio nos últimos 40 anos³, especialmente nas formas graves. O baixo peso em menores de 5 anos de idade reduziu de 18,4%, em 1974, para 1,7%, em

2006^{4,5}. Entretanto, a baixa estatura, que reflete o déficit crônico de nutrientes e impacto no crescimento linear da criança, ainda pode ser considerada elevada (7,1%)⁵.

Embora a redução do baixo peso em menores de cinco anos seja significativa, ao observarem-se grupos populacionais vulneráveis (indígenas, quilombolas e moradores da região Norte do País), ainda são verificados valores expressivos, com percentuais variando entre 3,4 a 8,1% da população⁵⁻⁷.

A desnutrição aumenta o risco de morbidade e pode afetar o crescimento e o desenvolvimento cognitivo. Em geral, crianças desnutridas têm maior probabilidade de baixo rendimento escolar e menor capacidade de trabalho na idade adulta, o que pode gerar baixa renda, alta fertilidade e impossibilidade de provimento de cuidados adequados para seus filhos, o que contribui para a transmissão intergeracional da pobreza. A recomendação em termos de políticas públicas, nesse caso, é o reforço às ações integradas que potencializem a saúde materna e o pleno desenvolvimento infantil⁸⁻¹⁰.

A desnutrição possui forte determinação multifatorial, estando intimamente relacionada à carência alimentar¹¹, à vulnerabilidade econômica e às condições ambientais desfavoráveis, como a falta de saneamento básico e água de boa qualidade¹². Nessa ótica, Lima *et al.*¹³ aponta como os principais fatores atribuíveis à redução da desnutrição no Brasil o aumento da escolaridade materna, o crescimento do poder aquisitivo das famílias, a ampliação dos programas de transferência de renda, a expansão da assistência à saúde e a melhoria das condições de saneamento - todas ações de cunho intersetorial.

O enfrentamento da desnutrição infantil deve, portanto, ser realizado a partir de intervenções em seus determinantes sociais e com políticas públicas promotoras da equidade. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 2.387, de 18 de outubro de 2012, instituiu a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI), com vistas a impulsionar o enfrentamento da desnutrição em municípios brasileiros com maior prevalência desse agravo entre crianças menores de cinco anos de idade. A Agenda baseia-se na estruturação e qualificação de ações de atenção à saúde da criança e de organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde, em especial no âmbito da Atenção Básica e em consonância com as Agendas da Ação Brasil Carinhoso e da Rede Cegonha¹⁴.

Estudos mostram dificuldades no monitoramento e avaliação de programas no Brasil, talvez porque esses processos não tenham sido desenhados em função da maturidade dos programas. Os diferentes programas voltados a atender às diversas demandas públicas vêm pressionando setor público a aprimorar suas práticas de gestão. Sendo assim, a preocupação com o aprimoramento técnico na elaboração de diagnósticos e nas atividades de monitoramento e avaliação de programas vem se expandindo¹⁵.

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

MÉTODOS

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

A Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil contemplou 212 municípios brasileiros com população inferior a 150 mil habitantes e índices de desnutrição infantil (baixo peso e muito baixo peso/idade) iguais ou superiores a 10%, de acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). A adesão dos municípios foi condicionada à pactuação de seis metas: 1) aumento do acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de cinco anos pelo Sisvan; 2) investigação de casos de desnutrição e atraso no desen-

volvimento infantil; 3) aumento do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família; 4) implementação das ações de incentivo ao aleitamento materno e de promoção da alimentação complementar saudável para crianças até dois anos de idade em todas as unidades básicas de saúde do município; 5) garantia de suplementação de ferro para todas as crianças diagnosticadas com desnutrição, e 6) garantia de suplementação de vitamina A para todas as crianças diagnosticadas com desnutrição. A pactuação das três primeiras metas era obrigatória para fins de repasse de recurso; as demais eram facultativas. No primeiro período de avaliação, foi considerado o alcance de, no mínimo, 50% das metas pactuadas para cumprimento da Agenda pelo Município¹⁶.

A Agenda tem duração de 36 meses (2012 a 2015), e o monitoramento foi programado ao final de cada ano (2013, 2014 e 2015), sempre condicionado ao cumprimento das metas. Para apoiar a implementação da estratégia, os municípios contemplados receberam repasses financeiros: no momento da adesão, um total de R\$10.990.000,00¹⁷; após o primeiro ciclo de monitoramento, em 2013, um total de R\$11.280.000,00¹⁸, e, finalmente, R\$12.245.000,00, em 2014¹⁹.

Para este, estudo utilizou-se o universo dos 212 municípios contemplados pela ANDI, cujo critério de seleção foi possuir menos de 150 mil habitantes e possuir desnutrição ponderal (peso para idade) maior ou igual a 10% de acordo com o Sisvan¹⁶.

Para a descrição sociodemográfica dos 212 municípios estudados, utilizou-se a base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referente ao Censo 2010, via TabNet²⁰. Os municípios foram caracterizados segundo região (UF), população residente (e menor de cinco anos), percentual de cobertura de abastecimento de água, saneamento básico, coleta de lixo, renda (em salários mínimos *per capita*), Índice de Desenvolvimento de Educação Básica (IDEB), pre-

sença de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e coberturas de Atenção Básica, Sisvan e Programa Bolsa Família.

O percentual de cobertura do Programa Bolsa Família foi coletado do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família, com base na primeira vigência de 2012²¹. O percentual de cobertura da Atenção Básica foi considerado o ano de 2010. A taxa de mortalidade infantil foi oriunda do Sistema de Informação sobre Mortalidade e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (DATASUS), vigência 2010²⁰. A cobertura do Sisvan, a prevalência de desnutrição infantil, assim como as metas pactuadas e o desempenho dos municípios no cumprimento das metas foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde, via banco de dados do sistema ANDI.

Neste trabalho, para a análise de cumprimento de metas, foram consideradas apenas as metas condicionadas aos compromissos mínimos da Agenda e ao repasse financeiro previsto, segundo a pactuação feita por cada município no momento da adesão: 1) aumento do acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de cinco anos no Sisvan; 2) investigação de casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil; e 3) aumento da cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família¹⁶. O desempenho do município foi avaliado segundo os dados provenientes do sistema ANDI, fornecidos pelo Ministério da Saúde.

Uma segunda parte deste trabalho contemplou a avaliação da implementação da ANDI e os fatores a ela associados, segundo a perspectiva dos gestores da ANDI nos municípios. Para essa etapa, utilizaram-se os dados de formulário eletrônico, via FormSUS, encaminhado pelo Ministério da Saúde aos gestores da Agenda nos municípios. Esses formulários foram respondidos pelas pessoas cadastradas como referência da ANDI nos municípios partícipes da Agenda e foram coletados no período de fevereiro a março de 2014. Da totalidade dos 212 municípios, 206

responderam o FormSUS, havendo ausência de informação de 6 municípios.

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

Para as análises do banco de dados, utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Illinois, Estados Unidos) versão 16.0, sendo a avaliação dos fatores associados ao cumprimento parcial das metas pactuadas realizada pelo teste Qui-quadrado, e a variável desfecho o cumprimento de cada meta (e o conjunto delas). Foram consideradas significativas associações com $p < 0,05$.

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

RESULTADOS

Grande parte dos municípios contemplados pela ANDI está localizada na região Nordeste (42,5%), e cerca de 90,0% deles são de pequeno porte, com população residente menor que 40 mil habitantes. Esses municípios apresentam predominantemente alta cobertura de Atenção Básica e de acompanhamento das condicionalida-

des de saúde do Programa Bolsa Família. Já a cobertura do Sisvan apresenta percentuais menores (inferior a 50,0%) em 91,5% dos municípios. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) está presente em apenas 26,4% deles (Tabela 1).

Acerca dos indicadores sociais (Tabela 1), mais da metade dos municípios tem cobertura de abastecimento de água acima de 60,0% e IDEB inferior a 4. Apesar de a cobertura de saneamento básico ser elevada, a cobertura de coleta de lixo é precária. Cerca de 65,0% dos municípios estudados possuem mais que 20,0% da sua população em situação de extrema pobreza (renda menor que $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita*). Com relação aos indicadores de saúde, 20,7% deles têm prevalência de desnutrição infantil maior que 15,0%. A taxa de mortalidade infantil foi de até 10/1000 nascidos vivos em 42,5% dos municípios avaliados.

Analisando-se o desempenho dos municípios no cumprimento das metas em 2013, observa-se que 68,9% deles cumpriram a meta de cobertura do Sisvan; 60,8% a meta mínima do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, e 42,9% cumpriram ambas as metas. Já a meta de investigação de casos de crianças desnutridas foi cumprida por apenas 9,0% dos municípios. Somente 5,7% dos municípios cumpriram todas as metas da ANDI (Tabela 2).

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

Já o cumprimento do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família foi maior apenas em municípios com altas taxas de mortalidade infantil. O cumprimento concomitante da meta Sisvan e Programa Bolsa Família foi influenciado pelos mesmos fatores da meta Sisvan. No tocante ao cumprimento das três metas mínimas pactuadas,

Tabela 1. Caracterização dos municípios contemplados na Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI). Brasil, 2013.

1 de 2

Características municipais	n	%
<i>População total</i>		
Até 10 mil habitantes	94	44,3
<10 a 40 mil habitantes	95	44,8
<40 a 80 mil habitantes	17	8,0
<80 até 150 mil habitantes	6	2,8
<i>População <5 anos</i>		
Até 1 500	122	57,5
<1 500 a 3 000	46	21,7
<3 000 a 4 500	22	10,4
>4 500	22	10,4
<i>Distribuição geográfica</i>		
Norte	62	29,2
Nordeste	90	42,5
Sudeste	27	12,7
Sul	23	10,8
Centro-Oeste	10	4,7
<i>Abastecimento de água (% cobertura)</i>		
Até 30%	22	10,4
<30 a 60%	71	33,5
<60 a 90%	108	50,9
>90%	11	5,2
<i>Coleta de lixo (% cobertura)</i>		
Até 30%	33	15,6
<30 a 60%	82	38,7
<60 a 90%	73	34,4
>90%	24	11,3
<i>Saneamento básico (% cobertura)</i>		
Até 30%	13	6,2
<30 a 60%	17	8,0
<60 a 90%	76	36,0
>90%	105	49,8
<i>Renda (% da população com ¼ salário mínimo per capita)</i>		
0 a 20%	74	34,9
<20 a 40%	126	59,4
>40%	12	5,7
<i>Índice de desenvolvimento da Educação Básica</i>		
Até 3	22	10,4
<3 a 4	103	48,6
<4 a 5	52	24,5
>5	35	16,5
<i>Mortalidade Infantil (por 1 000 nascidos-vivos)</i>		
Até 10	90	42,5
<10 a 20	80	37,7
<20 a 30	24	11,3
>30	18	8,5
<i>Prevalência de desnutrição infantil</i>		
De 10 a 15%	168	79,2
<15% a 20%	28	13,2
>20%	16	7,5

Tabela 1. Caracterização dos municípios contemplados na Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI). Brasil, 2013.

2 de 2

Características municipais	n	%
<i>Cobertura de Atenção Básica</i>		
Até 30%	16	7,5
<30 a 60%	21	9,9
<60 a 90%	37	17,5
>90%	138	65,1
<i>Presença de Núcleo de Apoio à Saúde da Família</i>		
Presente	56	26,4
Ausente	156	73,6
<i>Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional^a</i>		
Até 25%	80	37,7
<25 a 50%	114	53,8
>50%	18	8,5
<i>Cobertura do Programa Bolsa Família^b</i>		
Até 50%	5	2,4
<50 a 70%	40	18,9
<70 a 90%	112	52,8
>90%	55	25,9

Nota: ^aCobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: percentual de cobertura de acompanhamento nutricional das crianças elegíveis;

^bCobertura do Programa Bolsa Família: percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

mostrou-se associada apenas a baixa taxa de mortalidade infantil. Não houve diferença significativa no cumprimento das metas associada à presença de NASF nos municípios.

Analisando-se as variáveis informadas pelos gestores da ANDI no FormSUS (Tabela 3), observa-se que a efetividade de utilização, pelo município, do recurso repassado, esteve associada a um melhor desempenho no cumprimento da meta Sisvan e de ambas (Sisvan e Programa Bolsa Família). A construção de um plano de ação mostrou-se associada ao cumprimento da meta Sisvan, da meta Programa Bolsa Família e de ambas. A meta de investigação de casos de desnutrição mostrou-se associada à estratégia de busca ativa.

DISCUSSÃO

Os resultados referentes à descrição do perfil dos municípios mostram maior vulnera-

bilidade desses territórios comparados aos parâmetros nacionais, corroborando a literatura, que aponta que variáveis como insuficiência de renda, condições ambientais desfavoráveis e falta de acesso aos serviços de saúde estão associadas a uma maior morbimortalidade e desnutrição² (Tabela 1).

Em relação à mortalidade infantil, os municípios da ANDI apresentam valores acima da taxa nacional (de 12,9 crianças por 1 000 nascidos vivos)²⁰, o que já era esperado, uma vez que a mortalidade infantil tem como seus principais determinantes proximais as doenças relacionadas ao chamado complexo diarreia-pneumonia-desnutrição²². Acrescenta-se, ainda, o fato de que na base da cadeia causal da mortalidade infantil estão as características socioeconômicas das famílias, escolaridade materna, condições inadequadas de moradia e acesso a serviços de saneamento básico^{10,12}.

As coberturas de Atenção Básica, Sisvan e Programa Bolsa Família encontram-se acima dos

Tabela 2. Características Municipais e sua associação com o desempenho no cumprimento das metas da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI). Brasil, 2013.

Características municipais	Cumpriu meta Sisvan			Cumpriu meta PBF			Cumpriu meta PBF e Sisvan			Cumpriu IC			Cumpriu todas		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
<i>População total</i>															
Até 10 mil	71	75,5	0,009	60	63,8	0,845	46	48,9	0,006	11	11,7	0,367	9	9,6	0,158
<10 a 40 mil	66	69,5		56	58,9		40	42,1		8	8,4		3	3,2	
<40 a 80 mil	7	41,2		10	58,8		5	29,4		0	0,0		0	0,0	
<80 até 150 mil	2	33,3		3	50,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
<i>População <5 anos</i>															
Até 1 500	96	78,7	<0,01	78	63,9	0,639	62	50,8	0,022	14	11,5	0,445	10	8,2	0,274
<1 500 a 3 000	28	60,9		27	58,7		17	37,0		2	4,3		1	2,2	
<3 000 a 4 500	15	68,2		11	50,0		8	36,4		2	9,1		1	4,5	
>4 500	7	31,8		13	59,1		4	18,2		1	4,5		0	0,0	
<i>Região</i>															
Norte	29	46,8	<0,01	37	59,7	0,759	18	29,0	0,006	5	8,1	0,514	1	1,6	0,161
Nordeste	80	88,9		57	63,3		51	56,7		6	6,7		5	5,6	
Sudeste	16	59,3		18	66,7		12	44,4		4	14,8		4	14,8	
Sul	13	56,5		12	50,0		6	26,1		2	8,7		1	4,3	
Centro-Oeste	8	80,0		5	52,2		4	40,0		2	20,0		1	10,0	
<i>Renda*</i>															
0 a 20%	47	63,5	0,138	40	54,1	0,328	25	33,8	0,107	8	10,8	0,787	4	5,4	0,657
<20 a 40%	88	69,8		81	64,3		59	46,8		10	7,9		8	6,3	
>40%	11	91,7		8	66,7		7	58,3		1	8,3		0	0,0	
<i>IDEB</i>															
Até 3	15	68,2	0,782	16	72,7	0,525	9	40,9	0,995	1	4,5	0,102	0	0,0	0,082
<3 a 4	74	71,8		59	57,3		44	42,7		6	5,8		3	2,9	
<4 a 5	35	67,3		31	59,6		23	44,2		9	17,3		6	11,5	
>5	22	62,9		23	65,7		15	42,9		3	8,6		3	8,6	
<i>Mortalidade Infantil</i>															
Ate 10	61	67,8	0,970	61	67,8	0,021	42	46,7	0,177	13	14,4	0,062	10	11,1	0,007
<10 a 20	56	70,0		38	47,5		27	33,8		4	5,0		0	0,0	
<20 a 30	16	66,7		17	70,8		12	50,0		0	0,0		0	0,0	
>30	13	72,2		13	72,2		10	55,6		2	11,1		2	11,1	
<i>Prevalência de desnutrição</i>															
de 10 a 15%	115	68,5	0,297	106	63,1	0,289	75	44,6	0,125	16	9,5	0,418	9	5,4	0,312
<15% a 20%	22	78,6		16	57,1		13	46,4		3	10,7		3	10,7	
>20%	9	56,2		7	43,8		3	18,8		0	0,0		0	0,0	
<i>Cobertura de AB</i>															
Até 30%	6	37,5	<0,01	10	62,5	0,602	4	25,0	0,001	0	0,0	0,287	0	0,0	0,411
<30 a 60%	5	23,8		11	52,4		3	14,3		1	4,8		0	0,0	
<60 a 90%	21	56,8		20	54,1		12	32,4		2	5,4		2	5,4	
<90%	114	82,6		88	63,8		72	52,2		16	11,6		10	7,2	
Total Brasil	146	68,9		129	60,8		91	42,9		19	9,0		12	5,7	

Nota: *Renda: % da população com ¼ salário mínimo *per capita*.

PBF: Programa Bolsa Família; IC: Investigação de Casos; IDEB: Índice de Desenvolvimento de Educação Básica; AB: Atenção Básica.

parâmetros nacionais. Em geral, no Brasil, a cobertura destas ações são maiores em municípios pequenos²³, até mesmo porque houve uma

priorização de implantação da atenção básica em municípios com baixos indicadores sociais e de saúde, devido à sua alta vulnerabilidade²⁴.

Tabela 3. Informações relativas à gestão municipal da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI) e sua associação com o desempenho no cumprimento das metas pactuadas. Brasil, 2013.

Determinantes	Cumpriu meta Sisvan			Cumpriu meta PBF			Cumpriu meta PBF e Sisvan			Cumpriu IC			Cumpriu todas		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
<i>Profissional</i>															
Enfermeiro	59	65,6	0,435	51	56,7	0,497	36	40,0	0,706	7	7,8	0,68	3	3,3	0,389
Nutricionista	70	70,0		65	65,0		46	46,0		11	11,0		8	8,0	
Outro	13	81,2		10	62,5		7	43,8		1	6,2		1	6,2	
<i>Recurso</i>															
Não utilizou	36	57,1	<0,01	37	58,7	0,327	21	33,3	0,004	5	7,9	0,108	4	6,3	0,193
Utilizou parcialmente	50	82,0		43	70,5		36	59,0		10	16,4		6	9,8	
Utilizou totalmente	54	75,0		41	56,9		31	43,1		3	4,2		1	1,4	
Não sabe	2	20,0		5	50,0		1	10,0		1	10,0		1	10,0	
<i>Recebeu qualificação sobre a ANDI</i>															
Sim	111	72,1	0,093	97	63,0	0,356	70	45,5	0,262	13	8,4	0,505	7	4,5	0,505
Não	31	59,6		29	55,8		19	36,5		6	11,5		5	9,6	
<i>Construiu plano de ação</i>															
Sim	124		<0,01	109	66,5	0,002	83	50,6	<0,01	18	11,0	0,086	11	6,7	0,285
Não	18			17	40,5		6	14,3		1	2,4		1	2,4	
<i>Controle social</i>															
Sim	129	69,0	0,96	114	61,0	0,852	83	44,4	0,283	18	9,6	0,531	11	5,9	0,082
Não	13	68,4		12	63,2		6	31,6		1	5,3		1	5,3	
<i>Busca ativa*</i>															
Sim	132	72,1	0,005	118	61,8	0,518				19	10,9	0,05			
Não	10	43,5		8	53,3					0	0,0				

Nota: *Cruzamento de variáveis diferentes.

IC: Investigação de Casos.

A literatura mostra que mesmo nos municípios com boa cobertura de Atenção Básica, o acesso aos serviços de saúde pode ser precário em função de fragilidades que diminuem a efetividade da atenção básica, como: dificuldade para obtenção de médicos e inclusão de outros profissionais nas equipes²⁵, falta de entendimento dos gestores sobre o objetivo da Atenção Básica, e profissionais sem treinamento/conhecimento ou perfil adequado²⁶, o que pode interferir negativamente na qualidade do cuidado à saúde da criança.

As políticas sociais, entre elas, os programas de transferência de renda, têm um importante papel na diminuição das iniquidades sociais e em saúde. O acompanhamento das condições de saúde do Programa Bolsa Família já foi apontado como fator protetor para a mortalidade

infantil e desnutrição^{27,28}. No entanto, embora esses municípios tenham uma alta cobertura de acompanhamento Programa Bolsa Família, neste estudo não foi possível avaliar esse impacto em virtude das características do estudo e dos dados disponíveis.

Na maioria dos municípios estudados, o abastecimento de água e o saneamento básico apresentaram valores de cobertura semelhantes aos nacionais²⁰, embora ainda 43,9% apresentem abastecimento de água inferior à média nacional. Já a coleta de lixo, o IDEB e o percentual da população com renda menor que ¼ do salário mínimo *per capita* têm resultados piores que os nacionais²⁰. Quase 60,0% dos municípios estudados tinham de 20,0 a 40,0% da população vivendo em extrema pobreza, enquanto a média nacional é de 16,2%²⁰: isso era esperado uma vez que a

desnutrição é mais prevalente em municípios brasileiros com precárias condições socioeconômicas². O desempenho dos municípios no cumprimento das metas (Tabela 2) no primeiro ano da Agenda (2013) pode ser avaliado como abaixo do esperado, uma vez que somente 42,9% dos municípios contemplados conseguiram cumprir concomitantemente duas (Sisvan e Programa Bolsa Família) das três metas mínimas exigidas na ocasião de adesão à ANDI. O desempenho em relação à terceira meta (investigação dos casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil) foi ainda menor: alcançado por apenas 9,0% dos municípios. Vale ressaltar que essa meta exigia a inserção de nova ação na rotina dos profissionais e posterior registro de dados novos no sistema Sisvan *Web*. Além disso, acrescenta-se o fato de a adesão à ANDI ter sido realizada durante o período eleitoral em 2012, o que pode estar relacionado à mudança de gestores municipais e ao corpo de funcionários não permanente, o que acarreta descontinuidade do trabalho pela alta rotatividade dos profissionais²⁹.

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

O bom desempenho no cumprimento da meta do Sisvan esteve associado a uma alta cobertura de atenção básica e menor porte do município. Essas características municipais implicam um menor número de crianças menores de cinco anos a serem acompanhadas e, também, maior facilidade de localização na busca ativa. Outra variável associada foi o município possuir uma maior cobertura do Programa Bolsa Família, fato intimamente relacionado a uma maior alimentação de dados no Sisvan-*Web*, além de oportunizar a aplicação do formulário da ANDI e do formulário de consumo alimentar nessas crianças.

Observa-se que o bom desempenho no aumento da cobertura do Sisvan foi maior em municípios da região Nordeste, fato que pode estar associado à maior cobertura da Atenção Básica nessa região (75,8%), o que potencializa a capacidade de acompanhamento. Ressalta-se também que a maioria dos dados da vigilância nutricional é proveniente do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, e que quase 50,0% das famílias beneficiárias estão localizadas na região Nordeste, onde a média de acompanhamento nutricional das famílias desse programa (87,5%) é mais alta que a média nacional²¹.

O desempenho na meta de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (Tabela 2) foi maior em municípios com maior mortalidade infantil. Rasella *et al.*²⁷ sugerem que o Programa Bolsa Família naturalmente seleciona famílias cujas crianças têm maior risco de morrer, pelo acúmulo de fatores determinantes, o que pode gerar uma virtual elevação desse indicador em casos de aumento de cobertura. Evidências recentes mostram que o Bolsa Família reduziu 19,4% a mortalidade geral entre crianças nos municípios onde tinha alta cobertura, havendo uma redução ainda maior quando se considerou a mortalidade específica por desnutrição (65,0%) e diarreia (53,0%). O mesmo estudo mostrou haver efeito sinérgico do Programa Saúde da Família com Programa Bolsa Família na redução da mortalidade em menores de cinco anos²⁷.

O bom desempenho na meta do Programa Bolsa Família também foi observado nos municípios que já apresentavam uma alta cobertura do próprio Programa Bolsa Família, o que pode ser explicado pelo fato de que, quanto maior a cobertura do município, menor o percentual exigido de aumento na pactuação do ciclo seguinte.

Os dados informados pelos gestores no FormSUS (Tabela 3) apontam que há outras variáveis associadas ao cumprimento das metas. Já era esperado que a variável busca ativa se mostrasse significativa para o bom desempenho na

meta Sisvan e investigação de casos, tendo em vista que ambas remetiam à identificação das crianças para acompanhamento e aplicação do formulário de investigação. Estudos mostram que a busca ativa tem sido uma estratégia comumente utilizada na atenção básica no impulsionamento de ações de atenção à saúde^{30,31}.

O FormSUS também mostrou que o planejamento e incentivo financeiro foram significativos para o bom desempenho dos municípios. Os métodos de planejamento têm sido apresentados como tecnologias potentes para articular mudanças no campo da saúde³². O plano de ação, uma das recomendações da Agenda, pode ser entendido como instrumento para identificar prioridades, objetivos, metas, recursos, resultados e prazos que orientam a gestão e norteiam a composição e a harmonização dos seus objetivos³³, subsidiando assim os gestores nas articulações inerentes a esse processo complexo e dinâmico³⁴. O planejamento partindo da gestão local permite que as necessidades de saúde e demais setores sejam mais bem identificadas, no entanto percebe-se que o desafio é maior para os gestores de municípios de pequeno porte pela precária organização da área de planejamento, com deficiência de infraestrutura e insuficiência numérica e qualificada de pessoal³⁵. O bom desempenho no cumprimento das metas mostrou-se associado à execução do recurso financeiro, o que era esperado tendo em vista que transferências federativas fazem grande diferença para operacionalização das ações em municípios vulneráveis de pequeno porte³⁶.

De maneira geral, observou-se dificuldade dos municípios na elaboração do planejamento das ações e mais ainda em seu monitoramento. Observa-se que a gestão municipal geralmente encontra-se em processo de estruturação dos programas com os esforços voltados à elaboração de diagnóstico, desenho das iniciativas e/ou implementação das ações previstas, sem, muitas vezes, se preocupar com o monitoramento destes. No entanto, o conjunto de informações decisórias produzidas no âmbito do monitoramento, dire-

cionado ao acompanhamento de metas e prazos de ações, é imprescindível para otimizar o tempo e direcionar o planejamento das ações para a continuidade da estratégia³⁷.

Um grande desafio para o prosseguimento desta Agenda é que os gestores dos municípios invistam na organização da atenção nutricional, que compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados³⁸.

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

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

Este trabalho teve a iniciativa de avaliar uma pactuação governamental, processo ainda incipiente no Brasil. Apesar dos dados parciais de avaliação dos municípios, o monitoramento do desempenho destes é ação essencial para o aprimoramento efetivo desta Agenda a fim de se compreender seu processo de implementação e

se identificarem os fatores que possam ter dificultado sua execução, o que possibilita que outras estratégias sejam elaboradas de acordo com a realidade, as limitações e o perfil desses municípios para o próximo ciclo de avaliação.

COLABORADORES

MKP RAMOS e MB GUBERT colaboraram na concepção e desenho do estudo, na análise de dados e na redação final do artigo. AMC LIMA colaborou na discussão dos dados e na redação final do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Hein V, Arruda A. A desnutrição infantil representada por mães de crianças com baixo peso. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(4):585-93.
2. Souza OF, Benício MHA, Castro TG, Muniz PT, Cardoso MA. Desnutrição em crianças menores de 60 meses em dois municípios no Estado do Acre: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* 2012; 15(1):211-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100019>
3. Goulart RMM, Franca Junior I, Souza MFM. Fatores associados à recuperação nutricional de crianças em programa de suplementação alimentar. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12(2):180-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000200008>
4. Vasconcelos M. Caracterização geral e principais aspectos metodológicos do ENDEF: Estudo Nacional de Despesas Familiares. In: Consumo alimentar: grandes bases de informação. São Paulo: Instituto Danone; 2000.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
6. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: relatório final. Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Saúde; 2009.
7. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Chamada Nutricional Quilombola 2006. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome; 2007.
8. Grantham-McGregor S, Cheung Y, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet.* 2007; 369(9555):60-70. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)
9. Black R, Allen LH, Bhutta ZA, Caufield L, Onis M, Collin M, *et al.* Maternal and child undernutrition: Global and regional exposures and health consequences. *Lancet.* 2008; 371(9608):243-60. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61690-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61690-0)
10. Victora CG, Aquino EML, Leal MCL, Monteiro CAM, Barros FCB, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: Progress and challenges. *Lancet.* 2011; 377(9780):1863-76. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)
11. Fernandes BS, Fernandes MTB, Martins PA, Bismarck-Nasr EM, Albuquerque MP. Vencendo a desnutrição: abordagem clínica e preventiva. 2ªed. São Paulo: Salus Paulista; 2004.
12. Olinto MTA, Victora CG, Barros FC, Tomasi E. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizada. *Cad Saúde Pública.* 2013; 9(Supl. 1):14-27.
13. Lima ALL, Silva ACF, Konno SC, Conde WL, Benicio MHDA, Monteiro CA. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(1):17-27. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910201000100002>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
15. Jannuzzi PM. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. *Planej Polit Públicas.* 2011; (36):251-75.
16. Brasil. Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em Municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.* 2012; 18 out.
17. Brasil. Portaria nº 1.301, de 27 de novembro de 2012. Homologa a adesão de municípios à Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil e autoriza a transferência de recursos financeiros aos municípios do Grupo I referentes ao exercício financeiro 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.* 2012; 28 nov.
18. Brasil. Portaria nº 1.065, de 19 de setembro de 2013. Autoriza a transferência de recursos de cus-

- teio aos municípios participantes da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil de acordo com avaliação das metas pactuadas para o ano de 2013. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2013; 20 set.
19. Brasil. Portaria nº 2.267, de 16 de outubro de 2014. Autoriza a transferência de recursos de custeio aos municípios participantes da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI), de acordo com avaliação das metas pactuadas para o ano de 2014. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2014; 17 out.
20. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso 2013 out 15]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/idb>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório geral de acompanhamento das condicionalidades [acesso 2013 jan 29]. Disponível em: http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp
22. Gomes AR, Salvato MA, Araújo J. Mortalidade infantil no Brasil e no Sudeste: determinantes e perspectivas. In: Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2006; Caxambú.
23. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. Cad Saúde Pública. 2008; 24(Supl. 1):s69-s78. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300012>
24. Favoreto CAO, Camargo Jr KR. Alguns desafios conceituais e técnico operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como proposta transformadora do modelo assistencial. Physis. 2012; 12(1):59-75.
25. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saúde Pública. 2002; 18(Supl.):191-202.
26. Fernandez PMF, Voci SM, Kamata LH, Najas MS, Souza ALM. Programa Saúde da Família e as ações em nutrição em um distrito de saúde do município de São Paulo. Ciênc Saúde Colet. 2005; 10(3): 749-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300031>
27. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Sousa RP, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities. Lancet. 2013; 382(9886): 57-64. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60715-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60715-1)
28. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. Am J Public Health. 2009; 99(1):87-93.
29. Marin Filho CJ, Sausen JO, Allebrandt SL. Gestão Pública Municipal: análise do processo de mudança estratégica de um município da região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. In: XXXII Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro: ANPAD; 2008.
30. Silva ACMA, Villar MAM, Wuillaume SM, Cardoso MHCA. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(2):349-58. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200013>
31. Azeredo CM, Cotta RMM, Silva LS, Franceschini SCC, Sant'Ana LFR, Ribeiro RCL. Implantação e impacto do Programa Nacional de Suplementação de Ferro no município de Viçosa - MG. Ciênc Saúde Colet. 2011; 16(10):4011-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100006>
32. Campos RO. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. Cad Saúde Pública. 2000; 16(4):1021-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400020>
33. Soto JDCM. Planejamento institucional: capacidade de conduzir ações. São Paulo Perspec. 2003; 17(3-4):198-204. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000300020>
34. Berretta IQ, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Cad Saúde Pública. 2011; 27(11):2143-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100008>
35. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva. Série Cadernos de Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
36. Portela GZ, Ribeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. Ciênc Saúde Colet. 2011; 16(3):1719-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300009>
37. Jannuzzi PM. Monitoramento analítico como ferramenta para aprimoramento da gestão de programas sociais. Rev Bra Monit Aval. 2011; 1:36-65.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Recebido: julho 15, 2014
Versão final: maio 15, 2015
Aprovado: junho 9, 2015

