

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Endemias Samuel Pessoa



“Avaliação da Implantação do Programa de Distribuição de Fórmula Láctea Infantil na Cidade de Belo Horizonte, MG: repercussão sobre o ganho de peso do recém-nascido exposto ao vírus HIV”.

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Vigilância em Saúde e Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos

Mestranda: Maria Cristina Santiago

Orientadora: Prof. Dra. Sonia Natal

Co-orientadora: Maria Aparecida Patroclo, Ms.

Rio de Janeiro

Agosto 2006

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S235a **Santiago, Maria Cristina**
2006 **Avaliação da implantação do programa de distribuição de fórmula láctea infantil na cidade de Belo Horizonte, MG: estratégia de redução da transmissão vertical do vírus HIV através do aleitamento artificial/ Maria Cristina Santiago. - 2006. 170 f.: il.**

Orientador: Sônia Natal

Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2006.
Inclui bibliografia.

1. HIV – teses. 2. AIDS – transmissão vertical – teses. 3. Criança Exposta – teses. 4. Aleitamento artificial - teses. I. Sônia Natal. II. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. II. Título.

CDU: 616.97:613.953

Ficha catalográfica elaborada por Janete M. de Oliveira – CRB-6/ MG –2069/03

Aos meus filhos, Bruno e Danilo, cúmplices de lutas e vitórias, razão, força
e luz da minha existência.

Aos meus pais, Daniel e Helena, pelo exemplo de vida, apoio e incentivo.

Ao meu irmão Marcus e a minha família, por acreditarem.

À Maria Aparecida Patroclo, dona de um imenso coração, amiga, generosa,
sempre com uma palavra de estímulo.

À querida Sonia Natal, mais que orientadora, uma amiga e um exemplo, que
teve a paciência necessária e na medida certa para me fazer trilhar este
caminho.

AGRADECIMENTOS

A todos os amigos que de alguma forma ajudaram neste trabalho.

Aos amigos, direção, funcionários e corpo clínico do CTR/DIP, a quem eu aprendi a conhecer e a valorizar, pela grandeza do trabalho, pela sensibilidade e carinho com que tratam os pacientes que vivem com o vírus HIV e por acreditarem neste trabalho. Especialmente a Maria Cristina Dias, Patrícia Maria Teixeira C. Ribeiro e Rosângela Macedo, por me mostrarem os caminhos a trilhar e por não desanimarem mesmo diante da diversidade.

À Dra. Carmem Mazzili Marques e Alexandre Sampaio Moura, pela grandeza do trabalho realizado na Coordenação Municipal de DST/AIDS.

Ao Eric Liberato Gregório, filho do coração, que me mostrou que sempre se pode mais e o “impossível” sempre é possível quando acreditamos.

As grandes amigas Flávia e Fernanda Wasner e Ludimila Tanure, pelo carinho, amizade, apoio e as palavras certas nos momentos certos.

À Miria Ferreira, por me mostrar pela primeira vez o universo da AIDS.

Aos meus pacientes HIV positivos, pelo exemplo de coragem e vontade de viver.

RESUMO

O Brasil possui uma política de saúde voltada para a prevenção e tratamento da AIDS, considerada modelo a nível mundial. Em 2002, foi implantado o Projeto Nascer Maternidades (PNM), estratégia do para o controle da transmissão vertical do vírus HIV e da sífilis congênita. Neste projeto, entre as medidas adotadas, foi proposta a interrupção da amamentação natural, adotando a distribuição da fórmula láctea para crianças, de 0 a 6 meses de vida, expostas ao vírus HIV. A importância das medidas adotadas pelo Ministério da Saúde no controle da transmissão vertical do vírus HIV, evidenciou-se nos resultados observados da diminuição significativa das taxas de contaminação das crianças expostas.

O objetivo geral deste estudo foi avaliar a implantação das recomendações do PNM, o Programa de Distribuição da Fórmula Láctea Infantil (FL), no Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias Orestes Diniz – CTR/DIP, na cidade de Belo Horizonte, MG, no ano de 2005. Foi realizada uma avaliação de implantação, da distribuição da FL, utilizando o estudo de caso único, para operacionalizar o Modelo Teórico de Avaliação, com abordagem quali-quantitativa.

Foi selecionado como caso o município de Belo Horizonte, MG, e a unidade de análise o CTR/DIP, por ser o único serviço responsável pela distribuição da FL às crianças expostas no município. Como fontes de evidências foram considerados os profissionais de saúde da SMS e do CRT/DIP, as mães matriculadas no serviço, no período de janeiro a dezembro de 2005. As fontes de dados secundários foram: prontuários de atendimento médico das crianças nascidas no período novembro de 2004 a novembro de 2005, e registradas no serviço, a fim de contemplar todas as crianças que se utilizaram da FL no ano de 2005; foram utilizados os dados socioeconômicos e da AIDS disponíveis no Datasus, além de planilhas de entrega e distribuição da FL no CTR/DIP e os dados de repasse financeiro do Fundo a Fundo. Os tipos de coleta de dados foram: entrevistas semi-dirigidas, questionários e observação. O critério de inclusão dos profissionais foi ter a especialidade clínica de infectologista pediátrica ou o profissional de saúde cuidando diretamente da criança exposta ao HIV, contando com a participação espontânea; das mães que levavam seus filhos para o atendimento e para buscarem a FL, sendo consideradas informantes-chave, além dos dados de prontuários das crianças atendidas no ano de 2005. Não houve critérios de exclusão, uma vez que se enfocou a participação espontânea do informante nesta pesquisa.

Foram enfocadas quatro dimensões para desenvolver o Modelo Lógico de Avaliação onde o programa de distribuição de FL se insere: (a) Contexto Político Organizacional, (b) Contexto Externo, (c) Grau de Implantação do programa e (d) Efeito ou Desempenho do programa. Os parâmetros para análise da implantação do programa foram delineados a partir das recomendações, indicadores e metas do PNM.

Resultados: no Contexto Político e Organizacional há repasses de recursos para a compra da FL, porém insuficientes para a demanda do volume de FL a ser distribuída; foram atendidas crianças de outras cidades e não existiam, pelos municípios atendidos, os repasses financeiros correspondentes, necessitando a PBH complementar com 80,4% dos recursos financeiros. No Contexto Externo, BH possuía os melhores indicadores socioeconômicos quando comparados com o Estado de MG; 52% das mães atendidas eram residentes no município, com baixo nível de escolaridade e baixo nível socioeconômico. No Contexto de Implantação, o CTR/DIP não disponibilizava de capacitação para as mães; estas encontravam facilidade de acesso a atendimento médico e recebimento da FL; somente 50% delas sabiam preparar corretamente a FL. Nas crianças observou-se que 54% não apresentavam intercorrências médicas nos atendimentos de puericultura, e das que apresentavam a anemia foi o agravo mais freqüente. Das crianças atendidas 81,6% apresentaram ganho de peso esperado ou acima do esperado, indicando uma melhora nutricional. O Contexto de Efeito ou Desempenho se mostrou adequado, com a melhora nutricional das crianças atendidas.

Os resultados obtidos mostram que, apesar das dificuldades de implantação, do município estar arcando com os custos de distribuição da FL para as crianças de municípios adjacentes e o quantitativo da FL distribuído não ser o diretamente recomendado pelo Ministério da Saúde, a análise das crianças inseridas no programa mostrou um crescimento ponderal acima do esperado.

Conclui-se que este é um programa que deve ser incentivado pela sua importância social, pela diminuição do custo, direto e indireto, que representa cada criança onde é evitada contaminação pelo vírus HIV. Recomenda-se adequação na implantação como forma de se obter resultados cada vez mais significativos.

PALAVRAS-CHAVE: HIV, AIDS, transmissão vertical, criança exposta, aleitamento artificial.

SUMMARY

Brazil possesses a politics of health gone back to the prevention and treatment of the AIDS, considered model at world level. In 2002, it was implanted the “Projeto Nascer Maternidades” (PNM), strategy the control of vertical transmission of HIV virus and congenital syphilis. In this project, among the adopted measures, the interruption of natural breast-feeding was proposed, adopting the distribution of the milky formula for children, of 0 to 6 months of life, exposed to the HIV virus. The importance of measures adopted by the Ministry of the Health in the control of the vertical transmission of HIV virus, was evidenced in the observed results of significant decrease in rates of exposed children's contamination.

The general objective of this study went evaluate to put in the recommendations of PNM, the Program of Distribution of the Infantile Milky Formula (FL), in the Training and Reference Center of Infectious and Parasitic Diseases “Orestes Diniz” – CTR/DIP, in the city of Belo Horizonte, MG, in 2005. An insertion evaluation was accomplished, of the distribution of FL, using the study of only case, to work upon Theoretical Model of Evaluation, with quali-quantitative technics.

It was selected as case Belo Horizonte city, MG, and the unit of analysis CTR/DIP, for being the only responsible service for the distribution of FL to the children exposed in Belo Horizonte city. As sources of evidences were considered the professionals of health of SMS and CRT/DIP, the mothers registered in the service, in the period of January to December of 2005. The sources of secondary data were: handbooks of children medical attendance whose born in period among November 2004 to November 2005, and registered in the service, in order to contemplate all the children that were used of FL in the year of 2005; they were used the data social economic and available AIDS in “Datusus”, beyond spread sheets of delivery distribution of FL in CTR/DIP and the data of it reviews financial of the Fund to Fund. The types of collection of data were: semi-driven interviews, questionnaires and observation. The approach of professionals' inclusion has clinical specialty of pediatric infectologist or the taking care health professionals' who works directly within child HIV exposed, counting with the spontaneous participation; of mothers that took its children for the attendance and for they look for FL, being considered informer-key, besides the data of the children's handbooks assisted in the year of 2005. There were not exclusion approaches, once the spontaneous participation of the informer was focused in this research.

Four dimensions were focused to develop the Logical Model of Evaluation where the program of distribution of FL interferes: (a) Political Context Organization, (b) External Context, (c) Degree of program implantation and (d) Effect or Acting of the program. The parameters for analysis of program implantation were delineated starting from the recommendations, indicators and goals of PNM.

Results: in the Political Context and Organization there is review of resources for the FL purchase, even so insufficient for the FL volume demand to be distributed; children of another cities were assisted and they didn't exist, for the assisted by there cities, review them financial corresponding, needing complemental PBH with 80,4% of the financial resources. In the External Context, BH possessed the best social and economics indicatives when compared with the State of MG; 52% of the assisted mothers were resident in Belo Horizonte, with low study level and lower social and economics levels. In the Context of implantation, CTR/DIP not training mothers; these found access easiness to medical attendance and greeting FL; only 50% of them knew how to prepare FL correctly. In the children it was observed that 54% didn't present others disease complications in medical take care with children below one year old attendances, and the ones that presented anemia was worsen when it's more frequent. Of the assisted children 81,6% presented gain of expected weight or above the expected, indicating a nutritional improvement. The Context of Effect or Acting was shown appropriate, with the assisted children's nutritional improvement.

The obtained results show that, in spite of the implantation difficulties, city government payment the costs of FL distribution for children of adjacent cities and the quantitative of distributed FL not to be directly it recommended by the Ministry of the Health, the children's analysis inserted in the program showed the weight/stature regarding growth above the expected.

It is ended that this is a program that it should be motivated by its social importance, for decrease the cost, direct and indirect, that represents each child where contamination is avoided by the HIV virus. Adaptation is recommended in the implantation as form to obtain resulted more and more significant.

KEY WORD: HIV, AIDS, vertical transmission, exposed child, artificial suckling.

SUMÁRIO

SIGLAS	14
1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1. A situação da AIDS no séc. XXI	17
2.1.1. A AIDS no mundo.....	17
2.1.2. Situação geral da AIDS no Brasil.....	18
2.1.3. Situação geral da AIDS em Minas Gerais.....	19
2.1.4. Situação geral da AIDS no município de Belo Horizonte.....	21
2.2. A transmissão vertical do vírus HIV	22
2.2.1. A transmissão vertical do vírus HIV no mundo.....	22
2.2.2. A transmissão vertical do vírus HIV no Brasil.....	24
2.2.3. Ações para redução da transmissão vertical do vírus HIV no Brasil: Projeto Nascem Maternidades.....	25
2.3. O aleitamento materno	28
2.3.1. A amamentação no conceito histórico.....	28
2.3.2. Importância biológica do leite materno.....	30
2.3.3. A fórmula láctea e a nutrição do lactente.....	31
2.3.4. A mulher e o papel social de “nutriz”.....	34
2.3.5. A mulher nutriz e a AIDS.....	35
2.3.6. As formas de transmissão vertical do vírus HIV.....	36
2.4. Aspectos teóricos da Avaliação	37
2.4.1. Estudo de caso.....	40
2.4.2. Estratégia para aumentar o rendimento do Modelo Lógico da Avaliação - Modelo Rápido de Avaliação (REM – <i>Rapid Evaluation Method</i>).....	41
2.4.3. Modelo Lógico da Intervenção.....	42
3. OBJETIVOS	47
3.1. Objetivo geral.....	47
3.2. Objetivos específicos:.....	47
4. JUSTIFICATIVA	47
5. MATERIAIS E MÉTODOS	48
5.1. Tipo de estudo.....	48
5.2. Período do estudo.....	48
5.3. Caracterizando a unidade de análise: Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias Orestes Diniz – CTR/DIP.....	48
5.4. Matriz Lógica de Avaliação.....	49
5.5. Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento.....	56
5.6. Coleta de dados.....	60
5.6.1. Dados Primários.....	60
5.6.2. Coleta de dados Secundários.....	62
5.7. Análise de dados.....	63
5.8. Considerações éticas.....	64
6. RESULTADOS	65
6.1. Pontuação na Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento.....	66
6.2. Contexto Político e Organizacional.....	67
6.2.1. O Projeto Nascem Maternidades na cidade de Belo Horizonte.....	67

6.2.2.	Recursos para compra da FL	67
6.2.3.	Variação de custos do preço unitário da FL.....	68
6.2.4.	Compra e licitação da FL pela Prefeitura de BH.....	69
6.2.5.	Condições de armazenamento e estocagem do Almoarifado Central da Secretaria Municipal de Saúde – BH.....	70
6.2.6.	Procedimentos para recepção, armazenamento, estocagem e saída de mercadorias no Almoarifado Central da SMS:.....	72
6.2.7.	Situação do recebimento e distribuição da fórmula láctea pelo CTR/DIP antes da implantação do Projeto Nascer Maternidades	72
6.2.8.	Procedimentos na Coordenação Municipal CM-DST/AIDS para entrega da FL no CTR/DIP.....	73
6.2.9.	Distribuição da FL para maternidades conveniadas ao PNM	74
6.2.10.	Ações e metas da CM DST/AIDS.....	75
6.2.11.	Treinamento e capacitação de RH.....	75
6.2.12.	Atendimento à população não residente e reflexos no atendimento da população local.....	75
6.3.	Contexto Externo	76
6.3.1.	Subdimensão Oferta de serviços de saúde e Dados sócio-demográficos	76
6.3.1.1.	O Município de Belo Horizonte.....	76
6.3.1.2.	Atendimento à população: Sistema Municipal de Saúde em Belo Horizonte	78
6.3.2.	Subdimensão soropositividade para o vírus HIV - vulnerabilidade	81
6.4.	Contexto Implantação	85
6.4.1.	Subdimensão: Ações de distribuição e Acesso.....	85
6.4.1.1.	Procedimentos para recepção, armazenamento, estocagem e dispensação de FL no CTR/DIP:.....	85
6.4.1.2.	Procedimento do CTR/DIP para entrega da FL às mães:.....	85
6.4.1.3.	Quantidade de FL dispensada pelo CTD/DIP em 2005	86
6.4.1.4.	Atendimento de puericultura para as crianças expostas ao vírus HIV	88
6.4.1.5.	Treinamento e capacitação das mães no CTR/DIP	88
6.4.2.	Subdimensão: Conhecimento – Mães	88
6.4.3.	Subdimensão: Puericultura	89
6.5.	Contexto Efeito, Subdimensão Crescimento ponderal.....	92
6.6.	Resultados da Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento.....	95
7.	<i>DISCUSSÃO</i>	96
8.	<i>RECOMENDAÇÕES</i>	103
9.	<i>LIMITAÇÃO DO ESTUDO</i>	104
10.	<i>CONCLUSÃO</i>	104
11.	<i>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</i>	106
12.	<i>ANEXOS</i>	113
	Anexo 1: Recomendações da FAO/OMS para composição nutricional das Fórmulas Infantis	113
	Anexo 2: Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento: Contexto, subdimensões, indicador/critério, pontuação das categorias que compõem o indicador e pontuação máxima a ser distribuída.....	113
	Contexto Político Organizacional, subdimensão Programação e Planejamento.	113
	Contexto Externo, subdimensão Oferta de serviços de saúde e Dados sócio-demográficos. ...	116
	Contexto Externo - Subdimensão Condição de soropositividade para o vírus HIV - vulnerabilidade.....	118
	Contexto de Implantação, subdimensão Ações de distribuição e Acesso.	120
	Contexto de Implantação, subdimensão Conhecimento - Mães.....	123
	Contexto de Implantação, subdimensão Puericultura.....	126
	Contexto de Efeito ou Desempenho, subdimensão Crescimento ponderal.	127
	Anexo 3: Coleta de dados prontuário – SAME.....	128

Anexo 4: Roteiro para Entrevista/Questionário com o Profissional de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde/BH	129
Anexo 5: Questionário para Profissionais de Saúde - CTR/DIP	130
Anexo 6: Questionário com as Mães	135
Anexo 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Mães	143
Anexo 8: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais.....	145
Anexo 9: Pontuação na Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento	147
Anexo 10: Normas gerais para armazenamento e estocagem regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA	167
Anexo 11: Recomendações da FAO/OMS para composição nutricional das fórmulas infantis.....	168
Anexo 12: Municípios que compõem a RMBH	168
Anexo 13: Recomendação de ingesta calórica de acordo com os parâmetros da curva de crescimento normal, NCHS, para meninos e meninas	169
Anexo 14: Valor nutricional e composição da fórmula infantil Nestogeno 1, primeiro semestre.....	170

FIGURAS

Figura 1: Modelo para análise da Implementação.....	39
Figura 2: Situação analisada.....	44
Figura 3: Mapa das Secretarias Municipais da Coordenação de Gestão Regional do município de Belo Horizonte, MG.....	76
Figura 4: Mapa de distribuição dos Distritos Sanitários e Unidades Básicas de Saúde (UB) no município de Belo Horizonte, MG.....	79
Figura 5: Mapa de distribuição da rede hospitalar conveniada à SMS-BH e sua localização conforme os Distritos Sanitários em Belo Horizonte, MG.....	80

GRÁFICOS

Gráfico 1: Relação entre o número de óbitos por AIDS em Minas Gerais e a cidade de Belo Horizonte.....	21
Gráfico 2: Casos de AIDS na categoria de exposição vertical, em crianças menores de 1 ano de idade, por ano de diagnóstico. Brasil, 1983-2005.....	24
Gráfico 3: Distribuição de lotes de FL, as crianças inseridas no PNM, pelo CTR/DIP. 2005.....	86
Gráfico 4: Distribuição total de lotes de FL pelo CTR/DIP, a crianças expostas ao vírus HIV, inseridas no PNM.....	87
Gráfico 5: Valores médios do número de consultas de puericultura, por criança atendida no CTR/DIP, 2005.....	90
Gráfico 6: Ganho de peso, em gramas, das crianças em uso da FL atendidas no CTR/DIP, 2005.....	94
Gráfico 7: Desenvolvimento ponderal, entre a primeira e a última consulta, das crianças em uso de FL no CTR/DIP, 2005.....	95

QUADROS

Quadro 1: Dimensões utilizadas para a construção da Matriz Lógica da Avaliação..... 40

Quadro 2: Modelo Lógico da Intervenção..... 45

Quadro 3: Matriz Lógica da Avaliação: síntese da apresentação das dimensões, unidades de análise, subdimensões, indicadores ou critérios, fontes de informação e tipos de coleta de dados..... 50

Quadro 4: Fonte de coleta de dados primários..... 60

Quadro 5: Fonte de coleta de dados secundários..... 61

TABELAS

Tabela 1: Casos de AIDS por sexo, Estado de Minas Gerais, 1982-2004..... 19

Tabela 2: Municípios de Minas Gerais com maior número de casos de AIDS, 1982-2004..... 20

Tabela 3: Contexto Político e Organizacional, subdimensão Programação e Planejamento, categorias que compõem o indicador / critério..... 51

Tabela 4: Contexto Externo, Subdimensões Oferta de serviços de saúde e Dados sócio-demográficos, categorias que compõem o indicador / critério..... 52

Tabela 5: Contexto de Externo, subdimensão Condição de soropositividade para o vírus HIV-vulnerabilidade, categorias que compõem o indicador / critério..... 53

Tabela 6: Contexto de Implantação, subdimensão Ações de distribuição e Acesso, categorias que compõem o indicador / critério..... 53

Tabela 7: Contexto de Implantação, subdimensão Conhecimento - Mães, categorias que compõem o indicador / critério..... 54

Tabela 8: Contexto de Implantação, subdimensão Puericultura, categorias que compõem o indicador / critério..... 55

Tabela 9: Contexto de Efeito ou Desempenho, subdimensão Crescimento ponderal, categorias que compõem o indicador / critério..... 55

Tabela 10: Síntese da Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento: dimensões, subdimensões, indicadores ou critérios, fontes de informação, pontuação máxima e tipos de coleta de dados..... 57

Tabela 11: Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento: dimensões, subdimensões, indicadores ou critérios, pontuação máxima, síntese da pontuação observada e classificação..... 65

Tabela 12: Repasses Fundo a Fundo para Belo Horizonte, valores líquidos creditados..... 68

Tabela 13: Ações e metas a serem alcançadas para o ano de 2005 pela CM DST/AIDS..... 75

Tabela 14: Alguns dados sócio-demográficos comparativos entre Belo Horizonte e o Estado de Minas Gerais..... 77

Tabela 15: Comparação entre a proporção da população residente alfabetizada por faixa etária, entre o município de Belo Horizonte e o Estado de Minas Gerais, 2000..... 78

Tabela 16: Comparação entre os serviços de saneamento básico, distribuição de água, escoamento sanitário e coleta de lixo, oferecidos em Belo Horizonte e no Estado de Minas Gerais, 2000..... 78

Tabela 17: Comparação entre os valores médios anuais e o número de procedimentos ambulatoriais realizados no município de Belo Horizonte e o Estado de Minas Gerais, 2004.....	80
Tabela 18: Comparação entre a proporção de cobertura pré-natal, por número de consultas realizadas no município de Belo Horizonte e no Estado de Minas Gerais, 2002.....	80
Tabela 19: Comparação entre os indicadores da Atenção Básica no município de Belo Horizonte e no Estado de Minas Gerais, 2004-2005.....	81
Tabela 20: Procedência das mães e conhecimento do diagnóstico para o vírus HIV.....	81
Tabela 21: comparação entre a cidade de origem e a faixa etária das mães HIV positivas, com crianças expostas em acompanhamento no CTR/DIP.....	82
Tabela 22: Idade da mãe e conhecimento do diagnóstico para o vírus HIV.....	82
Tabela 23: Quantidade de FL distribuídas pelo CTR/DIP, 2005.....	86
Tabela 24: Origem das crianças atendidas e quantidades de lotes recebidos de FL.....	87
Tabela 25: Frequência de vacinação das crianças atendidas no CTR/DIP conforme a cidade de origem, em 2005.....	91
Tabela 26: Cidade de origem e o Desenvolvimento Observado das crianças atendidas no CTR/DIP.....	91
Tabela 27: Relação entre a cidade de origem e intercorrências médicas das crianças expostas ao vírus HIV.....	92
Tabela 28: Frequência das crianças atendidas de acordo com a classificação de Puffer e Serrano conforme o peso ao nascimento, 2005.....	93
Tabela 29: Classificação do peso das crianças no nascimento de acordo com a Tabela NCHS, 2005.....	93
Tabela 30: Idade gestacional e ganho de peso do nascimento até a última consulta de puericultura.....	93
Tabela 31: Desenvolvimento ponderal das crianças atendidas no CTR/DIP, 2005.....	94

SIGLAS

AIDS: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

ANRP: Ata Nacional de Registro de Preços

AZT: zidovudina

BH: Belo Horizonte

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CM: Coordenação Municipal

CM DST/AIDS: Coordenação Municipal em DST/AIDS

CTR/DIP: Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias
Orestes Diniz

DST: doença sexualmente transmissível

FAO: Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação

FL: fórmula láctea para aleitamento infantil

HC/UFMG: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

HIV: Vírus da Imunodeficiência Adquirida - *Human Immunodeficiency Virus*

IO: infecções oportunistas associadas à AIDS

MG: Minas Gerais

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM: Pronto Atendimento Médico

PAM/BH: Plano de Ações e Metas da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

PBH: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

PN DST/AIDS – Programa Nacional de DST/AIDS

PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

PNM – Projeto Nascer Maternidades

PSF – Programa de Saúde da Família

RAP - Rapid Assessment Procedure

REA - Rapid Epidemiologic Assessment

RM – Região Metropolitana

RMBH – Região Metropolitana de Belo Horizonte

SAE - Serviço de Assistência Especializada

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital BIAS FORTES

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SINAN - Sistema Nacional de Agravos e Notificações

SMS-BH - Secretaria Municipal de Saúde

SMS-BH - Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – terapia antiretroviral

TV – transmissão vertical do vírus HIV

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

Unidades de medida:

g – gramas

m = metros

ml – mililitros

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

1. INTRODUÇÃO

O programa de distribuição da fórmula láctea (FL) é parte integrante do Projeto Nascer-Maternidades (PNM), regulamentada pela Portaria nº 2.104/GM, de 19 de novembro de 2002, e visou a normatização de procedimentos para a redução da transmissão vertical, AIDS e sífilis congênita. A princípio regulamentada através do §2º do art. 1º da Portaria 2.313, de dezembro de 2002, a normatização que envolve os aspectos da aquisição e logística de distribuição da FL, entre outros, passou por uma revisão e a Portaria 1.071, de 9 de julho de 2003, entrou em vigor. A importância das medidas adotadas pelo Ministério da Saúde no controle da transmissão vertical do vírus HIV, evidenciou-se nos resultados observados da diminuição significativa das taxas de contaminação das crianças expostas.

Pluciennik (2003), em um estudo realizado em São Paulo, observou que as dificuldades de implementação de um programa muitas vezes não estão nas limitações financeiras ou na oferta do serviço em si. Com certa frequência a implementação esbarra nas dificuldades de interação entre a disponibilidade e o acesso, na crença da eficácia do mesmo, nas práticas educacionais da população e dos profissionais, na interação e na circulação de informações entre os atores das diversas áreas que compõem o programa, entre outros aspectos. Ter uma visão holística do problema pode levar a superação do mesmo.

A amamentação é uma situação multifacetada e que, associada à contaminação pelo vírus HIV, leva a mulher a vivenciar uma crise de ruptura social e emocional (Vinhas et al, 2004). Ao se analisar o programa de implantação da FL, deve-se também levar em consideração não somente a dinâmica de compra e distribuição, mas também os outros fatores que podem ou não interferir na eficácia do programa. É importante analisar as dificuldades vivenciadas pelos atores em seus diversos níveis, ou seja, da Secretaria Municipal de Saúde, dos profissionais envolvidos e mães, além das possíveis conseqüências destas variáveis no desenvolvimento físico da criança atendida.

O presente estudo tem por objetivo avaliar a implantação do programa de distribuição da FL, ou fórmula infantil, para as crianças de 0 a 6 meses de vida, nascidas de gestantes soropositivas para o vírus HIV, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A situação da AIDS no séc. XXI

2.1.1. A AIDS no mundo

Muitos são os aspectos da epidemia da AIDS nas diversas partes do mundo. Esses variam tanto no que se refere aos hábitos populacionais determinando a proliferação do contágio do vírus HIV, quanto nos aspectos de políticas públicas, acesso a tratamento, disponibilização de testagem, terapia antiretroviral (TARV) e disponibilização da FL para a amamentação das crianças expostas. O Brasil é referência mundial no tratamento da AIDS, com elaboração de políticas públicas voltadas para o controle da doença. O mesmo não acontece na maioria dos países em desenvolvimento.

A UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, em 2005, lançou um documento enfatizando a prevenção da contaminação como forma de controle da epidemia e alertou para o crescimento mundial do número de pessoas vivendo com o vírus HIV, a despeito das políticas públicas adotadas em diversos países (UNAIDS, 2005b). Hoje em dia a epidemia vem se caracterizando por um aumento crescente de indivíduos contaminados e uma redução significativa dos números de mortos pela AIDS, por ano, uma consequência dos tratamentos atualmente disponíveis.

As regiões que mais apresentaram crescimento da infecção por HIV foram as Leste da Europa e Ásia Central (25% de aumento sobre 1,6 milhões de infectados), Leste da Ásia e a África subsaariana. A África subsaariana foi a região mais afetada em termos globais, possuindo 64% das novas infecções anuais, ou seja, mais de 3 milhões de pessoas por ano (Lopes, 2004; OMS, 2005a; UNICEF, 2005).

Em todo o mundo o crescimento da AIDS vem sendo responsável por mudanças no enfretamento da epidemia. Cada vez mais se observa que as populações mais pobres e as mulheres são os mais atingidos (Lopes, 2004).

Em 2003 era aproximadamente 37,5 milhões o número de pessoas vivendo com AIDS no mundo. Apesar do ultimo Boletim Epidemiológico da UNAIDS/OMS, em dezembro de 2005 (OMS, 2005a), ter verificado uma redução da taxa de infecção pelo vírus HIV, o número de pessoas infectadas cresceu em vários países, exceto no Caribe, e estimou-se que atualmente 40,3 milhões de pessoas vivem com AIDS em todo o mundo. Mais de 3 milhões de pessoas morreram, em 2005, de doenças relacionadas à

AIDS, sendo destas 500 mil crianças. Em 25 anos de conhecimento da doença, a AIDS foi responsável por 25 milhões de óbitos (Lopes, 2004; UNICEF, 2005).

2.1.2. Situação geral da AIDS no Brasil

O primeiro caso no Brasil aconteceu em 1980 e desde o seu aparecimento, a AIDS foi responsável por 170 mil mortes e 362 mil casos notificados. A UNAIDS, em 2003, estimou a taxa de prevalência entre a população brasileira em 0,7% (UNAIDS, 2005a). Estima-se que hoje 600 mil pessoas vivam com o vírus HIV no país e que aproximadamente dois terços destas pessoas desconhecem a sua condição de soropositividade. Existiam no Brasil, em 2005, 161 mil pessoas em tratamento com medicação anti-retroviral, fornecida pelo SUS (Lopes, 2004).

A AIDS sofreu um processo de mudança no perfil da epidemia ao longo dos anos. No Brasil esta mudança caracterizou-se por uma crescente feminização, interiorização e pauperização da epidemia. A interiorização da AIDS no país provocou certa estabilidade na notificação de novos casos nas grandes cidades, e um aumento de casos nas cidades de médio e pequeno porte (Lopes, 2004).

No último Boletim Epidemiológico Mundial da AIDS observou-se que em 2004 a taxa de incidência da AIDS no Brasil ainda permaneceu elevada e situou-se em 17,2 casos em 100 mil habitantes, sendo que entre as mulheres atingiu 15 casos por 100 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2005a). De todas as regiões brasileiras, somente na Região Sudeste verificou-se um declínio na notificação dos casos de AIDS em todos os seus Estados. São Paulo apresentou o maior número de notificações no ano de 2004, 8.869 casos. Em terceiro lugar situou-se Minas Gerais, abaixo do Rio de Janeiro, com a notificação de 2.492 casos. Porém, a taxa de incidência de Minas Gerais foi a mais baixa da Região Sudeste: 13,3/100.000 habitantes. Rio de Janeiro apresentou a maior taxa de incidência, 31,6/100.000 habitantes. Nas demais regiões, houve um aumento geral no número de casos, exceto nas Regiões Sudeste e Centro-Sul. Apesar do aumento do número de casos, a taxa de incidência aumentou somente na Região Norte, 11/100.000 habitantes e na Região Nordeste 8,7/100.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2005a; Lopes, 2006).

Em 1985 a proporção de casos de AIDS entre homens e mulheres era de 26,5 casos masculinos notificados para cada 1 caso feminino. Esta relação tem diminuído, alcançando 1,5:1 em 2005, sendo esta a menor relação observada até hoje. Estes dados

demonstraram o crescimento da feminização da epidemia no país (Ministério da Saúde, 2005a).

Estimou-se que 85,5% dos novos casos de AIDS informados no país são de mulheres, sendo que 94,7% ocorreram por transmissão sexual (Lopes, 2006; Ministério da Saúde, 2004b). No ano de 2003 observou-se a maior taxa de incidência entre as mulheres desde o início da epidemia: 15/100.000 habitantes. Em 2004 esta taxa decresceu aos níveis de 2002: 13,7/100.000 habitantes. Em 2005, apenas no primeiro semestre no ano, 5.041 novos casos de AIDS em mulheres foram notificados (Ministério da Saúde, 2005a). A faixa etária mais atingida tem sido a de 15 a 49 anos, em todo o mundo, sendo já a segunda causa de morte de mulheres nesta faixa etária, no Brasil (Ministério da Saúde, 2004b; Ministério da Saúde, 2005b). Com o aumento do número de mulheres infectadas em idade fértil, cresceram também a preocupação com a transmissão vertical do vírus HIV e os efeitos na morbidade e mortalidade infantil por contaminação do vírus da AIDS.

2.1.3. Situação geral da AIDS em Minas Gerais

Minas Gerais seguiu o mesmo padrão da caracterização da epidemia observado no Brasil. De 1982 a 2004, os casos de notificação de AIDS somaram 19.170, sendo 70% do sexo masculino e 30% do sexo feminino. A feminização cresceu de maneira acentuada no Estado, mantendo o padrão observado no país. Desde o início da epidemia, Minas Gerais registrou 508 casos de AIDS pediátrica no Estado (SES/MG, 2004a).

Tabela 1: Casos de AIDS por sexo, Estado de Minas Gerais, 1982-2004*

<i>Período</i>	<i>Total de Casos</i>	<i>Masculino (%)</i>	<i>Feminino (%)</i>
1982 - 1989	596	515 (86)	81 (14)
1990 - 1999	12.054	8.813 (73)	3.241 (27)
2000 - 2004	6.520	4.202 (65)	2.318 (35)

*dados parciais

Fonte: CE DST/AIDS de Minas Gerais

A interiorização da epidemia no Estado é uma realidade cada vez mais presente. Apesar dos grandes centros urbanos serem ainda detentores da maior parte dos casos notificados no Estado, hoje todos os 580 municípios em Minas Gerais já registraram algum caso de AIDS. É interessante observar que, dentre os municípios que mais

apresentaram casos de AIDS, quatro pertenciam a Região Metropolitana de Belo Horizonte – RMBH, não incluindo aqui a capital do Estado. A Tabela 2 mostra a distribuição, por sexo, dos municípios que representam 69% dos casos de AIDS no Estado.

Tabela 2: Municípios de Minas Gerais com maior número de casos de AIDS, 1982-2004*

<i>Municípios</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i>
	Feminino	Masculino	
Belo Horizonte	1.477	4.515	5.992
Juiz de Fora	513	1.239	1.752
Uberlândia	289	644	933
Uberaba	289	640	929
Contagem * ²	243	636	879
Betim * ²	188	353	541
Ribeirão das Neves * ²	118	240	358
Governador Valadares	112	236	348
Araguari	85	164	249
Poços de Caldas	50	186	236
Ipatinga	69	152	221
Santa Luzia * ²	76	146	224
Pouso Alegre	71	129	200
Itajubá	54	132	186
Ituiutaba	67	101	168
TOTAL	3.701	9.515	13.216

* parcial

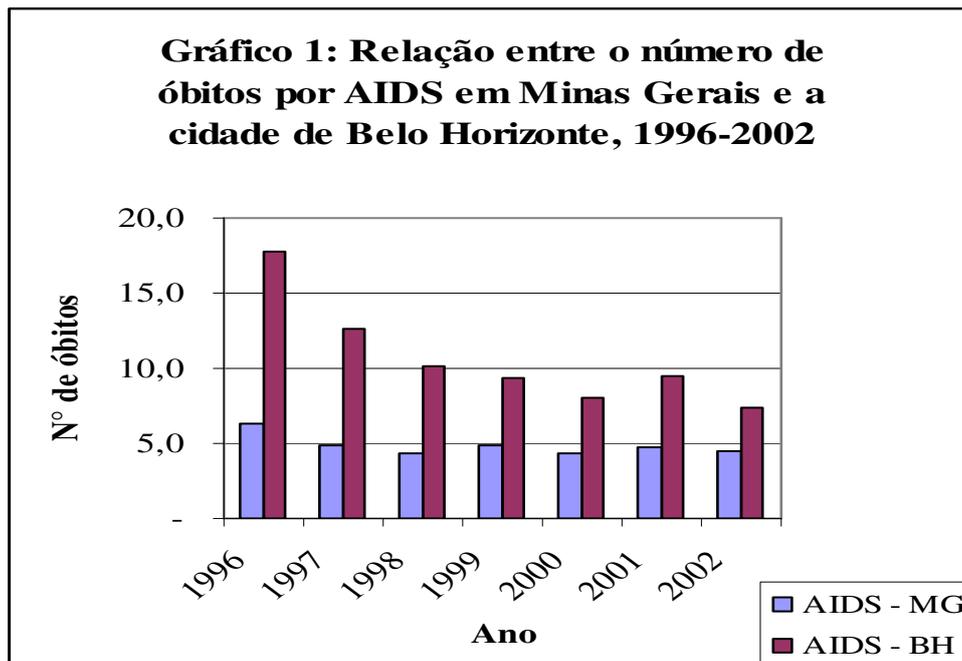
*² Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte

Fonte: CE DST/AIDS de Minas Gerais

Observou-se que em Minas Gerais a taxa de mortalidade em mulheres aumentou, porém é interessante observar que em mulheres brancas decresceu (56% em 2003 e 53,1% em 2004) e cresceu entre negras (14,7% em 2003 e 15,2% em 2004) e pardas (28,8% em 2003 e 31% em 2004). Nas mulheres negras e pardas verificou-se uma taxa maior de mortalidade se comparadas entre homens negros e pardos, e esta é uma situação que se refletiu em todo o país. Estes dados indicaram uma maior dificuldade das populações mais pobres e mais vulneráveis em acessar os tratamento e serviços de saúde (Lopes, 2006).

2.1.4. Situação geral da AIDS no município de Belo Horizonte

Na cidade de Belo Horizonte, no período de 1981 a 2004, os números de casos de AIDS notificados foram de 5.757, sendo 5.555 casos em adultos e 202 casos em crianças. Entre os adultos, 4.251 dos casos foram masculinos (76%) e 1.304 foram femininos (24%). A proporção de notificação entre homem e mulher, que em 1986 era de 42:1, passou a ser de 2:1 entre os anos de 1999 a 2003, confirmando a tendência de feminização da epidemia. Dos casos relatados, 65% situaram-se na faixa etária de 20 a 39 anos e 30% entre 40 a 59 anos. Aproximadamente 5.500 pacientes receberam terapia antiretroviral na cidade de Belo Horizonte, em serviços especializados, sendo que neste número incluíram-se pacientes que se reportam a estes serviços, oriundos de outras cidades ou mesmo da Região Metropolitana (PBH, 2004b). Verificou-se que a letalidade de casos notificados com AIDS decresceu em BH, reflexos da adoção dos protocolos de tratamento recomendados pelo Ministério da Saúde - MS (Gráfico 1).



Fonte: CE DST/AIDS, CM DST/AIDS

A taxa de crescimento anual estimada para a população em geral, em Belo Horizonte, no período de 1996 a 2000, foi de 1,7%. A proporção da população feminina em geral, em idade fértil, situava-se em 66,1%. Se considerarmos a possível subnotificação dos casos de gestantes expostas ao vírus HIV na cidade, durante o pré-natal e pré-parto, observamos a importância que assume o controle da transmissão

vertical na cidade de Belo Horizonte. O grande número de mulheres em idade fértil, a feminização da epidemia e a vulnerabilidade de alguns grupos mais fragilizados, compõem um quadro que exige cuidado e atenção.

Todas estas considerações reforçaram a relevância da avaliação de implantação do programa de distribuição da FL, que almeja bons níveis nutricionais e crescimento ponderal adequado da criança exposta ao vírus HIV.

2.2. A transmissão vertical do vírus HIV

2.2.1. A transmissão vertical do vírus HIV no mundo

O acesso ao tratamento das gestantes, para prevenção da TV, varia em cada país. Apesar da TV ter sido quase extinta nos países industrializados e em alguns outros que adotaram a não amamentação e uso de AZT, como o Brasil, na África subsaariana, estima-se que menos de 5% das gestantes contaminadas tenham acesso ao tratamento e aos serviços de saúde (OMS, 2005a).

Dados alertam que, em todo o mundo, a prevalência dos casos de AIDS entre gestantes situou-se acima de 1% (UNAIDS, 2005b; OMS, 2005a). No Zimbábue, cerca de 21,0 % das gestantes apresentaram contaminação por HIV. No Caribe, houve relatos de redução das gestantes contaminadas, em 2004, porém o fato ainda é visto com reservas, pois cerca de 3 mil crianças são infectadas por transmissão vertical ao ano (UNICEF, 2005). Na América Latina e Caribe, menos de 30% das gestantes tem acesso ao tratamento e prevenção da TV (Bass, 2001). No Chile, 1,5% dos casos de AIDS aconteceram por transmissão vertical, não existindo ainda a rotina de testagem no pré-natal (Wu, 2000). No Senegal, políticas públicas demonstraram sua efetividade: atualmente menos de 2% das gestantes apresentaram contaminação para o vírus HIV (Pisani, 2000).

Aproximadamente 700.000 bebês são infectados no mundo a cada ano e mais da metade destes casos foram devidos à amamentação (Bass, 2001). Somente na África subsaariana ocorrem 300.000 novos casos de TV por ano, grande parte dele resultado da prática do aleitamento natural. A resistência a adoção do aleitamento artificial, na África e em países pobres em geral, tem dois enfoques: (a) a revelação da condição de soropositividade da mães, o que geraria medo de preconceitos e exclusão social e (b) o alto custo do leite industrializado, que não é fornecido através de políticas

governamentais, inviabilizando a aquisição do mesmo pela população em geral. De maneira geral, somente 20 a 32% das mulheres optaram pela amamentação artificial nos países africanos (Wendo, 2003). Apesar da redução da TV no parto, pela utilização do fornecimento de nevirapina até 1 ano após o parto, 10 a 15% das crianças apresentavam o vírus HIV em consequência da amamentação.

Pelas recomendações da OMS (GIFA, 2003), em casos onde a amamentação artificial seja de alguma maneira impossibilitada, ou pela falta do produto ou por condições de higiene onde se inserem a população, a amamentação natural, mesmo sendo efetuada por mães soropositivas, deve ser estimulada, pois o risco/benefício de tal conduta é maior. Em locais onde as morbidades infantis, como a desnutrição acentuada e a diarreia infantil, são predominantes, a recomendação do aleitamento natural é mantida, com a ressalva de que deve ser interrompido o mais breve possível, antes dos seis meses da vida, a fim de tentar reduzir a contaminação pelo HIV. Em todos os casos, porém, a amamentação mista (leite natural e leite artificial intercalados nas mamadas) é desestimulada.

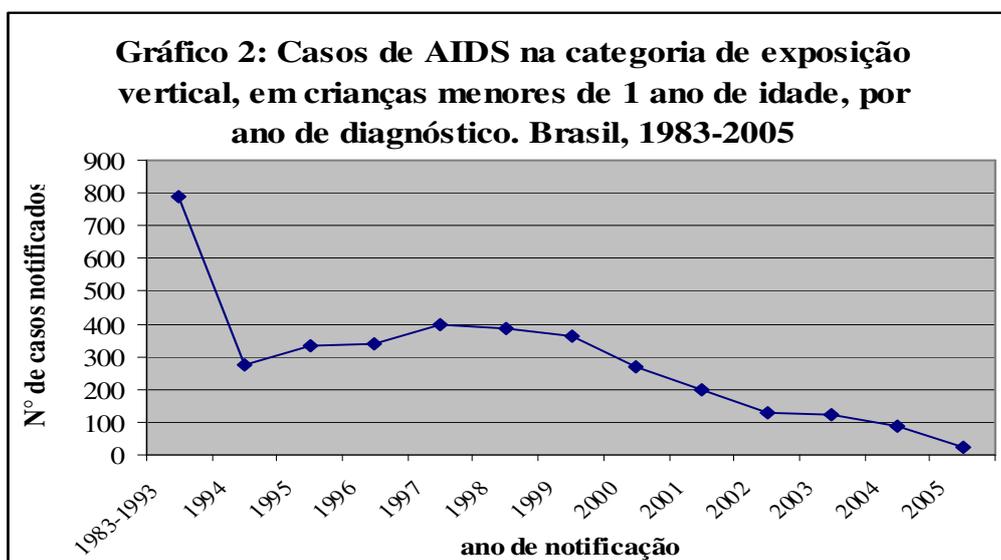
Em todo o mundo é grande a preocupação no controle da TV. Em 2001, a Assembléia Geral das Nações Unidas se reuniu para traçar estratégias globais de controle da transmissão do HIV através da transmissão vertical. Cento e oitenta e nove países se comprometeram a reduzir a incidência de crianças contaminadas em 20% até 2005, e em 50% até 2010 (Guidelines RPSP, 2004). Em alguns países, estas metas ainda estão muito distantes de serem atingidas.

Sem políticas públicas que incentivem a adoção da FL e promovam a sua distribuição, muitas mulheres soropositivas não conseguem alimentar seu bebê corretamente, e o risco da TV é alto e freqüente. Em países onde a expansão da AIDS é acentuada, a pobreza inviabiliza a efetividade das medidas preconizadas para a redução da TV. O prognóstico da redução da TV nos países mais pobres, destacando-se o aleitamento natural, continua não sendo favorável enquanto não se apoiar e criar medidas viáveis para que a população mais fragilizada, crianças e mulheres, possam ser protegidas, a partir de disponibilização de insumos e mudanças de hábitos através da educação e informação.

2.2.2. A transmissão vertical do vírus HIV no Brasil

Através da Rede Sentinela Nacional de Parturientes, com foco em gestantes e crianças expostas ao vírus HIV, estimou-se que mais de 12.000 gestantes estariam infectadas pelo vírus HIV, em 2000. Em 2005 estimou-se em aproximadamente 17.000 o número de gestantes expostas ao vírus HIV (Marques, 2005; Ministério da Saúde, 2000; Ministério da Saúde, 2005c). Em média, são realizados cerca de 3 milhões de partos ao ano no Brasil (Ministério da Saúde, 2005c). Mesmo sendo de notificação compulsória, das mais de 12 mil gestantes infectadas pelo HIV, estimadas para o ano de 2004, somente 52% destes casos foram notificados (Ministério da Saúde, 2005a). No Brasil, de 2000 a 2005 foram notificadas 23.462 gestantes, e no estado de Minas Gerais foram 1.580 notificações de gestantes soropositivas para o HIV (Ministério da Saúde, 2005a).

Apesar do aumento do número de mulheres infectadas pelo vírus HIV e em idade fértil ter aumentado no Brasil, o número de crianças infectadas por transmissão perinatal têm diminuído (Ministério da Saúde, 2005a; Lopes, 2006). De acordo com o MS, entre a notificação dos casos de AIDS pediátrica (menores de 13 anos) por categoria de exposição, no período de 1983 a junho de 2005, 9.965 casos (83,7%) foram por transmissão perinatal (TV). Somente no ano de 2004 foram notificados 390 novos casos de transmissão perinatal. Atualmente a transmissão vertical do HIV, é responsável por 3,7% dos casos notificados entre crianças abaixo de 13 anos (Lopes, 2006). Isso se deve a adoção de políticas públicas para controle da transmissão vertical do vírus HIV adotadas no país, como as recomendações do PACTG 076, em 1996, e o Projeto Nascer-Maternidades, em 2002 (Lopes, 2006; Marques, 2005).



Fonte: MS/SVS/SINAN/PN DST-AIDS, Boletim Epidemiológico 2005, Aids e DST / Ano II, nº 1

Não se pode desconsiderar que existe ainda uma subnotificação dos casos de AIDS no país, porém as medidas adotadas para a redução da TV foram de significativa importância, o que aumenta a relevância da adoção do programa de controle da TV, o Projeto Nascer-Maternidades.

As estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, para a diminuição da contaminação do neonato pelo vírus HIV, após diagnóstico materno em pré-natal ou pré-parto, têm as seguintes diretrizes: aconselhamento e testagem após a autorização de todas as gestantes no pré-natal; uso de zidovudina (AZT) pela gestante a partir da 14^o semana de gestação; uso do teste rápido em gestantes não testadas durante o pré-parto; quimioprofilaxia na hora do parto; adoção da cesárea eletiva quando a carga viral é maior ou igual a 1.000 cópias/ml ou desconhecida; interrupção da lactação materna; introdução do AZT xarope no neonato até a 6^o semana de vida; recebimento de fórmula láctea pelas mães para adoção do aleitamento artificial; frequência mensal de consultas médicas (puericultura) até os 6 meses de idade e a cada 3 meses subsequentemente (Ministério da Saúde, 2004a; Ministério da Saúde, 2004c).

2.2.3. Ações para redução da transmissão vertical do vírus HIV no Brasil: Projeto Nascer Maternidades

Antes da introdução dos procedimentos profiláticos para combate à TV, período que vai da descoberta da epidemia até 1994, os índices mundiais de transmissão perinatal situavam-se entre 11% a 14% na Europa Ocidental, 20% a 25% nos Estados Unidos da América e 30% até 45% nos países africanos. O Brasil apresentava uma taxa variável de TV situada entre 16 a 40%, dependente da adoção do aleitamento natural conforme hábitos regionais (Ministério da Saúde, 1995).

Em 1994, o *Aids Clinical Trial Group* publica um estudo científico, o Protocolo 076, estudo multicêntrico, controlado e duplo-cego, relatando o uso de zidovudina (AZT) em gestantes soropositivas para o HIV, durante o pré-natal, parto, pós-parto e no bebê, mostrando uma redução de 67,5% na TV através deste procedimento. Conhecido mundialmente como PACTG 076, este estudo verificou a importância da quimioprofilaxia com AZT e a não amamentação natural da criança exposta no combate à TV, sendo que a probabilidade de transmissão vertical do HIV, na ausência de qualquer procedimento profilático, situava-se em 25,5% (Pluciennik, 2003; Ichisato e Shimo, 2001; Mahan, 1998; Nishimoto et al, 2005).

A primeira publicação no Brasil, do Programa Nacional (PN) DST/AIDS para orientação da redução da TV através da suspensão do aleitamento natural, data de 1995. Este manual ainda não cita a profilaxia com AZT, e as recomendações são meio tímidas, mais voltadas para a justificativa do “não amamentar”, mesmo em prejuízo dos benefícios do aleitamento materno, e enfoca a importância dos procedimentos adotados na Europa e Estados Unidos. Recomenda a utilização da FL, a pasteurização do leite materno se necessário, e contra-indica a amamentação natural e a mista (Ministério da Saúde, 1995).

Em 1997, através da Lei Federal 9.313, o Governo Federal dispunha sobre a gratuidade dos medicamentos necessários ao tratamento de todos os pacientes com AIDS. Também neste ano os manuais técnicos normativos começavam a orientar sobre a profilaxia com AZT para gestantes HIV (Pluciennik, 2003). Em 2000, o Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação de gestantes soropositivas para o HIV, através da Portaria 993/2000. A notificação compulsória passou a ser incorporada ao Sistema Nacional de Agravos e Notificações – SINAN, através da Ficha de Investigação de Gestantes HIV Positiva e Crianças Expostas. Apesar dos já cinco anos de notificação compulsória, estima-se que somente 52% das gestantes são notificadas, devido à morosidade do sistema e as dificuldades de implantação.

Em 19 de novembro de 2002 foi criado o Projeto Nascer-Maternidades, através da Portaria 2.104/GM, e teve por objetivo reduzir a transmissão vertical do vírus HIV e a morbimortalidade associada à sífilis congênita. A meta a ser atingida era a testagem de 100% das parturientes e adoção de profilaxia específica. Todo o procedimento era vinculado ao SUS, tendo a gestante garantido o seu direito de acesso ao pré-natal, parto e acompanhamento pós-parto da mãe e bebê, além do fornecimento de medicação e FL para alimentação da criança exposta, até o sexto mês de vida. Também visava o fortalecimento do programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (Portaria 569/2000). Foram criados mecanismos técnicos de co-responsabilidades na interrupção da TV em todos os níveis da esfera de Governo, Distrito Federal, Estados e Municípios, via Secretarias de Saúde e Coordenadorias de Controle de DST/AIDS, além das maternidades que prestavam atendimento ao SUS. A aquisição e dispensação da fórmula láctea infantil passou a ser realizada através de repasse de verbas instituídas via Fundo a Fundo, após pactuação na Comissão Intergestores Bipatite (CIB), em 2002. Aos estados e municípios coube implantar as normas de atenção preconizadas ou recomendadas pelo SUS, capacitando-se a manter o programa de interrupção da TV em seus diversos níveis. Também foram disponibilizados, pela União, recursos adicionais a serem pleiteados

pelos estados e municípios para aquisição da FL. Coube ao município, através de decisão do Gestor de Saúde, regular a distribuição do quantitativo inicial de latas de fórmula láctea, através dos serviços dispensadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou outros, conforme decisão local (Ministério da Saúde, 1998).

Ainda dentro do Projeto Nascer-Maternidades, a normatização dos procedimentos a serem realizados pelas maternidades foi definida para a utilização de teste rápido, profilaxia para HIV e utilização do inibidor de lactação. Os insumos a serem disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) possuíam um prazo inicial previsto de 6 meses. Após este prazo, os insumos deveriam ser custeados através de cobrança de procedimento hospitalar, Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS. Com relação à FL, a decisão para aquisição deveria ser tomada entre gestores, nos seus diversos níveis, pactuados pela CIB.

A portaria 1.071, de 9 de julho de 2003, alterou o § 2º do art. 1º, da Portaria nº. 2313/GM, de 19 de dezembro de 2002, e normatizou a disponibilização de recursos adicionais para aquisição de FL para estados, municípios e o Distrito Federal.

O valor a ser pleiteado pelos municípios permaneceu sob gestão do Estado e os recursos são pactuados pela CIB. O valor de referência, para o estado de Minas Gerais foi de R\$ 123.933,04. Este valor foi estimado levando-se em consideração a cobertura de mulheres tratadas com AZT no momento do parto, acrescido de 20%.

Foi também normatizada a qualidade do produto, com a recomendação de seguir o *Codex Alimentarius* da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), além da necessidade de verificação de prazos de validade e conservação. O cálculo para aquisição do insumo se baseou no consumo de 10 latas ao mês, por criança, em quantidade total de até 60 latas/mês per capita (Ministério da Saúde, 2004d), cabendo ao gestor adequar à demanda do quantitativo inicial, distribuído na maternidade, à realidade local. Coube ao gestor definir qual serviço seria o responsável pela distribuição do produto, que poderia ser o Serviço de Assistência Especializada - SAE, Unidades Dispensadoras de TARV, Unidade Básica de Saúde - UBS ou outros, de acordo com decisão local.

2.3. O aleitamento materno

2.3.1. A amamentação no conceito histórico

A amamentação natural é muito mais do que um ato reflexo e instintivo, uma ação somente biológica e nutricional. Vários autores citam a amamentação natural como uma ação que é um conjunto de fatores biológicos, sociais, econômicos e culturais, que traz em seu bojo crenças e tabus do grupo social onde a mãe se insere. O ato e as formas de amamentar são, portanto, específicas e relativas a um grupo social, em um determinado período de tempo. É um comportamento social e culturalmente condicionado, e apresenta uma dimensão simbólica relevante (Bosi e Machado, 2005; Ramos e Almeida, 2003; Nakano, 2003; Almeida e Novak, 2004; Ichisato e Shimo, 2001).

A amamentação vem sofrendo transformações ao longo da história humana. Práticas de amamentação artificial já eram conhecidas nos séc. V e VII, reveladas através de descobrimentos arqueológicos. Textos da era medieval, séc. XII, e no início da era moderna, séc. XV, já enfatizavam a importância da adoção do aleitamento natural. De 1500 a 1700 d.C. as mulheres inglesas saudáveis, e de classes mais ricas, não amamentavam seus filhos. Nesta época o desmame precoce, ou a não amamentação pelas mães biológicas, era uma prática relativamente comum em todo o continente europeu. O uso de amas-de-leite, como substituta materna para o aleitamento, era um hábito freqüente e usual desde o séc. XVI, especialmente nas classes mais abastadas. Já nesta época, a Constituição Francesa, com o intuito de proteger as crianças da classe pobre, limitavam a dois o número de bebês a serem amamentados por cada ama-de-leite, além do próprio filho desta. As crianças eram levadas para serem cuidadas e amamentadas na moradia da ama-de-leite. Esta foi uma prática comum e que, no séc. XVIII, aliado a falta de higiene pessoal e ambiental, causou um aumento significativo na mortalidade infantil na Europa (Bosi e Machado, 2005).

No Brasil, a prática de se utilizarem amas-de-leite veio junto com a colonização, importando o hábito do desmame na Europa (Bosi e Machado, 2005; Villa e Pelá, 1989; Machado, 1999). Nos séc. XVII e XVIII, além do leite natural das amas-de-leite, era comum os bebês serem alimentados com leite de outros animais, geralmente integrais ou diluídos e adicionados de carboidratos (açúcares e cereais) (Machado, 1999), o que era considerado uma “prática moderna” na época, visando uma complementação nutricional. Esta prática provocou a morte prematura de muitos bebês e a sociedade

brasileira aceitava o fato com resignação (Bosi e Machado, 2005). Apesar da alta mortalidade infantil, a recusa da amamentação pelas mães e a adoção das amas-de-leite eram práticas aceitas e adotadas no Brasil colonial.

Já no séc. XIX, com o início da expansão das escolas de medicina e das pesquisas médicas no país, enfatizou-se a necessidade da alimentação natural na prevenção das doenças infantis. Passou-se a utilizar os serviços da ama-de-leite no domicílio do recém-nato, a fim de preservar-lhe a saúde, e este costume foi adotado pela classe mais abastada da sociedade brasileira. No séc.XIX, com a adoção das práticas higienistas, a sociedade científica voltou-se para um conceito de saúde biológico e determinista. Autores citam as práticas higienistas como responsáveis por mudanças ambientais e sociais na busca de condições de melhoria da saúde pública (Almeida e Novak, 2004). O binômio mãe-filho, representando aqui o núcleo familiar, foi o foco da atenção neste momento, e se iniciou o resgate da valorização da amamentação, com enfoque na visão biológica e instintiva do ato. Com isso, cresceu a cultura de responsabilização da mãe pela saúde do bebê, sendo unicamente dela, enquanto nutriz, a responsabilidade pelo filho saudável.

Uma parte das pesquisas médicas, a partir da metade do séc.XIX, foi orientada para um substituto do leite materno a ser utilizado na época de desmame natural, ou caso a mãe fosse impedida de amamentar ou “secasse” o leite antes do esperado. Estas pesquisas foram incentivadas e financiadas pelas indústrias alimentícias. A adesão da classe médica aos produtos substitutos do leite materno, pela considerada “praticidade” e melhoria da nutrição infantil, fez com que os hábitos da amamentação natural entrassem em declínio novamente.

Apesar das políticas de incentivo ao aleitamento natural, instituídas desde o fim do séc. XIX, começou a surgir a cultura do “leite fraco”, que diminuía o sentimento de incapacidade da mãe como nutriz e estimulava o uso do leite artificial, justificado pela melhor adequação da dieta ao lactente (Almeida e Novak, 2004). Iniciaram-se as propagandas recomendando os produtos, além das próprias recomendações médicas para a adoção da mamadeira. A sociedade adotou estas práticas com facilidade, acreditando estar fazendo o melhor para as crianças, pois era uma alimentação “necessária”, “equilibrada” e “higiênica” (Bosi e Machado, 2005; Almeida e Novak, 2004).

Em 1922 verificou-se o aumento das propagandas de leite em pó como substituto do leite materno. A crença da substituição do leite materno foi

supervalorizada a partir dos anos 40/50. A intensiva propaganda incentivando a prática do aleitamento artificial criou uma cultura de perda de confiança, por parte das mães, que se reflete até os dias de hoje, quando as mães relatam o “leite fraco” como uma impossibilidade de amamentar.

Em maio de 1981, a Assembléia Mundial de Saúde regulamentou os substitutos do leite humano. Também em 1981, o Ministério da Saúde do Brasil criou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - PNIAM. Começou a incentivar o aleitamento natural exclusivo como uma forma de combater carências nutricionais e doenças que eram as principais causas de morbi-mortalidade infantil, especialmente nas classes de menor renda. Porém, a política pública adotada pelo PNIAM teve também o enfoque higienista, biologicista e determinante da amamentação (Almeida e Novak, 2004). Dentre as outras estratégias adotadas pelo governo brasileiro temos o Hospital Amigo da Criança, 1992, a criação de banco de leite humano, a realização de cursos de aconselhamento para a amamentação e propaganda intensiva junto à população, utilizando os meios de comunicação de massa (Bosi e Machado, 2005; Almeida e Novak, 2004; OPAS, 2003).

2.3.2. Importância biológica do leite materno

Indiscutivelmente, a amamentação natural promove os melhores níveis de saúde para o bebê. Publicações nas áreas de medicina, nutrição, psicologia, sociologia e um grande volume de pesquisas científicas nas mais diversas áreas, incentivam o aleitamento natural como forma de preservar a saúde da mãe e do bebê. Até mesmo áreas do conhecimento científico, que aparentemente não estão diretamente relacionadas à amamentação infantil, como a ecologia e a economia, possuem explicações técnicas para o incentivo desta prática (Muller, 2003; Pedroso et al, 2004).

Os benefícios nutricionais da amamentação são inúmeros: valor calórico adequado para suprir as demandas energéticas do recém-nascido; composição ideal em relação a carboidratos, lipídeos, proteínas, vitaminas e minerais, propiciando uma nutrição adequada e balanceada às necessidades do bebê, levando a um pleno desenvolvimento físico. A criança amamentada exclusivamente pelo leite materno, pelo menos até o sexto mês de vida, apresenta proteção contra infecções e melhor resposta imunológica através do início da modulação de anticorpos transmitidos através da mãe para o bebê; adequação da flora bacteriana intestinal, o que promove a diminuição de diarreias e constipações intestinais; proteção contra doenças do trato respiratório e

urinário, alergias, infecções bacterianas em geral (bacteremias), desidratação, otites e algumas doenças crônicas, como a doença de Crohn (inflamação intestinal crônica) (Giugliani, 1994; Newman, 1995; Garcia-Montrone e Rose, 1996; Mahan, 1998; Primo e Caetano, 1999; Ctenas e Vitolo, 1999; Falcão e Carraza, 1999; Novak et al, 2001; Aguirre et al, 2002; Nakano, 2003; Pedroso et al, 2004).

Além da proteção biológica, vários autores descreveram a amamentação natural como um meio importante da continuidade e fortalecimento do vínculo materno com o bebê, possibilitando à criança um desenvolvimento psico-emocional e cognitivo adequados.

Para a mãe, a amamentação promove a contracepção natural durante o período da amamentação. A redução do peso materno pós-parto acontece de maneira mais rápida e eficiente quando a mãe amamenta seu filho. Também possui efeito protetor, diminuindo a probabilidade de câncer de mama e colo de útero (Muller, 2003; Mahan, 1998).

2.3.3. A fórmula láctea e a nutrição do lactente

Com a expansão do comércio de leites infantis, cresceu a preocupação dos organismos internacionais e nacionais com a adequação da fórmula infantil, aqui neste trabalho denominada fórmula láctea (FL), às necessidades nutricionais e fisiológicas da criança, o controle das normas de produção visando à qualidade e também com a comercialização e propaganda do produto. Em 1981 a Organização Mundial de Saúde - OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, durante a 34ª Assembléia Mundial de Saúde, criou e aprovou o Código Internacional para Mercado de Substitutos do Leite Materno, instrumento regulador para os produtos substitutos do aleitamento natural (OMS, 1981; Rea, 2003; Rea e Toma, 2005; OMS, 2005b). Atualmente 160 países aderiram às normas e recomendações.

A FL e os demais produtos destinados à alimentação e suplementação da alimentação da criança, especialmente no que se refere aos primeiros seis meses de vida, foram normatizados e regulamentados pela Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação - FAO e a Organização Mundial da Saúde - OMS, através do *Codex Alimentarius*, um programa criado em 1962. O *Codex Alimentarius* visava a normatização de produtos alimentícios em geral, comércio e produção, com o fim de proteger e melhorar a saúde da população mundial (Inmetro, 2005). O *Codex Alimentarius* Brasileiro estipulou as normas técnicas de produção, composição,

embalagem e comercialização dos produtos alimentícios no Brasil. Por ser um programa conjunto com o *Codex* internacional, as normas brasileiras de composição dos alimentos seguiram as recomendações mínimas da FAO/OMS.

A propaganda e o incentivo ao uso de substituto do leite materno, adotados indiscriminadamente pelas indústrias até os anos 70, passaram a ter controle rígido por parte dos organismos governamentais. Não mais foi permitido o uso de imagens visando o apelo para o consumo deste produto. O Brasil, em 1988, aprovou o primeiro código que regulamentava a fabricação, especificação e, principalmente, a comercialização de produtos destinados a alimentação infantil, a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (Rea e Toma, 2005). Essa norma sofreu a sua primeira revisão em 1992, e a partir daí vem sendo revista e adaptada. A sua última atualização veio em decorrência da promulgação da Lei nº 11.265, de janeiro de 2006, que dispunha sobre produção, comercialização e ética a serem adotadas pelas indústrias de alimentos infantis, leites, fórmulas lácteas e acessórios de puericultura. Em todas as portarias, deliberações e normatizações observam-se a ênfase para o aleitamento exclusivo e, principalmente, a preocupação com o comportamento ético dos fabricantes, no controle da propaganda, embalagem, promoção e demais meios utilizados pela indústria, para o aumento das vendas de seus produtos (Ferreira, 2005).

A FL deve ser específica para cada faixa etária, no que se refere a adequação fisiológica e nutricional do produto às necessidades da criança. Desta maneira, deve ser o mais similar possível à composição bioquímica do leite materno e ser suplementada com minerais e vitaminas para evitar possíveis carências nutricionais. As recomendações da FAO/OMS para a composição nutricional da FL encontram-se discriminadas no Anexo 1.

A FL deve ser estéril, livre de presença de bactérias, microorganismos patogênicos e organismos estranhos ao produto. Não deve haver contaminação por qualquer produto químico, inclusive agrotóxico e hormônios de origem animal. Não pode conter nutrientes provenientes de alimentos de origem transgênica, ou modificados na sua estrutura genética, uma vez que ainda são indeterminados os efeitos a longo prazo, para a saúde, pelo uso destes produtos, especialmente em crianças na mais tenra idade.

Apesar de todas as recomendações e normatizações neste sentido, a 58ª Assembléia Mundial de Saúde, em maio de 2005, alertou para os perigos existentes nas fórmulas lácteas comercializadas em todo o mundo, devido a altos níveis de

contaminação bacteriana e por microorganismos patogênicos (Lamounier, 2004; OMS, 2005c). Altos níveis de contaminação acarretam riscos à saúde e altos graus de morbidade e mortalidade, especialmente em crianças de baixo peso, pré-termo ou imunocomprometida. Além disso, em condições de pobreza e de deficiência de infraestrutura sanitária, a higienização das mamadeiras, bicos e material usado na manipulação do alimento para o bebê pode estar comprometida pela própria falta de higiene local, o que traria grandes riscos de morbidade à criança (Newman, 1995).

Mesmo com todas as contra-indicações para o uso da FL, existem situações onde a amamentação natural acarreta riscos maiores à saúde da criança. Em casos onde o aleitamento artificial se faça necessário, por impossibilidade da amamentação natural, o crescimento ponderal infantil pode ser adequado, sem comprometimento maior das condições de crescimento da criança ou ocorrência de outros agravos, como a desnutrição, desidratação e infecções alimentares, especialmente se for a FL for preparada e ministrada de maneira adequada. É necessário observar a diluição correta, adequando a necessidade nutricional da criança à oferta calórica do produto, e evitando a desidratação em caso de hiperconcentração da FL ofertada. O número de refeições durante 24 horas, assim como o volume (em ml), deve ser compatível à necessidade fisiológica do bebê, promovendo o pleno desenvolvimento da criança. As condições de higiene dos utensílios utilizados deve ser o mais próximo possível das condições ideais de esterilização, evitando possíveis agravos à saúde infantil, advindos de contaminação alimentar (Mahan, 1998).

Estados carenciais nutricionais, especialmente os que se referem à desnutrição ou subnutrição no primeiro ano de vida, possuem reflexos sociais, na saúde, no desenvolvimento escolar e na aprendizagem infantil, comprometendo o indivíduo e perpetuando o ciclo de carências, pobreza e desajustes sociais. A imunidade natural, que está em formação na criança neonata, pode ficar comprometida quando a criança se encontra no estado de sub ou desnutrição (Ctenas e Vitolo, 1999; Falcão e Carraza, 1999). Doenças infantis podem ocorrer de forma mais grave, independente da condição sorológica ou de exposição ao vírus HIV, na criança com carência nutricional. Já as morbidades associadas à contaminação do vírus HIV, as infecções oportunistas (IO), podem acontecer em níveis mais graves na criança que se encontra em estado de sub ou desnutrição.

Os gastos financeiros em saúde pelo SUS na assistência a estas crianças com carência nutricionais, expostas ou não vírus da AIDS, considerando-se aqui medicação,

consultas médicas e internação hospitalar, são muito mais elevados que quando a criança não apresenta os níveis adequados de crescimento ponderal. Espera-se que o pleno desenvolvimento infantil seja um resultante das medidas adotadas para o enfrentamento da TV, inclusive na adoção da FL em substituição ao aleitamento natural, promovendo pleno desenvolvimento físico e psíquico para as crianças expostas.

2.3.4. A mulher e o papel social de “nutriz”

Toda a política pública de incentivo ao aleitamento, fundamentada no instinto biológico traz, em seu bojo, a culpabilização da mãe-nutriz pelo possível fracasso no desenvolvimento físico e psíquico de sua criança. Ser uma “boa mãe” é sinônimo de conseguir amamentar adequadamente o seu filho e, com isso, propiciar o desenvolvimento esperado do bebê. Vários autores têm demonstrado o sentimento de conflito da mulher diante a escolha pessoal de amamentar ou não (Primo e Caetano, 1999; Ramos e Almeida, 2003; Nakano, 2003; Lima e Osório, 2003; Bosi e Machado, 2005).

Ramos e Almeida (2003) relataram que existe uma postura de banalização, pelos profissionais da saúde, das queixas das mães que os procuram, da dor física ao amamentar e dos sentimentos intrínsecos destas mulheres. Desta forma, os profissionais não conseguem responder a demanda da paciente, suas dúvidas, angústias e temores. Este comportamento é baseado na visão higienista que “se consubstancia na visão que sacralisa a maternidade como um ato de doação da mulher em troca do amor do filho e do reconhecimento da sociedade” (Ramos e Almeida, 2003).

As dificuldades do papel de ser mãe existem e são reais. As pressões sociais como o desemprego, a falta de condições adequadas de moradia, dificuldades financeiras, dupla jornada de trabalho, ausência de apoio do companheiro ou mesmo a ausência deste, entre outros, contribuem para a pressão sofrida por esta mulher e que agora, por gerar um bebê, também passa a ser nutriz. Os papeis são múltiplos, e as dificuldades imensas.

Com relação ao perfil das mulheres que mais enfrentam dificuldades no ato de amamentar podemos caracterizar as de baixo nível sócio econômico e escolaridade, menores de 20 anos e mães primíparas (Lima e Osório, 2003; Pedroso et al, 2004). Mães múltiparas e mais velhas têm mais facilidade de amamentar. Mulheres com maior grau de escolaridade também revelam, na atualidade, uma preocupação maior com o aleitamento exclusivo.

2.3.5. A mulher nutriz e a AIDS

A AIDS surge no momento em que, no Brasil, políticas públicas de incentivo ao aleitamento natural, através principalmente do PNIAM, tomam força e se expandem em todas as camadas da sociedade. Amplas campanhas de incentivo à amamentação natural acontecem na mídia, de maneira intensiva. O “não amamentar no peito” passou a significar, para a sociedade como um todo, descaso, abandono e irresponsabilidade da mãe para com o seu bebê. Este enfoque biologicista acaba por criar sentimentos de vergonha e culpa para a mãe que, voluntária ou involuntariamente, não cumpre seu papel de nutriz.

A partir de 1982 os estudos acerca da AIDS, transmissão, prevenção e controle, passaram a ser foco da comunidade científica mundial. A mulher, que antes se acreditava estar protegida da “peste gay”, passou a ser cada vez mais afetada por uma epidemia onde a transmissão heterossexual se tornou dominante. Agora, além ter de aprender a conviver com o diagnóstico positivo para o vírus da AIDS, também é impedida do direito de ser nutriz. Este é mais um problema na vida desta mulher após o impacto provocado pelo resultado positivo no exame sorológico para o vírus HIV.

Vários autores têm focado a problemática da vivência do diagnóstico, sexualidade, amamentação e problemas psicológicos e sociais que atingem a mulher soropositiva (Freitas et al, 2002; Paiva, 2002; Tunala, 2002; Abadía-Barrero, 2002; Vinhas et al, 2004; Galvão et al, 2004; Cavalcante et al, 2004; Souza Neves, 2005). Freitas (2002), em um estudo sobre a sexualidade e diagnóstico HIV positivo observaram as fases iniciais após a constatação do diagnóstico. Estas fases se alternam entre a incredulidade e desestruturação psico-emocional inicial, até a fase de tentativa de adaptação, estruturação e convivência com a doença, em média 6 meses após o diagnóstico.

Em um primeiro momento, o sentimento de morte é eminente. Ansiedade, insegurança, tensão, isolamento, choro, anorexia e apatia, entre outros, são sentimentos vivenciados no dia em que receberam o diagnóstico e durante os primeiros meses. Após o impacto inicial, observou-se o inconformismo, aumento de tensão psicológica, sensação de que “o mundo mudou”, remorsos e culpabilização por haver se contaminado. O medo da exclusão social, rejeição, abandono e depressão acompanham esta mulher em todas as fases. O diagnóstico é um momento de ruptura na vida e com o qual a pessoa terá de se adaptar e conviver (Freitas et al, 2002).

Estudos observaram que a maioria as mulheres gestantes contaminadas pelo vírus HIV tem o diagnóstico da sua soropositividade durante o pré-natal (Vinhas et al, 2004). Além de toda a carga emocional relacionada a ser portadora do vírus HIV, juntam-se a estes sentimentos a condição atual de ser gestante. A preocupação com o bebê, a culpa de ser responsável por uma possível transmissão da doença ao filho que está sendo gerado, o medo pelo futuro, a angústia, depressão e a impossibilidade de amamentar, são cargas pesadas que esta mulher precisa de enfrentar, e isso em um momento em que já vivencia os sentimentos relacionados a gestação, muitas vezes não desejada em um primeiro momento. Neste universo de sentimentos conflituosos, a gestante pode assumir uma postura de negação do diagnóstico, aceitação ou mesmo indiferença e passividade. Um ponto, porém, se mostra comum: a tristeza, depressão, inconformismo em não poder amamentar seu bebê, a sensação de fracasso como mãe e o sentimento de impotência e passividade ante o inevitável (Rea e Cukier, 1988; Vinhas et al, 2004; Souza Neves, 2005).

Os problemas vivenciados pela mãe, o tempo em que convive com o diagnóstico de soropositiva para o HIV, a impossibilidade de amamentar, ter ou não outros filhos e as dificuldades sociais e econômicas, são variáveis que, direta ou indiretamente, podem interferir na nutrição do bebê, podendo levar a um comprometimento do pleno desenvolvimento da criança exposta ao vírus HIV.

2.3.6. As formas de transmissão vertical do vírus HIV

A transmissão vertical (TV) do vírus HIV tem uma maior probabilidade de acontecer durante o trabalho de parto ou no parto, sendo esta probabilidade estimada em 65%. A contaminação intra-útero nas últimas semanas de gestação e a amamentação natural são responsáveis pelos outros 35% de probabilidade de contaminação do conceito (Ministério da Saúde, 2004c; Lamounier, 2004; Nishimoto et al, 2005).

Em um estudo realizado na cidade de Santos e que buscava analisar os riscos da TV, algumas características foram identificados como fatores que contribuem para o aumento da probabilidade da infecção por TV: idade materna, onde a infecção em mulheres acima de 35 anos é um fator de risco, prematuridade do neonato, inferior a 38 semanas de gestação, baixo peso ao nascer e ausência de acompanhamento pré-natal (Nishimoto et al, 2005).

O vírus HIV pode ser encontrado livre ou nas células do leite (monócitos) de mulheres infectadas. As células do epitélio mamário podem estar contaminadas antes

mesmo do parto e os monócitos, células que compõe 50% do leite materno, são em grande parte as responsáveis por levar o vírus HIV até o intestino do recém-nascido (Lamounier, 2004). A carga viral do leite é dependente da carga viral da mãe, sendo que em infecções recentes, viremias elevadas e infecção materna avançada, a carga viral é maior (Nishimoto et al, 2005). No colostro e nas primeiras amamentações o risco de contaminação é significativamente maior. Porém, o risco de transmissão do vírus através do leite materno continua em toda a fase do aleitamento. O risco adicional em cada mamada varia de 5 a 22% (Ministério da Saúde, 2004a; Ministério da Saúde, 2004c). No neonato, a contaminação ocorre através da mucosa gastrointestinal ou na nasofaríngea, o que aumenta a probabilidade do leite materno de infectar a criança já exposta ao vírus HIV, que pode ou não apresentar problemas de diarreia, irritação e lesões intestinais, entre outros (Lamounier, 2004).

O aleitamento misto ou seja, a amamentação natural intercalada com a alimentação artificial, pode ser responsável por probabilidades maiores de contaminação no neonato do que a alimentação natural somente, uma vez que a alimentação artificial pode provocar irritação gastrointestinal importante no bebê. No Brasil, a recomendação do Ministério da Saúde é a não amamentação natural da criança exposta, em nenhuma circunstância (Bass, 2001; Ministério da Saúde, 2004a; Ministério da Saúde, 2004b; Ministério da Saúde, 2004c; Lamounier, 2004).

Em casos onde a alimentação artificial ainda não é indicada, como em bebês pré-termo e muito baixo peso, a amamentação através de leite fornecido pelos Bancos de Leite é a mais indicada. Caso seja necessário, a pasteurização do leite humano, preservada as condições de higiene, e sendo efetuada com aquecimento do leite a 62,5°C por 30 minutos seguidos de resfriamento rápido, inativa o vírus HIV, tornando o leite seguro para ser dado à criança (Lamounier, 2004).

2.4. Aspectos teóricos da Avaliação

A avaliação dos programas de governo, em suas mais diversas áreas de abrangência, teve seu início logo após a Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos da América, quando então começou a se buscar uma racionalidade nos gastos públicos. A partir deste momento observou-se que as atividades de avaliação tornaram-se cada vez mais freqüentes e usuais (Hartz, 1997). No Brasil, assim como em diversas partes do mundo, as avaliações de programas de saúde têm sido enfatizadas, devido à relevância em se buscar respostas, adequar e otimizar os serviços prestados à população.

Vários autores buscaram a definição de avaliação, em uma tentativa de organizar e facilitar a avaliação dos programas de saúde nestes últimos anos. Para Pabon, Calsing e Motta (Contandriopoulos et al, 2002), avaliar é medir as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados obtidos, fazendo as comparações tanto com as condições e as tecnologias previstas, quanto com os resultados e metas a serem alcançados, para a emissão de um juízo de valor. De acordo com Aguilar e Ander-Egg (1994), avaliação é uma forma de se julgar as conquistas pretendidas por um programa e os resultados obtidos em consequência do mesmo. Contandriopoulos et al., citado por Oliveira, Esher e Santos (2002) define avaliação como "*um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões*". É um processo que consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, um serviço ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (Contandriopoulos et al, 2002). Este estudo usará a definição de Contandriopoulos para avaliação.

São quatro os objetivos de uma avaliação:

- a. Objetivo Estratégico: auxiliar no planejamento e na elaboração de uma intervenção
- b. Objetivo Formativo: prover informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer
- c. Objetivo Somático: distinguir os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida
- d. Objetivo Fundamental: colaborar para a evolução dos conhecimentos, para a elaboração teórica

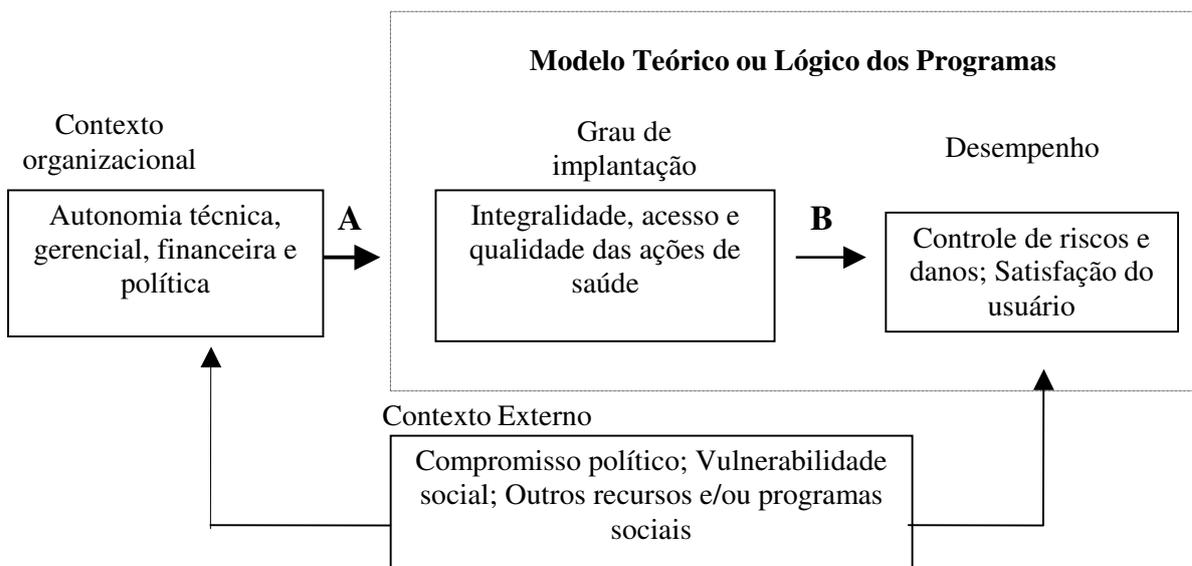
Para Patton e Denis e Champagne (Contandriopoulos et al, 2002), a análise de implantação se apóia conceitualmente na análise da influência sobre 3 componentes:

1- análise dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções – busca entender o contexto onde se insere implantação do programa. As variações do contexto podem explicar as variações observadas, em nível de implantação, de um mesmo programa em diferentes contextos. Permite a identificação das variáveis de uma implantação integral, ou seja, os fatores que explicam as possíveis diferenças observadas entre o planejamento da intervenção e a implantação executada;

2- análise das variações da implantação na sua eficácia – visa explicar os resultados esperados através do grau de implantação da intervenção;

3- análise da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados (avaliação do processo) – permite explicar as variações dos efeitos após a introdução de uma intervenção e a influencia dos fatores contextuais que podem contribuir para aumentar os efeitos ou diminuí-los.

Figura 1: Modelo para análise da Implementação



Fonte: Hartz et als, 2003

As dimensões a serem consideradas em uma análise de implantação, segundo o esquema da Figura 1, são: (a) Contexto Externo e Político; (b) Contexto Organizacional; (c) Implementação das ações da Intervenção em estudo e (e) Efetividade das ações de controle. Este esquema mostra que as quatro dimensões do estudo são resultantes da interação entre o contexto externo, o contexto organizacional e o grau de implantação da intervenção. As dimensões a serem consideradas, para a análise de implantação, bem como as sub- dimensões, estão no Quadro 1.

Quadro 1: Dimensões utilizadas para a construção da Matriz Lógica da Avaliação.

Dimensões	Subdimensões
Contexto externo e político	<ul style="list-style-type: none"> • Condições sócio-econômicos e ambientais • Projeto de governo e governabilidade • Capacidade de governo
Contexto organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento e monitoramento • Capacitação de Recursos Humanos • Opinião do RH • Informação, educação e comunicação (IEC) e Mobilização Social
Implementação das ações de controle	<ul style="list-style-type: none"> • Integralidade e qualidade da vigilância epidemiológica e ambiental • Integralidade, acesso e qualidade dos serviços de saúde • Implementação da infra-estrutura
Efetividade das ações de controle	<ul style="list-style-type: none"> • Controle de riscos • Controle de danos • Satisfação dos usuários

Fonte: Relatório do VIGISUS 2002

2.4.1. Estudo de caso

Uma mesma intervenção implantada em diferentes contextos produz resultados variados. Torna-se necessário analisar criteriosamente se esta variabilidade é decorrente da não aplicação da intervenção ou das divergências existentes entre os diferentes contextos (Contandriopoulos et al, 2002).

Observa-se que para realizar a avaliação existem diversos métodos, como os estudos epidemiológicos, a avaliação multicêntrica, a avaliação de cluster e o estudo de caso. Neste trabalho será utilizado o estudo de caso, o qual oferece a vantagem de uma observação intensiva e particularizada da implantação e do processo de controle das endemias.

Para Yin (Contandriopoulos et al, 2002), o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos. E ainda contribui, de forma inigualável, para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos.

Em estudo de caso podem ser incluídos um único ou múltiplos casos, que são variantes do desenho do estudo. Contandriopoulos e col. e Yin (2002), citam quatro modelos de estudos de casos que se distinguem pelo número de casos e o número de níveis de análise considerados: (a) caso único com um só nível de análise (holístico), (b) caso único com níveis de análise imbricados, (c) casos múltiplos com um só nível de análise e (d) casos múltiplos com níveis de análise imbricados.

Nos estudos com um nível de análise, como neste estudo, estuda-se em profundidade uma situação ou um fenômeno, sem definir diferentes níveis de explicação para os processos observados. Este modelo se propõe a descrever e explicar, de maneira global, a dinâmica de uma organização ou o funcionamento de um programa, sem prestar atenção aos componentes específicos que estruturam o objeto de estudo. Uma das vantagens do desenho holístico é quando nenhum nível de análise pode ser identificado, ou quando a teoria subjacente ao estudo de caso é de natureza holística (Contandriopoulos et al, 2002).

2.4.2. Estratégia para aumentar o rendimento do Modelo Lógico da Avaliação - Modelo Rápido de Avaliação (REM – *Rapid Evaluation Method*)

O Modelo Rápido de Avaliação (REM) vem sendo aplicado em vários países, e em diversos assuntos, tais como: saneamento, suicídio, malária, epilepsia, diarreia, HIV/AIDS e abuso de substâncias. Esse modelo foi desenvolvido para a área de antropologia e outras disciplinas, que visavam fornecer aos organismos nacionais e internacionais informações precisas para serem utilizadas em momentos de crise na área da saúde (Needle, 2000).

O REM baseia-se na experiência acumulada através das atividades de avaliação de alguns programas e atividades da Organização Mundial de Saúde (OMS), que o recomenda como uma ferramenta de avaliação, com o objetivo de aumentar a qualidade dos cuidados, o desenvolvimento do programa e a participação da comunidade.

Este método incorpora as contribuições do Rapid Epidemiologic Assessment (REA) e do Rapid Assessment Procedure (RAP), constituindo uma mescla de abordagens quanti-qualitativa. A metodologia é desenvolvida para ser realizada rapidamente, identificando intervenções eficazes e não custosas, que sejam factíveis de uma aplicação imediata, realizadas com êxito e com sustentabilidade local.

Este método pode ser adaptado, adequando-se a qualquer população: grande ou pequena, urbana ou rural, homogênea ou diversificada e, quanto ao tamanho da

amostragem, mescla de métodos utilizados e objetivo da pesquisa de forma a atender melhor as necessidades e condições locais.

Optou-se em utilizar o modelo de avaliação rápida (REM) como ferramenta a fim de garantir a validade interna, pois o método atende a recomendação para estudo de casos e triangulação de dados de forma sistemática e objetiva, auxiliando a verificação contínua da confiabilidade, validade e interpretação da informação coletada. Uma das vantagens da metodologia do REM é que a informação é adquirida por intermédio de diversas fontes, o que controla a validade interna.

2.4.3. Modelo Lógico da Intervenção

Hartz (1997) define intervenção como “*constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática*”. Neste estudo a intervenção são as ações necessárias para a implantação do programa de distribuição da FL, pela SMS através do CTR/DIP, a crianças expostas na cidade de Belo Horizonte.

O fluxo de demanda do produto, de acordo com as preconizações do MS para a interrupção da TV, neste caso analisando a interrupção do aleitamento natural e sua substituição pela FL, está apresentado na Figura 2. Nesta figura observamos a importância do pré-natal para a identificação precoce das gestantes HIV soropositivas. De acordo com o resultado da sorologia da gestante haverá ou não a interrupção da lactação após o parto. Os recém-nascidos destas mães é a população-alvo para o recebimento da FL. Estes recém-nascidos receberão a FL e devem ser acompanhados mensalmente para avaliar o desenvolvimento ponderal.

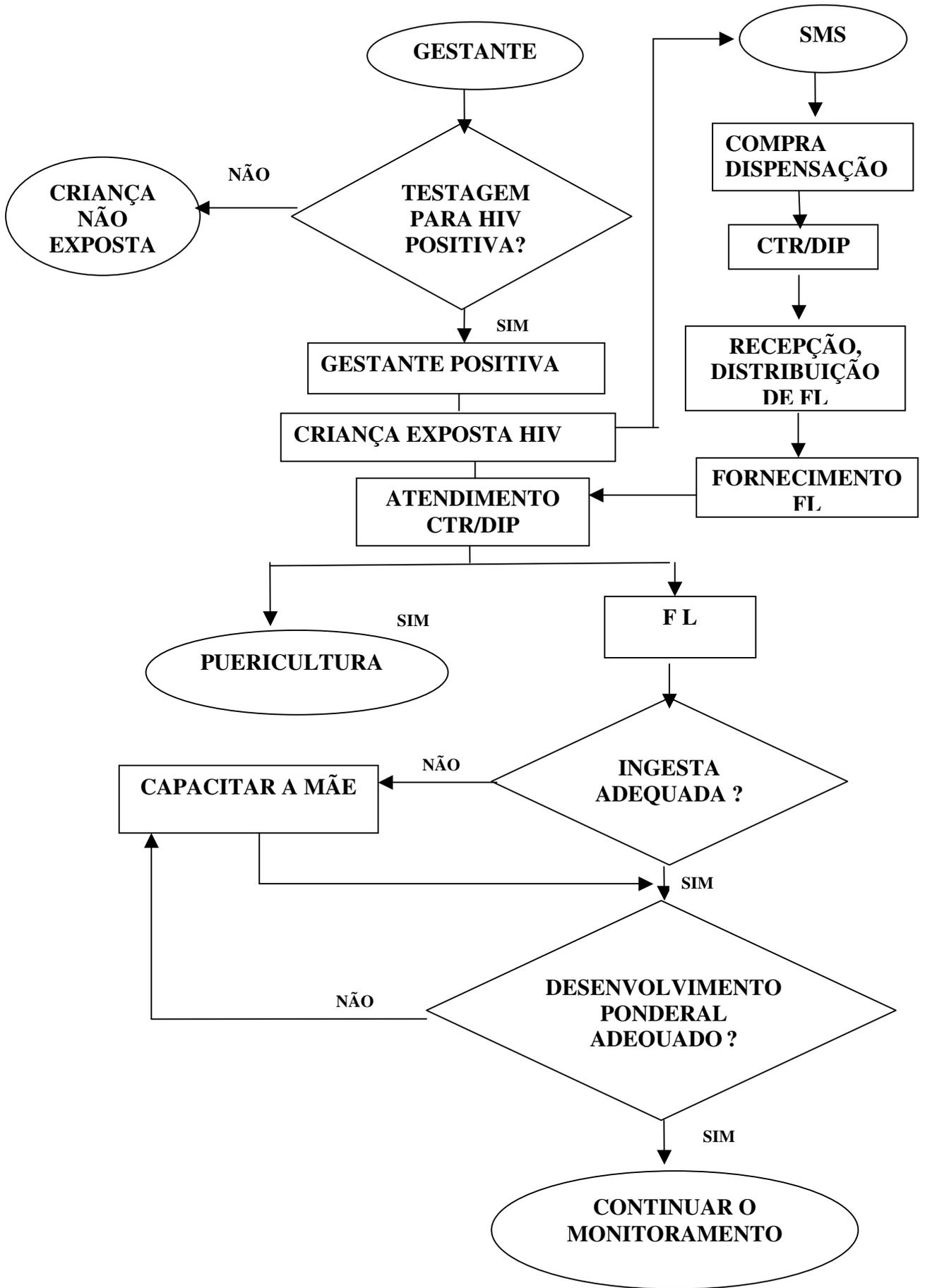
Cabe a SMS viabilizar as estratégias políticas e ações de maneira que possibilitem a execução do programa. A captação de recursos, normatizações e implantação do programa, assim como as estratégias para aquisição, armazenamento e dispensação da FL situam-se como determinantes, sem os quais não é possível a implantação do mesmo. Também o requerimento e planejamento dos repasses necessários, junto ao Ministério da Saúde para a aquisição da FL, de acordo com as normatizações estabelecidas e pactuadas, são de responsabilidade da SMS.

A intervenção tem suas atividades exercidas no CTR/DIP para o atendimento da mãe e criança exposta, assim como os procedimentos da atenção clínica que possibilitem o acompanhamento e possíveis intervenções junto à criança. Temos

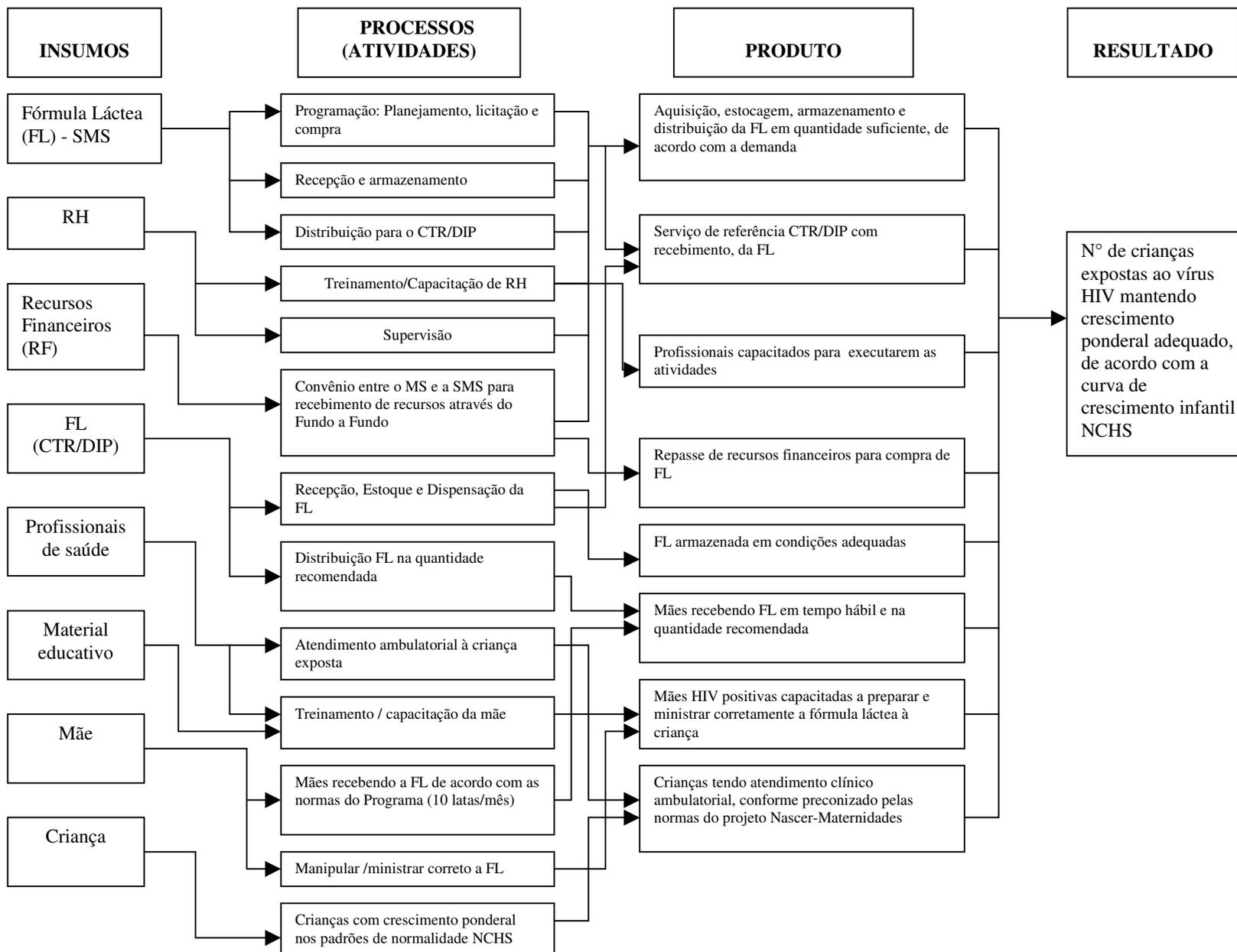
também as atividades relacionadas à recepção, armazenamento e dispensação da FL. Esta atividade deve obedecer aos princípios do SUS, com um atendimento integral à criança, com qualidade, para que propicie o pleno desenvolvimento infantil da criança exposta ao vírus HIV, inserida no programa.

No Modelo Lógico da Intervenção (Quadro 2) estão apresentados os insumos necessários para a efetiva implantação, as atividades executadas, os produtos e resultados esperados.

Figura 2: Situação analisada



Quadro 2: Modelo Lógico da Intervenção



3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliar a implantação do Programa de Distribuição da Fórmula Láctea Infantil, no Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias Orestes Diniz – CTR/DIP, na cidade de Belo Horizonte, MG.

3.2. Objetivos específicos:

- 1) Verificar os procedimentos, junto à SMS, relativos à compra, estocagem e disponibilização do produto na unidade referenciada para distribuição (CTR/DIP);
- 2) Verificar junto ao CTR/DIP o recebimento, estocagem e disponibilização do produto para as mães com filhos em aleitamento artificial;
- 3) Verificar o acesso das mães portadoras do vírus HIV ao produto;
- 4) Verificar o estado nutricional das crianças inseridas no programa;
- 5) Identificar possíveis fatores externos e internos que contribuem favorável ou desfavoravelmente para a ingestão calórico-protéica inadequada da criança.

4. JUSTIFICATIVA

O impedimento da amamentação natural não acarreta maiores prejuízos ao desenvolvimento da criança se esta for alimentada corretamente e se forem seguidos os padrões de higiene adequados (Mahan, 1998). O pressuposto deste trabalho é “as crianças que nasceram expostas ao vírus HIV e que estão inseridas no Projeto Nascer-Maternidades, usuárias do programa de distribuição de fórmula láctea, recebendo o produto até o sexto mês de vida, de acordo com padrões nutricionais internacionalmente aceitos e recomendados pela FAO/OMS, devem apresentar desenvolvimento pondero-estatural adequados”.

Este estudo pretende responder a seguinte pergunta avaliativa: o programa de distribuição de FL para crianças de 0 a 6 meses de vida, expostas ao vírus HIV, em aleitamento artificial exclusivo, está implantado de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e tem propiciado um crescimento pondero-estatural adequado à criança exposta? A idéia central é que este trabalho possa ser uma contribuição para a possível melhoria do programa, possibilitando aos atores envolvidos uma melhor visualização do processo que é a distribuição da FL e os reflexos no crescimento da criança exposta.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1. Tipo de estudo

Para este estudo foi utilizado o estudo de caso único para operacionalizar o Modelo Teórico da Avaliação, com abordagem quali-quantitativa, utilizando o método REM para aumentar o rendimento.

O município caso é Belo Horizonte e a unidade de análise é o Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias Orestes Diniz – CTR/DIP, uma vez que é o único serviço municipal onde a intervenção está implantada.

5.2. Período do estudo

Janeiro a Dezembro de 2005.

5.3. Caracterizando a unidade de análise: Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias Orestes Diniz – CTR/DIP

O CTR/DIP Orestes Diniz localiza-se na área hospitalar da cidade de Belo Horizonte, Distrito Sanitário Centro-Sul. É uma área onde se localizam hospitais de grande porte, tanto municipal quanto filantrópicos e particulares. A região possui uma rede de serviços assistenciais, abrangendo laboratórios de análises clínicas, ambulatórios, consultórios médicos, faculdades da área da saúde, lojas de artigos médico-hospitalares e farmácias, além de um comércio intenso e variado, estabelecimentos comerciais e vendedores ambulantes, que vendem todo o tipo de mercadoria, especialmente alimentos. É servida por uma intensa malha viária, com acesso a todos os locais da cidade, além de alguns transportes coletivos que servem à região metropolitana, abrangendo municípios vizinhos próximos.

Uma característica desta região é o intenso fluxo de ambulâncias e transportes coletivos, tipo utilitário, com identificação das prefeituras de origem. A procura de pacientes de outros municípios para tratamento médico em Belo Horizonte é muito grande. É intensa a movimentação de pessoas, veículos e pacientes.

A área física do CTR-DIP é composta por um prédio de 2 andares e área externa arborizada, onde se localiza uma pequena “brinquedoteca” e acontecem eventos para crianças usuárias ou não do serviço. Possui 12 consultórios, portaria, recepção, farmácia, almoxarifado, expurgo, esterilização, administração, gerência, sala de reuniões e odontologia. O espaço é pequeno para a quantidade de atividades e

atendimentos do serviço, e a ocupação de todas as salas é de 100% em quase todos os horários de atendimento.

A unidade passou por algumas mudanças de gestão e organização do serviço. A gestão era estadual até 1991, quando então se estabeleceu um convênio com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG. Em 1993 a prefeitura passou a gerir a unidade em co-gestão com a UFMG, processo regulamentado em 1996. Além da Faculdade de Medicina, outras faculdades como a Enfermagem e Odontologia passaram a ser incorporadas ao CTR/DIP. Em 2001 foi criado o hospital dia.

Para o atendimento das pessoas no CRT/DIP, faz-se necessário o cadastramento junto ao Hospital das Clínicas da UFMG – HC/UFMG. Após o cadastramento, é aberto o prontuário para acompanhamento do atendimento e que será o mesmo em todos os serviços de saúde administrados pelo HC/UFMG. Estes prontuários são arquivados no Hospital Bias Fortes, setor SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

A unidade é referência para atendimento em infectologia, tanto em Belo Horizonte, quanto nos municípios do estado de Minas Gerais. É responsável por aproximadamente 60% das consultas de infectologia oferecidas pelo SUS em Belo Horizonte. A equipe especializada do CTR-DIP é composta por profissionais do quadro próprio da SMS/SUS-BH, SES-MG municipalizados e serviços terceirizados. Em 2005 possuía carência de profissionais de nível médio, auxiliares de enfermagem e administrativo, o que muitas vezes sobrecarregava a equipe e causava aumento da carga de trabalho. Os profissionais de nível superior, médico e enfermeiras, eram em número suficiente.

5.4. Matriz Lógica de Avaliação

Foram enfocadas quatro dimensões para desenvolver o Modelo Lógico de Avaliação onde o programa de distribuição de FL se insere: (a) Contexto Político Organizacional, (b) Contexto Externo, (c) Grau de Implantação do programa e (d) Efeito ou Desempenho do programa.

No Contexto Político e Organizacional será verificada, ou avaliada, a estrutura necessária para a implantação do programa, que envolve a programação e planejamento estratégico para a aquisição, armazenamento e distribuição da FL. A legislação vigente, normatizações e capacitação de pessoal (recursos humanos - RH) são pontos importantes a serem considerados neste contexto, uma vez que são fundamentais para a implantação.

O Contexto Externo foi dividido em duas subdimensões para análise e avaliação. Serão avaliados: (a) a oferta de serviços de saúde da rede básica, em especial a cobertura pré-natal e os dados sócio-demográficos onde se insere o programa e (b) a realidade das mulheres soropositivas para o vírus HIV, inscritas no CRT/DIP.

O Grau da Implantação da intervenção foi desagregada em três subdimensões: (a) as ações de distribuição da FL e acesso ao serviço, (b) orientação para o uso da FL, onde a mãe deve ter conhecimentos para manipular e administrar a FL corretamente ao bebê e, por último, (c) assistência ao recém-nascido com o serviço médico de puericultura.

A Dimensão de Implantação objetiva a análise holística dos aspectos que compõe as subdimensões e que podem ser entendidas como a Integralidade, o Acesso e a Qualidade no serviço, além da implantação da infra-estrutura necessária para a intervenção.

- **Integralidade:** capacidade do CRT/DIP em prestar atendimento integral, em seus mais diversos aspectos, propiciando pleno desenvolvimento da criança exposta, minimizando os agravos à saúde advindos da exposição ao vírus HIV. São todas as ações de promoção (educação e treinamento para as mães), prevenção (doação da fórmula láctea) e de recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação).
- **Acesso (Cobertura):** capacidade da intervenção em propiciar, a todas as crianças expostas e mães que buscam atendimento, condições apropriadas para a adesão ao programa.
- **Qualidade (Eficácia):** resultado esperado da intervenção, ou seja, que as crianças inseridas no programa apresentem crescimento pondero-estatural adequado.

Na dimensão Efeito será avaliado o crescimento ponderal das crianças expostas ao vírus HIV, aqui não considerando outras variáveis que possam interferir neste desempenho. Será focado o resultado esperado da intervenção, ou seja, a crescimento ponderal adequado das crianças inscritas no programa.

No Quadro 3 estão sintetizadas as dimensões, subdimensões, indicadores ou critérios, fontes de informação e coletas de dados que compõem a Matriz Lógica da Avaliação.

Quadro 3: Matriz Lógica da Avaliação: síntese da apresentação das dimensões, unidades de análise, subdimensões, indicadores ou critérios, fontes de informação e tipos de coleta de dados.

Dimensão	Subdimensão	Indicador / critério	Fonte de informação	Coleta de dados
CONTEXTO POLÍTICO E ORGANIZACIONAL	Programação Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de recursos financeiros (RF) do MS para a SMS • Planejamento compra da fórmula Láctea (FL) • Distribuição da FL para o CTR/DIP • Treinamento / capacitação RH • Supervisão 	Responsável técnico SMS	Registro RF disponibilizados Registros gerais
CONTEXTO EXTERNO	Oferta de serviços de saúde Dados sócio-demográficos Condição de soropositividade para o vírus HIV - vulnerabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura pré-natal • Dados sócio econômicos 	Responsável técnico SMS Mães	Entrevista Banco de dados Observação
GRAU DE IMPLANTAÇÃO	Ações de distribuição Acesso Conhecimento - Mães Puericultura	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensação de FL • Atendimento ambulatorial a criança exposta • Distribuição de FL por criança • Treinamento capacitação da mãe • Manipular a FL • Ministrando a FL • Crescimento ponderal • Vacinação • Intercorrências médicas 	Responsável técnico Mãe	Registros de recebimento, estocagem e dispensação Entrevista Observação
EFEITO ou DESEMPENHO	Crescimento ponderal	Nº de crianças com crescimento adequado / nº de crianças atendidas x 10	Profissional de saúde	Registro de prontuário, conversão de dados para o padrão NCHS

Para cada indicador / critério foi selecionada uma ou mais questões nos instrumentos de coleta de dados, para que pudessem, em seu conjunto, representar um retrato mais fiel possível da realidade observada. As questões que envolveram a construção de cada indicador, conforme o contexto que se insere, estão discriminadas nas tabelas de 3 a 9.

Tabela 3: Contexto Político e Organizacional, subdimensão Programação e Planejamento, categorias que compõem o indicador / critério

Indicador / critério	Categorias que compõem o Indicador / Critério
1. Repasse MS - Fundo a Fundo	1.1. O repasse é suficiente para a compra da FL para as crianças atendidas 1.2. Complementação de recursos para compra da FL 1.3. Autonomia para transferência de recursos de outras ações de DST/SIDS para compra da FL
2. Planejamento compra da FL	2.1. É efetuado o planejamento de compras
3. Licitação e compra da FL	3.1. É feita licitação 3.2. Programação 3.3. Problemas durante a licitação 3.4. Compra efetivada no prazo determinado
4. Recepção do produto	4.1. Programação para recepção do produto 4.2. Manutenção dos prazos
5. Armazenamento	5.1. Local adequado 5.2. Registro de fluxo (entrada e saída) 5.3. Condições do produto 5.4. Programação da distribuição da FL para o CTR/DIP
6. Treinamento / capacitação RH	6.1. Programa de treinamento/capacitação 6.2. Treinamentos programados 6.3. Frequência dos treinamentos 6.4. Nº de treinamentos realizados / nº programado X 10*2 6.5. Nº profissionais treinados / nº de profissionais atuantes X 10*2
7. Monitoramento (soma dos itens)	7.1. Realização das metas programadas 7.2. Metas realizadas / metas programadas X 10*2
8. Atendimento a população	8.1. Atende a população não residente de BH (RM) 8.2. Existe recurso para atender a população não residente
9. Mecanismo de planejamento para o atendimento da população excedente	9.1. tipo de mecanismos utilizados para disponibilização dos recursos
10. Reflexo do atendimento a outras populações sobre a atividade de distribuição de FL	10.1. Interferência do atendimento de outras populações no programa

*2 foi utilizado para facilitar o cálculo

Tabela 4: Contexto Externo, Subdimensões Oferta de serviços de saúde e Dados sócio-demográficos, categorias que compõem o indicador / critério

Indicador / critério	Categorias que compõem o Indicador / Critério
-----------------------------	--

Indicador / critério	Categorias que compõem o Indicador / Critério
1. Oferta de serviços de saúde e Cobertura pré-natal geral	1.1. N° de atendimentos pré natal, 7 ou mais BH/ N° de atendimentos pré natal, 7 ou mais MG 1.2. População coberta pelo programa de AB BH / População coberta pelo programa AB MG 1.3. N° de Procedimentos básicos por habitante BH / N° de Procedimentos básicos por habitante MG 1.4. Valor Procedimentos Especializados/habitante (R\$) BH / Valor Procedimentos Especializados/habitante (R\$) MG 1.5. Valor Procedimentos Alta Complexidade/habitante (R\$) BH / Valor Procedimentos Alta Complexidade/habitante (R\$) MG
2. Atenção a criança em geral	2.1. Imunizações, cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano BH / Imunizações, cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano MG 2.2. Prevalência de desnutrição, em crianças menores de 2 anos, por 100 hab BH / Prevalência de desnutrição, em crianças menores de 2 anos, por 100 hab MG
3. Oferta de serviços de saúde / Cobertura pré-natal HIV	3.1.% de serviços que prestam atendimento pré-natal a gestantes HIV 3.2. Testagem para o vírus HIV como procedimento padrão no pré-natal 3.3.Disponibilidade do teste rápido na hora do parto 3.4. Serviços de saúde preparados para acolher a gestante soropositiva
4. Saneamento básico	4.1. Fornecimento de água * ¹ 4.2. Esgoto sanitário * ² 4.3. Lixo coletado * ³

*¹ fornecimento de água = fornecimento de água BH/fornecimento de água MG

*² esgoto sanitário = esgoto sanitário BH/esgoto sanitário MG

*³ lixo coletado = lixo coletado BH / lixo coletado MG

Tabela 5: Contexto de Externo, subdimensão Condição de soropositividade para o vírus HIV- vulnerabilidade, categorias que compõem o indicador / critério

Indicador / critério	Categorias que compõem o Indicador / Critério
1. Cidade de origem	N° de mães de BH atendidas/N° total de mães atendidas x 10
2. Diagnóstico	N° de mães com diagnóstico pré-natal ou pré-parto/N° de mães atendidas
3. Informações sócio-econômicas	3.1.Escolaridade: N° de mães entrevistadas com ensino fundamental completo ou mais/ N° de mães entrevistadas 3.2. Trabalho e renda própria: N° de mães entrevistadas com trabalho e renda própria/ N° de mães entrevistadas 3.3. Ajuda financeira ou em espécie: N° de mães entrevistadas que recebem alguma ajuda/ N° de mães entrevistadas 3.4. Utilização transporte coletivo: N° de mães entrevistadas que necessitam de transporte para ir ao CTR/ N° de mães entrevistadas 3.5. Condição de moradia: N° de mães entrevistadas não pagam aluguel/ N° de mães entrevistadas
4. Apoio familiar após diagnóstico HIV+	N° de mães entrevistadas que receberam apoio familiar/ N° de mães entrevistadas

Tabela 6: Contexto de Implantação, subdimensão Ações de distribuição e Acesso, categorias que compõem o indicador / critério

Indicador / critério	Categorias que compõem o Indicador / Critério
1. Dispensação, armazenagem e distribuição de FL	1.1. Pedido / programação (entrega do mapa de distribuição) 1.2. A quantidade de latas cobre a demanda do serviço 1.3. Produto é entregue no prazo certo ou programado
2. Armazenamento	2.1. Local adequado 2.2. Registro de fluxo (entrada e saída) 2.3. Condições do produto
3. Atendimento ambulatorial a criança	3.1. Acesso das mães ao serviço de atendimento do CTR/DIP 3.2. Frequência com que as mães procuram o atendimento de puericultura 3.3. Profissional de saúde 3.4. Acompanhamento através do Cartão da Criança 3.5. Controle de vacinação de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde 3.6. N° de crianças atendidas / N° de crianças inseridas no programa X 10* ²
4. Distribuição de FL por criança	4.1. Quantidade 4.2. Frequência com que a mãe vai ao serviço buscar a FL 4.3. Disponibilidade do produto para as mães 4.4. Fornecimento de FL complementar 4.5. Protocolo para distribuição as mães
5. Treinamento/capacitação	5.1. Treinamento para distribuição da FL para os profissionais do CTR/DIP 5.2. Treinamento capacitação da mãe - preparação de mamadeiras, higiene, etc 5.3. Procedimento mais usual para instrução às mães 5.4. Observa que a maioria das mães consegue alimentar corretamente o bebê 5.5. O profissional de saúde acredita no programa de distribuição de FL como forma de controle da transmissão vertical

*² foi utilizado para facilitar o cálculo

Tabela 7: Contexto de Implantação, subdimensão Conhecimento - Mães, categorias que compõem o indicador / critério

Indicador / critério	Categorias que compõem o Indicador
1. Acesso ao tratamento	1.1. Procedimento para ser inserido no programa: N° de mães entrevistadas encaminhada pelo serviço / N° de mães entrevistadas 1.2. Frequência você leva o bebê no CTR/DIP para atendimento de puericultura: N° de mães entrevistadas que leva a cada 30 dias / N° de mães entrevistadas 1.3. Frequência que vai ao CTR/DIP para pegar o leite: N° de mães entrevistadas que pega a cada 30 dias / N° de mães entrevistadas
2. Conservação e manipulação da FL	2.1. Observa a data de validade: N° de mães entrevistadas que observa a data de validade / N° de mães entrevistadas 2.2. Mantém a lata bem fechada após uso: N° de mães entrevistadas que fecha a lata / N° de mães entrevistadas 2.3. Guarda a lata protegida do sol e umidade: N° de mães

Indicador / critério	Categorias que compõem o Indicador
	entrevistadas que protege a lata / N° de mães entrevistadas 2.4. Guarda a colher medida (CM) na lata: N° de mães entrevistadas que guarda na lata / N° de mães entrevistadas 2.5. Mede a FL nivelando o pó (CM rasa): N° de mães entrevistadas que nivela a colher / N° de mães entrevistadas
3. Cuidados na preparação da mamadeira	3.1. Tipo de água * ¹ : N° de mães entrevistadas que usa água corretamente/ N° de mães entrevistadas 3.2. Preparar a mamadeira com antecedência: N° de mães entrevistadas que não prepara/ N° de mães entrevistadas 3.3. A mamadeira é esterilizada corretamente * ² : N° de mães entrevistadas que esteriliza/ N° de mães entrevistadas 3.4. Aproveitamento do leite caso o bebê não mame na hora: N° de mães entrevistadas que não reutilizam/ N° de mães entrevistadas
4. Adequação da preparação, consumo e utilização	4.1. Acrescenta maisena (farináceos) à FL: N° de mães entrevistadas que utilizam complementação na FL/ N° de mães entrevistadas 4.2. Divide a FL com outras crianças: N° de mães entrevistadas que dividem a FL com outras crianças/ N° de mães entrevistadas 4.3. FL é suficiente para a alimentação do bebê: N° de mães entrevistadas que afirmam ser a quantidade de FL suficiente/ N° de mães entrevistadas
5. Ministrando e manipular corretamente a FL	N° de mães entrevistadas manipulando corretamente/ N° de mães entrevistadas

*¹ considerada água correta a que foi filtrada e fervida ou fervida.

*² Considerada a esterilização pré-preparo da mamadeira ou após lavagem

Tabela 8: Contexto de Implantação, subdimensão Puericultura, categorias que compõem o indicador / critério

Indicador / critério	Categorias que compõem o Indicador / Critério
1. Crescimento ponderal adequado	1.1. N° de crianças com crescimento adequado / N° de crianças atendidas x 10
2. Vacinação	2.2. N° de crianças com vacina em dia / N° de crianças atendidas x 10
3. Intercorrências médicas	3.1. sem intercorrências: N° de crianças sem intercorrência / N° de crianças atendidas x 10 3.2. anemia: N° de crianças com anemia / N° de crianças atendidas x 10 3.3. outras intercorrências: N° de crianças com outras intercorrências/ N° de crianças atendidas x10 3.4. Situação geral: N° de crianças que apresentaram intercorrências/ N° de crianças atendidas x 10

Tabela 9: Contexto de Efeito ou Desempenho, subdimensão Crescimento ponderal, categorias que compõem o indicador / critério

Indicador / critério	Categorias que compõem o Indicador / Critério
-----------------------------	--

Crescimento ponderal adequado da criança exposta	Nº de crianças com crescimento adequado / Nº de crianças atendidas x 10* ²
--	---

*² foi utilizado para facilitar o cálculo

5.5. Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento

A Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento é um instrumento que determina os pontos necessários para que a implantação do programa tenha sido efetuada de forma a promover a eficácia das ações avaliadas.

Para cada indicador / critério foi selecionada uma ou mais questões nos instrumentos de coleta de dados. No Contexto Externo foram utilizados como indicadores alguns dados sócio-econômicos locais, uma vez que são indicadores que refletem a vulnerabilidade da população estudada. Esta análise vem de acordo ao preconizado por Patton e Denis e Champagne (Contandriopoulos et al, 2002), onde os determinantes contextuais externos da implantação podem explicar variações encontradas entre o planejamento e o efeito esperado do programa.

Na Matriz de Julgamento, os indicadores/critérios da Matriz de Avaliação receberam pontuação igual para todos. Não foram utilizados pesos para as pontuações, uma vez que se considera que todas as ações envolvidas são igualmente relevantes, em seu conjunto.

A partir dos pontos obtidos pelo conjunto de indicadores que representam cada contexto, foi elaborada uma classificação, de acordo com a proporção entre os pontos obtidos e a pontuação máxima:

$$\% \text{ Pontuação observada} = \frac{\Sigma \text{ Pontuação Observada}}{\Sigma \text{ Pontuação Máxima}} \times 100$$

A classificação em cada contexto foi assim distribuída:

- Adequado = 80 a 100%
- Regular = 60 a 79%
- Insuficiente = 50 a 59%
- Inadequado = < 50%

A Tabela 10 descreve, para cada dimensão e subdimensão, os indicadores e critérios a serem avaliados, a pontuação máxima, fontes de informação e coleta de

dados. A Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento detalhada, com os descritores e pontuação de cada indicador/critério encontra-se no Anexo 2.

Tabela 10: Síntese da Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento: dimensões, subdimensões, indicadores ou critérios, fontes de informação, pontuação máxima e tipos de coleta de dados.

Dimensão	Subdimensão	Indicador / critério	Pontuação Máxima	Fonte de informação	Coleta de dados
POLÍTICO E CONTEXTO ORGANIZACIONAL	Programação Planejamento	1. Repasse MS – Fundo a Fundo	50	Responsável técnico SMS	Secundário Banco de dados Registros gerais
		2. Planejamento compra da FL	50		
		3. Licitação e compra da FL	50		
		4. Recepção do produto	50		
		5. Armazenamento	50		
		6. Programação da distribuição da FL para o CTR/DIP	50		
		7. Treinamento e capacitação RH	50		
		8. Monitoramento	50		
		9. Atendimento a população	50		
		10. Mecanismo de planejamento para o atendimento da população excedente	50		
		11. Reflexo do atendimento a outras populações sobre a atividade de distribuição da FL	50		
		Valor total Contexto Político Organizacional			
CONTEXTO EXTERNO	Oferta de serviços de saúde e Dados sócio-demográficos	1. Ofertas de serviço de saúde e cobertura pré-natal geral	50	Responsável Técnico SMS	Secundário Banco de dados Registros gerais Entrevista semi-dirigida
		2. Atenção a criança em geral	50		
		3. Oferta de serviços de saúde / Cobertura pré-natal HIV	50		
		4. Saneamento básico	50		
		Valor total distribuído no Contexto Externo – SMS			
	Condição de soropositividade para o vírus HIV-vulnerabilidade	1. Cidade de origem	50	Mãe	Entrevista Observação
		2. Diagnóstico	50		
		3. Informações sócio-econômicas	50		
		4. Apoio familiar após diagnóstico HIV +	50		
		Valor total Contexto Externo – Mães			

Dimensão	Subdimensão	Indicador / critério	Pontuação Máxima	Fonte de informação	Coleta de dados
CONTEXTO IMPLANTAÇÃO	Ações de distribuição e Acesso	1. Dispensação, armazenagem e distribuição de FL	50	Responsável técnico Profissionais de saúde CTR/DIP	Registros de recebimento, estocagem e dispensação Registros de prontuário Questionário Observação
		2. Armazenamento	50		
		3. Atendimento ambulatorial a criança	50		
		4. Distribuição de FL por criança	50		
		5. Treinamento / capacitação	50		
	Valor total Contexto Implantação – CTR/DIP		250		
	Conhecimento - Mães	1. Acesso ao tratamento	50	Mãe	Entrevista Observação
		2. Conservação e manipulação da FL	50		
		3. Cuidados na preparação da mamadeira	50		
		4. Adequação da preparação, consumo e utilização	50		
		5. Ministras e manipular corretamente a FL	50		
	Valor total Contexto Implantação – Mãe		250		
	Puericultura	1. Crescimento ponderal adequado	50	Mãe	Entrevista Observação
		2. Vacinação	50		
		3. Intercorrências médicas	50		
Valor total distribuído no Contexto Implantação – Criança		150			
CONTEXTO EFEITO ou DESEMPENHO	Crescimento ponderal	Crescimento ponderal adequado da criança exposta	50	Prontuário médico da criança	Prontuário médico da criança
		Valor total distribuído no Contexto Efetividade	50		

5.6. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em três níveis: (a) gestor, junto a SMS CM DST/AIDS, (b) operacional, junto ao CTR/DIP e (c) usuário dos serviços, que são as mães portadoras do vírus HIV e a criança exposta atendidas no CTR/DIP.

A fim de adequar as informações necessárias à fonte de coleta de dados, foram criados instrumentos que buscavam contemplar os mais diversos aspectos envolvidos na amamentação artificial da criança exposta, inseridas no PNM. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados encontram-se nos Anexos dos números 3 ao 6.

5.6.1. Dados Primários

Para a coleta de dados primários buscou-se uma coleta de dados qualitativos. Um dos princípios utilizado nesta pesquisa foi a coleta de informações – entrevista semi-dirigida - através de pessoas que desejaram participar da pesquisa (informantes-chave), em seus diversos níveis: gestor, operacional e usuário. De acordo com Peres et al (Contandriopoulos et al, 2002), a escolha pela utilização da entrevista semi-dirigida com informantes-chave facilita o processo de interlocução entre o entrevistado e entrevistador, desta forma facilitando a coleta de informações que mais se aproximam da realidade pessoal e coletiva.

Com o propósito de levantar dados sobre a logística da compra e distribuição da FL, foi entrevistado o responsável por este setor dentro da SMS, responsável pela parte de assistência e epidemiologia. A entrevista foi semi-dirigida, e o entrevistador direcionou as perguntas para facilitarem a compreensão da parte burocrática e administrativa do programa.

Com relação aos profissionais de saúde, foram convidados a participar todos os envolvidos na intervenção, tanto os profissionais da gerência quanto os da assistência. Os profissionais da assistência foram convidados a participar os médicos com a especialidade clínica de infectologia pediátrica, as enfermeiras e assistentes sociais que cuidavam diretamente da criança exposta ou que distribuíam a FL. Para o levantamento de dados junto aos profissionais de saúde do CTR/DIP foi utilizado um questionário auto-aplicado, com o objetivo de obter informação sobre os procedimentos utilizados para orientação das mães sobre os cuidados à criança, incluindo aí a recomendação para a preparação da FL.

As mães que participam do programa foram selecionadas de maneira a contemplar as mães múltiparas e uníparas, as com diagnóstico anterior a gravidez, as com diagnóstico durante a gestação e mães adolescentes, menores de 18 anos. A participação das mães que

se encontravam no CTR/DIP, para consulta dos bebês ou para pegar a FL, foi espontânea. Participaram desta pesquisa 12 mães.

Foram elaboradas algumas questões no questionário para ver a adequação do preparo da FL pelas mães ou possíveis cuidadores. As respostas foram analisadas a partir dos parâmetros de preparação fornecidos pela indústria do produto e tendo como referencial as recomendações da FAO/OMS. A FL distribuída pela PBH, em 2005, foi o Nestogeno 1, fórmula para o 1º semestre, e a diluição recomendada é 1 medida rasa para cada 30 mililitros (ml) de água. Este parâmetro foi considerado o correto e preparações que não seguiam esta recomendação foram consideradas preparações inadequadas.

A técnica da observação participativa foi utilizada como complementação dos dados levantados.

Quadro 4: Fonte de coleta de dados primários

Fonte	Tipo de informação
Entrevista semi-dirigida com o profissional responsável, da SMS, para compra e distribuição da FL	Possíveis dificuldades enfrentadas para a implantação e manutenção do Programa
Questionário auto-aplicado com os profissionais de saúde	Que tipo de recomendação que o profissional de saúde faz à mãe para a preparação da FL. Qual o conhecimento do profissional sobre o programa O profissional acredita do Programa?
Questionário semi-estruturado com as mães (informante-chave) OBS: parte elaborada com questões fechadas, parte constará de roteiro de entrevista semi-dirigida Aplicação do questionário em mães que se oferecerem para participar da pesquisa	Levantamento sócio econômico: raça, escolaridade, idade, tipo de moradia, renda. Quanto tempo de diagnóstico HIV. Qual o treinamento recebido para ministrar a FL. Quais as dificuldades sentidas na preparação. Existe facilidade para conseguir a FL. Qual a rotina mensal para ter a FL. Como percebe o crescimento/ desenvolvimento do filho. Quais as expectativas em relação à criança.

5.6.2. Coleta de dados Secundários

Foram levantados os dados relativos à normatização do programa, a partir da disponibilização dos recursos através de repasse Fundo a Fundo, em novembro 2004. Também foram pesquisados os dados de prontuário de crianças atendidas no CTR/DIP, nascidas entre os meses de novembro 2004 a novembro de 2005, uma vez que este período contemplaria todas as crianças atendidas no CTR/DIP e que estavam recebendo a FL, no ano de 2005.

Com relação à coleta de dados de prontuário, foram utilizados todos os dados disponíveis no ano de 2005, uma vez que a amostra é relativamente pequena. Todos os prontuários selecionados para coleta de dados nesta pesquisa referiam-se a crianças com data de nascimento entre novembro de 2004 a dezembro de 2005, e que fariam uso da FL no período compreendido entre janeiro de 2005 a fevereiro de 2006. Os dados referidos são: idade em cada consulta, peso e altura ao nascer, peso e altura em cada consulta, vacinas ministradas, intercorrências médicas no período de 0 a 6 meses, ou idade mais aproximada a esta. Os dados de prontuário disponíveis das mães foram: idade, cidade de origem e tempo de diagnóstico para o vírus HIV.

Quadro 5: Fonte de coleta de dados secundários

Fonte	Tipo de informação
SMS, SES, normatização do Projeto Nascer-Maternidades	Leis municipais, federais e estaduais que embasem a compra, estocagem e distribuição da FL
SMS	Como é realizada a compra: período, disponibilidade financeira do repasse, aquisição, valores monetários médios investidos por criança
Coleta de dados: <ul style="list-style-type: none"> • almoxarifado do CTR/DIP • responsável pela distribuição. • informações de distribuição e entrega junto à SMS • outros dados existentes no local 	Existe FL em quantidade suficiente e em tempo hábil para que as mães possam ter acesso a ele (produto)? Qual a rotina que a mãe deve ter para conseguir o produto?
Dados colhidos através do banco de dados SES e SMS	Quantas crianças nasceram de mães soropositivas na cidade, dentro do período da abrangência do estudo?
Prontuário, cartão da criança, cartão de vacinação	Coleta de dados das crianças: peso, altura, idade, doenças oportunistas, outras informações de intercorrências médicas

5.7. Análise de dados

Para a análise e interpretação de dados foi utilizada a Matriz de Lógica de Avaliação e Julgamento. Os parâmetros para análise da implantação do programa foram delineados a partir do Modelo Lógico da Intervenção. Conforme já descrito, foram estabelecidos os padrões de comparação para o julgamento das dimensões e subdimensões.

O objetivo da análise dos dados das crianças atendidas é verificar as condições nutricionais no nascimento e o seu desenvolvimento físico até os 6 meses de vida, ou até a data de atendimento de puericultura mais próxima a esta idade, uma vez que é neste período que a criança está recebendo a FL como substituta do aleitamento natural.

Os dados relativos à avaliação nutricional do recém-nascido mostram a condição intra-uterina da gestação e refletem as condições nutricionais da mãe. A desnutrição materna é responsável por vários problemas na gestação, entre eles o baixo peso ao nascer (Lima et al, 2004). Dois tipos de avaliações para recém-nascidos foram considerados neste trabalho: idade gestacional comparada ao peso no nascimento, denominada Desenvolvimento Gestacional, e a classificação de Puffer e Serrano (Vitolo, 2003), que não considera a idade gestacional e classifica apenas o peso. A classificação de Puffer e Serrano somente é adequada para crianças recém nascidas.

Para a análise da idade gestacional foi considerado:

- Recém nascido pré termo – RNPT, que é menor que 37 semanas
- Recém nascido a termo – RNT, entre 38 a 42 semanas
- Recém nascido pós-termo, acima de 42 semanas RNPST

Para o peso ao nascimento considerou-se nos padrões NCHS:

- Menor que o percentil 10: pequeno para a idade gestacional
- Entre o percentil 10 e 90: adequado para a idade gestacional
- Acima do percentil 90: grande para a idade gestacional.

Para a Classificação de Puffer e Serrano, foi considerado:

- Baixo peso: < 2.500 g
- Peso insuficiente: 2.500 a 2.999g
- Peso adequado: \geq 3.000g

Para avaliação nutricional dos lactentes, período compreendido entre o nascimento até um ano de vida, a preconização do MS para a avaliação nutricional são as curvas de crescimento NCHS (Tabelas NCHS, 2005). Porém, neste trabalho, buscou-se observar o ganho de peso da criança em uso de FL. As adequações percentuais das curvas de

crescimento, para crianças menores de 6 meses, podem não considerar o crescimento real, e uma criança que nasceu abaixo do percentil 10 provavelmente estará sempre inadequada em relação a uma criança que nasceu na faixa de normalidade, apesar do crescimento e ganho de peso (Vitolo, 2003). É esperado que de 0 a 6 meses haja um ganho de peso mensal maior que 600g/mês, e de 6 meses a 1 ano maior que 400g/mês. Foi utilizado este parâmetro para verificar se houve aumento de peso dentro do esperado, nas crianças em uso da FL, independente da condição de nascimento, ou do desenvolvimento gestacional.

Para os outros dados foram utilizadas análise, codificação e quantificação dos questionários realizados com os profissionais de saúde, análise qualitativa das informações coletadas na entrevista semi-dirigida com o responsável da SMS e no CTR/DIP, além dos questionários semi-estruturados com o grupo de informantes-chave (mães).

As análises estatísticas foram realizadas com o programa EpiInfo 3.0.

5.8. Considerações éticas

Todo o trabalho de avaliação foi reportado previamente aos Comitês de Ética da Fundação Osvaldo Cruz, FIOCRUZ e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Foram preservados em anonimato os nomes de mães soropositivas para o vírus HIV e crianças expostas. As informações junto a médicos, profissionais de saúde e profissionais técnicos, foram coletadas com consentimento prévio e autorizadas, resguarda a privacidade do informante. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), adotado conforme recomendação do Conselho Nacional de Pesquisa, pela Norma 196/96, para todas as pessoas envolvidas. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização para gravação em áudio, quando necessário, a entrevista foi realizada em local que preservou a privacidade dos entrevistados. Os modelos utilizados do TCLE encontram-se nos Anexos 7 e 8.

6. RESULTADOS

Participaram das entrevistas semi-dirigidas o responsável técnico da SMS, o chefe de almoxarifado da SMS - Almoxarifado Central, a assistente social do CTR/DIP responsável pela distribuição da FL e mães atendidas na unidade.

Foram pesquisados prontuários de crianças expostas ao vírus HIV com data de nascimento variando de novembro de 2004 a dezembro 2005. Foram encontradas cento e oito crianças atendidas no CTR/DIP, que receberam FL no ano de 2005.

Cento e noventa e seis crianças foram atendidas no CTR/DIP, em primeira consulta ou mais, e registradas informalmente como crianças expostas ao vírus HIV, no ano de 2005. Deste total, cento e vinte tiveram o número de registro de prontuário localizado e os dados foram levantados para análise. Setenta e seis registros de atendimento não possuíam cadastro de prontuário. Este fato ocorre geralmente quando a mãe procura o atendimento, mas não inicia o tratamento. É na primeira consulta que as mães recebem a instrução de cadastramento para abertura do prontuário e as orientações gerais para o atendimento no CTR/DIP. Como não foi possível localizar estas crianças, não existem dados possíveis para análise.

Dos cento e vinte prontuários ativos, em um constava o registro de óbito da criança, não confirmado em atestado oficial e o prontuário ainda estava ativo; dois eram filhos de mães HIV negativo e pai HIV positivo, estavam em aleitamento materno exclusivo e faziam acompanhamento profilático das crianças. Estas três crianças foram retiradas das análises de dados. Uma criança possuía apenas uma folha de consulta, estando o prontuário extraviado dos arquivos, não sendo possível utilizar os dados para análise. Cinco crianças tiveram somente uma consulta, não retornando para controle e continuidade do tratamento. Como apresentavam registro de peso ao nascimento e peso na consulta, foram mantidos os dados para efeito de análise. Nove prontuários não foram localizados, o que resultou em cento e oito o número de prontuários ativos e que apresentavam dados possíveis de análise.

Na análise dos prontuários, onde constavam alguns dados da mãe foram retirados dois registros, referentes a duas mães que tiveram gestação gemelar. Portanto, com relação às mães HIV+, serão computados cento e seis registros.

Na coleta de dados no CTR/DIP junto às mães que lá se dirigiam para a consulta médica do bebê ou para buscar a FL, foram abordadas vinte e seis pessoas, sendo que quatro mães se recusaram a responder a entrevista semi-dirigida, por conter perguntas relativas à AIDS e sua condição de soropositividade; dez eram pessoas da família, pai

ou outros que haviam se dirigido ao CTR somente para pegarem a FL, sendo que uma é agente carcerária, pois a mãe encontra-se cumprindo pena em regime fechado. Doze mães se propuseram a responder o questionário.

As principais dificuldades encontradas na elaboração desta pesquisa foram: espaço físico disponível para elaboração do questionário junto às mães; aleatoriedade da frequência das mães que se dirigiam ao serviço, pois não existia uma data certa para pegarem a FL e, por último, uma grande parte das crianças atendidas é proveniente da RMBH e de outras cidades de MG, o que inviabilizou o contato.

6.1. Pontuação na Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento

A partir da coleta de dados, foi utilizada a MLAJ para pontuar e avaliar a implantação do programa. Na Tabela 11 pode-se observar o desempenho do programa nos diversos contextos e subdimensões. A tabela completa, com a pontuação dos sub-ítemns que compõem cada indicador, encontra-se no Anexo 9.

Tabela 11: Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento: dimensões, subdimensões, pontuação máxima, síntese da pontuação observada e classificação.

Dimensão	Subdimensão	Pontuação Máxima	Pontuação Observada
C.Político Org. 62,7% REGULAR	Programação / Planejamento	550	62,7% (345)
		REGULAR	
C. Externo 66,5% REGULAR	Oferta de serviços de saúde Dados sócio-demográficos	200	86 % (172)
		ADEQUADO	
	Condição sócio-econômica do grupo de estudo	200	47 % (94)
		INADEQUADO	
C. Implantação 76,5% REGULAR	Ações de distribuição e Acesso	250	74,1% (187)
		REGULAR	
	Conhecimento - Mães	250	73,8 % (184,5)
		REGULAR	
	Puericultura	150	84 % (126)
		ADEQUADO	
C. Efetividade 100 % ADEQUADO	Crescimento ponderal	50	100 % (50)
		ADEQUADO	

6.2. Contexto Político e Organizacional

6.2.1. O Projeto Nascer Maternidades na cidade de Belo Horizonte

No ano de 2002 o MS fez a primeira capacitação para implantação do PNM na cidade de Belo Horizonte. Esta capacitação contou com a presença de representantes do Estado, alguns municípios de MG, representantes da CM DST/AIDS, gestores e representantes das maternidades conveniadas ao SUS. Este primeiro treinamento foi voltado para a capacitação metodológica e as formas de articulação necessária à implantação do PNM.

A partir desta capacitação, a CM DST/AIDS iniciou a implantação do PNM em Belo Horizonte. Foram realizados treinamento no final de 2002 e início de 2003, voltados para as maternidades selecionadas. Os critérios escolhidos para a seleção destas unidades foram: (a) ser uma unidade conveniada com o SUS e (b) fazer em média 500 partos/mês. Foram selecionadas em um primeiro momento nove maternidades, porém uma não enviou representante para o treinamento. Portanto, o início da implantação do PNM no município foi em maio de 2003 e após os treinamentos contava com oito unidades para a implantação.

Em 2002, através da normatização do Projeto Nascer-Maternidade, Minas Gerais contava com R\$ 123.933,04 para aquisição de FL, de um total de R\$ 2.482.700,81 disponibilizados no ano de 2002 para todos os estados da União pactuados pelo CIB e regulamentado pela União, através da Portaria nº 1.071/2003. Este recurso foi disponibilizado exclusivamente para aquisição da FL. Belo Horizonte passou a contar com o repasse fundo a fundo para compra da FL em junho de 2004. Desde este período somente no CTR/DIP existe o serviço de atendimento pediátrico a crianças expostas e ao vírus HIV e a distribuição de FL para as crianças inscritas no PNM.

6.2.2. Recursos para compra da FL

O primeiro repasse para a compra de FL, R\$ 22.050,00, em maio 2004, foi administrado pela Coordenação Estadual, não tendo a Prefeitura de BH acesso direto ao recurso. A FL foi comprada e houve o repasse correspondente em produto. O outro envio foi realizado diretamente através do Fundo a Fundo, sendo a CM DST/AIDS a responsável pelo controle e utilização do recurso.

Para o ano de 2005 o MS repassou, através das reservas Fundo a Fundo, R\$44.100,00. Este repasse foi efetuado em outubro de 2004. No ano de 2005 não

ocorreu nenhuma outra remessa de fundos. No PAM de 2006, foi previsto novo repasse, mas a ser efetuado provavelmente no segundo semestre de 2006. O envio de recursos é fixo, e não foi indexado ao número de notificações ou mesmo ao número da população atendida.

O valor do repasse total efetuado para a compra da FL corresponde a 6,88% do repasse geral para as ações de DST/AIDS e 0,037% do repasse de fundos para as ações gerais da saúde, para a cidade de Belo Horizonte.

Não existe consórcio entre os municípios, ou nenhuma outra forma de repasse dos valores da FL que são distribuídas às crianças de outros municípios atendidas em BH. Também não existe previsão de complementação dos valores pela SES. Cidades que recebem recursos destinados à compra de FL parecem não estar oferecendo este serviço à população local que dela necessita.

Tabela 12: Repasses Fundo a Fundo para Belo Horizonte, valores líquidos creditados.

Ano de Competência	Repasse geral para a AIDS	Repasse HIV/AIDS - Fórmula Infantil	Demais transferências Saúde	T O T A L
2001	0,00	0,00	7.039.137,74	7.039.137,74
2002	232.782,00	0,00	28.839.349,00	29.072.131,00
2003	18.321,00	0,00	3.285.949,67	3.304.270,67
05/2004* ¹	29.547,00	22.050,00	5.566.820,82	5.618.417,82
10/2004* ²	0,00	44.100,00	4.384.816,85	4.428.916,85
Subtotal 2004	267.789,00	66.150,00	55.266.915,25	55.600.854,25
2005	213.783,00	0,00	37.522.204,31	37.735.987,31
TOTAL	961.101,00	66.150,00	177.889.552,94	178.916.803,94

*¹: valor referente ao repasse Fundo a Fundo de 2004

*²: valor referente ao repasse Fundo a Fundo de 2005

Fonte: Repasses BH - Valores Líquidos Creditados - Extrato Fundo Municipal*⁷⁵

6.2.3. Variação de custos do preço unitário da FL

Um dos maiores problemas enfrentados pela CM DST/AIDS é o valor unitário da lata de FL conseguida junto aos fornecedores. Este processo passou por dois momentos: no primeiro momento, o preço da lata de FL era regulamentado pelo Ministério da Saúde, através da Ata Nacional de Registro de Preços - ANRP, que estipulava o valor máximo a ser pago por unidade, em todo o território nacional. Os recursos enviados pelo MS eram baseados nos preços licitados na ANRP. Todas as

licitações e compras, de todo o serviço público, a nível nacional, tinham de obedecer a esta normatização. Na primeira compra efetuada pela CM DST/AIDS, a lata de FL foi comprada a R\$ 5,80, de acordo com o preço estipulado na ANRP.

No segundo momento, o Ministério da Saúde reformula o Registro Nacional de Preços, cessando a obrigatoriedade de seguir a tabela nacional, e a FL passou a ser cotada pela SMS. Com isso houve uma elevação dos preços, pela redução do volume de compras, agora a nível local e não mais nacional, diminuindo o poder de negociação do gestor junto aos fornecedores. Na segunda compra efetuada pela CM DST/AIDS o menor preço conseguido na licitação, preço unitário da FL, passou a ser de R\$ 10,80. Portanto, o custo unitário dobrou e o consumo permaneceu estável, elevando demasiadamente os gastos relacionados à compra de FL pela SMS.

Com os valores da lata de FL, em torno de R\$ 10,80 a unidade, o recurso de R\$44.100,00 foi suficiente apenas para a aquisição de FL para suprir cinco meses de demanda, ou 4 mil latas, em média. O gasto com o produto, em 2005, atingiu R\$ 74.000,00. Este valor, de R\$ 33.000,00 necessários para efetuar a compra, corresponde a 80,4% do valor do repasse. Parte dos 33 mil reais proveio de aplicações financeiras realizadas com o repasse Fundo a Fundo, uma vez que as licitações demoram em média três meses para se concretizar. Outra parte dos recursos proveio de verbas destinadas a outras ações de prevenção de DST/AIDS, enviadas pela PN DST/AIDS, e que puderam ser alocadas para a compra da FL.

Na última compra, mesmo tendo sido de 7 mil latas, aproximadamente, o valor unitário pedido pelo fornecedor não foi muito abaixo do valor praticado pelo comercio varejista local. O desconto máximo conseguido foi de R\$ 0,20 por lata, sendo que o fornecedor que ganhou a licitação orçou a R\$ 11,00 a unidade e fechou a venda a R\$ 10,80. O preço de varejo, em farmácias e supermercados, estava em torno de R\$ 11,50. A CM DST/AIDS não tem poderes para alterar o processo de compra, uma vez que é subordinada as normas da PBH.

6.2.4. Compra e licitação da FL pela Prefeitura de BH:

O planejamento de compras da FL é baseado no consumo do produto nos últimos meses. Para que haja a licitação, é feita uma solicitação interna, requerendo determinada quantidade de latas da FL, e a compra é efetuada junto com outros produtos, de acordo com as normas de licitação da prefeitura. Este processo é efetuado

na gerência de compras da SMS. No pedido para compra, é indicado que os recursos para aquisição da FL provinham da verba destinada à CM DST/AIDS.

A abertura do processo de licitação e o tipo de modalidade (licitação aberta ou carta-convite) dependem do valor estimado para a compra e da quantidade pedida. Normalmente o processo transcorre sem maiores problemas e demanda um tempo médio de três meses, entre o pedido de compra e a efetivação da mesma. Nos três primeiros meses do ano não são efetuadas compras em nenhum setor da PBH, uma vez que o orçamento é considerado “fechado”, a fim de se fazer balanço interno.

6.2.5. Condições de armazenamento e estocagem do Almojarifado Central da Secretaria Municipal de Saúde – BH

O Almojarifado Central da SMS situava-se próximo à Via Expressa e Anel Rodoviário, vias rodoviárias de fluxo intenso de entrada e saída da cidade. O galpão situava-se em uma rua paralela, sem movimento, asfaltada, a uns 300 metros (m) da Via Expressa. Não apresentava, durante a visita de observação, equipe de vigilantes uniformizados para segurança externa.

Constava de um galpão grande, com cais de desembarque para aproximadamente 4 caminhões simultâneos, ou mais. O local é cercado por muros de aproximadamente 2,5 m de altura, com portão de grade de ferro e tela de arame cercando a propriedade. Era rodeado de árvores. Existiam outros galpões próximos em outras propriedades, porém sem atividade aparente.

A recepção do Almojarifado Central da SMS era feita por duas pessoas, cada uma em uma mesa com computador e telefone. A equipe de recepção era orientada para entrega, recepção, desembarque e embarque de mercadorias.

A sala do almojarife chefe situava-se aproximadamente 3 m acima do solo, sendo uma sala cercada de janelões de vidro, o que dá uma visão mais ou menos geral de todo o galpão, área interna. A sala possuía três computadores, uma mesa redonda para reunião e arquivos de aço.

A escada de acesso e todo o ambiente do almojarifado se apresentavam muito limpos, sem desordem aparente. Nos corredores havia mercadorias a espera de serem estocadas nas prateleiras e mercadorias a espera do embarque de saída.

O Almojarifado Central da SMS estocava especialmente medicação, artigos descartáveis em geral para área hospitalar (seringas, faixas, gases, agulhas, etc), material de escritório, descartáveis de cozinha (copo, guardanapos, tochas de mão), álcool para

esterilização, café, açúcar e leite Nestogeno 1, produtos de higiene e limpeza geral, entre outros. Mantinha as normas de higiene, conservação e estocagem dos produtos, especialmente farmacêuticos, de acordo com as determinações gerais da ANVISA (SESC, 2003). A descrição das principais normas da ANVISA encontra-se no Anexo 10. Apesar da falta de especificação para receber produtos alimentícios, os mesmos são produtos secos, o que facilita o armazenamento.

A princípio a área era destinada somente à parte de medicação, higiene, descartáveis e papelaria, não sendo estruturada para receber produtos alimentícios. Quando a Coordenação Municipal de DST/Aids (CM DST/Aids) colocou o leite destinado às crianças expostas no armazenamento do almoxarifado, foi necessária uma adaptação no ambiente físico, a fim de tornar o armazenamento adequado. Em um primeiro momento, foi sugerido à CM DST/Aids que armazenasse o estoque da FL no Almoxarifado destinado a merenda escolar municipal, mas se optou por manter o estoque da FL no Almoxarifado Central da SMS, para melhor controle da distribuição do produto.

O galpão possuía uma parede de alvenaria, de divisão interna, que separava o ambiente em dois grandes blocos. A fim de resolver o problema da estocagem da FL, junto à parede desta divisão de alvenaria foi isolada uma sessão de prateleiras de aço reforçado, distante 30 cm da parede, acima do solo 30 cm, e que suporta o armazenamento de lotes de produtos em grades de madeira. Este espaço foi reservado somente para armazenagem de produtos alimentícios. Na prateleira em frente a esta, distante 2,5 m, estão estocados álcool em gel (em caixas), descartáveis de cozinha (copos, toalhas descartáveis, entre outros), o que não representava risco de contaminação para o estoque de produtos alimentícios. Na mesma prateleira, com comprimento aproximado de 10m, estavam estocadas, nesta ordem: caixas de leite Nestogeno 1, café e açúcar. As prateleiras eram altas, porém distantes do teto. Estas prateleiras estavam localizadas na frente do galpão, próximas à saída.

Neste mesmo corredor, próximo à saída, era usual ficarem lotes de mercadorias que esperavam embarque nos caminhões. Apesar do fluxo de entrada e saída de mercadorias serem intensos e as mercadorias em espera para embarque ficarem no chão sobre grades de madeira, próximo ao estoque de açúcar, não existia risco aparente de contaminação do alimento.

O estoque no dia 13 de dezembro de 2005 era de 7.058 latas de leite Nestogeno 1, primeiro semestre, latas de 450g, com prazo de validade até dezembro 2006.

6.2.6. Procedimentos para recepção, armazenamento, estocagem e saída de mercadorias no Almoarifado Central da SMS:

- **Recepção e inspeção:** O material chegava através do recebimento. Com a nota fiscal, todo o material entregue era conferido e gerava-se uma nota de entrada de material. A mercadoria passava então para a área de inspeção, que era a reconferência de toda a mercadoria entregue: lote, validade, identificação do material e era feita a localização do item – corredor, estante e prateleira. Após a inspeção, a nota de recepção era assinada e devolvida para o recebimento para ser arquivada. Em qualquer problema encontrado na inspeção, o material ficava a disposição para a resolução do problema e o processo era interrompido até que se solucionasse o problema. No caso da FL, nunca houve, até o momento da pesquisa, problemas na recepção e inspeção.
- **Saída do material:** Toda a saída de material necessitava de uma ordem de serviço emitida pelo órgão da SMS responsável pelo pedido, autorizando a entrega, quantidade e local. Após a documentação de autorização, o Almoarifado Central gerava uma nota de saída de mercadorias onde constava: quantidade, lote e prazo de validade. O material era retirado e levado, por caminhão, ao local especificado pra entrega. Uma via da nota de saída ficava na unidade que recebia o produto e a outra via retornava ao almoarifado para ser arquivada.
- **Ordem de serviço – autorização da saída da FL:** No caso da FL, a autorização era emitida pela CM DST/AIDS. Para que o serviço recebesse a FL era necessário fazer o pedido através da CM DST/AIDS. Todo o planejamento da entrega – quantidade e local – e controle de estoque era realizado pela CM DST/AIDS. No almoarifado central a função a ser exercida era de recepção, armazenamento, controle interno e entrega.

6.2.7. Situação do recebimento e distribuição da fórmula láctea pelo CTR/DIP antes da implantação do Projeto Nascer Maternidades

Antes do Projeto Nascer-Maternidades, o CTR/DIP recebia doação de uma empresa privada que disponibilizava leite em pó comum às crianças que não podiam ser amamentadas. Em 2002 começou a receber leite em pó da Secretaria Estadual de Saúde –

SES/MG, e era então distribuído a crianças desde o nascimento. A distribuição era feita sem normatização e orientação, tanto pelo Estado quanto pela Prefeitura.

No mesmo período, 2002, foi requisitado junto à Secretaria Municipal de Abastecimento – SMA, leite em pó para distribuição entre as crianças que não podiam ser amamentadas. Até a data da pesquisa a SMS enviava este leite, que era distribuído para as crianças de 6 a 9 meses, como forma de complementação alimentar, sendo que os pediatras preconizavam até um ano a ingesta de leite. Recebiam também farinha enriquecida (farinha multimistura), distribuída pela Prefeitura de Belo Horizonte, que era doada às mães, para complementação da alimentação familiar.

No ano de 2004, a FL distribuída pela Coordenação Municipal DST/AIDS era da marca “BEBELAC”. No ano de 2005 a FL distribuída foi o Nestogeno 1, primeiro semestre, da marca Nestlé.

6.2.8. Procedimentos na Coordenação Municipal CM-DST/AIDS para entrega da FL no CTR/DIP:

Todo o serviço ou unidade de saúde inscritos no Projeto Nascer Maternidades e que distribuem a FL devem prestar contas mensais do consumo do produto junto à CM DST/AIDS.

A programação de gastos de FL pelo CRT/DIP era feita em planilha, ou mapa de distribuição, a cada trinta dias e enviadas cópias mensais à CM DST/AIDS e, por fax, à SES, Coordenação Estadual de DST/AIDS.

Os dados que constavam na planilha eram:

- N° de crianças atendidas,
- N° de mães,
- Saldo de latas de FL do mês anterior,
- N° de latas recebidas,
- N° de latas distribuídas,
- Possíveis locais onde a FL foi enviada (outras unidades),
- Total de latas distribuídas e
- Saldo final no período.

Após a entrega da planilha, ou mapa de distribuição, pelo CTR/DIP, era feito o pedido mensal e o planejamento de entrega pela CM DST/AIDS. Para que o produto seja enviado ao serviço, a CM DST/AIDS encaminhava uma guia de controle, ou autorização de liberação, para o Almoxarifado Central da SMS, que então efetuava os

procedimentos de liberação e entrega. Toda a programação era realizada pela CM DST/AIDS. O prazo de entrega era sempre respeitado. Podiam ocorrer atrasos de pouca monta, geralmente por um período de meio dia (4 a 6 horas) e estava relacionado à disponibilidade dos caminhões de entrega do Almoxarifado Central. Este problema não era freqüente. A ocorrência de falta do produto, FL, não aconteceu até a data do término da pesquisa de campo. Não houve ocorrência de entrega de produto fora da validade ou com condições de uso inadequadas.

6.2.9. Distribuição da FL para maternidades conveniadas ao PNM:

Além da FL fornecida ao CTR/DIP, cabia a CM DST/AIS fornecer o quantitativo inicial de latas a serem distribuídas na alta hospitalar das crianças expostas ao vírus HIV. Este quantitativo foi preconizado em quatro latas.

Para receberem a FL era necessário que a maternidade encaminhasse à CM DST/AIDS uma planilha onde constava:

- Número atendido de partos de gestantes HIV,
- Número de latas de FL dispensadas,
- Número de latas recebidas da CM DST/AIDS,
- Saldo final de latas de FL (estoque).

Era indicado a todas as maternidades que mantivessem um estoque mínimo de quatro latas, a fim de suprir uma emergência. O estoque não deveria ser grande devido ao prazo de validade.

A Maternidade Odete Valadares era a unidade que mais recebia latas de FL, entre as maternidades, uma vez que era uma das que mais realizavam partos de gestantes HIV, em média cinco partos/mês. Geralmente recebia de 8 a 12 latas/mês, porém caso se fizesse necessário, na planilha enviada ao CM DST/AIDS poderiam ser pedidas latas adicionais de FL, caso se verificasse necessidade de demanda adicional.

O hospital que mais realizava partos de gestantes HIV positivas era o HC/UFMG. Porém, de todas as unidades que prestavam este serviço, o HC/UFMG era a que menos pedia latas de FL. Usualmente não encaminhava planilhas, e não seguia o procedimento preconizado pela CM DST/AIDS para recebimento do produto. O procedimento mais usual era recorrerem ao CTR/DIP, pedindo latas emergenciais e que seriam depois descontadas do quantitativo total destinado a cada criança. O motivo que levava esta unidade a dotar este procedimento não foi investigado nesta pesquisa.

6.2.10. Ações e metas da CM DST/AIDS

As metas a serem atingidas no ano de 2005 foram descritas no PAM 2004 e encontram-se na tabela 13:

Tabela 13: Ações e metas a serem alcançadas para o ano de 2005 pela CM DST/AIDS.

Metas a serem atingidas 2005	Metas atingidas 2005
100% das unidades básicas de saúde (134 unidades) e dos hospitais (8 hospitais) cadastrados no Projeto Nascer oferecendo teste anti-HIV e VDRL para gestantes e com retaguarda adequada para adoção de medidas para evitar a transmissão vertical do HIV, no período de outubro/2004 a setembro/2005 (PAM/2004) ⁷⁴	<ul style="list-style-type: none"> • 100% dos serviços cadastrados oferecendo teste anti-HIV para gestantes, pré-natal ou pré-parto • 100% das crianças atendidas no CTR/DIP recebendo FL • 91 % das crianças recebendo a FL corretamente na maternidade, após a alta hospitalar.

Fonte: PAM 2004

Pela dificuldade de adoção e implantação do sistema de monitoramento para notificação compulsória em BH, somente 40% das gestantes HIV (números estimados) eram notificadas no sistema. No serviço público de saúde todas as gestantes eram testadas para o HIV, cumprindo a preconização do MS. Todas as crianças atendidas no CTR/DIP recebiam a FL como medida preconizada para se evitar a TV. Todas as maternidades conveniadas recebiam FL para distribuição, bastando observar os procedimentos adequados.

6.2.11. Treinamento e capacitação de RH

Não existia treinamento e/ou capacitação dos profissionais envolvidos na distribuição da FL, realizados pela CM DST/AIDS.

6.2.12. Atendimento à população não residente e reflexos no atendimento da população local

Belo Horizonte é referência estadual para alguns procedimentos de alta complexidade. Além disso, no caso da infectologia pediátrica, o atendimento de referência é o CTR/DIP. Crianças expostas ao vírus HIV de outros municípios eram atendidos e faziam o tratamento anti-HIV no CTR/DIP, recebendo a FL durante as consultas. Não existia nenhum tipo de pactuação intermunicipal ou repasse estadual para cobrir a demanda com os gastos do produto. A população local era, portanto,

prejudicada uma vez que não existiam mecanismos de controle da população flutuante e nem de repasse de recursos.

6.3. Contexto Externo

6.3.1. Subdimensão Oferta de serviços de saúde e Dados sócio-demográficos

6.3.1.1. O Município de Belo Horizonte

Belo Horizonte foi criada e planejada para ser a capital do Estado de Minas Gerais, e sua inauguração aconteceu em 12 de dezembro de 1897 tendo, portanto, 108 anos de existência. É a terceira maior cidade do Brasil, com uma população estimada de 2,3 milhões de habitantes em uma área de 330,9 km² (IBGE. Censo Demográfico 2000). É uma cidade nova que, apesar de ter sido planejada, sofre hoje graves problemas de infra-estrutura urbana pelo crescimento demográfico acelerado (PBH, 2005a).

Devido ao tamanho e complexidade da administração, e visando agilizar o serviço, o município de Belo Horizonte foi dividido em 9 Secretarias Municipais da Coordenação de Gestão Regional, também denominadas por “Regionais” (Figura 1). Nas administrações regionais funcionam a parte administrativa local, com as Secretarias Municipais Regionais de Serviços Urbanos e Sociais, reguladas pela Lei Municipal 8146/2000, e prestação de serviços gerais à comunidade.

Figura 3: Mapa das Secretarias Municipais da Coordenação de Gestão Regional do município de Belo Horizonte, MG.



Fonte: Secretaria Municipal de saúde de Belo Horizonte, MG.

A RMBH conta atualmente com 34 municípios (Anexo 12) e um total aproximado de 4,4 milhões de habitantes, de acordo com os dados de 2000. Nas duas últimas décadas cresceu mais que a média de outras regiões metropolitanas, como São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador, porém devendo-se mais ao crescimento das cidades periféricas (3,9%) que compõem a RMBH e não da capital em si (PBH, 2005b).

Tabela 14: Alguns dados sócio-demográficos comparativos entre Belo Horizonte e o Estado de Minas Gerais

DADOS	MG	BH
População (2000)	19.237.434	2.375.330
Taxa de crescimento anual estimada (%) (1996-2000)	1,8	1,7
Taxa de fecundidade (%) (2000)	2,16	1,65
Mulheres em idade fértil (10-49 anos), 2005	6.272.309	828.733
Proporção da pop. feminina em idade fértil, 2005 (%)	64,5	66,1
Percentual da população em estado de pobreza, 2003 (%)	30,1	23,0

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

A estrutura etária da população mostra um processo de queda da fecundidade e um aumento da esperança de vida, especialmente na cidade de Belo Horizonte, seguindo uma tendência nacional. A cidade sofre um processo de envelhecimento da população, sendo que se evidencia mais no sexo feminino, pela sua longevidade. Nas cidades periféricas observa-se que esta tendência ao envelhecimento é menor, apesar de também apresentar taxas de fecundidade cada vez menor e aumento da expectativa de vida (PBH, 2005b).

Belo Horizonte apresentou, no Censo de 2002, a tendência geral de ter chefes de família mais velhos e uma maior participação de mulheres como chefes da família. A região centro-sul é a que mais se destaca por esta característica. Com relação à escolaridade, são nas regiões mais centrais – centro-sul, leste, oeste e noroeste - que se encontram as pessoas de maior escolaridade, geralmente com onze anos de estudos ou mais, em um total aproximado de 20% da população. Nas regiões mais periféricas, e especialmente nas cidades que compõem a RMBH é que se encontram as taxas mais baixas de escolaridade (PBH, 2005b).

Tabela 15: Comparação entre a proporção da população residente alfabetizada por faixa etária, entre o município de Belo Horizonte e o Estado de Minas Gerais, 2000

FAIXA ETÁRIA	MG (%)	BH (%)
5 a 9	57,9	63,3
10 a 14	97,1	98,2
15 a 19	97,5	98,8
20 a 49	92,5	97,2
50 ou mais	70,4	88,3

Fonte: IBGE, Censos Demográficos

As taxas de rede de esgoto, coleta de lixo e abastecimento de água em BH são considerados muitos boas para os padrões nacionais. Por outro lado, cerca de 10 mil pessoas ainda sofrem com falta de água tratada, mais de 300 mil não tem esgoto sanitário e cerca de 100 mil não possuem coleta de lixo. Estas pessoas são de classes econômicas baixas, situam-se em áreas de invasão (loteamentos clandestinos) ou favelas, e geralmente também sofrem por estarem muitas vezes em áreas de risco ambiental (PBH, 2005b).

Tabela 16: Comparação entre os serviços de saneamento básico, distribuição de água, escoamento sanitário e coleta de lixo, oferecidos em Belo Horizonte e no Estado de Minas Gerais, 2000

COMPARAÇÃO ENTRE SERVIÇOS		
Serviços	MG (%)	BH (%)
Lixo coletado	76,8	98,4
Rede geral de esgoto ou pluvial	66,4	91,6
Abastecimento de água - rede geral	82	99,3

Fonte: IBGE, Censos Demográficos

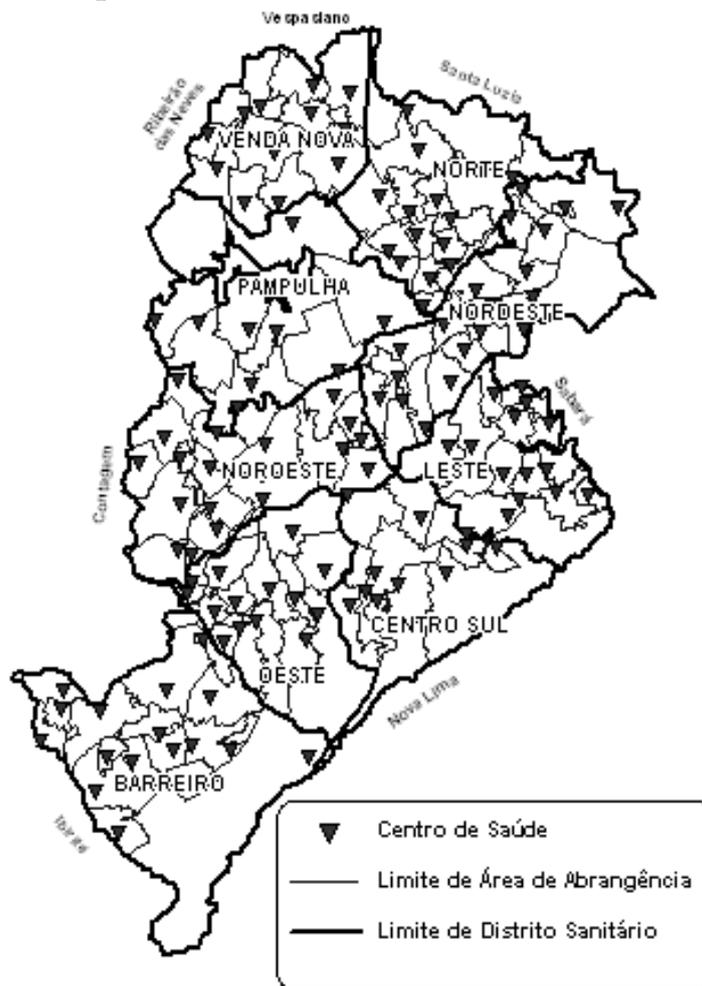
6.3.1.2. Atendimento à população: Sistema Municipal de Saúde em Belo Horizonte

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS-BH) é um órgão da administração direta da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, responsável pela estruturação do serviço de saúde pública no município, conforme normatizações e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS: atendimento universal, integralidade das ações, garantia de acesso e equidade na atenção à população (PBH, 2004a).

Nove Distritos Sanitários, que correspondem às Administrações Regionais, foram implantados na cidade como forma de dinamização da assistência. A Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte contava com 131 Unidades Básicas de Saúde - UBS, 6 Unidade de Pronto Atendimento - UPA, 6 Prontos Atendimentos Médico - PAM e mais de 40 hospitais conveniados, além do Hospital Municipal Odilon Behrens.

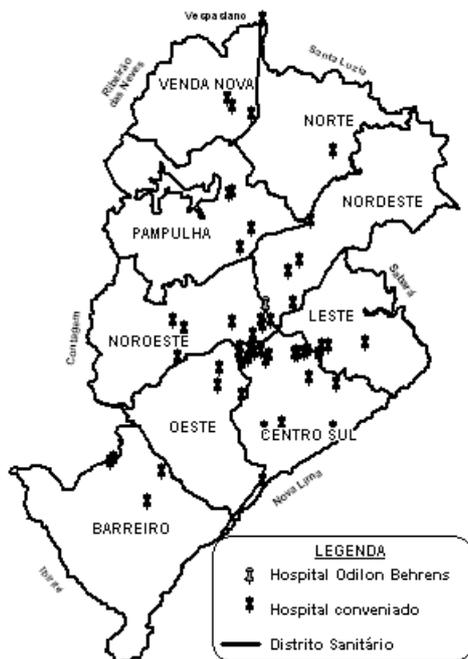
Encontrava-se sob gestão do município a rede contratada e conveniada, que possuía 50 hospitais e 400 prestadores ambulatoriais. Essas unidades, de direito privado ou de caráter filantrópico, prestavam serviços à clientela do SUS, através de contrato ou convênio, sob regulação do Sistema Municipal de Saúde. É característico dos serviços da rede contratada e conveniada o propósito curativo da atenção, através de internações, consultas ou exames laboratoriais. A maior parte da rede conveniada encontra-se nos distritos centro-sul e noroeste, conforme observam-se nas Figuras 2 e 3.

Figura 4: Mapa de distribuição dos Distritos Sanitários e Unidades Básicas de Saúde (UB) no município de Belo Horizonte, MG



Fonte: Secretaria Municipal de saúde de Belo Horizonte

Figura 5: Mapa de distribuição da rede hospitalar conveniada à SMS-BH e sua localização conforme os Distritos Sanitários em Belo Horizonte, MG



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Tabela 17: Comparação entre os valores médios anuais e o número de procedimentos ambulatoriais realizados no município de Belo Horizonte e o Estado de Minas Gerais, 2004.

PROCEDIMENTOS E VALORES	MG	BH
Nº de Procedimentos básicos por habitante	7,7	6
Valor Procedimentos Especializados/habitante (R\$)	21,5	36,1
Valor Procedimentos Alta Complexidade/habitante (R\$)	20,10	60,57

Fonte: SIA/SUS

Tabela 18: Comparação entre a proporção de cobertura pré-natal, por número de consultas realizadas no município de Belo Horizonte e no Estado de Minas Gerais, 2002

Nº de consultas de pré-natal	MG (%)	BH (%)
Nenhuma	1,75	1,33
De 1 a 3 consultas	9,58	7,61
De 4 a 6 consultas	38,71	28,42
7 ou mais consultas	49,96	62,64

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Tabela 19: Comparação entre os indicadores da Atenção Básica no município de Belo Horizonte e no Estado de Minas Gerais, 2004-2005

AÇÕES	MG (%)	BH (%)
População coberta pelo programa, 2004	59,3	62,9
Imunizações, cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano em 2005* ⁴	73,89	69,36
Prevalência de desnutrição, em crianças menores de 2 anos, por 100 hab. , 2004	5,4	10,4

Fonte: SIAB

6.3.2. Subdimensão soropositividade para o vírus HIV - vulnerabilidade

A maioria das mães com sorologia positiva para o vírus HIV e que buscavam assistência no CTR/DIP provinham de outra cidade. Possuíam idade média entre 20 a 29 anos e uma proporção significativa destas mulheres já conheciam sua condição de soropositivas para o vírus HIV ao engravidarem. Grande parte das mulheres que tiveram o diagnóstico na gestação ou pré-parto foram da cidade de BH, indicando uma melhor cobertura de pré-natal e assistência às gestantes da cidade, em relação à RMBH e outras cidades de MG.

Tabela 20: Procedência das mães e conhecimento do diagnóstico para o vírus HIV

CIDADE	DIAGNÓSTICO HIV MÃE				
	Gestação	Pré-parto teste rápido	Antes da gestação	Sem dados	Total
BH	21	4	22	5	52
Linha %	40,4	7,7	42,3	9,6	100,0
Col %	50,0	50,0	46,8	45,5	48,1
RMBH	14	3	13	3	33
Linha %	42,4	9,1	39,4	9,1	100,0
Col %	33,3	37,5	27,7	27,3	30,6
Outras cidades MG	7	1	12	3	23
Linha %	30,4	4,3	52,2	13,0	100,0
Col %	16,7	12,5	25,5	27,3	21,3
TOTAL	42	8	47	11	108
Linha %	38,9	7,4	43,5	10,2	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 21: comparação entre a cidade de origem e a faixa etária das mães HIV positivas, com crianças expostas em acompanhamento no CTR/DIP

CIDADE	IDADE MÃE (anos)				
	<19	20 a 29	30 a 39	40 ou mais	Total
BH	2	24	21	2	50
Linha %	4,0	48,0	42,0	4,0	100,0
Col %	40,0	42,9	56,8	50,0	47,2
RMBH	2	16	13	1	33
Linha %	6,1	48,5	39,4	3,0	100,0
Col %	40,0	28,6	35,1	25,0	31,1
Outras cidades de MG	1	16	3	1	23
Linha %	4,3	69,6	13,0	4,3	100,0
Col %	20,0	28,6	8,1	25,0	21,7
TOTAL	5	56	37	4	106
Linha %	4,7	52,8	34,9	3,8	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 22: Idade da mãe e conhecimento do diagnóstico para o vírus HIV

DIAGNÓSTICO HIV MÃE	IDADE MÃE				
	<19	20 a 29	30 a 39	40 ou mais	Total
Gestação	2	23	15	0	41
Linha %	4,9	56,1	36,6	0,0	100,0
Col %	40,0	41,1	40,5	0,0	38,7
Pré-parto teste rápido	0	2	6	0	8
Linha %	0,0	25,0	75,0	0,0	100,0
Col %	0,0	3,6	16,2	0,0	7,5
Antes da gestação	2	27	11	4	46
Linha %	4,3	58,7	23,9	8,7	100,0
Col %	40,0	48,2	29,7	100,0	43,4
Sem dados	1	4	5	0	11
Linha %	9,1	36,4	45,5	0,0	100,0
Col %	20,0	7,1	13,5	0,0	10,4
TOTAL	5	56	37	4	106
Linha %	4,7	52,8	34,9	3,8	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Das mães que responderam ao questionário, em total de doze, temos que uma era analfabeta, três cursaram até a 4º serie do ensino fundamental, duas concluíram o ensino fundamental e seis chegaram ao ensino médio, sendo que somente três o concluíram.

A profissão mais usual era trabalhadora doméstica, sendo seis as mães incluídas nesta categoria; quatro eram assalariadas e uma não tinha nenhum tipo de profissão. Com relação ao desemprego: nove estavam desempregadas, em períodos que variavam

de seis meses a um ano (três mães), mais de um ano (cinco) e mais de dois anos (uma); duas mães estavam em licença maternidade e uma nunca trabalhou fora de casa. Das mulheres que trabalhavam ou trabalharam fora de casa, somente quatro relataram ter ou ter tido a carteira de trabalho assinada pelo empregador.

Pela própria condição de desemprego, sete mulheres não possuíam renda própria, três recebiam menos de um salário mínimo e duas recebiam um salário, valor equivalente em janeiro de 2006 a R\$ 300,00. Com relação à renda familiar seis famílias possuíam uma renda de dois salários mínimos, três viviam com renda de um salário, uma com renda inferior a um salário e uma mãe relatou viver sozinha com o filho e vivia graças a doações de conhecidos. Somente uma mãe possuía uma renda familiar no valor de três salários mínimos.

O núcleo familiar onde estas mulheres se inseriam apresentou um dado recorrente que foi a presença de um ou ambos os avós do bebê como chefes de família. Oito mulheres relataram viverem nesta circunstância, e duas delas possuíam companheiro; duas viviam com o companheiro e os filhos em residência individual e duas viviam somente na companhia dos filhos, também em residência individual. Cinco mulheres relataram ter um companheiro, e uma não reside com ele. A maior parte das famílias era composta por cinco pessoas, mas foram encontradas famílias de até dez pessoas.

A residência era própria em nove dos casos, alugada em dois casos e uma mãe morava “de favor”, que é a residência emprestada por um parente próximo. Todas as residências possuíam esgoto sanitário e água encanada, porém uma mãe relatou que a água seria ainda instalada, por falta de dinheiro para fazer a tubulação necessária.

Somente uma mãe recebia algum tipo de ajuda financeira, dada eventualmente pelo pai do bebê. Duas mães recebiam alimentos e uma recebia fraldas descartáveis. As outras mães não tinham nenhum tipo de ajuda externa, financeira ou em espécie, incluindo o vale transporte.

Somente três mães não necessitavam de transporte para chegar ao CTR/DIP, sendo uma mãe deficiente visual e, portanto, tendo passe-livre nos transportes coletivos; a outra por ser do interior e ter a disponibilidade do transporte fornecido pela prefeitura do município de origem e a última era levada ao CTR por um tio, que disponibilizava o transporte com veículo próprio. Para chegarem ao CTR/DIP, relataram ter de pedir o dinheiro do transporte a outras pessoas, até mesmo a pedestres na rua.

Com relação ao diagnóstico de sua soropositividade, sete relataram ter o diagnóstico na gestação ou pré-parto e cinco já sabiam de sua condição de soropositividade para o vírus HIV há mais de dois anos. Nove mulheres receberam aconselhamento pré e pós-teste e três relataram que não receberam aconselhamento. Só quatro mulheres tiveram o apoio da família; duas só contaram o resultado do diagnóstico para a mãe; três não contaram para ninguém; uma se recusou a falar no assunto; uma não tem parentes a quem contar e uma contou para a família, que a rejeitou e deu a “notícia” para o bairro inteiro onde moravam. Sete mães faziam uso regular de TARV e uma abandonou o tratamento por conta própria. Sintomas de depressão foram relatados por cinco mulheres.

Em oito dos casos, a gestação não foi desejada. As respostas mais usuais foram:

"só aconteceu"

"...a camisinha estourou."

Das mulheres que desejaram o bebê, uma relatou que queria mais um filho antes de fazer a ligadura de trompas. Este foi seu oitavo filho de nove gestações, sendo que em três delas já sabendo do diagnóstico HIV positivo.

"Eu queria mais um (filho) antes de ligar (ligadura de trompas)."

Todas fizeram o pré-natal, sendo que oito tiveram sete ou mais atendimentos. Todas as mães, a exceção de uma, receberam orientação da não amamentação natural na maternidade, e o método mais usual para “secar o leite” foi o enfaixamento das mamas, em dez casos. Quando perguntadas sobre o sentimento de não poder amamentar, todas as mães, exceto uma, relataram tristeza, certo conformismo ante a situação e frustração.

"Quase morri. Ser mãe e não poder amamentar é horrível...é terrível."

"Horrível, difícil demais."

"É ruim, mas como não tem outro jeito..."

"Fiquei triste... não, foi coisa pior: eu queria amamentar..."

6.4. Contexto Implantação

6.4.1. Subdimensão: Ações de distribuição e Acesso

6.4.1.1. Procedimentos para recepção, armazenamento, estocagem e dispensação de FL no CTR/DIP:

No ano de 2005 a entrega da FL no CTR/DIP era realizada em 3 etapas durante o mês: duas entregas de 300 latas e uma entrega de 200 latas, perfazendo um total de 800 latas de FL ao mês. Antes disso, todo o lote de 800 latas era entregue de uma só vez, o que causava maiores dificuldades de estocagem, falta de condições de trabalho do profissional, uma vez que este volume de caixas de FL ocupava uma grande parte da sala do serviço social. Neste novo procedimento de entrega, as condições de trabalho ficaram mais fáceis.

No CTR/DIP eram três as profissionais encarregadas de receber a FL entregue pelo Almoarifado Central: as duas assistentes sociais e uma auxiliar de serviço, que ficava responsável caso uma das assistentes sociais não estivesse presente no momento. No momento da entrega do produto a mercadoria era conferida, assinada uma nota de entrega e o serviço ficava com uma cópia desta nota.

6.4.1.2. Procedimento do CTR/DIP para entrega da FL às mães:

Para que a mãe pudesse se inscrever no programa de distribuição de FL era necessário que trouxesse, para o serviço de assistência social, a documentação de Notificação de Criança Exposta. Esta notificação era então encaminhada à CM DST/AIDS, para cadastramento no SINAM – Sistema de Informações de Agravos de. A notificação é obrigatória e compulsória, sendo regulamentada através da Portaria Ministerial nº2325/GM, de 8 de dezembro de 2003. Esta notificação é fornecida pelo médico, ou na maternidade ou na primeira consulta da criança no CTR/DIP. Apesar da entrega da FL não ser interrompida com a não apresentação da notificação na primeira entrega do produto, era pedido à mãe que fornecesse o documento o mais rapidamente possível. Este pedido era reforçado junto à mãe até que a notificação fosse entregue. Todas as mães atendidas entregaram a ficha de notificação ou estavam providenciando o documento.

Para a dispensação da FL junto às mães, as mesmas profissionais responsáveis pela recepção era as que faziam o procedimento de entrega. Eram distribuídas seis cotas

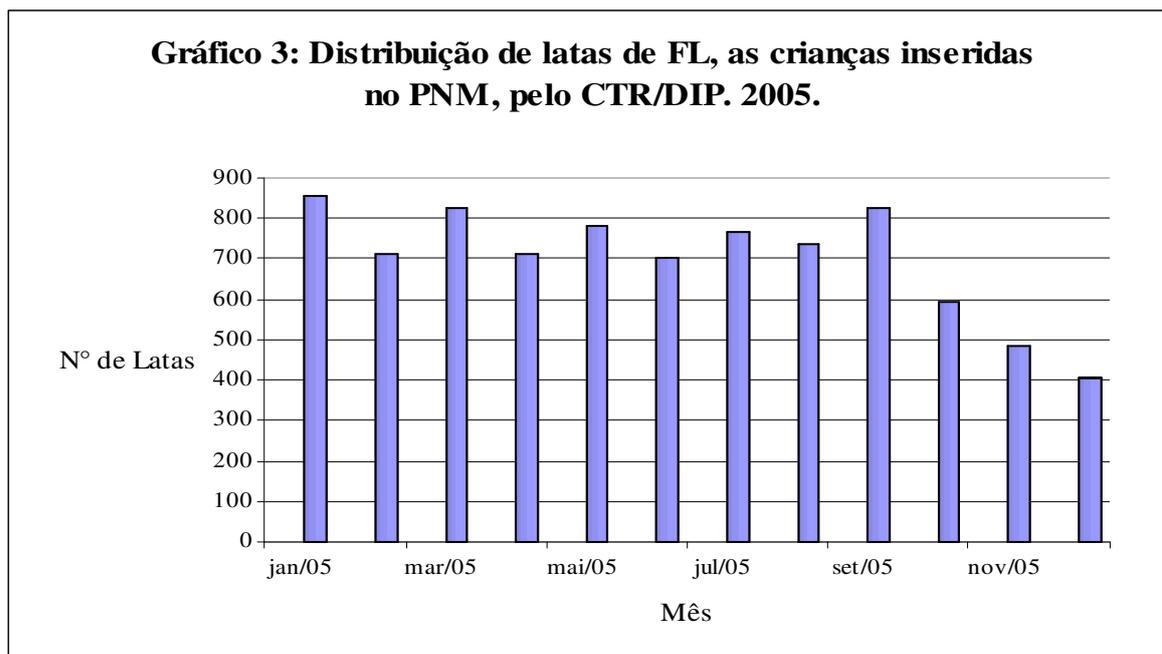
de nove latas para cada mãe cadastrada. Além da ficha de notificação da criança exposta, nenhuma documentação a mais era exigida, a não ser o número de registro no HC/UFMG.

6.4.1.3. Quantidade de FL dispensada pelo CTD/DIP em 2005

Ao se analisar o mapa de distribuição de FL para as crianças expostas ao vírus HIV e atendidas no CTR/DIP observou-se que, entre julho de 2004 a março de 2006, 245 crianças receberam ao menos um lote de FL, sendo que em 2005 este número é de 215 crianças. A data julho 2004 refere-se ao mês que o repasse fundo a fundo municipal se inicia. Observa-se que de julho/2004 a março/2006, foram distribuídas 11.709 latas de FL, sendo que crianças da RMBH e outras cidades de MG receberam mais quantidade de latas de FL dos que as crianças residentes em BH.

Tabela 23: Quantidade de FL distribuídas pelo CTR/DIP, 2005.

Mês	Jan 05	Fev 05	Mar 05	Abr 05	Ma 05	Jun 05	Jul 05	Ago 05	Set 05	Out 05	Nov 05	Dez 05	TOTAL
Nº latas de FL	855	711	828	711	783	702	765	738	828	594	486	405	8406



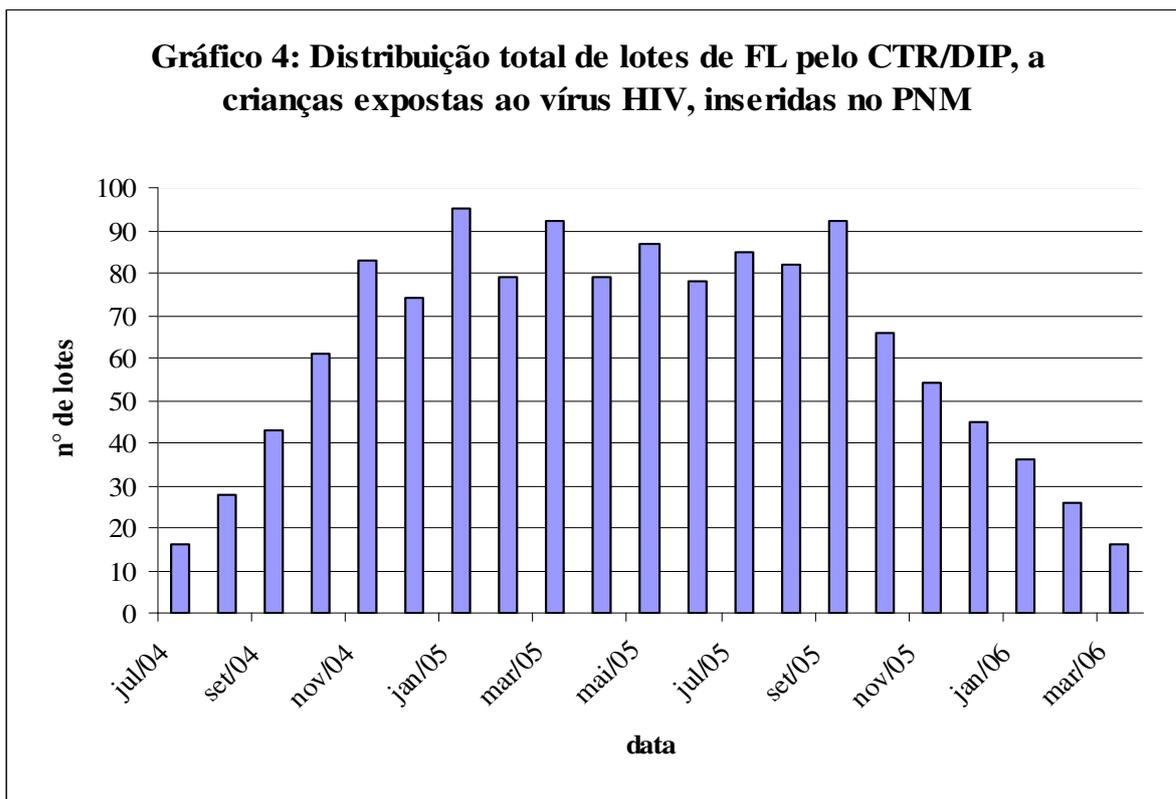


Tabela 24: Origem das crianças atendidas e quantidades de lotes recebidos de FL

CIDADE	Nº DE LOTES RECEBIDOS * ¹								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
BH	6	3	2	8	12	52	33	3	119
Linha %	5,0	2,5	1,7	6,7	10,1	43,7	27,7	2,5	100,0
Col %	33,3	33,3	28,6	36,4	46,2	50,5	57,9	100,0	48,6
RMBH	6	3	3	6	8	35	18	0	79
Linha %	7,6	3,8	3,8	7,6	10,1	44,3	22,8	0,0	100,0
Col %	33,3	33,3	42,9	27,3	30,8	34,0	31,6	0,0	32,2
Outras cidades de MG	2	0	2	8	4	9	4	0	29
Linha %	6,9	0,0	6,9	27,6	13,8	31,0	13,8	0,0	100,0
Col %	11,1	0,0	28,6	36,4	15,4	8,7	7,0	0,0	11,8
Sem dados	4	3	0	0	2	7	2	0	18
Linha %	22,2	16,7	0,0	0,0	11,1	38,9	11,1	0,0	100,0
Col %	22,2	33,3	0,0	0,0	7,7	6,8	3,5	0,0	7,3
TOTAL	18	9	7	22	26	103	57	3	245
Linha %	7,3	3,7	2,9	9,0	10,6	42,0	23,3	1,2	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ Cada lote composto por 9 latas

Apesar da preconização da distribuição de 6 lotes de FL, observou-se que em alguns casos foi distribuído até 8 lotes para uma mesma criança. A variação de entrega entre 6 e 7 lotes de FL foi a mais usual, sendo que a entrega de 7 lotes situou-se em 23,3% do total distribuído. Os motivos da variação da entrega não foram investigados, mas parece dever-se mais a uma necessidade individual da criança atendida e da recomendação médica específica.

A partir de novembro de 2005 observou-se uma diminuição no quantitativo distribuído, porém não existia FL sobrando ou aumento de estoque no CTR/DIP. Este fato provavelmente se deveu a um registro errado ou ausente, na planilha de entrega.

6.4.1.4. Atendimento de puericultura para as crianças expostas ao vírus HIV

O atendimento era mensal ou conforme demanda. As consultas eram agendadas ou por telefone ou quando a mãe levava a criança para o atendimento. Eram sempre atendidas pelo mesmo médico, o que possibilitava um melhor controle do desenvolvimento da criança.

6.4.1.5. Treinamento e capacitação das mães no CTR/DIP

Não existia treinamento ou capacitação das mães para manipulação e preparação da FL. Não existia material educativo a ser distribuído informando como alimentar corretamente a criança. Todas as informações relativas à higiene e esterilização das mamadeiras, assim como a preparação e diluição correta da FL eram fornecidas pelo médico, durante a consulta de puericultura. Nove, das doze mães entrevistadas, afirmavam não terem recebido instruções da preparação correta no CTR/DIP, e se orientavam na preparação pelas instruções contidas no rótulo do produto.

6.4.2. Subdimensão: Conhecimento – Mães

Em dez casos, o encaminhamento das mães para acompanhamento e retirada da FL no CTR/DIP foi realizado na maternidade. Em dois casos, a mãe já era atendida no CTR/DIP. A frequência com que a mãe buscava a FL no serviço se dividiu entre 30 dias, durante as consultas ou menos de 30 dias, geralmente quando a FL está acabando. Só três mães relatam ter recebido no CTR/DIP algum tipo de instrução para a preparação adequada da FL, e as nove restantes ou leram a preparação no rótulo do produto ou receberam orientação na maternidade.

Ao ser perguntado se sempre preparava a mamadeira do bebê com a FL, somente uma mãe disse que “não”, pois a quantidade de FL distribuída não era

suficiente. Quatro mães relataram sentir dificuldades na preparação da mamadeira, mas não souberam explicar qual era a dificuldade. Oito mães afirmaram que a FL é suficiente para a alimentação do bebê por 30 dias, porém seis mães afirmaram que seria necessário até três latas a mais para a alimentação ser adequada. Só uma mãe afirmou ter sobrado a FL após 30 dias de alimentação do bebê. Apenas seis mães, 50% das que responderam o questionário, sabiam preparar corretamente a FL, de acordo com a preconização do fabricante. Nos outros casos, o mais freqüente era ou a alta concentração (três casos) ou mesmo a diluição excessiva na preparação, o que foi considerado inadequado. Quando perguntadas se o bebê chorava com freqüência, dez mães relataram que o bebê só chorava de fome e duas não sabiam o motivo do choro da criança.

Ao serem indagadas sobre as expectativas do futuro de filho, as respostas mais usuais foram:

"Espero um futuro melhor que o meu"

"Que seja um homem de bem, trabalhador e que me ajude no final da minha vida"

"Vou fazer de tudo pra ele ter estudo e um emprego legal"

"Crescer com saúde, ser feliz e não passar pelo o que eu passei"

"Quero que seja o oposto de mim, que tenha muita saúde"

Na avaliação do serviço, foram pedidas às mães que dessem uma sugestão para melhorar o atendimento. Em todas as falas a avaliação do serviço foi positiva.

"No serviço daqui tudo é ótimo"

"Nada, gosto daqui, ta tudo legal"

Apesar disso, foi recorrente a idéia de que o serviço poderia ajudar mais, fornecendo mais alimentos, vale transporte e até mesmo encaminhando para empregos, o que foge ao objetivo da assistência ali prestada.

6.4.3. Subdimensão: Puericultura

O atendimento de puericultura no CTR/DIP contava com uma equipe médica de infectologistas pediátricos em número suficiente para a demanda de atendimento médico da unidade. Existia a facilidade de agendamento das consultas por telefone, além de consultas de extras, caso necessário. As crianças eram acompanhadas pelo

mesmo médico pediatra em todas as consultas, o que possibilitava um atendimento de qualidade.

A média de consultas foi de 3,86 consultas por criança atendida. A idade média das crianças no primeiro atendimento no CTR/DIP foi de 1 mês e 1 semana. A idade média das crianças na última consulta foi de 5 meses e 1 semana. A maior parte das crianças teve entre três a cinco consultas, mostrando uma frequência de consultas, em média, a cada 30 dias, conforme o preconizado pelo PNM.

Ao se analisarem os dados encontrados em prontuário, observou-se que a idade gestacional das crianças variou entre RNT, 85,2% e RNPT com 12%; em três prontuários não constavam estes dados. Na última consulta de puericultura, 67,6% das crianças estavam com a vacinação em dia e dentro do esquema recomendado pelo MS. Belo Horizonte foi a cidade de origem onde as crianças atendidas mais demonstraram estar com a vacinação em dia.

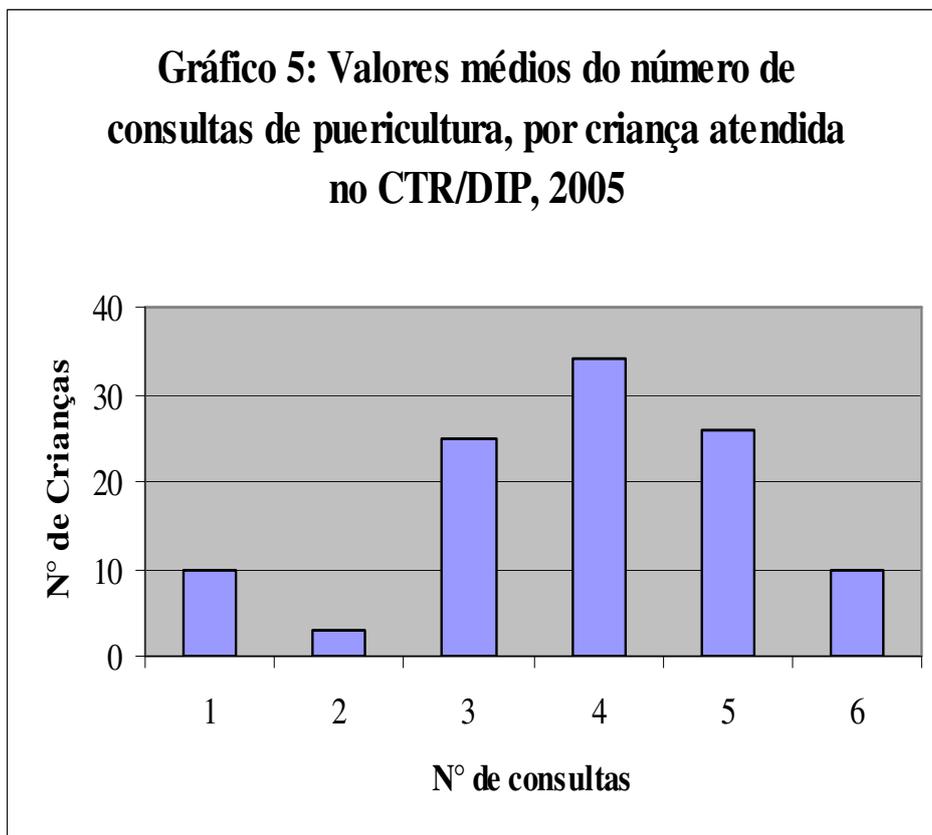


Tabela 25: Frequência de vacinação das crianças atendidas no CTR/DIP conforme a cidade de origem, em 2005.

VACINAS	CIDADE			
	BH	RMBH	Outras cidades de MG	Total
Vacinação em dia	34	24	15	73
Linha %	46,6	32,9	20,5	100,0
Col %	65,4	72,7	65,2	67,6
Vacinação em atraso	15	7	4	26
Linha %	57,7	26,9	15,4	100,0
Col %	28,8	21,2	17,4	24,1
Sem dados no prontuário	3	2	4	9
Linha %	33,3	22,2	44,4	100,0
Col %	5,8	6,1	17,4	8,3
TOTAL	52	33	23	108
Linha %	48,1	30,6	21,3	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 26: Cidade de origem e o Desenvolvimento Observado das crianças atendidas no CTR/DIP

CIDADE	DESENVOLVIMENTO OBSERVADO				
	Adequado	Insuficiente	Acima do esperado	Sem dados	Total
BH	33	8	10	1	52
Linha %	63,5	15,4	19,2	1,9	100,0
Col %	42,9	61,5	58,8	100,0	48,1
RMBH	27	2	4	0	33
Linha %	81,8	6,1	12,1	0,0	100,0
Col %	35,1	15,4	23,5	0,0	30,6
Outras cidades de MG	17	3	3	0	23
Linha %	73,9	13,0	13,0	0,0	100,0
Col %	22,1	23,1	17,6	0,0	21,3
TOTAL	77	13	17	1	108
Linha %	71,3	12,0	15,7	0,9	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Apesar do ganho de peso ter sido bom em relação ao nascimento, para grande parte das crianças a anemia foi a principal intercorrência observada e BH teve o maior número de casos. Todas as crianças atendidas faziam uso de suplementação de ferro e vitaminas, além de utilizarem a FL que é enriquecida com ferro. Na Tabela 27 estão os principais agravos, registrados em prontuário, das crianças atendidas no CTR/DIP. Um

fato significativo encontrado foi que 54% das crianças atendidas em 2005 não apresentaram intercorrências médicas relatadas em prontuário.

Tabela 27: Relação entre a cidade de origem e intercorrências médicas das crianças expostas ao vírus HIV

INTERCORRÊNCIAS*	CIDADE DE ORIGEM			
	BH	RMBH	Outras cidades de MG	Total
Sem intercorrências	26	17	11	54
Linha %	48,1	31,5	20,4	100,0
Col %	50,0	51,5	47,8	50,0
Anemia	19	10	5	34
Linha %	55,9	29,4	14,7	100,0
Col %	36,5	30,3	21,7	31,5
Toxoplasmose congênita	2	1	3	6
Linha %	33,3	16,7	50,0	100,0
Col %	3,8	3,0	13,0	5,6
Tuberculose	1	0	0	1
Linha %	100,0	0,0	0,0	100,0
Col %	1,9	0,0	0,0	0,9
Outras	4	5	4	13
Linha %	30,8	38,5	30,8	100,0
Col %	7,7	15,2	17,4	12,0
TOTAL	52	33	23	108
Linha %	48,1	30,6	21,3	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

- Intercorrências: agravos das crianças expostas ao vírus HIV relatadas em prontuário

6.5. Contexto Efeito, Subdimensão Crescimento ponderal

Ao nascimento 50% das crianças apresentavam peso adequado, de acordo com a Classificação de Puffer e Serrano. Na classificação NCHS, crianças desnutridas ou em risco de desnutrição no nascimento representaram 31,5%, índice alto para a média estimada da população que é 10% das crianças nascidas apresentando baixo peso (SES/MG, 2004a). Em contrapartida, nas crianças atendidas no CTR/DIP observou-se um desenvolvimento adequado, retratado pelo ganho de peso mensal, com conseqüente recuperação nutricional das que nasceram de baixo peso, conforme Tabela 30. Das crianças que tiveram um desenvolvimento observado considerado *insuficiente*, 61,5% residem em BH. Não é possível inferir sobre as causas das dificuldades das crianças de baixo peso, residentes em BH, em recuperar sua condição nutricional, necessitando maiores pesquisas.

Tabela 28: Frequência das crianças atendidas de acordo com a classificação de Puffer e Serrano conforme o peso ao nascimento, 2005

Classificação Puffer e Serrano	Frequência	Percentagem
Peso adequado	54	50,0%
Peso insuficiente	38	35,2%
Baixo peso	16	14,8%
Total	108	100,0%

Tabela 29: Classificação do peso das crianças no nascimento de acordo com a Tabela NCHS, 2005

Classificação PESO ao nascimento	Frequência	Percentagem
Percentil <3 a 5 - desnutrição	15	13,9%
Percentil 5 a 10 – risco para desnutrição	19	17,6%
Percentil 10 a 90 – peso adequado	74	68,5%
Total	108	100,0%

Tabela 30: Idade gestacional e ganho de peso do nascimento até a última consulta de puericultura

DESENVOLVIMENTO GESTACIONAL	GANHO DE PESO			
	Adequado	Inadequado	Sem dados	Total
Adequado para IG*	68	6	0	74
Linha %	91,9	8,1	0,0	100,0
Col %	71,6	50,0	0,0	68,5
Pequeno para a IG	26	5	1	32
Linha %	81,3	15,6	3,1	100,0
Col %	27,4	41,7	100,0	29,6
Grande para a IG	1	1	0	2
Linha %	50,0	50,0	0,0	100,0
Col %	1,1	8,3	0,0	1,9
TOTAL	95	12	1	108
Linha %	88,0	11,1	0,9	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

IG = Idade gestacional

Ao se comparar a evolução do percentil peso/altura no nascimento e o mesmo percentil na data da última consulta no CTR/DIP, constatou-se que a maior parte das crianças teve um bom desenvolvimento ponderal, recuperando os níveis de percentil inferidos ao nascimento. Das crianças que tiveram a classificação gestacional como “pequeno”, ou baixo peso, 81,6 % obteve um ganho de peso adequado entre a primeira e última consulta, o que um dado sinalizador de uma melhoria nutricional aparente.

A maior parte das crianças apresentou um ganho de peso mensal entre 600 a 800g, o que corresponde a um ganho de peso acima do esperado.

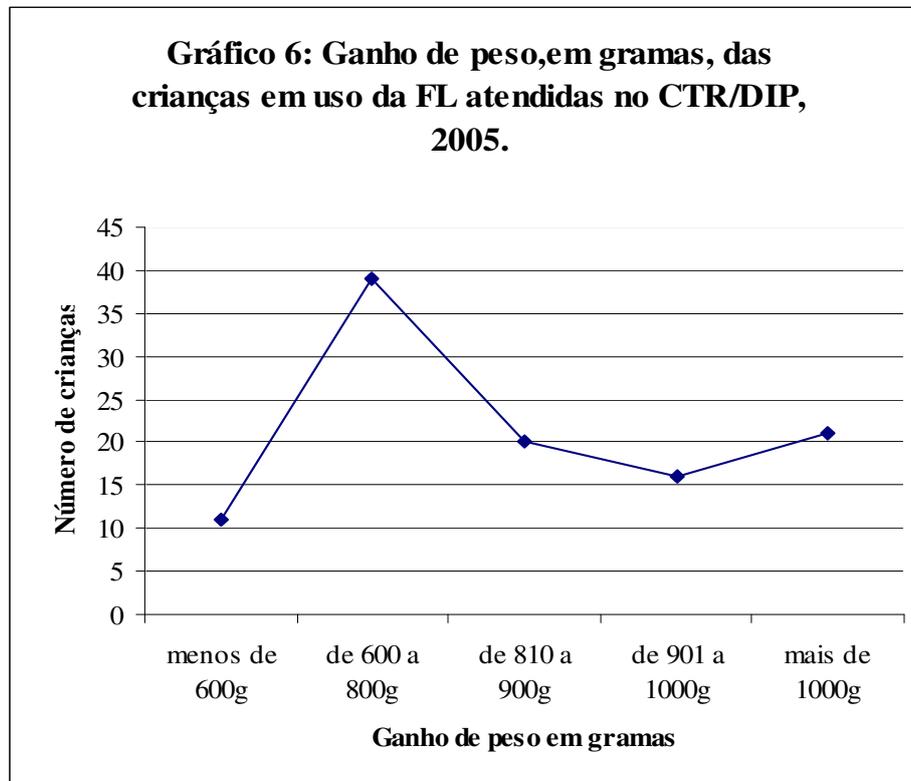
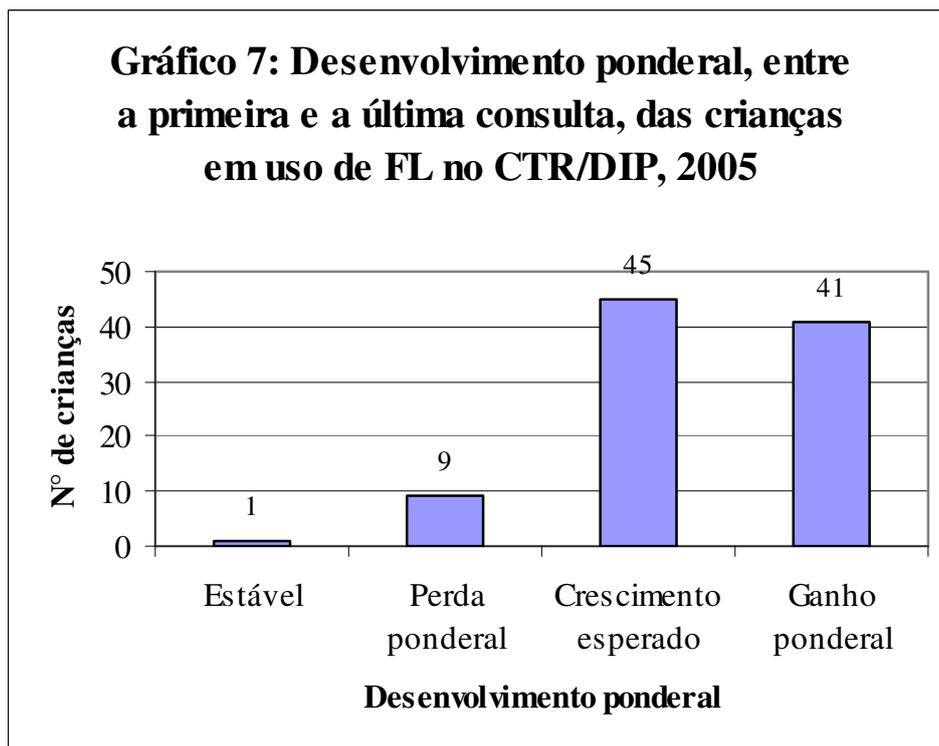


Tabela 31: Desenvolvimento ponderal das crianças atendidas no CTR/DIP, 2005

Classificação do desenvolvimento ponderal	Nº de crianças (%)	%
Estável	1	1,04
Perda ponderal	9	9,37
Crescimento esperado	45	46,87
Ganho ponderal	41	42,71



No Gráfico 7 observamos que o número de crianças que não obtiveram a recuperação nutricional, através do ganho de peso, foi muito menor do que as crianças que obtiveram um ganho ponderal expressivo.

Um dado curioso foi o ganho de peso acima do esperado, acima de 600 g/mês, em grande parte das crianças. Apesar da maioria das mães não relatarem o uso de carboidratos como forma de suplementação alimentar, o excesso de ganho de peso é um dado que merece maior atenção.

6.6. Resultados da Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento

No Contexto Político e Organizacional, a classificação recebida *regular* sinaliza para duas dificuldades reais: (a) o repasse financeiro insuficiente para atender a crianças de municípios vizinhos e (b) ausência de treinamento e capacitação das pessoas envolvidas no programa de distribuição da FL. Nos outros aspectos analisados o contexto foi favorável à implantação do programa.

A pontuação geral obtida no Contexto Externo foi *regular*. Na pontuação das subdimensões observamos duas situações distintas: (a) as oferta de serviços de saúde e dados sócio-demográficos e (b) condição de soropositividade para o vírus HIV e vulnerabilidade as mães HIV positivas que levavam seus filhos para se inserirem no PNM. Com relação a ofertas de serviço de saúde e dados sócio-demográficos, o contexto é *adequado*, uma vez que o município de Belo Horizonte proporciona

melhores percentuais de atendimento da atenção à saúde, se comparados ao Estado de Minas Gerais. Porém, dois indicadores se mostraram desfavoráveis: cobertura de imunização em crianças abaixo de um ano de vida e a prevalência maior de desnutrição em crianças até dois anos de vida, indicando uma deficiência na atenção à criança na população em geral. O quadro se altera ao se verificar as condições de vida das mulheres inseridas no programa, passando então o contexto a ser *inadequado*. Esta é uma situação esperada, uma vez que as mulheres estão em uma situação de fragilidade em relação à transmissão do vírus HIV.

No Contexto de Implantação a pontuação total obtida foi *regular*. Na subdimensão ações de distribuição e acesso, a classificação alcançada foi *regular* devido a dois problemas: (a) ausência de treinamento para as mães e (b) falta de local adequado pra o estoque do produto no CTR/DIP. A classificação recebida pela subdimensão Conhecimento - mães foi *regular* e está diretamente relacionada às dificuldades demonstradas pelas mães em preparar e ministrar a FL e nos cuidados deficitários com higiene e esterilização. Na última subdimensão, com enfoque na criança, a classificação foi *adequada*. As crianças mostraram um desenvolvimento ponderal que, em alguns casos, chega a ser mais do que o esperado.

No Contexto Efetividade a classificação obtida foi *adequada*.

7. DISCUSSÃO

Conforme Alves Moreira (2002), “*uma avaliação pode ser eficaz para a reorientação do processo ao qual ela se destina, quando as informações obtidas indicam tanto os sucessos alcançados como as falhas existentes, subsidiando o aperfeiçoamento das ações de um programa*”. Neste sentido, buscou-se tanto levantar os aspectos positivos quanto os negativos e sua determinação no resultado da implantação do programa. As utilizações do Modelo Lógico da Avaliação e da Matriz Lógica da Avaliação propiciaram analisar de maneira mais objetiva as dificuldades, as realizações e as necessidades mais iminentes da implantação.

Em um primeiro momento observamos a Coordenação Municipal de DST/AIDS como a responsável pela compra, armazenamento e distribuição de FL suficiente para suprir a demanda das crianças expostas ao vírus HIV atendidas no CTR/DIP e nas maternidades, na cidade de Belo Horizonte. A princípio voltada para o atendimento das crianças residentes no município, verificou-se que uma grande parte destas crianças

provinha de outros destinos. Este é um reflexo de duas situações: (a) interiorização da epidemia da AIDS e (b) concentração da assistência médica especializada, como é o caso da infectologia pediátrica, nas cidades de médio e grande porte.

Uma das características que a epidemia da AIDS vem evidenciando no país é a interiorização e feminização. Brito, Castilho e Szwarcwald (2001), já observavam que, em 2001, a interiorização já atingia 59% dos municípios brasileiros e os principais responsáveis seriam a transmissão heterossexual e o aumento do uso de drogas injetáveis. Em Minas Gerais esta é uma característica que se apresenta cada dia mais evidente, seguindo a tendência nacional.

A interiorização da epidemia carrega em sua essência o fato de que, cada vez mais, as pessoas que necessitam de assistência médico-hospitalar especializada irão buscar o tratamento nas cidades que ofereçam este serviço, transferindo assim a responsabilidade do gestor do município de origem para a gestão do município onde o serviço está implantado. Aliado ao fato da precariedade da assistência em vários municípios observou-se que esta crescente busca pelo tratamento aparece como um fator que não pode mais ser desconsiderado ou relevado na adoção e implantação das políticas públicas de saúde. No caso da redução da transmissão vertical, este problema revelou uma faceta complexa na atenção à criança exposta ao vírus HIV. Vindos em busca de assistência, estas crianças acabaram recebendo também a FL no CTR/DIP, e o município de origem não se responsabilizava pelo seu fornecimento ou ressarcimento.

Belo Horizonte encontrava-se em situação privilegiada quando comparado a outros municípios do estado de Minas Gerais. Seus indicadores sócio-econômicos eram mais favoráveis, sinalizando uma qualidade de vida melhor da população. Porém, mesmo tendo uma proporção menor de pessoas vivendo em níveis de pobreza, em relação ao resto do Estado, ainda é expressivo o número de pessoas vivendo em condição de fragilidade social. Nos últimos dados divulgados sobre a epidemia da AIDS em BH (PBH, 2004b), não existiam referência à renda pessoal ou familiar das pessoas atendidas. No entanto, o próprio desenvolvimento do perfil da AIDS já sinalizava que uma grande parcela das pessoas que buscavam atendimento no CTR/DIP poderiam estar passando por dificuldades financeiras de alguma espécie. Este aspecto se mostrou importante no discurso das mães.

Baixa escolaridade, renda familiar até três salários mínimos, dificuldade de emprego e inserção no mercado informal de trabalho foram características usuais nos relatos das mães entrevistadas. A baixa escolaridade foi utilizada como indicador para

caracterizar a pauperização da epidemia da AIDS, retratada por Brito, Castilho e Szwarcwald (2001), e que também ressaltaram a “*escolaridade como a variável de maior poder explicativo para as diferenças relativas às práticas sexuais de risco*”. Não cabe aqui neste trabalho o enfoque das práticas sexuais de risco, porém este é um fator que acentua a fragilidade e vulnerabilidade da mulher frente ao risco da infecção pelo vírus HIV.

Parker e Camargo Jr, (2000), em um estudo antropológico sobre a pauperização e sua relação com a progressão da transmissão da AIDS, relatam que a globalização da economia e seu aspecto mais perverso que é a desigualdade social extrema, são subprodutos da reformulação econômica global, e são fatores facilitadores para a expansão da epidemia da AIDS. Associado à baixa escolaridade, informalidade nas relações trabalhistas, migração e mobilidade em busca de trabalho, observou-se que mais uma vez as mulheres são o grupo mais vulnerável e que mais apresentam dificuldades de inserção econômica, mesmo no séc. XXI. Esta afirmação embasa o que foi observado durante as falas das mães e especialmente nas queixas e reivindicações de trabalho, pedidos de disponibilização de outros alimentos e necessidade de valorização pessoal. Em outro estudo, Souza Neves (2005) observou que a feminização e baixa escolaridade, associados à pobreza e exclusão social, são fatores que propiciam a expansão da transmissão materno infantil do vírus HIV, uma vez que as mulheres em idade fértil também são as que mais estão expostas à vulnerabilidade e fragilidade social. Em condições de pobreza e vulnerabilidade, o fornecimento da FL é uma estratégia fundamental para o sucesso do PNM e da interrupção da transmissão vertical.

Em 1998, um estudo realizado em São Paulo, o *Sub-projeto CA-96* (Ministério da Saúde, 1999), relatava que o custo médio total anual do tratamento para cada paciente internado com sintomas da AIDS era de US\$ 4.885,07. Pluciennik (2003), em avaliação de custo-efetividade e custo-benefício das ações de redução da TV, observou que ao se adotar todas as medidas preventivas, incluindo a distribuição da FL, este procedimento gerava uma economia para a União de R\$ 85.024,09 (em reais, valores de 1998) para cada caso de AIDS evitado pela TV, somente no Estado de São Paulo. Dentro dos custos totais da prevenção, em 2005 a compra da FL foi a responsável por 6,88% dos valores gastos nos programas de AIDS, em Belo Horizonte. A CM DST/AIDS gastou por criança atendida no CTR/DIP, que retiravam cinquenta e quatro latas de FL, acrescidas das quatro fornecidas na maternidade no momento da alta hospital, um valor aproximado *per capita* de R\$ 626,40 (valor de referência em 2005).

Fazendo uma co-relação entre os percentuais de custo da FL em 1998 para o ano deste estudo, este valor é insignificante perto dos valores do custo de um tratamento de AIDS, ou mesmo do valor de custo, direto e indireto, por TV evitada. Não cabe neste trabalho a análise de custos da TV, porém este é um aspecto expressivo e que não pode ser desconsiderado. Fornecer a FL e prevenir a TV é o meio mais barato e eficaz na promoção à saúde.

Ao analisarmos o número de crianças de outros municípios atendidas no CTR/DIP, verificou-se que o município de Belo Horizonte tem arcado com os custos de tratamento e de distribuição de FL para cinquenta e seis crianças não residentes. Para a distribuição somente da FL para as crianças moradoras em BH, a CM DST/AIDS gastaria aproximadamente R\$ 32.572,80 na compra total do produto, para distribuição em um ano (referência 2005). Este valor encontrado é menor que o repasse Fundo a Fundo efetuado pelo MS. Como o município arcava também com a distribuição da FL para as crianças não residentes, sem considerar aqui os custos com o tratamento, o repasse se tornou insuficiente, e a CM DST/AIDS necessitou de uma complementação que girava em torno de 80,4% do valor do repasse recebido. Caso não fosse necessário atender as crianças de outros locais de destino, certamente as crianças expostas ao vírus HIV, na cidade de Belo Horizonte, poderiam contar com um percentual maior de latas a serem distribuídas, melhorando a sua alimentação e o estado de saúde em geral.

As condições econômicas e a qualidade de vida da mãe-mulher que buscava o CTR/DIP para acompanhamento do seu bebê não se mostraram favoráveis, especialmente pela fragilidade e vulnerabilidade. O contexto externo onde se insere a mãe soropositiva para o vírus HIV é um sinalizador da necessidade de manter as políticas públicas voltadas para a assistência e promoção da saúde. Sem a disponibilização da FL, dificilmente estas mães teriam condições financeiras para alimentar corretamente seu filho.

A desnutrição é um grave problema de saúde que não pode ser desconsiderado quando o enfoque é a assistência à criança. Lima *at al* (2004) nos diz que a desnutrição infantil está frequentemente relacionada à baixa renda, porém outros fatores como baixo peso e baixa estatura ao nascer, além da idade gestacional (prematuros) são fatores que levam a um estado de desnutrição infantil. No caso do município de Belo Horizonte, os índices de desnutrição infantil ainda são os mais altos, ao serem comparados ao estado de Minas Gerais. Este fato se repetiu na assistência à criança exposta, onde os maiores percentuais de crianças que apresentavam anemia eram de BH. Mesmo a RMBH tendo

um índice alto de crianças atendidas no CTR/DIP, mostravam um percentual menor de anemia, se comparados às crianças residentes no município de Belo Horizonte. Para explicação da anemia nas crianças residentes em BH fazem-se necessárias maiores investigações.

A desnutrição gera problemas de saúde, especialmente no lactente. Carvalhães e Benício (2002) demonstram que, aliadas as dificuldades econômicas, a desnutrição pode estar associada a problemas de estrutura familiar, depressão materna, situações de trabalho, dificuldades financeiras, entre outros, que afetariam a capacidade materna do cuidado infantil. Com relação a AIDS, a desnutrição é um agravante na qualidade de vida, sendo responsável por agravos das morbidades associadas (Centerville et al, 2005). Evitar a desnutrição infantil é melhorar a qualidade de vida da população e, no caso da criança atendida no CTR/DIP, uma necessidade frente ao desafio onde esta criança se insere.

Com relação ao quantitativo de FL distribuído de cinquenta e quatro latas, divididas em seis lotes de entrega, faz-se necessário uma reflexão a respeito. Aparentemente o quantitativo era suficiente, uma vez que quase todas as crianças atendidas apresentaram crescimento ponderal dentro do esperado, ou acima deste. Porém ao se consultar a demanda calórico/dia das crianças e a quantidade de FL necessária à alimentação do bebê até os seis meses de vida se observou que, teoricamente, as meninas necessitariam de cinquenta e oito latas e os meninos de sessenta e três latas para receberem a nutrição correta. Vários podem ser os fatores que interferiram neste processo.

O MS recomenda que, para as crianças alimentadas com a FL, a partir dos quatro meses de vida se inicie a suplementação com outros tipos de alimento (Ministério da Saúde, 2004a). Os alimentos mais utilizados na complementação são: “papinhas” salgadas e de frutas, sucos de frutas e chás (Mahan, 1998). Seis das doze mães entrevistadas já utilizavam esta complementação. Três mães afirmaram que utilizavam também espessamento da mamadeira com farináceos, tipo maisena, Mucilon ou fubá. Somente pela recomendação do MS, e seguida pelos médicos, a introdução de outros alimentos a partir dos quatro meses de vida proporcionariam o aumento do percentual calórico necessário ao desenvolvimento da criança. Apesar da necessidade de quantitativos de FL se situar acima do que é distribuído, aparentemente não houve comprometimento do pleno desenvolvimento da criança atendida, provavelmente sendo este fato devido à introdução de outros alimentos na dieta infantil.

Como referenciado neste trabalho, o ato de amamentar é mais do que simplesmente nutrir. A mãe julga sua capacidade de cuidado com o filho também através do ato da amamentação. A impossibilidade de amamentar e ser portadora do vírus HIV fragiliza emocionalmente esta mulher, e isso pôde ser verificado através das falas, tanto das mães que aceitaram fazer parte deste trabalho, quanto das mães que se recusaram a participar.

Impotência frente à impossibilidade de escolha entre amamentar ou não, conformismo, dor, tristeza e culpabilização por ser a possível responsável pela transmissão do vírus HIV ao filho trazem reflexos na forma do cuidado da criança (Vinhas et al, 2004). Carvalhães e Benício (2002) afirmam que “*precárias condições emocionais maternas podem levar a um padrão geral de cuidado infantil inadequado que aumenta o risco de doenças, desnutrição ou retardo de desenvolvimento (infantil). Entretanto, a má qualidade da interação e a presença de doenças na criança afetariam reversamente à mãe, contribuindo para mantê-la deprimida e impotente*”. Todas as mães entrevistadas demonstraram intensa preocupação com a saúde do bebê. O conflito entre a maternidade e ser portadora do vírus HIV se refletiu nos discursos destas mulheres e na forma de se referirem às tristezas, decepções e inconformismos pela situação vivenciada desde o diagnóstico. O medo do filho também ser um portador do vírus HIV se mostrou como uma fonte de medo, angústia e sofrimento. O possível “adoecer” do filho era encarado como a confirmação da incapacidade materna e da afirmação de culpabilidade por ser uma portadora do vírus HIV.

Foi observado que 50% das mulheres que participaram do estudo não sabiam preparar corretamente a diluição da FL. Isso pareceu se dever a uma falta de instrução para a preparação adequada, ansiedade no cuidado com o bebê, dificuldade de compreender as orientações recebidas pelo médico ou de entender a recomendação estampadas no rótulo da FL. Especialmente para a mãe primípara, a ansiedade com o cuidado correto do bebê era acentuada. Associado ao impacto do diagnóstico de soropositividade para o HIV, nas mulheres de diagnóstico no pré-natal ou pré-parto, esta inadequação no preparo parece ser mais um reflexo de um comportamento extremo no cuidado da criança. Preparar o leite “mais forte” (mais concentrado), utilizar farinhas e dar a mamadeira a cada vez que o bebê chorava sinalizava uma preocupação com o cuidado, porém realizado de maneira inadequada. Faz-se necessário uma melhor orientação e treinamento para estas mulheres, a fim de tranquilizar e ajudar a mãe neste momento tão delicado.

A última atualização do “*Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres que não podem amamentar*” (Ministério da Saúde, 2005d) reforça três aspectos importantes nas orientações sobre a não amamentação para a gestante HIV positiva: (a) treinar e habilitar equipe multiprofissional em aconselhamento sobre alimentação infantil, (b) treinar e capacitar toda a equipe de saúde para ensinar à mãe o preparo seguro da alimentação e (c) distribuir o quantitativo de 60 latas de FL, em um período de 6 meses, além da fornecida pela maternidade na hora da alta hospitalar. Apesar da referência do treinamento ser específica às maternidades, este manual também cita a necessidade do treinamento e aconselhamento contínuos, como forma de preservação da saúde física e emocional da mãe, além de fortalecer o vínculo afetivo mãe-filho. Na implantação do programa em BH, tanto o treinamento de profissionais e mães, quanto o quantitativo distribuído de FL estavam fora das recomendações do MS. Este é um aspecto importante e relevante na assistência às mães e crianças, como também na qualidade do serviço prestado, necessitando ser adequado.

Mesmo não sendo a FL o alimento ideal na alimentação do recém-nato e apesar de ser fornecido em quantidades aquém das necessidades teóricas estimadas para a criança, o resultado mostrou que existiu um crescimento ponderal muito bom das crianças atendidas. Apesar de haver problemas na preparação, em alguns casos, e da mãe ter de conviver com o diagnóstico de soropositividade para o vírus HIV, observou-se que o desenvolvimento ponderal das crianças foi melhor do que se poderia supor a princípio. A presença de anemias e outras intercorrências médicas pareceram não comprometer seriamente a maioria das crianças atendidas no CTR/DIP. Este achado reafirma a necessidade de fornecer uma FL de qualidade, adequada às necessidades infantis de acordo com a idade, que possa propiciar o pleno desenvolvimento infantil, como foi o observado.

Os resultados da avaliação demonstraram que, apesar da implantação apresentar problemas em alguns contextos analisados, ela é eficaz na medida em que a assistência à criança exposta está sendo executada de maneira a promover o crescimento e desenvolvimento da criança atendida, como era desejado.

8. RECOMENDAÇÕES

Dentre os contextos analisados e na tentativa de propor alternativas para aumentar a eficácia e eficiência da distribuição da FL, ações específicas seriam recomendadas, abordando os seguintes aspectos:

A. Secretaria Municipal de Saúde:

A.1. Promover ação de co-responsabilidade dos municípios envolvidos na compra e distribuição da FL, uma vez que a cidade de Belo Horizonte arca com todos os custos. As ações deveriam ser pactuadas, envolvendo tanto os recursos do Estado quanto os recursos do Fundo a Fundo disponibilizados para a aquisição do produto. Outras estratégias para a co-responsabilização entre os municípios poderiam ser executadas;

A.2. Promover treinamento e capacitação para os funcionários envolvidos no PNM e no que se relaciona a distribuição da FL;

A.3. Criar um protocolo de normatização da distribuição da FL, mínimo de 60 latas, que contemple um maior quantitativo para as crianças expostas;

A.4. Promover treinamento de multiplicadores para instruir corretamente as mães inseridas no programa, no que se refere a manipular e ministrar a FL, cuidados de higiene com os utensílios utilizados, cuidados com a criança em geral;

A.5. Disponibilizar recursos para reforma do local de armazenamento da FL no CTR/DIP, propiciando maior segurança ao produto e maior conforto aos funcionários envolvidos na distribuição.

B. CTR/DIP:

B.1. Propiciar treinamento a capacitação das mães para que possam ministrar e manipular corretamente a FL;

B.2. Criar um protocolo de normatização da distribuição da FL, mínimo de 60 latas, que contemple um maior quantitativo para as crianças expostas, escalonando a necessidade mensal à demanda calórica da criança envolvida no programa;

9. LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo não teve por objetivo fazer a avaliação da eficácia do programa, somente a efetividade do mesmo. É um programa que atinge seu objetivo, ou seja, as crianças atendidas poderem atingir um ganho de peso esperado ou adequado e se evitar a TV.

Uma das limitações deste estudo foi com relação a abordagem das mães, não havendo a possibilidade de um maior aprofundamento da carga emocional do “não amamentar”. A dificuldade de acesso a estas mães foi um limitador neste trabalho, devido a irregularidade com que as mães se dirigem ao serviço para pegarem a FL. Explorar mais o universo onde esta mãe se insere é uma necessidade para o retrato fiel das causas que levam a criança a ter um crescimento adequado, apesar do quantitativo disponibilizado da FL ser insuficiente.

Outro fator limitante foi a não avaliação das maternidades inseridas no PNM no que se refere à distribuição de FL na alta hospitalar. Não foi possível realizar este estudo, porém seria aconselhável ver se as normatizações estão sendo seguidas por todas as unidades envolvidas no programa.

O excessivo ganho de peso de grande parte das crianças inseridas no programa é um outro fator que merece atenção. Não é possível aqui inferir sobre a qualidade nutricional deste ganho de peso, uma vez que faltam parâmetros que possibilitem a verificação de uma ingesta adequada dos macro e micronutrientes necessários ao pleno desenvolvimento da criança em aleitamento artificial. Pesquisas nesta área se fazem necessárias, pois a desnutrição protéica, caso exista, é um fator de comprometimento do pleno desenvolvimento infantil.

10. CONCLUSÃO

A partir da análise dos dados observamos que o Contexto Político Organizacional favoreceu positivamente a implantação em dois aspectos: (a) possibilidade de remanejamento de parte dos recursos destinados às ações de DST/AIDS para a compra da FL e (b) ser a implantação do programa executada em um serviço de referência, o CTR/DIP, em co-gestão com a UFMG, apresentando um nível de excelência na qualidade do atendimento e na qualificação técnica dos profissionais envolvidos. O Contexto Externo pareceu não influenciar a implantação do programa, porém a carência das mães envolvidas e a situação de vulnerabilidade social sinalizam

que o programa é uma necessidade real e urgente para a saúde e sobrevivência da criança exposta ao vírus HIV. O Contexto de Implantação sinaliza problemas físico-estruturais e de treinamento e capacitação para as mães. São medidas de fácil solução e que, ao serem adotadas, agiriam como um reforço positivo para a assistência às crianças e às mães, concretizando a atenção e valorização pessoal destas mulheres já tão fragilizadas. O Contexto Efetividade é totalmente adequado, pois as crianças atendidas apresentaram níveis de ganho de peso algumas vezes acima do esperado.

A feminização e a pauperização da AIDS, aliada a interiorização, vem criando um quadro de necessidades específicas na orientação das políticas assistenciais voltada para os cuidados de uma população cada vez mais vulnerável. A orientação da não amamentação das crianças exposta ao vírus HIV só poderá ser seguida caso a mãe, ou familiares, consigam suprir o lactente de alimentos adequados.

A FL é um alimento que possui um custo unitário elevado e se associado às dificuldades financeiras das famílias de baixa renda, torna impossível a autonomia do paciente na compra do produto, impossibilitando fornecer a criança um alimento adequado à promoção da saúde do lactente e interrompendo a TV. Além disso, aspectos subjetivos, como a vontade de amamentar, a pressão social a favor do aleitamento natural e a dificuldade em entender as recomendações da preparação da FL, aliados a uma dificuldade financeira, podem levar a esta mãe nutriz a somente ver como alternativa viável a amamentar natural do seu filho, caso não receba a FL. Os resultados obtidos após a implantação do PNM, consolidam a necessidade de cada vez mais propiciar a esta criança exposta ao vírus HIV um atendimento de qualidade, voltado para a atenção básica e o fornecimento da FL.

No momento deste estudo o programa de distribuição da FL na cidade de Belo Horizonte se encontrava implantado e, apesar das dificuldades sentidas em alguns contextos onde a implantação se realizou, é um programa que deve ser incentivado, pela sua importância social, pela diminuição do custo, direto e indireto, que representa cada criança onde é evitada contaminação pelo vírus HIV. Poder propiciar a uma criança a perspectiva de ter uma vida saudável, produtiva e longe do estigma da AIDS é o que direcionou todos os esforços de todos os atores envolvidos para que este programa fosse implantado e tivesse efetividade.

11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Abadía-Barrero, C.E. *Children living with HIV and Support Homes in São Paulo: culture, experiences and housing context*. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.11, p.55-70, 2002
- Aguilar, M.J., Ander-Egg, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis, RJ, Vozes, 1994
- Aguirre, A.N.C, Vitolo, M.R., Puccini, R.F., Moraes, M.B. *Constipação em lactentes: influência do tipo de aleitamento e da ingestão de fibra alimentar*. J. Pediatr (Rio de Janeiro) vol.78 no.3 Porto Alegre 2002
- Almeida, J.A.G, Novak, F.R. *Breastfeeding: a nature-culture hybrid*. J. Pediatr. Rio de Janeiro, Nov. 2004, vol.80, no.5, supl, p.s119-s125.
- Alves Moreira, T.M. *Avaliação da Descentralização das Ações Programáticas de Hanseníase: Um Estudo de Caso*. [Tese de doutorado], FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002
- Bass, E. *Vacina contra Aids e Transmissão do HIV pela amamentação*, Bol. IAVI, Julho-Setembro 2001 <http://www.giv.org.br/boletimvacinas/boletim7/vaceamamenta.html> (acesso em 30/07/2005)
- Bosi, M.L.M, Machado, M.T. *Amamentação: um resgate histórico*. Cadernos ESP. Escola de Saúde Pública do Ceará, V.1, N.1, Julho – Dezembro 2005
- Brito, A.M., Castilho, E.A., Szwarcwald, C.L. *AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada*. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., mar./abr. 2001, vol.34, no.2, p.207-217.
- Carvalhães, M.A.B.L., Benício, M.H.A. *Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil*. Rev. Saúde Pública, abr. 2002, vol.36, no.2, p.188-197.
- Cavalcante, M.S., Ramos Junior, A.N., Silva, T.M.J. e et al. *Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do nordeste*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., mar. 2004, vol.26, no.2, p.131-138.
- Centerville, M., Morcillo, A.M., Barros Filho, A.A. et al. *Ausência de associação entre estado nutricional e mudança de categoria clínica em crianças brasileiras infectadas pelo HIV*. Sao Paulo Med. J., mar. 2005, vol.123, no.2, p.62-66.
- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.L. & Pineault, R. *A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. IN: Hartz, Z.M.A., organizadora. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p.29-47
- Ctenas, M.L.B., Vitolo, M.R. *Crescendo com Saúde: o Guia do Crescimento da Criança*. São Paulo: C2 Editora e Consultoria em Nutrição, 1999
- Falcão, M.C., Carraza, F.R. *Manual Básico de Apoio Nutricional em Pediatria*. São Paulo: Atheneu, 1999
- Ferreira, L.C.F. *Duas Décadas de Política Pública no Brasil*. Gota de Leite, v.1, nº 1, 2005, <http://www.bvsam.cict.fiocruz.br/gotadeleite/01/gotadeleite01.htm> (acesso em 12/22/2005).

Freitas, M.R.I., Gir, E., Furegato, A.R.F. *Sexualidade do portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV): um estudo com base na teoria da crise*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, jan. 2002, vol.10, no.1, p.70-76.

Galvão, M.T.G., Cerqueira Ramos, A.T.A., Marcondes- Machado, J. *Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids*. Caderno de Saúde Pública, 2004; 38(2): 194-200.

Garcia-Montrone, V., Rose, J.C. *Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: estudo preliminar*. Cad. Saúde Pública, Jan./Mar. 1996, vol.12, no.1, p.61-68.

GIFA - The Geneve Infant Feeding Association, IBFAN Brasil. *HIV, Alimentação infantil e saúde da mãe e da criança*. IBFAN, Atualidades em Amamentação, N° 30, Outubro 2003.

Giugliani, E.R.J. *Amamentação: como e por que promover*. Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria, 1994.

Hartz, Z. *Avaliação em Saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.

Ichisato, S.M.T, Shimo, A.K.K. *Aleitamento materno e as crenças alimentares*. Rev Latino-am Enfermagem 2001 setembro-outubro; 9(5):70-6

Inmetro: *Comitê Codex Alimentarius do Brasil (CCAB)*, 2005. http://www.inmetro.gov.br/qualidade/comites/codex_introducao.asp (acesso em 23/11/2005)

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – UNAIDS. *Brazil Fact Sheet 3rd IAS. Conference on HIV Pathogenesis and Treatment*. Rio, 2005a . <http://www.unaids.org/en/geographical+area/by+country/brazil.asp> (acesso em 30/7/2005)

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – UNAIDS. *Intensificando a prevenção ao HIV*. Documentação Referencial, Políticas de Prevenção ao HIV/AIDS, Junho 2005b.

Lamounier, J.A., Moulin, Z.S., Xavier, C.C. *Recomendações quanto á amamentação na vigência de infecção materna*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Jornal de Pediatria, 0021-7557/04/80 – 05 – Supl/S 181, 2004.

Lima, M.C., Motta, M.E.F.A., Santos, E.C. *et al. Determinantes do retardo de crescimento em crianças hospitalizadas: um estudo caso controle*. Sao Paulo Med. J., maio 2004, vol.122, no.3, p.117-123.

Lima, T.M., Osório, M.M. *Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses na Região Nordeste do Brasil*. Rev. Saúde Matern.Infant.,vol.3, Recife, Julho-Setembro 2003

Lopes, CR. *Aids 25 anos: Balanço da epidemia que mudou o mundo*. Radis nº 40, dezembro 2004. <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/40/capa.html> (acesso 15/12/2005)

Lopes, CR. *Os Novos Números da Epidemia*. RADIS: Comunicação em saúde. FIOCRUZ, n° 41, janeiro 2006

Machado, M.T.M. *A conquista da amamentação: o olhar da mulher*. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Comunitária. [Tese de mestrado]. Fortaleza, Ceará, 1999

Mahan L.K. *Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 9. ed, São Paulo: Rocca, 1998

Marques, H.H. *Evolução clínica e laboratorial de recém-nascidos de mães HIV positivas*. Rev. Assoc. Med. Bras.Mar./Abr. 2005, vol.51, no.2, p.71-72

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. Unidade de Promoção à Saúde e Assistência. *Aleitamento X Mulheres infectadas pelo HIV – Recomendações*. Brasília: Coordenação-Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/AIDS, 1995

Ministério da Saúde. *Legislação sobre DST e AIDs no Brasil*. Volume 2, Tomo I e II. 1998.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. *Estimativa dos Custos dos Tratamentos da Aids no Brasil - 1996 / Sub-projeto CA-96*. São Paulo, Janeiro de 1999 <http://www.fhdf.gov.br/dstaid/mostraPagina.asp?codServico=732> (acesso em 20/11/2005)

Ministério da Saúde. Rede Sentinela 2000. <http://www.aids.gov.br/final/dados/VIGILNCIA%20DO%20HIV%20INTERNET%20GERAL.doc> (acesso 30/07/2005)

Ministério da Saúde. Gerencia de DST AIDS. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. *Projeto Nascer Maternidades*. Brasília, 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças*. Brasília, 2004^a

Ministério da Saúde, *Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal*, Brasília, 2004b

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes* Brasília, 2004c

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades da Iniciativa Hospital Amigo da Criança – Referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar*, Brasília, 2004d

Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico 2005*. Boletim Epidemiológico - Aids e DST / Ano II - n° 1 - 01^a - 26^a de 2005 - semanas epidemiológicas / janeiro a junho de 2005a. <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9A49113DPTBRIE.htm> (acesso 20/11/2005)

Ministério da Saúde. Dados de AIDS. 2005b - www.saude.gov.br (acesso em 30/7/2005)

Ministério da Saúde. *Gestante HIV+ e crianças exposta*. 2005c. <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISC830994DPTBRIE.htm> (acesso em 12/12/2005)

Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. *Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres que não podem amamentar*. Brasília, 2005d

Muller, A.C. *Econologia do aleitamento materno*. Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR, Palestra ministrada no III Encontro Interuniversitário de Aleitamento Materno, IV Encontro PUCPR Universidade Amiga da Amamentação, 3 de outubro 2003.

Nakano, A.M. *As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" e de ser "o corpo para si"*. Cad. Saúde Pública v.19 supl.2. Rio de Janeiro 2003

Needle, R.H., Trotter, R.T., Goosby, E., Bates, C. & von Zinkernage, D. *Um guia para conduzir avaliação rápida e pronta resposta (RARE) na comunidade*. Departamento de Saúde Pública e Assistência. Escritório de Políticas de HIV/AIDS, 2000

New guidelines for preventing mother-to-child transmission of the human immunodeficiency virus. Rev Panam Salud Publica, out. 2004, vol.16, no.4, p.289-294.

Newman, J. *How Breast Milk Protects Newborns*. Scientific American 4: 76-79, December 1995.

Nishimoto, T.M.I, Eluf Neto, J., Rozman, M.A. *Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos*. Rev. Assoc. Med. Bras., jan./fev. 2005, vol.51, no.1, p.54-60.

Novak, F.R, Almeida, J.A.G, Vieira, G.O, Borba, L.M. *Colostro humano: fonte natural de probióticos?* Rio de Janeiro, Jornal de Pediatria, 2001; 77 (4): 265-70

Oliveira, M.A., Esher, Â.F.S.C., Santos, E.M. e et al. *Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro*. Cad. Saúde Pública, set./out. 2002, vol.18, no.5, p.1429-1439.

Organização Mundial de Saúde - OMS. Associação Mundial de Saúde. *34º Assembléia Mundial de Saúde*. 1981. <http://www.ibfan.org/portuguese/resource/who/whares3422-po.html> (acesso em 3/12/05)

Organização Mundial de Saúde - OMS. Boletim Epidemiológico Mundial da AIDS 2005. *Situação da epidemia de AIDS no mundo*. Relatório Mundial UNAIDS/OMS, Genebra, 2005a

Organização Mundial de Saúde - OMS. *Código Internacional da OMS para Comercialização de Substitutos do Leite Materno*, 2005b http://nutricaoinfantil.nestle.com.br/login/codigo_oms/artigo.asp#art4.2 (acesso em 11/10/05)

Organização Mundial de Saúde - OMS: Assembléia Mundial da Saúde. *Resolução sobre Contaminação de Fórmulas Infantis*. 2005c
http://www.aleitamento.med.br/a_artigos.asp?id=5&id_artigo=921&id_subcategoria=8
 (acesso em 25/11/2005)

Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. *Relatório sobre Amamentação*. 2003

Paiva, V. *Beyond magical solutions: prevention of HIV and Aids and the process of "psychosocial emancipation"*. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.11, p.25-38, 2002.

Parker, R., Camargo Jr., K.R. *Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos*. Cad. Saúde Pública, 2000, vol.16 supl.1, p.89-102.

Pedroso, G.C, Puccini, R.F, Silva, E., Koga, M. et al. *Breast feeding prevalence and early supplementary feeding in an urban area of Southeast Brazil, Embu, SP*. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Jan./Mar. 2004, vol.4, no.1, p.45-58.

Pisani, E. *SIDA no Século XXI: algumas considerações éticas*. Southern África AIDS Information Service Bulletin, vol.3, n° 1, março 2000.

Pluciennik, A.M.A. *Transmissão materno infantil do vírus da imunodeficiência humana adquirida: quanto custa não prevenir*, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. [Tese de doutorado]. São Paulo, 2003

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - PMBH. *Dados do PAM 2003*. 2003a.
<http://pam.aids.gov.br/pam/p11.asp> (acesso em 02/12/2005)

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Folder: *Projeto Nascer* – Prefeitura de Belo Horizonte, Ministério da Saúde. Material explicativo da implantação e normatização, distribuído pela PBH. 2003b.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde – SMS/BH. *Dados Gerais*. 2004a.
http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=3165&id_nivel1=-1 (acesso em 22/01/2006)

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Número da AIDS – Atualizado Novembro 2004*. 2004b.
http://portal1.pbh.gov.br/pbh/srvConteudoArq/aidsbh2004.pdf?id_conteudo=8364&id_nivel1=-1. (acesso em 15/12/2005)

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2005a.
<http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html;jsessionid=7d89b90e066476fe78d5485f5fe11d66?idNv2=132&idConteudoNv2=191&emConstrucaoNv2=N&verServicoNv2=N&idNivel1Nv2=1&nivel3=> (on line: 22/01/2006)

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Dados demográficos. 2005b.
http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=2757&id_nivel1=-1 (acesso em 22/01/2006)

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Extrato Fundo Municipal. *Repasses BH - Valores Líquidos Creditados*. 2005c.

Primo, C.C, Caetano, L.C. *A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe.* Jornal de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 1999

Ramos, C.V, Almeida, J.A.G. *Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo.* Jornal de Pediatria - Vol. 79, Nº5, 2003

Rea, M.F. *A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration.* Cad. Saúde Pública, 2003, vol.19 suppl.1, p.37-45.

Rea, M.F., Cukier, R. *Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo.* Rev. Saúde Pública, jun. 1988, vol.22, no.3, p.184-191.

Rea, M.F., Toma, T.S. *Avanços na legislação brasileira sobre marketing de produtos que competem com a amamentação.* Sociedad Iberoamericana de Información Científica, 2005. <http://www.siicsalud.com/dato/dat045/05o11014.htm> (acesso em 3/12/05)

Secretaria de Estado da Saúde MG. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Normalização da Atenção à Saúde. Coordenadoria Estadual de DST/AIDS. *Dados da AIDS em Minas Gerais – 1982 – 2004*, Governo Estadual de Minas Gerais, 1º Dezembro 2004a

Secretaria de Estado da Saúde MG. Valores creditados para o Estado de Minas Gerais. Repasse Fundo a Fundo. 2004b.
<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/transferencias/munic3.cfm?estado=MG> (acesso em 19/12/2005)

SESC: Mesa Brasil Sesc-Segurança Alimentar e Nutricional. Programa Alimentos Seguros. Convênio CNC/CNI/SENAI/ANVISA/SESI/SEBRAE, *Banco de Alimentos e Colheita Urbana: Organização e controle de almoxarifado.* Rio de Janeiro: Sesc/DN, 2003. 20 pág.

Souza Neves, L.A. *Prevenção da transmissão vertical do HIV/aids: compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas.* Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto [Tese de mestrado].Ribeirão Preto, 2005

Tabelas de Crescimento Ponderal NCHS (National Center for Health Statistics), de meninos e meninas, 2005. <http://www.cdc.gov/nchs/about.htm> (acesso em 22/09/2005)

Tunala, L.G. *Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV.* Rev. Saúde Pública, Ago. 2002, vol.36, no.4, supl, p.24-31.

UNICEF. *Dados da Aids na América Latina e Caribe*, 2005, http://www.unicef.org/brazil/campanha_aids5.htm (acesso 20/11/2005)

Villa, T.C.S, Pelá, N.T.R. *Aleitamento materno e suplementação alimentar.* Bol Of Sanit Panam 106 (2), 1989.

Vinhas DCS, Rezende LPR, et all, *Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas*, Revista Eletrônica de Enfermagem, v.06, nº 01, p. 16-24, 2004. www.fen.ufg.br. (acesso em 5/12/2005)

Vitolo, M.R. *Nutrição da Gestação a Adolescência*. São Paulo, Ed. Reichmann e Affonso Editores, 2003

Wendo, C. *Mães soropositivas estão dependentes da amamentação*. Rev. Lancet, vol. 362, N° 9383, p. 542, 2003

Wu, H.E. *Infección por virus de inmunodeficiencia humana en la mujer y en el niño*. Rev. chil. infectol.Santiago, 2000, vol.17, no.4, p.287-288.

12. ANEXOS

Anexo 1: Recomendações da FAO/OMS para composição nutricional das Fórmulas Infantis

Recomendações da FAO/OMS para composição nutricional das fórmulas infantis

Recomendações CODEX ALIMENTARIUS FAO/OMS para fórmulas infantis (por 100kcal)							
NUTRIENTES	MEDIDA	MÍNIMO	MÁXIMO	NUTRIENTES	MEDIDA	MÍNIMO	MÁXIMO
GORDURAS TOTAIS	g	3,3	6	VITAMINA D	UI	40	
PROTEÍNAS	g	1,8	4	VITAMINA E	UI	0,7	
CARBOIDRATO	g	NE	NE*	VITAMINA K1	mcg	4	
SÓDIO	mg	20	60	VITAMINA C	mg	8	
POTÁSSIO	mg	80	200	TIAMINA (B1)	mg	0,04	
CLORETO	mg	55	150	RIBOFLAVINA (B2)	mg	0,06	
CÁLCIO	mg	50	NE*	NIACINA (PP)	mg	0,25	
FÓSFORO	mg	25	NE*	VITAMINA B6	mg	0,035	
MAGNÉSIO	mg	6	NE*	ÁCIDO FÓLICO	mcg	4	
VITAMINA A	UI	250	500	ÁCIDO PANTOTÊNICO	mg	0,3	
FERRO	mg	0,15	NE*	MANGANÊS	mcg	5	
IODO	mcg	5	NE*	VITAMINA B12	mcg	0,15	
COBRE	mg	0,06	NE*	BIOTINA	mcg	1,5	
ZINCO	mg	0,5	NE*	COLINA	mg	7	

* NE = Não Especificado

Fonte: Codex Alimentarium Commission Joint FAO/WHO Food Standards Programme. Codex Standard for Infant Formula (CODEX STAN 72-1981). In: Codex Alimentarius vol.4 , Ed. 2 FAO/WHO. Rome, 1994

Anexo 2: Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento: Contexto, subdimensões, indicador/critério, pontuação das categorias que compõem o indicador e pontuação máxima a ser distribuída.

Contexto Político Organizacional, subdimensão Programação e Planejamento.

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 550
1. Repasse MS - Fundo a Fundo		Total parcial = 50
1.1. O repasse é suficiente para a compra da FL para as crianças atendidas?		Pontos = 20
Sim	10	
Não	20	
1.2. Complementação de recursos para compra da FL		Pontos = 20
<20% do valor do repasse	20	
de 20 a 40% do valor do repasse	10	
> 40 % do valor do repasse	0	
1.3. Autonomia para transferência de recursos de outras ações de DST/SIDS para compra da FL		Pontos = 10
Sim	10	
Não	5	
Parcial	0	
2. Planejamento compra da fórmula Láctea (FL)		Total parcial = 50
Planejado	50	
Planejado parcialmente	20	
Não Planejado	0	
3. Licitação e compra da FL (soma dos itens)		Total parcial = 50
3.1. É feita licitação?		Pontos = 12,5
Licitação para compra FL	12,5	
Licitação parcial	6	
Não é feita licitação	0	
3.2. Programação		Pontos = 12,5
Licitação programada	12,5	
Licitação programada parcialmente	6	
Licitação não programada	0	
3.3. Problemas durante a licitação		Pontos = 12,5
Sim	0	
Eventualmente	6	
Não	12,5	
3.4. Compra efetivada no prazo determinado		Pontos = 12,5
Sim	12,5	
Eventualmente	6	
Não	0	
4. Recepção do produto (soma dos itens)		Total parcial = 50
4.1. Programação para recepção do produto		Pontos = 25
Sim	25	
Eventualmente	10	
Não	0	
4.2. Manutenção dos prazos		Pontos = 25
Sim	25	
Eventualmente	10	
Não	0	

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 550
5. Armazenamento (soma dos itens)		Total parcial = 50
5.1. Local adequado (S dos itens que se enquadram)		Pontos = 25
Altura prateleira ideal	5	
Ausência de umidade	5	
Não exposição ao sol	5	
Sem contato com o chão	5	
Sem proximidade com produtos tóxicos	5	
5.2. Registro de fluxo (entrada e saída)		Pontos = 5
Existe registro	5	
Não existe registro	0	
5.3. Condições do produto (S dos itens que se enquadram)		Pontos = 20
Dentro do prazo de validade (>90 dias)	10	
Prazo de validade crítico (89 a 30 dias)	5	
Fora do prazo de validade (< 30 dias)	0	
Embalagem íntegra	10	
Alteração na embalagem*1	0	
Violação da embalagem	0	
5. Programação da distribuição da FL para o CTR/DIP		Total parcial = 50
Sim	50	
Eventualmente	20	
Não	0	
6. Treinamento / capacitação RH (soma dos itens)		Total parcial = 50
6.1. Programa de treinamento/capacitação		Pontos = 10
Sim	10	
Eventualmente	5	
Não	0	
6.2. Treinamentos programados		Pontos = 10
Sim	10	
Eventualmente	5	
Não	0	
6.3. Frequência dos treinamentos		Pontos = 10
Anual	5	
Semestral	8	
Trimestral	10	
Outros	5	
Não existe programação	0	
6.4. Nº de treinamentos realizados / nº programado X 10*2		Pontos = 10
< 5	2	
≤ 5 a < 7	6	
≤ 7 a 10	10	
6.5. Nº profissionais treinados / nº de profissionais		Pontos = 10

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 550
atuantes X 10*2		
< 5	2	
≤ 5 a < 7	6	
≤ 7 a 10	10	
7. Monitoramento (soma dos itens)		Total parcial = 50
7.1. Realização das metas programadas		Pontos = 25
Sim	25	
Parcialmente	15	
Não	10	
7.2. Metas realizadas / metas programadas X 10*2		Pontos = 25
< 5	10	
≤ 5 a < 7	15	
≤ 7 a 10	25	
8. Atendimento a população (soma dos itens)		Total parcial = 50
8.1. Atende a população não residente de BH (RM)		Pontos = 30
Sim	10	
Não	30	
8.2. Existe recurso para atender a população não residente		Pontos = 20
Sim	20	
Não	10	
9. Mecanismo de planejamento para o atendimento da população excedente		Total parcial = 50
Consortício entre municípios	10	
Repasse de recursos	50	
Outros	30	
Não existe	0	
10. Reflexo do atendimento a outras populações sobre a atividade de distribuição de FL		Total parcial = 50
Não interfere	50	
Interfere positivamente	30	
Interfere negativamente	10	

Contexto Externo, subdimensão Oferta de serviços de saúde e Dados sócio-demográficos.

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 200
1. Oferta de serviços de saúde e cobertura pré-natal geral		Total parcial = 50
1.1. N° de atendimentos pré-natal, 7 ou mais BH/ N° de atendimentos pré natal, 7 ou mais MG		Pontos = 10
<1	2	
1	5	
>1	10	
1.2. População coberta pelo programa de AB BH / População coberta pelo programa AB MG		Pontos = 10
<1	2	
1	5	
>1	10	
1.3. N° de Procedimentos básicos por habitante BH / N° de Procedimentos básicos por habitante MG		Pontos = 10
<1	2	
1	5	
>1	10	
1.4. Valor Procedimentos Especializados/habitante (R\$) BH / Valor Procedimentos Especializados/habitante (R\$) MG		Pontos = 10
<1	2	
1	5	
>1	10	
1.5. Valor Procedimentos Alta Complexidade/habitante (R\$) BH / Valor Procedimentos Alta Complexidade/habitante (R\$) MG		Pontos = 10
<1	2	
1	5	
>1	10	
2. Atenção a criança em geral		Total parcial = 50
2.1. Imunizações, cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano BH / Imunizações, cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano MG		Pontos = 25
<1	15	
1	20	
>1	25	
2.2. Prevalência de desnutrição, em crianças menores de 2 anos, por 100 hab BH / Prevalência de desnutrição, em crianças menores de 2 anos, por 100 hab MG		Pontos = 25

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 200
<1	25	
1	20	
>1	15	
3. Oferta de serviços de saúde / Cobertura pré-natal HIV		Total parcial = 50
3.1.% de serviços que prestam atendimento pré natal a gestantes HIV / 10*2		Pontos = 20
< 5	10	
≤ 5 a < 7	15	
≤ 7 a 10	20	
3.2. Testagem para o vírus HIV como procedimento padrão no pré-natal		Pontos = 10
Sim	10	
Não	0	
Parcialmente implantado	5	
3.3.Disponibilidade do teste rápido na hora do parto		Pontos = 10
Sim	10	
Não	0	
Parcialmente implantado	5	
3.4. Serviços de saúde preparados para acolher a gestante soropositiva		Pontos = 10
Sim	10	
Não	0	
Parcialmente implantado	5	
4. Saneamento básico (soma dos itens)		Total parcial = 50
4.1. Fornecimento de água * ¹		Pontos = 20
<1	5	
1	10	
>1	20	
4.2. Esgoto sanitário * ²		Pontos = 20
<1	5	
1	10	
>1	20	
4.3. Lixo coletado * ³		Pontos = 10
<1	0	
1	5	
>1	10	

*¹ fornecimento de água = fornecimento de água BH/fornecimento de água MG

*² esgoto sanitário = esgoto sanitário BH/esgoto sanitário MG

*³ lixo coletado = lixo coletado BH / lixo coletado MG

Contexto Externo - Subdimensão Condição de soropositividade para o vírus HIV - vulnerabilidade.

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 200
1. Cidade de origem		Total parcial = 50
Nº de mães de BH atendidas/Nº total de mães atendidas x 10		
< 5	20	
< 5 a < 7	30	
< 7 a 10	50	
2. Diagnóstico		Total parcial = 50
Nº de mães com diagnóstico pré-natal ou pré-parto/Nº de mães atendidas		
< 0,4	10	
< 0,5 a 0,9	30	
1	50	
3. Informações sócio-econômicas		Total parcial = 50
3.1. Escolaridade		Pontos = 10
Nº de mães entrevistadas com ensino fundamental completo ou mais/ Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	2	
< 0,5 a 0,9	5	
1	10	
3.2. Trabalho e renda própria		Pontos = 10
Nº de mães entrevistadas com trabalho e renda própria/ Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	2	
< 0,5 a 0,9	5	
1	10	
3.3. Ajuda financeira ou em espécie		Pontos = 10
Nº de mães entrevistadas que recebem alguma ajuda/ Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	2	
< 0,5 a 0,9	5	
1	10	
3.4. Utilização transporte coletivo		Pontos = 10
Nº de mães entrevistadas que necessitam de transporte para ir ao CTR/ Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	10	
< 0,5 a 0,9	5	
1	2	
3.5. Condição de moradia		Pontos = 10
Nº de mães entrevistadas não pagam aluguel/ Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	2	

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 200
< 0,5 a 0,9	5	
1	10	
4. Apoio familiar após diagnóstico HIV+		Total parcial = 50
Nº de mães entrevistadas que receberam apoio familiar/ Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	10	
< 0,5 a 0,9	25	
1	50	

Contexto de Implantação, subdimensão Ações de distribuição e Acesso.

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 250
1. Dispensação, armazenagem e distribuição de FL		Total parcial = 50
1.1. Pedido / programação (entrega do mapa de distribuição)		Pontos = 10
Programada	10	
Não programada	0	
1.2. A quantidade de latas cobre a demanda do serviço		Pontos = 20
Sim	20	
Não	0	
1.3. Produto é entregue no prazo certo ou programado		Pontos = 20
Sim	20	
Não	0	
2. Armazenamento (soma dos itens)		Total parcial = 50
2.1. Local adequado (S dos itens que se enquadram)		Pontos = 25
Altura prateleira ideal	5	
Ausência de umidade	5	
Não exposição ao sol	5	
Sem contato com o chão	5	
Sem proximidade com produtos tóxicos	5	
2.2. Registro de fluxo (entrada e saída)		Pontos = 5
Existe registro	5	
Não existe registro	0	
2.3. Condições do produto (S dos itens que se enquadram)		Pontos = 20

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 250
Dentro do prazo de validade (>90 dias)	10	
Prazo de validade crítico (89 a 30 dias)	5	
Fora do prazo de validade (< 30 dias)	0	
Embalagem íntegra	10	
Alteração na embalagem*1	0	
Violação da embalagem	0	
3. Atendimento ambulatorial a criança		Total parcial = 50
3.1. Acesso das mães chegam ao serviço de atendimento do CTR/DIP		Pontos = 5
Encaminhamento por outra unidade	5	
Demanda espontânea	3	
3.2. Frequência com que as mães procuram o atendimento de puericultura	□	Pontos = 5
Menos de 30 dias	4	
A cada 30 dias	5	
A cada 2 meses	3	
A cada 3 meses ou mais	2	
3.3. Profissional de saúde (S dos itens)		Pontos = 10
Disponibilidade de pessoal	5	
Faltam profissionais para atendimento	0	
Atendimento com o mesmo médico	5	
Atendimento com médicos diversos	3	
3.4. Acompanhamento através do Cartão da Criança		Pontos = 5
Sim	5	
Não	0	
Em quase todas as crianças	3	
Em algumas crianças	2	
Não sei dizer	0	
3.5. Controle de vacinação de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde		Pontos = 5
Sim	5	
Não	0	
Em quase todas as crianças	4	
Em algumas crianças	3	
Não sei dizer	0	
3.6. Nº de crianças atendidas /nº de crianças inseridas no programa X 10*2		Pontos = 20
< 5	5	
≤ 5 a < 7	10	
≤ 7 a 10	20	
4. Distribuição de FL por criança		Total parcial = 50
4.1. Quantidade		Pontos = 20
10 latas / mês	20	

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 250
Menos que 10 latas / mês	10	
Mais que 10 latas mês	15	
4.2. Frequência com que a mãe vai ao serviço buscar a FL		Pontos = 10
Menos de 30 dias	5	
30 dias	10	
Mais de 30 dias	8	
4.3. Disponibilidade do produto para as mães		Pontos = 10
Sim	10	
Não	0	
As vezes	5	
Quase nunca	2	
Não sei dizer	0	
4.4. Fornecimento de FL complementar		Pontos = 5
Sim	5	
Não	0	
As vezes	3	
Quase nunca	2	
Não sei dizer	0	
4.5. Protocolo para distribuição as mães		Pontos = 5
Sim	5	
Não	0	
5. Treinamento/capacitação		Total parcial = 50
5.1. Treinamento para distribuição da FL para os profissionais do CTR/DIP		Pontos = 10
Sim	10	
Não	0	
5.2. Treinamento capacitação da mãe - preparação de mamadeiras, higiene, etc		Pontos = 10
Sim	10	
Não	0	
5.3. Procedimento mais usual para instrução às mães (S dos itens)		Pontos = 10
Durante a consulta médica	2	
Distribuição de material educativo	2	
Treinamento em grupo	2	
Treinamento individual	2	
Outros	2	
5.4. Observada que a maioria das mães conseguem alimentar corretamente o bebê		Pontos = 10
Sim	10	
Não	0	

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 250
5.5. O profissional de saúde acredita no programa de distribuição de FL como forma de controle da transmissão vertical		Pontos = 10
Sim	10	
Não	0	

Contexto de Implantação, subdimensão Conhecimento - Mães.

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 250
1. Acesso ao tratamento		Total parcial = 50
1.1. Procedimento para ser inserido no programa		Pontos = 10
Nº de mães encaminhadas pelo serviço / Nº de mães entrevistadas		
< 1	5	
1	10	
1.2. Frequência você leva o bebê no CTR/DIP para atendimento de puericultura		Pontos = 20
Nº de mães entrevistadas que leva a cada 30 dias / Nº de mães entrevistadas		
< 1	10	
1	20	
1.3. Frequência que vai ao CTR/DIP para pegar o leite		Pontos = 20
Nº de mães entrevistadas que pega a cada 30 dias / Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	2	
< 0,5 a 0,9	10	
1	20	
2. Conservação e manipulação da FL		Total parcial = 50
2.1. Observa a data de validade		Pontos = 10
Nº de mães entrevistadas que observa a data de validade / Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	2	
< 0,5 a 0,9	5	
1	10	
2.2. Mantém a lata bem fechada após uso		Pontos = 10
Nº de mães entrevistadas que fecha a lata / Nº de mães entrevistadas		

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 250
< 0,4	2	
< 0,5 a 0,9	5	
1	10	
2.3. Guarda a lata protegida do sol e umidade		Pontos = 10
Nº de mães entrevistadas que protege a lata / Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	2	
< 0,5 a 0,9	5	
1	10	
2.4. Guarda a colher medida (CM) na lata		Pontos = 10
Nº de mães entrevistadas que guarda na lata / Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	2	
< 0,5 a 0,9	5	
1	10	
2.5. Mede a FL nivelando o pó (CM rasa)		Pontos = 10
Nº de mães entrevistadas que nivela a colher / Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	2	
< 0,5 a 0,9	5	
1	10	
3. Cuidados na preparação da mamadeira		Total parcial = 50
3.1. Tipo de água *1		Pontos = 12,5
Nº de mães entrevistadas que usa a água corretamente/ Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	5	
< 0,5 a 0,9	9	
1	12,5	
3.2. Preparar a mamadeira com antecedência		Pontos = 12,5
Nº de mães entrevistadas que não prepara/ Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	5	
< 0,5 a 0,9	9	
1	12,5	
3.3. A mamadeira é esterilizada corretamente *2		Pontos = 12,5
Nº de mães entrevistadas que esteriliza/ Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	5	
< 0,5 a 0,9	9	
1	12,5	
3.4. Aproveitamento do leite caso o bebê não mame na hora		Pontos = 12,5
Nº de mães entrevistadas que não reutilizam/ Nº de mães entrevistadas		

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 250
de mães entrevistadas		
< 0,4	5	
< 0,5 a 0,9	9	
1	12,5	
4. Adequação da preparação, consumo e utilização		Total parcial = 50
4.1. Acrescenta maisena (farináceos) à FL		Pontos = 10
Nº de mães entrevistadas que utilizam complementação na FL/ Nº de mães entrevistadas	1	
< 0,4	10	
< 0,5 a 0,9	5	
1	2	
4.2. Divide a FL com outras crianças		Pontos = 10
Nº de mães entrevistadas que dividem a FL com outras crianças/ Nº de mães entrevistadas	0	
< 0,4	10	
< 0,5 a 0,9	4	
1	2	
4.3. FL é suficiente para a alimentação do bebê		Pontos = 30
Nº de mães entrevistadas que afirmam ser a quantidade de FL suficiente/ Nº de mães entrevistadas	5	
< 0,4	10	
< 0,5 a 0,9	20	
1	30	
5. Ministras e manipular corretamente a FL		Total parcial = 50
Nº de mães entrevistadas manipulando corretamente/ Nº de mães entrevistadas		
< 0,4	10	
< 0,5 a 0,9	25	
1	50	

*1 considerada água correta a que foi filtrada e fervida ou fervida.

*2 Considerada a esterilização pré-preparo da mamadeira ou após lavagem

Contexto de Implantação, subdimensão Puericultura.

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 150
1. Crescimento ponderal adequado		Total parcial = 50
Nº de crianças com crescimento adequado / Nº de crianças atendidas x 10*2		
< 5	10	
≤ 5 a < 7	30	
≤ 7 a 10	50	
2. Vacinação		Total parcial = 50
Nº de crianças com vacina em dia / Nº de crianças atendidas x 10*2		
< 5	10	
≤ 5 a < 7	30	
≤ 7 a 10	50	
3. Intercorrências médicas		Total parcial = 50
3.1. sem intercorrências		Pontos = 10
Nº de crianças sem intercorrência / Nº de crianças atendidas x 10		
< 5	2	
≤ 5 a < 7	6	
≤ 7 a 10	10	
3.2. anemia		Pontos = 10
Nº de crianças com anemia / Nº de crianças atendidas x 10		
< 5	10	
≤ 5 a < 7	6	
≤ 7 a 10	2	
3.3. outras intercorrências		Pontos = 10
Nº de crianças com outras intercorrências/ Nº de crianças atendidas x 10		
< 5	10	
≤ 5 a < 7	6	
≤ 7 a 10	2	
3.4. Situação geral		Pontos = 20
Nº de crianças que apresentaram intercorrências/ Nº de crianças atendidas x 10		
< 5	20	
≤ 5 a < 7	15	
≤ 7 a 10	10	

Contexto de Efeito ou Desempenho, subdimensão Crescimento ponderal.

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima S total máximo = 50
Crescimento ponderal adequado da criança exposta		Pontos = 50
Nº de crianças com crescimento adequado / Nº de crianças atendidas x 10*2		
< 5	10	
≤ 5 a < 7	30	
≤ 7 a 10	50	

Anexo 3: Coleta de dados prontuário – SAME

Planilha de coleta de dados em prontuário

Ano de atendimento

CTR/DIP _____

SAME - COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO – CRIANÇA EXPOSTA AO VÍRUS HIV Nº prontuário _____ data da coleta dos dados: _____/_____/2006					
Nome da criança: _____					
Nome da mãe: _____					
SEXO	Data NASCIMENTO	Tempo gestação (semanas)	Altura	Peso	PE (perímetro encefálico)
() MASC () FEM					
ACOMPANHAMENTO NA DIP					
	Data	Idade (meses ou semanas)	Altura	Peso	PE (perímetro encefálico)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
DADOS DE INTERCORRÊNCIA MÉDICA					
	Data	Idade	Vacinas	Intercorrências médicas	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
Observação: _____					

Anexo 4: Roteiro para Entrevista/Questionário com o Profissional de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde/BH

Data: _____/_____/_____ Profissional entrevistado: _____

Função: _____

1. Há quanto tempo está implantado o programa de redução da transmissão vertical através da distribuição da fórmula láctea infantil no Município de Belo Horizonte?
2. Como foi esta implantação?
3. Que tipo de cobertura/assistência é oferecida à mãe soropositiva para o vírus HIV?
4. Existe a obrigatoriedade da testagem para o vírus HIV durante a gravidez?
5. É um procedimento padrão?
6. É realizado em todos os atendimentos de pré-natal?
7. Existe a disponibilidade do teste rápido na hora do parto?
5. Quais são os serviços de referencia, em Belo Horizonte, para o atendimento do pré-natal e o parto?
6. Os serviços de saúde estão preparados para acolher a gestante soropositiva?
8. Se o serviço não está implantado, ou está parcialmente, o que falta para que este serviço preste plena assistência à gestante soropositiva?
9. Como é feito o repasse fundo a fundo para a compra da fórmula láctea?
10. Existe alguma programação, pelo MS, para liberação dos recursos? Como é feita?
11. É feito um planejamento para a compra do produto? Como é realizado?
12. Para a compra do produto é feita alguma licitação? Ela é programada? Como é feita? É comum ocorrerem problemas durante a licitação? Quais?
13. A compra é efetivada sempre no prazo determinado? Se não, como é feito o processo de compra?
14. Quais as maiores dificuldades enfrentadas durante o processo de compra?
15. Existe programação para recepção do produto? Os prazos são mantidos? Se não são mantidos plenamente, porque isso ocorre?
16. Existe programação para a distribuição da FL ao CTR/DIP? Como é feita?
17. Existe algum programa de treinamento e capacitação para os profissionais de saúde envolvidos no programa de distribuição de fórmula láctea? Se existe, como é feito este treinamento/capacitação? Com que frequência? Os treinamentos são programados? Direcionado a quais profissionais?
18. O programa de distribuição de FL possui algum planejamento de metas a serem cumpridas? Se existe, quais são? O que é feito para se alcançar as metas estabelecidas? Todas as metas programadas são realizadas? Qual a proporção entre programação e realização das metas? Porque isso acontece?
19. Quais as dificuldades sentidas para a implantação e manutenção do programa?
20. Quais as melhorias sugeridas para o programa?

Anexo 5: Questionário para Profissionais de Saúde - CTR/DIP

QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE - CTR/DIP

Nº _____

Sr(a) profissional:

o questionário abaixo refere-se à coleta de dados para a pesquisa “Avaliação da Implantação do Programa de Distribuição de Fórmula Láctea Infantil na Cidade de Belo Horizonte, MG: Estratégia de Redução da Transmissão Vertical através do Aleitamento Artificial”.

A SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE.

Seu nome não será divulgado de nenhuma forma, sendo respeitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome

Cargo _____ Ano de início na função no

CTR/DIP: ____/____/____

Data da resposta ao questionário: ____/____/2005

Não existem respostas certas ou erradas. Marque um X nas opções que mais se aproximam da realidade. Marque quantas respostas desejar.

Caso você tenha vontade de fazer algum comentário, use o espaço de 2 linhas deixadas em baixo de cada pergunta. O seu comentário é muito importante nesta pesquisa.

POR FAVOR, USE LETRA DE FORMA AO PREENCHER O QUESTIONÁRIO.

1. Como as mães chegam ao serviço de atendimento do CTR/DIP?
 encaminhamento por outra unidade. Qual? _____
 demanda espontânea
 outros. Por favor, descreva: _____
 não sei dizer
2. Com que frequência as mães procuram o atendimento de puericultura (atendimento médico ao bebê)?
 menos de 30 dias a cada 30 dias a cada 2 meses a cada 3 meses ou mais
3. Toda a criança atendida no serviço (CTR/DIP) faz acompanhamento através do Cartão da Criança?
 sim não em quase todas as crianças em algumas crianças não sei dizer
4. Toda a criança atendida no serviço (CTR/DIP) faz controle de vacinação de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde? Caso você necessite consultar as

orientações do Ministério da Saúde, o esquema de vacinação para crianças expostas está na última página deste questionário.

sim não em quase todas as crianças em algumas crianças não sei dizer

5. O crescimento ponderal da criança é o esperado (tamanho e peso para a idade)?
 sim não em quase todas as crianças em algumas crianças não sei dizer
6. Se as crianças não estão tendo o crescimento esperado, quais as causas que você atribui a esta dificuldade?
 dificuldades financeiras da família
 condições de moradia inadequadas
 condições de higiene no trato com o bebê inadequadas
 dificuldades na preparação da fórmula láctea
 ocorrência de doenças. Quais as mais comuns nas crianças atendidas pelo serviço?
 outros motivos. Quais? _____
 não sei dizer
7. Quantas latas de leite (fórmula láctea) são distribuídas à criança :
 5 6 7 8 9 10 11 12 13 não sei dizer
8. Você já recebeu alguma orientação ou treinamento da Secretaria Municipal de Saúde-BH para fazer a distribuição da quantidade de fórmula infantil, recomendada pelo Ministério da Saúde, para as mães atendidas no serviço? Comente sua resposta.
 sim não
9. De quanto em quanto tempo a mãe volta ao serviço para receber a fórmula láctea?
 menos de 30 dias a cada 30 dias mais do que 30 dias.

No caso da resposta anterior ter sido “mais do que 30 dias”, responda a questão abaixo:

10. Por favor, esclareça os motivos que, de acordo com sua experiência e observação, levam a mãe a demorar a pegar a fórmula láctea:

11. A mãe recebe treinamento para preparar as mamadeiras no CTR/DIP?
 sim não as vezes quase nunca não sei dizer

12. Este treinamento geralmente é dado por qual profissional?

13. Qual é a recomendação dado pelo profissional de saúde do CTR/DIP para o preparo das mamadeiras (quantidade de água, quantidade de colheres-medida, outras instruções)? Por favor, descreva a recomendação:

14. Caso seja dado algum tipo de instrução às mães, qual destes tipos se encaixa no procedimento mais usual:
- durante a consulta médica
 - distribuição de folhetos, material educativo para ser consultado em casa
 - treinamento em grupo com as mães e um profissional de saúde
 - treinamento individual com um profissional de saúde
 - outros. Quais? _____
15. Com que frequência as mães procuram o profissional de saúde ou o serviço para tirar dúvidas sobre a forma de preparar a mamadeira e usar a fórmula láctea:
- em toda a consulta com o bebê
 - somente na primeira consulta com o bebê
 - às vezes, durante a consulta com o bebê
 - estão sempre buscando o serviço para informações
 - raramente perguntam sobre a preparação da mamadeira
 - não sei dizer
 - _____) outros.
- Quais? _____
16. Além da instrução sobre como preparar a madeira, a mãe recebe alguma outra instrução sobre higiene e conservação da fórmula láctea (lata/embalagem) e como conservar as mamadeiras já preparadas?
- sim não as vezes quase nunca não sei dizer
17. Qual a(s) maior(es) dificuldade sentida e relatada pelas mães?
- não entendem as instruções dadas pelos profissionais
 - tem dificuldade em amamentar o bebê nos horários certos
 - tem dificuldades em preparar as mamadeiras
 - se sentem despreparadas para cuidar do bebê
 - não tem apoio familiar para cuidar do bebê
 - se sentem deprimidas por não poderem amamentar o bebê no seio
 - outras dificuldades. Quais? _____
18. Sempre que alguma mãe procura o serviço para receber a fórmula láctea, o produto está disponível para ser entregue à mãe?
- sim não as vezes quase nunca não sei dizer
19. Caso não esteja disponível, qual o motivo que você acredita que impediu a entrega da fórmula láctea? _____
20. Caso as mães necessitem de mais quantidade do produto, ele é fornecido pelo serviço?
- sim não as vezes quase nunca não sei dizer
21. Qual a exigência do serviço para que isso aconteça (entrega de mais quantidade de latas da fórmula láctea) ?
22. Qual é a alegação mais freqüente que a mãe faz para ir buscar mais quantidade de latas da formula láctea?
23. Você tem observado que a maioria das mães conseguem alimentar corretamente o bebê?
- sim não não sei dizer

Por favor, explique sua resposta:

24. Você, como profissional de saúde, acredita no programa de distribuição de fórmula láctea como forma de controle da transmissão vertical?

sim não não sei dizer

Por favor, explique sua resposta:

25. Quais as propostas que você faria para melhorar o programa de distribuição de fórmula láctea?

AS QUESTÕES ABAIXO REFEREM-SE AOS PROBLEMAS DE CONTROLE DE RECEPÇÃO, ESTOCAGEM E DISTRIBUIÇÃO DA FÓRMULA LÁCTEA.

SE VOCÊ NÃO TRABALHA DIRETAMENTE NESTA ÁREA, MAS TEM CONHECIMENTOS SOBRE ESTE PROCESSO DE TRABALHO, RESPONDA AS QUESTÕES QUE VOCÊ CONHECE. SUA OPINIÃO SERÁ MUITO IMPORTANTE E AJUDARÁ MUITO ESTA PESQUISA.

26. É feita alguma programação para o pedido da fórmula láctea junto à Secretaria Municipal de Saúde / SMS (quantidade de latas/mês)?

sim não não sei dizer

27. Com que prazo esta programação é entregue na Secretaria Municipal de Saúde - SMS?

28. O prazo estipulado é suficiente para que a programação de quantidade de latas a serem entregues para cobrir a demanda do serviço, seja realizada?

sim não não sei dizer

29. A quantidade de latas pedidas é respeitada?

sim não

30. Caso não seja, como o serviço faz para cobrir a falta do produto?

31. O produto é entregue no prazo certo ou estipulado?

sim não não sei dizer

32. A data de entrega é sempre a mesma ou não existe data fixada para entrega?

a data é sempre a mesma não existe data fixa

33. Se não existe data fixada para entrega, qual o motivo alegado pela SMS?

34. Qual o profissional do serviço que é responsável pela recepção e conferência do produto?

35. O produto é conferido na hora da entrega?
 sim não não sei dizer

36. Caso não esteja em condições adequadas, quais as providências são tomadas?

37. É comum a entrega de produtos que estejam fora das condições ideais de consumo (prazo de validade, embalagem adulterada, etc)?
 sim não não sei dizer

38. Onde o produto é estocado no serviço?

39. Existe um local próprio?
 sim não não sei dizer

40. Como é feito o controle da distribuição para as mães? Existe algum protocolo? ()
 sim não não sei dizer

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO. TODAS AS SUAS OPINIÕES AQUI FORNECIDAS SERÃO ANALISADAS E SERVIRÃO PARA UMA POSSIVEL MELHORIA DO PROGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DE FÓRMULA LÁCTEA E ATENDIMENTO À CRIANÇA EXPOSTA AO VIRUS HIV.

ANEXO do questionário:

Esquema de Vacinação pra crianças expostas ao vírus HIV (Ministério da Saúde: *Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em crianças*, 2004)

Idade (meses)	Vacina / n° da dose
0 (RN)	HepB (1), BCG
1	HepB (2)
2	DTP ou DTPa (1), Hib (1) VIP ou VOP (1), VP7 (1)
4	DTP ou DTPa (2), Hib (2) VIP ou VOP (2), VP7 (2)
6	DTP ou DTPa (3), Hib (3), Hep (3), VOP (3), Infl. (1), VP7 (3)

Abreviaturas:

HepB: hepatite B
 BCG: antituberculose
 DTP ou DTPa: difteria, tétano e pertussis acelular
 VIP: vacina injetável contra pólio

VOP: vacina oral contra a pólio
 VP7: vacina contra pneumococo 7-valente
 Hib: *Hemophilus influenzae* tipo b

Anexo 6: Questionário com as Mães

QUESTIONÁRIO COM AS MÃES

Nome: _____

Criança: _____ Data de nascimento da criança: _____ Sexo: _____

Data de nascimento da mãe: _____/_____/_____ Idade da mãe: _____

Prontuário n°: _____

Peso ao nascer: _____ altura ao nascer: _____

Peso atual: _____ altura atual: _____

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA DA MÃE:

1. Grau de escolaridade:
 analfabeto alfabetizado funcional ensino fundamental – 1° a 4° serie
 ensino fundamental completo 2° grau incompleto 2° grau completo
 3° grau incompleto 3° grau completo
Anos de estudo: _____
2. Está trabalhando fora de casa? sim não
3. Profissão: _____ Local trabalho: _____
4. Possui carteira assinada? sim não
5. Se estiver desempregada, está há quanto tempo?
 menos de 6 meses
 de 6 meses a 1 ano
 mais de 1 ano
 2 anos ou mais _____
6. Renda familiar (em salário mínimo). Valor: R\$ _____
 menos de 1 salário 1 salário 2 salários 3 salários mais de 3 salários
7. Renda individual (em salário mínimo). Valor: R\$ _____
 menos de 1 salário 1 salário 2 salários 3 salários mais de 3 salários
8. Situação civil atual:
 solteira casada viúva separada divorciada
9. Pessoas que residem na moradia: _____
10. Possui companheiro – marido/namorado? sim não
11. Moram juntos? sim não Há quanto tempo? _____
12. Ele (companheiro) trabalha? sim não profissão: _____
13. Ele (companheiro) trabalha de carteira assinada? sim não
14. Se ele (companheiro) estiver desempregado, está há quanto tempo?
 menos de 6 meses
 de 6 meses a 1 ano
 mais de 1 ano
 2 anos ou mais _____

15. Quem faz as despesas da casa?
 sozinha
 companheiro
 divide as despesas com o companheiro
 divide as despesas com outras pessoas. Quais? _____
16. Recebe alguma ajuda financeira? sim não
De quem? _____
17. Recebe algum outro tipo de ajuda? sim não
 alimento transporte outros _____
18. Recebe algum tipo de ajuda para o bebê? sim não
Qual? _____
19. Necessita de vale transporte para ir à DIP? sim não Quantos?
 1 transporte-2 vales
 2 transportes-4 vales
 mais de 2 transportes- mais de 4 vales
20. Quem fornece o vale transporte? _____
21. Quais as maiores dificuldades financeiras que você vem enfrentando ultimamente? _____
- TIPO DE RESIDÊNCIA:**
22. Qual o bairro onde mora? _____
23. Como é onde o lugar onde você mora?
 apartamento casa individual com quintal
 casa com quintal coletivo (varias casas dividindo o mesmo lote)
 casa sem quintal outro.
Explique: _____
24. A sua moradia é:
 própria
 alugada . Quem paga o aluguel? _____
 mora “de favor”. Com quem? _____
 outros. Quais? _____
25. Nº de cômodos na casa:
 1 quarto, cozinha, banheiro
 1 quarto, sala, cozinha, banheiro
 2 quartos, sala, cozinha, banheiro
 mais de 6 cômodos _____
26. Possui água encanada e esgoto sanitário? sim não
27. Quais os equipamentos domésticos e a quantidade disponível em casa:
 geladeira _____
 fogão _____
 chuveiro elétrico _____
 televisão _____
 rádio _____
 outros: _____

CONDIÇÃO DE SOROPOSITIVIDADE PARA O VÍRUS HIV

28. Há quanto tempo você recebeu o diagnóstico HIV+?
() diagnóstico no pré-natal ou parto
() 1 até 2 anos antes da gestação
() mais de 2 anos antes da gestação
29. Você teve aconselhamento antes e depois do teste? () sim () não
30. Recebeu algum tipo de apoio da família? () sim () não
Qual? _____
31. Faz uso de medicação? () sim () não
Quais? _____
32. Nos últimos 2 anos, sofreu alguma internação hospitalar (excetuando o parto)?
() não
() antes do parto _____
() depois do parto _____
33. Nos últimos 2 anos, sofreu alguma doença oportunista associada ao vírus HIV?
() sim () não
Quais? _____
34. Você sente alguns destes sintomas:
() desânimo
() tristeza
() alteração na fome (falta de apetite ou então comer descontroladamente)
() fraqueza física
() chorar sem motivo aparente
() não gostar de sair de casa
() sente dificuldade em conviver com amigos e familiares
() outros.
Quais? _____
35. Tem sentido algum tipo de desconforto ou mal-estar físico atualmente? () sim () não
Quais? _____
36. Este tipo de desconforto tem, de alguma maneira, prejudicado o seu dia-a-dia?
() sim () não Explique: _____
37. Existe alguma outra pessoa de sua família que é portadora do vírus HIV? () sim () não
Quem? _____
38. Caso você tenha outros filhos, algum é portador do vírus HIV? () sim () não
Qual a idade da criança? _____
39. Caso você tenha um companheiro, ele é portador do vírus HIV? () sim () não
Explique: _____

ACESSO AO TRATAMENTO

40. O que você fez para poder ser cadastrada no programa e receber as latas de leite para o bebê?
() foi encaminhada pela maternidade
() já era atendida no CTR/DIP

- () foi encaminhada no pré-natal () outros_____
41. Com que frequência você leva o bebê no CTR/DIP para consultas médicas de rotina?
() mensal - a cada 30 dias () bimensal - a cada 2 meses
() trimestral ou mais – mais de 3 meses () não me preocupo em levar o bebê ao médico
() vou, mas somente quando o bebê necessita, e não tenho controle certo das consultas
42. Com que frequência você vai ao CTR/DIP receber as latas de leite para o bebê?
() antes de completar 30 dias
() a cada 30 dias, nas consultas médicas do bebê
()
outros_____
43. Qual a sua sugestão que você daria para melhorar o serviço do CTR/DIP?_____

GESTAÇÃO

44. Já sofreu algum aborto? () sim () não
Em que ano?_____
- Quando ocorreu o aborto, o feto tinha quantas semanas de gestação?_____
45. N° de gestações:_____ N° de nascimentos:_____ N° de filhos vivos:_____
46. Qual o intervalo entre a última gestação e o parto atual?
() 2 anos ou mais () 1 ano () menos de 1 ano
47. Esta gestação foi desejada? () sim () não
Explique:_____
48. Fez o pré-natal? () sim () não
49. Quantas consultas você fez durante o pré-natal?
() 1 ou 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ou mais
50. Quando iniciou o pré-natal você estava com quantos meses de gestação?
() menos de 3 meses de gestação
() de 3 a 6 meses de gestação
() mais de 6 meses de gestação
51. Na maternidade você recebeu orientação para não amamentar? () sim () não
A orientação foi dada por quem?_____
52. Que tipo de procedimento foi usado em você para secar o leite?
() enfaixamento das mamas () medicação
() enfaixamento das mamas e medicação ()
outro_____
53. Como se sentiu sabendo que não poderia amamentar seu bebê?_____
54. Qual a reação da sua família ao saber que você não poderia amamentar?_____
55. Utilizou ou utiliza algum tipo de contraceptivo para evitar a gravidez?
() sim () não. Qual?_____
56. Deseja ter outros filhos? () sim () não
Explique:_____

CUIDADOS COM O BEBÊ

57. Número de filhos:

1 2 3 4 5 6 ou mais: _____

58. Número de filhos que moram com a mãe:

1 2 3 4 5 6 ou mais: _____

59. Idade dos filhos: _____

60. Em caso da mãe trabalhar fora de casa, com quem fica o(s) filho(s)?

mãe, sogra ou algum familiar vizinha ou pessoas próximas
 profissional – professoras, enfermeiras, etc
outro _____

61. Durante quantas horas/dia?

menos de 4 horas / dia 4 a 6 horas / dia 8 horas / dia mais de 8 horas / dia

62. Em que local?

no local de residência do bebê no local de residência da pessoa cuidadora (vizinha, etc)
 creche ou afins _____

63. A pessoa que cuida do bebê é paga pelo serviço? sim não

Quanto por mês? _____

64. Quem paga pelo trabalho desta pessoa?

mãe companheiro divide as despesas do bebê com o companheiro
 divide as despesas do bebê com outra pessoa. Quem? _____
 outra pessoa. Quem? _____

65. Você considera que os cuidados dados ao bebê pelo cuidador são adequados?

sim não

66. Seu bebê é vacinado de acordo com a recomendação do médico? sim não

67. Possui cartão da criança? sim não

68. Recebeu instrução na DIP para preparar a fórmula láctea para o bebê? sim não

Fornecida por quem (quando e onde)? _____

69. Outras informações sobre como aprendeu a manipular a fórmula láctea: _____

70. Quem faz a mamadeira enquanto a criança esta sob os cuidados de outra pessoa?

a mãe prepara em casa e leva a quantidade certa para o bebê
 o cuidador prepara a mamadeira na hora
 o cuidador prepara a mamadeira com antecedência, na quantidade certa para o bebê
 não sei dizer
 outros _____

71. O cuidador recebeu instruções de como preparar corretamente a mamadeira? sim não

Quem deu a instrução? _____

72. As instruções são seguidas no preparo? sim não não sei dizer

73. A mamadeira é sempre preparada com a fórmula láctea que você recebe na DIP?

sim não não sei dizer nem sempre

74. Sente alguma dificuldade em preparar a mamadeira? sim não não sei dizer

Qual? _____

75. Utiliza algum **outro tipo** de leite (diferente da fórmula láctea que você recebe na DIP) ou alimento na alimentação diária do bebê? () sim () não () não sei dizer
Qual? _____
Recomendado por quem? _____
Me explique como você prepara este leite: _____
76. Utiliza farinhas ou maisena para preparar a mamadeira? () sim () não () não sei dizer
Quais? _____
Recomendado por quem? _____
77. Como você prepara os outros tipos de alimentos para o bebê (se for o caso)? _____
78. O leite (fórmula láctea) que recebe do CTR/DIP **É SUFICIENTE** para alimentar o bebê durante 30 dias, sem que falte leite? () sim () não () não sei dizer
79. Se não é, quantas latas **A MAIS** de fórmula láctea você precisaria para alimentar o bebê durante 30 dias?
() 1 lata () 2 latas () 3 latas () 4 latas () 5 latas () 6 latas () 7 latas () 8 latas
() 9 latas () não sei dizer
80. Alguma vez **SOBROU** alguma lata da fórmula láctea que você recebeu, depois de 30 dias?
() sim () não () não sei dizer
81. O que você fez com este leite que sobrou? _____
82. Caso você tenha outros filhos, costuma dividir a formula láctea que recebe com as outras criança?
() sim () não () não sei dizer
Porque isso acontece? _____
83. Você acredita que o seu bebê esta recebendo a alimentação correta?
() sim () não () não sei dizer
84. O que poderia ser feito para melhorar o cuidado alimentar com o seu bebê?

CUIDADOS DE HIGIENE, CONSERVAÇÃO E PREPARO DA MAMADEIRA

85. Esteriliza a mamadeira, bicos e mamadeiras de água?
() não esterilizo () esterilizo após a lavagem
() esterilizo antes de preparar a mamadeira
() não sei esterilizar / não costumo fazer isso
Se você esteriliza, explique como faz isso: _____
86. Onde guarda a lata de leite em pó (fórmula láctea)?
() em local seco, sem umidade e sem luz do sol direta (armário ou similar)
() em local seco mas com luz do sol parcial (tipo prateleira, sem proteção)
() próximo a pias, locais de água, com umidade
() não tenho lugar fixo _____
87. Observa se a lata está bem fechada antes de guardar?
() verifico se esta bem fechada () não me preocupo em verificar () não sei dizer
88. Observa data de validade na embalagem?
() sim, observo a data de validade () não observo
() não sei onde fica a data de validade () não sei dizer
89. Como guarda a colher-medida?
() dentro da lata () junto com as vasilhas utilizadas pelo bebê

- () em qualquer lugar () não sei dizer
90. Você utiliza outros tipos de colheres para medir a quantidade de formula láctea que vai utilizar, além da colher-medida?
 () sim () não () às vezes. Qual colher? _____
91. Você nivela a colher medida ao preparar a mamadeira (colher-medida rasa)?
 () sim () não () às vezes () não sei dizer
92. Como é o tipo de água que você utiliza na preparação das mamadeiras?
 () fervida () filtrada () filtrada e fervida () da torneira
 () não me preocupo com isso, uso a água de qualquer jeito
 () não sei dizer
93. Quais os cuidados que você toma com a água ao preparar a mamadeira? _____
94. Quantas mamadeiras prepara de uma só vez?
 () 1 () 2 () mais de 3.
 Quantas? _____
95. Quanto tempo a mamadeira fica preparada antes de ser dada ao bebê?
 () dou na mesma hora () até 2 horas () até 4 horas () mais de 5 horas
96. Onde é guardada a mamadeira preparada, se não for utilizada imediatamente? _____

PARA RESPONDER AS QUESTÕES ABAIXO, OBSERVE O QUADRO QUE SERÁ MOSTRADO:

97. Quantas mamadeiras seu bebê toma durante o dia? _____ e à noite? _____
98. De quantas em quantas horas o seu bebê se alimenta, em média? _____
99. Qual o volume de leite que a criança amamenta, por mamada (D1)?
- | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (100 ml) | (150 ml) | (200 ml) | (250 ml) | (300 ml) |
100. Qual volume de água (D2)?
 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () não sei dizer
101. Quantas colheres medidas neste volume (D2)?
 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () não sei dizer
102. Após a mamada, quanto **sobra** de leite preparado, no fundo da mamadeira (D3)?
- | | | | | |
|---------|--------|---------|---------|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (vazio) | (50ml) | (100ml) | (150ml) | (200ml) |

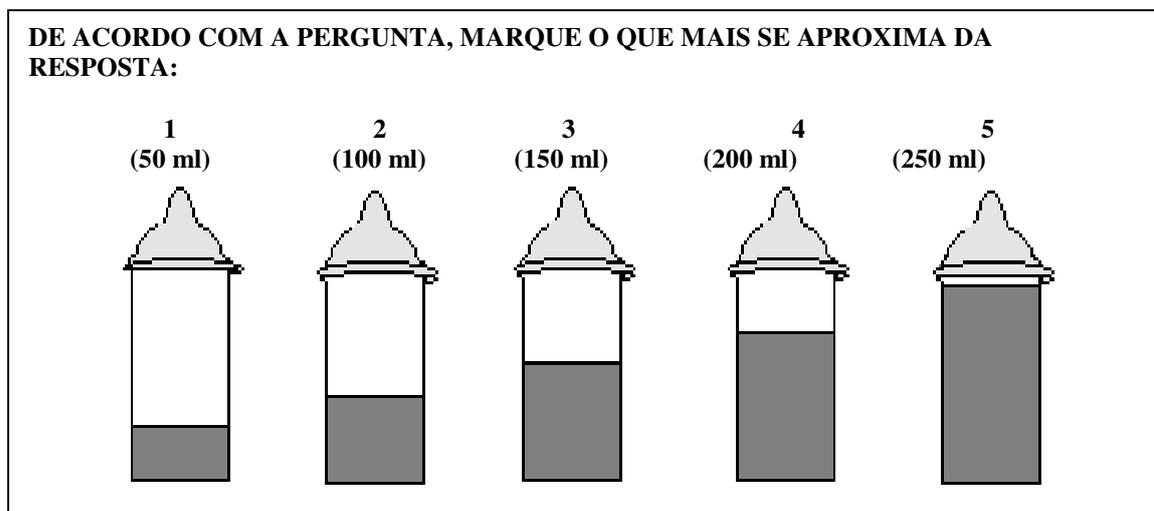
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

103. O seu bebê chora com frequência?
 () chora pouco, só quando tem fome () chora varias vezes no dia e eu não sei o porque
 () chora muito à noite, não me deixa dormir () não sei dizer
104. Qual o motivo do choro do bebê, você sabe? _____

105. Seu bebê já teve alguma doença? _____ Qual (is)? _____
106. Como percebe o desenvolvimento físico do seu bebê?
 magro e pequeno, queria que ele engordasse
 magro e comprido, queria que ele engordasse
 normal de peso, mas é pequeno
 normal de peso e de altura
 um pouco gordinho mas pequeno
 gordinho e comprido
 muito gordinho
107. Quando você compara o seu bebê com outros bebês da mesma idade, como você vê o desenvolvimento da sua criança?
 normal para a idade grande para a idade pequeno para a idade não sei dizer
108. Conte-me, o que é para você, fazer o aleitamento do seu bebê por meio do Bebelac: _____
109. Que expectativas tem do resultado do tratamento dele? _____
110. Qual a sua maior expectativa para o seu bebê? _____

**OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO,
ELA FOI MUITO IMPORTANTE NESTA PESQUISA.**

Quadro utilizado para que as mães referenciassem o consumo da FL pelo lactente.



Anexo 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Mães

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Avaliação da Implantação da Estratégia de Redução da Transmissão Vertical - Distribuição de Fórmula Láctea Infantil no Centro de Tratamento e Referência Orestes Diniz de Doenças Infecto-Parasitárias, CTR/DIP, na Cidade de Belo Horizonte, MG”.

Investigador: Maria Cristina Santiago

Local da Pesquisa: Centro de Tratamento e Referência Orestes Diniz de Doenças Infecto-Parasitárias, CTR/DIP, Belo Horizonte, MG.

Endereço e telefone do pesquisador responsável: Rua Vila Rica 837, bl 02, ap 301, bairro Padre Eustáquio, CEP: 30720-380, Tel (31) 3464-5589 / 9745-9509

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / Fiocruz: Rua Leopoldo Bulhões 1.480 – sala 314 Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 21.041-210, Tel: (XX21) 2598-2863

INFORMAÇÃO AO PACIENTE E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor peça aos responsáveis pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira participar. Você só deve participar do estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

PROPÓSITO DO ESTUDO

Este estudo pretende investigar se o programa de distribuição de fórmula láctea infantil para crianças expostas ao vírus HIV, que não podem amamentar naturalmente, tem contribuído para o pleno desenvolvimento da criança atendida. Pretende verificar, junto aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, profissionais de saúde do CTR/DIP e mães expostas ao vírus HIV/AIDS as condições de implantação do programa, a distribuição do leite, o atendimento à criança e à mãe e as condições de crescimento da criança em aleitamento artificial.

SELEÇÃO

A seleção das pessoas envolvidas será por livre participação, de acordo com interesse demonstrado. Serão convidados a participar todas as pessoas que direta ou indiretamente participam do programa de distribuição de fórmula láctea no Município de Belo Horizonte, profissionais e usuários.

PROCEDIMENTOS

- Será utilizada a metodologia de pesquisa “Estudo de Caso”, com coleta de dados qualitativos e quantitativos.

- Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário e/ou a uma entrevista, sendo esta com o uso de gravador. A gravação da entrevista só acontecerá após ser comunicado e autorizado pelo entrevistado.
- Não existem riscos físicos, morais ou outros agravos à pessoa associados à pesquisa.
- Os benefícios relacionados com a sua participação são a possível melhoria do programa, uma melhor distribuição da quantidade de leite fornecida e outros benefícios que podem ocorrer após a pesquisa.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Você pode decidir não participar no estudo. Uma vez que você decidiu participar do estudo, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se você decidir não continuar no estudo e retirar sua participação, você não será punido ou perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO

Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo.

PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:

O Investigador responsável pelo estudo irá coletar informações sobre você e a criança atendida. Em todos esses registros um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, e as Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade e nem a da criança não serão reveladas em qualquer circunstância.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome: _____

Mãe ou Responsável pela Criança: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/2005

Anexo 8: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Título do Projeto: “Avaliação da Implantação do Programa de Distribuição de Fórmula Láctea Infantil na Cidade de Belo Horizonte, MG: Estratégia de Redução da Transmissão Vertical através do Aleitamento Artificial”.

Investigador: Maria Cristina Santiago

Local da Pesquisa: Centro de Tratamento e Referência Orestes Diniz de Doenças Infecto-Parasitárias, CTR/DIP, Belo Horizonte, MG.

Endereço e telefone: Av. Brasil 84, sala 402
Tel (31) 3412-0507 / 9745-9509

INFORMAÇÃO AO PROFISSIONAL E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa com o objetivo de levantar dados para dissertação de tese de mestrado da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ.

O propósito deste documento é dar as informações necessárias sobre a pesquisa e participação voluntária dos informantes para coleta de dados.

PROPÓSITO DO ESTUDO

Este estudo pretende investigar se o programa de distribuição de fórmula láctea infantil para crianças expostas ao vírus HIV, que não podem amamentar naturalmente, tem contribuído para o pleno desenvolvimento da criança atendida. Pretende verificar, junto aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, profissionais de saúde do CTR/DIP e mães expostas ao vírus HIV/AIDS as condições de implantação do programa, a distribuição do leite, o atendimento à criança e à mãe e as condições de crescimento da criança em aleitamento artificial.

SELEÇÃO

A seleção das pessoas envolvidas será por livre participação, de acordo com interesse demonstrado. Serão convidados a participar todas as pessoas que direta ou indiretamente participam do programa de distribuição de fórmula láctea no Município de Belo Horizonte, profissionais e usuários.

PROCEDIMENTOS

- Será utilizada a metodologia de pesquisa “Estudo de Caso”, com coleta de dados qualitativos e quantitativos.
- Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário auto aplicado. O questionário será entregue e recolhido após preenchimento. Caso seja conveniente, será marcado dia e hora para o recolhimento e deverá ser entregue diretamente à pesquisadora responsável pela pesquisa.
- Não existem riscos físicos, morais ou outros agravos à pessoa associados à pesquisa.
- Os benefícios relacionados com a sua participação são as possíveis melhorias do programa, uma melhor distribuição da quantidade de leite fornecida e outros benefícios que podem ocorrer após a pesquisa.

PARTICIPACÃO VOLUNTÁRIA:

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Você pode decidir não participar no estudo. Uma vez que você decidiu participar do estudo, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento, sem que ocorra nenhum tipo de punição ou dano pessoal ou profissional.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO

Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo.

PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:

A Investigadora responsável pelo estudo irá coletar informações sobre a criança atendida no CTR/DIP. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, e as Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome: _____

Atividade: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/2005

Anexo 9: Pontuação na Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento

SÍNTESE DA PONTUAÇÃO OBSERVADA EM CADA CONTEXTO:

Dimensão	Subdimensão	Indicador / critério	Pontuação Máxima	Pontuação Observada
CONTEXTO POLÍTICO E ORGANIZACIONAL 62,7% REGULAR	Programação Planejamento	1. Repasse MS – Fundo a Fundo	50	25
		2. Planejamento compra da FL	50	50
		3. Licitação e compra da FL	50	50
		4. Recepção do produto	50	50
		5. Armazenamento	50	50
		6. Programação da distribuição da FL para o CTR/DIP	50	50
		7. Treinamento e capacitação RH	50	0
		8. Monitoramento	50	40
		9. Atendimento a população	50	20
		10. Mecanismo de planejamento para o atendimento da população excedente	50	0
		11. Reflexo do atendimento a outras populações sobre a atividade de distribuição da FL	50	10
		TOTAL	550	62,7% (345)
		CLASSIFICAÇÃO	REGULAR	
CONTEXTO EXTERNO 66,5% REGULAR	Oferta de serviços de saúde e Dados sócio-demográficos	1. Ofertas de serviço de saúde e cobertura pré-natal geral	50	42
		2. Atenção a criança em geral	50	30
		3. Oferta de serviços de saúde / Cobertura pré-natal HIV	50	50
		4. Saneamento básico	50	50
		TOTAL	200	86 % (172)
	CLASSIFICAÇÃO	ADEQUADO		
	Condição de soropositividade para o vírus HIV-vulnerabilidade	1. Cidade de origem	50	20
		2. Diagnóstico	50	30
		3. Informações sócio-econômicas	50	19
		4. Apoio familiar após diagnóstico HIV+	50	25
TOTAL		200	47 % (94)	
CLASSIFICAÇÃO	INADEQUADO			

Dimensão	Subdimensão	Indicador / critério	Pontuação Máxima	Pontuação Observada
CONTEXTO IMPLANTAÇÃO 76,5% REGULAR	Ações de distribuição e Acesso	1. Dispensação, armazenagem e distribuição de FL	50	50
		2. Armazenamento	50	35
		3. Atendimento ambulatorial a criança	50	50
		4. Distribuição de FL por criança	50	30
		5. Treinamento / capacitação	50	22
		TOTAL	250	74,1% (187)
	CLASSIFICAÇÃO		REGULAR	
	Conhecimento - Mães	1. Acesso ao tratamento	50	40
		3. Conservação e manipulação da FL	50	40
		3. Cuidados na preparação da mamadeira	50	39,5
		4. Adequação da preparação, consumo e utilização da FL	50	40
		5. Ministrando e manipular corretamente a FL	50	25
		TOTAL	250	73,8% (84,5)
	CLASSIFICAÇÃO		REGULAR	
	Puericultura	3. Crescimento ponderal adequado	50	50
		4. Vacinação	50	30
		3. Intercorrências médicas	50	46
		TOTAL	150	84 % (126)
CLASSIFICAÇÃO		ADEQUADO		
CONTEXTO EFETIVIDADE 100 % ADEQUADO	Crescimento ponderal	Crescimento ponderal adequado da criança exposta	50	50
		TOTAL	50	100 % (50)
		CLASSIFICAÇÃO		ADEQUADO

DETALHAMENTO DA PONTUAÇÃO OBSERVADA EM CADA CONTEXTO:

Contexto Político Organizacional: Programação e Planejamento

Dimensão	Pontuação	Pontuação observada	% Pontuação observada	Classificação
CONTEXTO POLÍTICO E ORGANIZACIONAL	S máximo	S observada	(S observada /S máximo) X 100	Adequado = 80 a 100% Regular = 60 a 79% Insuficiente = 50 a 59% Inadequado = < 50%
	550	349	63,45	REGULAR

Subdimensão	Fonte de informação	Coleta de dados
Programação e Planejamento	Responsável técnico SMS	Secundário / Banco de dados Registros gerais

Indicador/critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima (S=50)	Pontuação observada
1. Repasse MS - Fundo a Fundo		S = 50	25
1.1. O repasse é suficiente para a compra da FL para as crianças atendidas?		S = 20	20
sim	10		
não	20	20	
1.2. Complementação de recursos para compra da FL		S = 20	0
<20% do valor do repasse	20		
de 20 a 40% do valor do repasse	10		
> 40 % do valor do repasse	0	0	
1.3. Autonomia para transferência de recursos de outras ações de DST/SIDS para compra da FL		S = 10	5
sim	10		
não	5	5	
parcial	0		
2. Planejamento compra da fórmula Láctea (FL)		S = 50	50
Planejado	50	50	
Planejado parcialmente	20		
Não Planejado	0		
3. Licitação e compra da FL (soma dos itens)		S = 50	50
3.1. É feita licitação?		S = 12,5	12,5
Licitação para compra FL	12,5	12,5	
Licitação parcial	6		
Não é feita licitação	0		

Indicador/critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima (S=50)	Pontuação observada
3.2. Programação		S = 12,5	12,5
Licitação programada	12,5	12,5	
Licitação programada parcialmente	6		
Licitação não programada	0		
3.3. Problemas durante a licitação		S = 12,5	12,5
Sim	0		
Eventualmente	6		
Não	12,5	12,5	
3.4. Compra efetivada no prazo determinado		S = 12,5	12,5
Sim	12,5	12,5	
Eventualmente	6		
Não	0		
4. Recepção do produto (soma dos itens)		S = 50	50
4.1. Programação para recepção do produto		S = 25	25
Sim	25	25	
Eventualmente	10		
Não	0		
4.2. Manutenção dos prazos		S = 25	25
Sim	25	25	
Eventualmente	10		
Não	0		
5. Armazenamento (soma dos itens)		S = 50	50
5.1. Local adequado (S dos itens que se enquadram)		S = 25	25
Altura prateleira ideal	5	5	
Ausência de umidade	5	5	
Não exposição ao sol	5	5	
Sem contato com o chão	5	5	
Sem proximidade com produtos tóxicos	5	5	
5.2. Registro de fluxo (entrada e saída)		S = 5	5
Existe registro	5	5	
Não existe registro	0		
5.3. Condições do produto (S dos itens que se enquadram)		S = 20	20
Dentro do prazo de validade (>90 dias)	10	10	
Prazo de validade crítico (89 a 30 dias)	5		
Fora do prazo de validade (< 30 dias)	0		
Embalagem íntegra	10	10	
Alteração na embalagem*1	0		
Violação da embalagem	0		
5. Programação da distribuição da FL para o CTR/DIP		S = 50	50
Sim	50	50	
Eventualmente	20		

Indicador/critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima (S=50)	Pontuação observada
Não	0		
6. Treinamento / capacitação RH (soma dos itens)		S = 50	4
6.1. Programa de treinamento/capacitação		S = 10	0
Sim	10		
Eventualmente	5		
Não	0	0	
6.2. Treinamentos programados		S = 10	0
Sim	10		
Eventualmente	5		
Não	0	0	
6.3. Frequência dos treinamentos		S = 10	0
anual	5		
semestral	8		
trimestral	10		
outros	5		
não existe programação	0	0	
6.4. Nº de treinamentos realizados / nº programado X 10*2		S = 10	2
< 5	2	2	
≤ 5 a < 7	6		
≤ 7 a 10	10		
6.5. Nº profissionais treinados / nº de profissionais atuantes X 10*2		S = 10	2
< 5	2	2	
≤ 5 a < 7	6		
≤ 7 a 10	10		
7. Monitoramento (soma dos itens)		S = 50	40
7.1. Realização das metas programadas		S = 25	15
Sim	25		
Parcialmente	15	15	
Não	10		
7.2. Metas realizadas / metas programadas X 10*2		S = 25	25
< 5	10		
≤ 5 a < 7	15		
≤ 7 a 10	25	25	
8. Atendimento a população (soma dos itens)		S = 50	20
8.1. Atende a população não residente de BH (RM)		S = 30	10
sim	10	10	
não	30		
8.2. Existe recurso para atender a população não residente		S = 20	10
sim	20		

Indicador/critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima (S=50)	Pontuação observada
não	10	10	
9. Mecanismo de planejamento para o atendimento da população excedente		S = 50	0
consorcio entre municípios	10		
repasso de recursos	50		
outros	30		
não existe	0	0	
10. Reflexo do atendimento a outras populações sobre a atividade de distribuição de FL		S = 50	10
não interfere	50		
interfere positivamente	30		
interfere negativamente	10	10	

Contexto Externo: Oferta de serviços de saúde e Dados sócio-demográficos

Dimensão	Pontuação	Pontuação observada	% Pontuação observada	classificação
CONTEXTO EXTERNO	S máximo	S observada	(S observada /S máximo) X 100	Adequado = 80 a 100% Regular = 60 a 79% Insuficiente = 50 a 59% Inadequado = < 50%
	200	172	86	Adequado

Subdimensão	Fonte de informação	Coleta de dados
Oferta de serviços de saúde e dados sócio-demográficos	Responsável técnico SMS	Secundário / Banco de dados Registros gerais SMS

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
1. Oferta de serviços de saúde e Cobertura pré-natal geral		S = 50	42
1.1. N° de atendimentos pré natal, 7 ou mais BH/ N° de atendimentos pré natal, 7 ou mais MG		S = 10	10
<1	2		
1	5		
>1	10	pontuação = 1,25 = 10	
1.2. População coberta pelo programa de AB BH / População coberta pelo programa AB MG		S = 10	10
<1	2		

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
1	5		
>1	10	pontuação = 1,06 = 10	
1.3. N° de Procedimentos básicos por habitante BH / N° de Procedimentos básicos por habitante MG		S = 10	2
<1	2	pontuação = 0,77 = 2	
1	5		
>1	10		
1.4. Valor Procedimentos Especializados/habitante (R\$) BH / Valor Procedimentos Especializados/habitante (R\$) MG		S = 10	10
<1	2		
1	5		
>1	10	pontuação = 1,67 = 10	
1.5. Valor Procedimentos Alta Complexidade/habitante (R\$) BH / Valor Procedimentos Alta Complexidade/habitante (R\$) MG		S = 10	10
<1	2		
1	5		
>1	10	pontuação = 3,01 = 10	
2. Atenção a criança em geral		S = 50	30
2.1. Imunizações, cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano BH / Imunizações, cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano MG		S = 25	15
<1	15	pontuação = 0,94 = 15	
1	20		
>1	25		
2.2. Prevalência de desnutrição, em crianças menores de 2 anos, por 100 hab BH / Prevalência de desnutrição, em crianças menores de 2 anos, por 100 hab MG		S = 25	15
<1	25		
1	20		
>1	15	pontuação = 1,92 = 15	
3. Oferta de serviços de saúde / Cobertura pré-natal HIV		S = 50	50

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
3.1. % de serviços que prestam atendimento pré natal a gestantes HIV / 10*2		S = 20	20
o < 5	10		
o ≤ 5 a < 7	15		
o ≤ 7 a 10	20	pontuação = 10 = 20	
3.2. Testagem para o vírus HIV como procedimento padrão no pré-natal		S = 10	10
sim	10	10	
não	0		
parcialmente implantado	5		
3.3. Disponibilidade do teste rápido na hora do parto		S = 10	10
sim	10	10	
não	0		
parcialmente implantado	5		
3.4. Serviços de saúde preparados para acolher a gestante soropositiva		S = 10	10
sim	10	10	
não	0		
parcialmente implantado	5		
4. Saneamento básico		S = 50	50
4.1. Fornecimento de água *1		S = 20	20
<1	5		
1	10		
>1	20	pontuação = 1,21 = 20	
4.2. Esgoto sanitário *2		S = 20	20
<1	5		
1	10		
>1	20	pontuação = 1,38 = 20	
4.3. Lixo coletado *3		S = 10	10
<1	5		
1	10		
>1	20	pontuação = 1,28 = 10	

*1 fornecimento de água = fornecimento de água BH/fornecimento de água MG

*2 esgoto sanitário = esgoto sanitário BH/esgoto sanitário MG

*3 lixo coletado = lixo coletado BH / lixo coletado MG

Contexto Externo: Condição de soropositividade para o vírus HIV- vulnerabilidade

Dimensão	Pontuação	Pontuação observada	% Pontuação observada	classificação
CONTEXTO EXTERNO	S máximo	S observada	% (S observada /S máximo) X 100	Adequado = 80 a 100% Regular = 60 a 79% Insuficiente = 50 a 59% Inadequado = < 50%
	200	94	47	Inadequado

Subdimensão	Fonte de informação	Coleta de dados
Condição de soropositividade para o vírus HIV- vulnerabilidade	Mãe	Entrevista Observação

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
1. Cidade de origem		S = 50	20
N° de mães de BH atendidas/n° total de mães atendidas x 10			
< 5	20	resultado = 4,9 = 20	
< 5 a < 7	30		
< 7 a 10	50		
2. Diagnóstico		S = 50	30
N° de mães com diagnóstico pré natal ou pré-parto/n° de mães atendidas			
< 0,4	10		
< 0,5 a 0,9	30	resultado = 0,51 = 30	
1	50		
3. Informações socio econômicas		S = 50	19
3.1. Escolaridade		S = 10	5
N° de mães entrevistadas com ensino fundamental completo ou mais/ n° de mães entrevistadas			
< 0,4	2		
< 0,5 a 0,9	5	resultado = 0,6 = 5	
1	10		
3.2. Trabalho e renda própria		S = 10	2
N° de mães entrevistadas com trabalho e renda própria/ n° de mães			

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
entrevistadas			
< 0,4	2	resultado = 0,4 = 2	
< 0,5 a 0,9	5		
1	10		
3.3. Ajuda financeira ou em espécie		S = 10	2
Nº de mães entrevistadas que recebem alguma ajuda/ nº de mães entrevistadas			
< 0,4	2	resultado = 0,25 = 2	
< 0,5 a 0,9	5		
1	10		
3.4. Utilização transporte coletivo		S = 10	5
Nº de mães entrevistadas que necessitam de transporte para ir ao CTR/ nº de mães entrevistadas			
< 0,4	10		
< 0,5 a 0,9	5	resultado = 0,7 = 5	
1	2		
3.5. Condição de moradia		S = 10	5
Nº de mães entrevistadas não pagam aluguel/ nº de mães entrevistadas			
< 0,4	2		
< 0,5 a 0,9	5	resultado = 0,7 = 5	
1	10		
4. Apoio familiar após diagnóstico HIV+		S = 50	25
Nº de mães entrevistadas que receberam apoio familiar/ nº de mães entrevistadas			
< 0,4	10		
< 0,5 a 0,9	25	resultado = 0,5 = 25	
1	50		

Contexto de Implantação: Ações de distribuição e Acesso

Dimensão	Pontuação	Pontuação observada	% Pontuação observada	classificação
CONTEXTO IMPLANTAÇÃO	S máximo	S observada	% (S observada /S máximo) X 100	Adequado = 80 a 100% Regular = 60 a 79% Insuficiente = 50 a 59% Inadequado = < 50%
	250	187	74,8	REGULAR

Subdimensão	Fonte de informação	Coleta de dados
Ações de distribuição e Acesso	Responsável técnico CTR/DIP Profissionais de saúde CTR/DIP	Registros de recebimento, estocagem e dispensação Registros de prontuário / Questionário / Observação

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
1. Dispensação, armazenagem e distribuição de FL		S = 50	50
1.1. Pedido / programação (entrega do mapa de distribuição)		S = 10	10
Programada	10	10	
Não programada	0		
1.2. A quantidade de latas cobre a demanda do serviço		S = 20	20
sim	20	20	
não	0		
1.3. Produto é entregue no prazo certo ou programado		S = 20	20
sim	20	20	
não	0		
2. Armazenamento (soma dos itens)		S = 50	35
2.1. Local adequado (S dos itens que se enquadraram)		S = 25	10
Altura prateleira ideal	5	0	
Ausência de umidade	5	5	
Não exposição ao sol	5	0	
Sem contato com o chão	5	0	
Sem proximidade com produtos tóxicos	5	5	

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
2.2. Registro de fluxo (entrada e saída)		S = 5	5
Existe registro	5	5	
Não existe registro	0		
2.3. Condições do produto (S dos itens que se enquadram)		S = 20	20
Dentro do prazo de validade (>90 dias)	10	10	
Prazo de validade crítico (89 a 30 dias)	5		
Fora do prazo de validade (< 30 dias)	0		
Embalagem íntegra	10	10	
Alteração na embalagem*1	0		
Violação da embalagem	0		
3. Atendimento ambulatorial a criança		S = 50	50
3.1. Acesso das mães chegam ao serviço de atendimento do CTR/DIP		S = 5	5
encaminhamento por outra unidade	5	5	
demanda espontânea	3		
3.2. Frequência com que as mães procuram o atendimento de puericultura	<input type="checkbox"/>	S = 5	5
menos de 30 dias	4		
a cada 30 dias	5	5	
a cada 2 meses	3		
a cada 3 meses ou mais	2		
3.3. Profissional de saúde (S dos itens)		S = 10	10
Disponibilidade de pessoal	5	5	
Faltam profissionais para atendimento	0		
Atendimento com o mesmo médico	5	5	
Atendimento com médicos diversos	3		
3.4. Acompanhamento através do Cartão da Criança		S = 5	5

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
sim	5	5	
não	0		
em quase todas as crianças	3		
em algumas crianças	2		
não sei dizer	0		
3.5. Controle de vacinação de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde		S = 5	5
sim	5	5	
não	0		
em quase todas as crianças	4		
em algumas crianças	3		
não sei dizer	0		
3.6. Nº de crianças atendidas /nº de crianças inseridas no programa X 10*2		S = 20	20
< 5	5		
≤ 5 a < 7	10		
≤ 7 a 10	20	20	
4. Distribuição de FL por criança		S = 50	30
4.1. Quantidade		S = 20	10
10 latas / mês	20		
menos que 10 latas / mês	10	10	
mais que 10 latas mês	15		
4.2. Frequência com que a mãe vai ao serviço buscar a FL		S = 10	10
menos de 30 dias	5		
30 dias	10	10	
mais de 30 dias	8		
4.3. Disponibilidade do produto para as mães		S = 10	10
sim	10	10	
não	0		
as vezes	5		
quase nunca	2		
não sei dizer	0		
4.4. Fornecimento de FL complementar		S = 5	0
sim	5		
não	0	0	
as vezes	3		

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
quase nunca	2		
não sei dizer	0		
4.5. Protocolo para distribuição as mães		S = 5	0
sim	5		
não	0	0	
5. Treinamento/capacitação		S = 50	22
5.1. Treinamento para distribuição da FL para os profissionais do CTR/DIP		S = 10	0
sim	10		
não	0	0	
5.2. Treinamento capacitação da mãe - preparação de mamadeiras, higiene, etc		S = 10	0
sim	10		
não	0	0	
5.3. Procedimento mais usual para instrução às mães (S dos itens)		S = 10	2
durante a consulta médica	2	2	
distribuição de material educativo	2		
treinamento em grupo	2		
treinamento individual	2		
outros	2		
5.4. Observada que a maioria das mães conseguem alimentar corretamente o bebê		S = 10	10
sim	10	10	
não	0		
5.5. O profissional de saúde acredita no programa de distribuição de FL como forma de controle da transmissão vertical		S = 10	10
sim	10	10	
não	0		

Contexto de Implantação: Conhecimento - Mães

Dimensão	Pontuação	Pontuação observada	% Pontuação observada	classificação
CONTEXTO IMPLANTAÇÃO	S máximo	S observada	% (S observada /S máximo) X 100	Adequado = 80 a 100%
				Regular = 60 a 79%
				Insuficiente = 50 a 59%
				Inadequado = < 50%
	250	184,5	73,8	REGULAR

Subdimensão	Fonte de informação	Coleta de dados
Conhecimento - Mães	Mãe	Entrevista Observação

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
1. Acesso ao tratamento		S = 50	40
1.1. Procedimento para ser inserido no programa		S = 10	10
n° de mães entrevistadas encaminhada pelo serviço / n° de mães entrevistadas			
< 1	5		
1	10	resultado =1 = 10	
1.2. Frequência você leva o bebê no CTR/DIP para atendimento de puericultura		S = 20	20
n° de mães entrevistadas que leva a cada 30 dias / n° de mães entrevistadas			
< 1	10		
1	20	resultado =1 = 20	
1.3. Frequência que vai ao CTR/DIP para pegar o leite		S = 20	10
n° de mães entrevistadas que pega a cada 30 dias / n° de mães entrevistadas			
< 0,4	2		
< 0,5 a 0,9	10	resultado = 0,5 = 10	
1	20		

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
2. Conservação e manipulação da FL		S = 50	40
2.1. Observa a data de validade		S = 10	5
n° de mães entrevistadas que observa a data de validade / n° de mães entrevistadas			
< 0,4	2		
< 0,5 a 0,9	5	resultado = 0,6 = 5	
1	10		
2.2. Mantém a lata bem fechada após uso		S = 10	10
n° de mães entrevistadas que fecha a lata / n° de mães entrevistadas			
< 0,4	2		
< 0,5 a 0,9	5		
1	10	resultado = 1 = 10	
2.3. Guarda a lata protegida do sol e umidade		S = 10	10
n° de mães entrevistadas que protege a lata / n° de mães entrevistadas			
< 0,4	2		
< 0,5 a 0,9	5		
1	10	resultado = 1 = 10	
2.4. Guarda a colher medida (CM) na lata		S = 10	10
n° de mães entrevistadas que guarda na lata / n° de mães entrevistadas			
< 0,4	2		
< 0,5 a 0,9	5		
1	10	resultado = 1 = 10	
2.5. Mede a FL nivelando o pó (CM rasa)		S = 10	5
n° de mães entrevistadas que nivela a colher / n° de mães entrevistadas			
< 0,4	2		
< 0,5 a 0,9	5	resultado = 0,6 = 5	

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
1	10		
3. Cuidados na preparação da mamadeira		S = 50	39,5
3.1. Tipo de água *1		S = 12,5	9
n° de mães entrevistadas que usa água corretamente/ n° de mães entrevistadas			
< 0,4	5		
< 0,5 a 0,9	9	resultado = 0,7 = 9	
1	12,5		
3.2. Preparar a mamadeira com antecedência		S = 12,5	12,5
n° de mães entrevistadas que não prepara/ n° de mães entrevistadas			
< 0,4	5		
< 0,5 a 0,9	9		
1	12,5	resultado = 1 = 12,5	
3.3. A mamadeira é esterilizada corretamente *2		S = 12,5	9
n° de mães entrevistadas que esteriliza/ n° de mães entrevistadas			
< 0,4	5		
< 0,5 a 0,9	9	resultado = 0,9 = 9	
1	12,5		
3.4. Aproveitamento do leite caso o bebê não mame na hora		S = 12,5	9
n° de mães entrevistadas que não reutilizam/ n° de mães entrevistadas			
< 0,4	5		
< 0,5 a 0,9	9	resultado = 0,6 = 9	
1	12,5		
4. Adequação da preparação, consumo e utilização		S = 50	40
4.1. Acrescenta maisena (farináceos) à FL		S = 10	10
n° de mães entrevistadas que utilizam complementação na FL/ n° de mães entrevistadas	1		
< 0,4	10	resultado =	

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
		0,25 = 10	
< 0,5 a 0,9	5		
1	2		
4.2. Divide a FL com outras crianças		S = 10	10
n° de mães entrevistadas que dividem a FL com outras crianças/ n° de mães entrevistadas	0		
< 0,4	10	resultado = 0 = 10	
< 0,5 a 0,9	4		
1	2		
4.3. FL é suficiente para a alimentação do bebê		S = 30	20
n° de mães entrevistadas que afirmam ser a quantidade de FL suficiente/ n° de mães entrevistadas	5		
< 0,4	10		
< 0,5 a 0,9	20	resultado = 0,6 = 20	
1	30		
5. Ministras e manipular corretamente a FL		S = 50	25
N° mães entrevistadas manipulando corretamente/ n° de mães entrevistadas		S = 50	
< 0,4	10		
< 0,5 a 0,9	25	resultado = 0,5 = 25	
1	50		

*1 considerada água correta a que foi filtrada e fervida ou fervida.

*2 Considerada a esterilização pré-preparo da mamadeira ou após lavagem

Contexto Implantação: Puericultura

Dimensão	Pontuação	Pontuação observada	% Pontuação observada	classificação
CONTEXTO IMPLANTAÇÃO	S máximo	S observada	(S observada /S máximo) X 100	Adequado = 80 a 100% Regular = 60 a 79% Insuficiente = 50 a 59% Inadequado = < 50%
	150	126	84	Adequada

Subdimensão	Fonte de informação	Coleta de dados
Puericultura	Mãe	Entrevista Observação

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
1. Crescimento ponderal adequado		S = 50	50
1.1. N° de crianças com crescimento adequado / n° de crianças atendidas x 10*2		S = 50	
o < 5	10		
o ≤ 5 a < 7	30		
o ≤ 7 a 10	50	resultado = 8,9 = 50	
2. Vacinação		S = 50	30
2.2. N° de crianças com vacina em dia / n° de crianças atendidas x 10*2			
o < 5	10		
o ≤ 5 a < 7	30	resultado = 6,7 = 30	
o ≤ 7 a 10	50		
3. Intercorrências médicas		S = 50	46
3.1. sem intercorrências		S = 10	6
N° de crianças sem intercorrência / n° de crianças atendidas x 10			
o < 5	2		
o ≤ 5 a < 7	6	pontuação = 5,1 = 6	
o ≤ 7 a 10	10		
3.2. anemia		S = 10	10
N° de crianças com anemia / n° de crianças atendidas x 10			
o < 5	10	pontuação = 2,9 = 10	
o ≤ 5 a < 7	6		
o ≤ 7 a 10	2		
3.3. outras intercorrências		S = 10	10
N° de crianças com outras intercorrências/ n° de crianças atendidas x 10			
o < 5	10	pontuação = 1,8 = 10	
o ≤ 5 a < 7	6		
o ≤ 7 a 10	2		
3.4. Situação geral		S = 20	20

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
Nº de crianças que apresentaram intercorrências/ nº de crianças atendidas x 10			
o < 5	20	pontuação = 4,8 = 20	
o ≤ 5 a < 7	15		
o ≤ 7 a 10	10		

Contexto Efetividade: Crescimento ponderal

Dimensão	Pontuação	Pontuação observada	% Pontuação observada	classificação
CONTEXTO EFETIVIDADE	S máximo	S observada	% (S observada /S máximo) X 100	Adequado = 80 a 100%
				Regular = 60 a 79%
				Insuficiente = 50 a 59%
	50	50	100	ADEQUADO

Subdimensão	Fonte de informação	Coleta de dados
Crescimento ponderal	Responsável técnico CTR/DIP Profissionais de saúde CTR/DIP	Registros de prontuário

Indicador / critério	Pontuação das categorias que compõem o Indicador	Pontuação máxima	Pontuação observada
Crescimento ponderal adequado da criança exposta		S = 50	50
Nº de crianças com crescimento adequado / nº de crianças atendidas x 10*2		S = 50	50
o < 5	10		
o ≤ 5 a < 7	30		
o ≤ 7 a 10	50	resultado = 8,96 = 50	

Anexo 10: Normas gerais para armazenamento e estocagem regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

A fim de garantir a qualidade da produção, armazenamento, transporte e comercialização dos produtos alimentares, a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – normatizou e regulamentou procedimentos que visam manter a integridade e qualidade de todos os produtos de origem alimentar.

Dentre as normas de estocagem e armazenamento dos produtos alimentares, é preconizado e recomendado *¹:

- Manter o controle higiênico-sanitário do local de armazenamento;
- Temperatura local não deve ultrapassar a 26°C, no caso de alimentos secos;
- Local limpo, sem resíduos de sujeiras ou detritos de qualquer espécie, a fim de evitar a presença de insetos, roedores e pássaros;
- Uso de prateleiras e estrados de madeira (grade), a fim de que o alimento esteja acima do chão 25 cm, afastado da parede 10 cm e distante do teto 60 cm, a fim de possibilitar a circulação de ar. O alimento nunca deve estar em contato direto com o chão;
- As embalagens devem estar íntegras, a fim de se evitar possíveis contaminações;
- Produtos de fabricação mais antiga devem ser posicionados a fim de serem distribuídos prioritariamente;
- A data de validade deve ser observada. Alimentos com data de validade vencida devem ser descartados;
- Produtos alimentícios não devem ser estocados juntos a produtos químicos, de higiene e descartáveis em geral, a fim de se evitar possíveis contaminações;
- Não se devem armazenar os alimentos na presença de umidade, calor excessivo, luz solar direta, paredes com mofo ou sem conservação. A presença de qualquer uma destas variáveis podem alterar a qualidade do produto.

*¹: material pesquisado em: Mesa Brasil Sesc-Segurança Alimentar e Nutricional. Programa Alimentos Seguros. Convênio CNC/CNI/SENAI/ANVISA/SESI/SEBRAE, *Banco de Alimentos e Colheita Urbana: Organização e controle de almoxarifado*. Rio de Janeiro: Sesc/DN, 2003. 20 pág.

Anexo 11: Recomendações da FAO/OMS para composição nutricional das fórmulas infantis

Recomendações CODEX ALIMENTARIUS FAO/OMS para fórmulas infantis (por 100kcal							
NUTRIENTES	MEDIDA	MÍNIMO	MÁXIMO	NUTRIENTES	MEDIDA	MÍNIMO	M
GORDURAS TOTAIS	g	3,3	6	VITAMINA D	UI	40	
PROTEÍNAS	g	1,8	4	VITAMINA E	UI	0,7	
CARBOIDRATO	g	NE	NE*	VITAMINA K1	mcg	4	
SÓDIO	mg	20	60	VITAMINA C	mg	8	
POTÁSSIO	mg	80	200	TIAMINA (B1)	mg	0,04	
CLORETO	mg	55	150	RIBOFLAVINA (B2)	mg	0,06	
CÁLCIO	mg	50	NE*	NIACINA (PP)	mg	0,25	
FÓSFORO	mg	25	NE*	VITAMINA B6	mg	0,035	
MAGNÉSIO	mg	6	NE*	ÁCIDO FÓLICO	mcg	4	
VITAMINA A	UI	250	500	ÁCIDO PANTOTÊNICO	mg	0,3	
FERRO	mg	0,15	NE*	MANGANÊS	mcg	5	
IODO	mcg	5	NE*	VITAMINA B12	mcg	0,15	
COBRE	mg	0,06	NE*	BIOTINA	mcg	1,5	
ZINCO	mg	0,5	NE*	COLINA	mg	7	

* NE = Não Especificado

Fonte: *Codex Alimentarium Commission Joint FAO/WHO Food Standards Programme. Codex Standard for Infant Formula (CODEX STAN 72-1981). In: Codex Alimentarius vol.4 , Ed. 2 FAO/WHO. Rome, 1994*

Anexo 12: Municípios que compõem a RMBH

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baldim ▪ Belo Horizonte ▪ Betim ▪ Brumadinho ▪ Caeté ▪ Capim Branco ▪ Confins ▪ Contagem ▪ Esmeraldas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Florestal ▪ Ibirité ▪ Igarapé ▪ Itaguara ▪ Itatiaçu ▪ Jaboticatubas ▪ Juatuba ▪ Lagoa Santa ▪ Mário Campos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mateus Leme ▪ Matozinhos ▪ Nova Lima ▪ Nova União ▪ Pedro Leopoldo ▪ Raposos ▪ Ribeirão das Neves ▪ Rio Acima ▪ Rio Manso |
|---|--|---|

- | | | |
|------------------------|----------------------|--------------|
| ▪ Sabará | ▪ São José da Lapa | ▪ Vespasiano |
| ▪ Santa Luzia | ▪ Sarzedo | |
| ▪ São Joaquim de Bicas | ▪ Taquaraçu de Minas | |

Anexo 13: Recomendação de ingesta calórica de acordo com os parâmetros da curva de crescimento normal, NCHS, para meninos e meninas

Tabela 1: MENINAS – recomendação de ingesta calórica de acordo com os parâmetros da Curva de Crescimento Normal, NCHS, peso médio esperado por mês de vida (percentil 50) e ingesta calórica de 115 kcal/kg de peso/dia.

Idade (meses)	Peso médio esperado (kg)	kcal/dia ²	Medidas de leite/dia ¹	Gramas de leite/dia	Gramas de leite/ mês	Latas de leite / mês ³
0	3,200	368	16,5	73	2.190	4,9
1	4,200	483	21,5	95,8	2.875	6,4

2	5,00	575	25,6	114	3.423	7,6
3	5,600	644	28,7	127,8	3.833	8,5
4	6,200	713	31,8	141,5	4.244	9,4
5	6,800	782	34,8	155	4.650	10,3
6	7,200	828	38	164,3	4.928	10,9
Total						58

¹ A medida padrão de dosagem, vinculada na embalagem, é de 4,43 g.

² Cada 100g de pós de Nestogeno-1 corresponde a 504 kcal

³ Cada lata possui 450g de produto. Calculado para consumo em 30 (trinta) dias.

Tabela 2: MENINOS – recomendação de ingestão calórica de acordo com os parâmetros da Curva de Crescimento Normal, NCHS, peso médio esperado por mês de vida (percentil 50) e ingestão calórica de 115 kcal/kg de peso/dia.

Idade (meses)	Peso médio esperado (kg)	kcal/dia ²	Medidas de leite/dia ¹	Gramas de leite/dia	Gramas de leite/ mês	Latas de leite / mês ³
0	3,400	391	17,6	77,5	2.327	5,2
1	4,400	506	22,6	100,4	3.012	6,7
2	5,200	598	26,7	118,6	3.559	7,9
3	6,000	690	30,8	137	4.110	9,1
4	6,800	782	34,9	155,2	4.656	10,3
5	7,400	851	37,9	168,8	5.064	11,3
6	8,000	920	41	182,5	5.475	12,2
Total						62,7

¹ A medida padrão de dosagem, vinculada na embalagem, é de 4,43 g.

² Cada 100g de pós de Nestogeno-1 corresponde a 504 kcal

³ Cada lata possui 450g de produto. Calculado para consumo em 30 (trinta) dias.

Anexo 14: Valor nutricional e composição da fórmula infantil Nestogeno 1, primeiro semestre.

Valor nutricional e composição da fórmula infantil Nestogeno 1, primeiro semestre.

NUTRIENTES		Por 100g de pó	Por 100 kcal	Por 100 ml reconstituído
Valor Calórico	kcal/KJ	504/2100	100/418	67/280
Proteínas	g	13	2,58	1,73
Carboidratos	g	55,5	11	7,38
Gorduras	g	25,5	5,1	3,39
Ácido Linoléico	g	4,1	0,82	0,55

NUTRIENTES		Por 100g de pó	Por 100 kcal	Por 100 ml reconstituído
Ácido Linolênico	mg	533	105,8	71
Fibra Alimentar	g	0	0	0
Sais Minerais (cinzas)	g	3,0	0,6	0,4
Sódio	mg	190	38	25
Potássio	mg	610	121	81
Cloreto	mg	440	87	59
Cálcio	mg	475	94	63
Fósforo	mg	410	81	55
Magnésio	mg	43	8,5	6,0
Vitamina A	mcg RE	530	105	70
Vitamina D	mcg	7,6	1,5	1,0
Vitamina E	UI	6,0	1,2	0,8
Vitamina K1	mcg	40	8,0	5,4
Vitamina C	mg	50	10	6,7
Tiamina (B1)	mg	0,35	0,07	0,05
Riboflavina (B2)	mg	0,76	0,15	0,1
Niacina (PP)	mg	5,0	1	0,67
Vitamina B6	mg	0,38	0,075	0,05
Ácido Fólico	mcg	45	9,0	6,0
Ácido Pantotênico	mg	2,3	0,45	0,3
Vitamina B12	mcg	1,5	0,3	0,2
Biotina	mcg	11	2,2	1,5
Colina	mg	50	10	6,7
Inositol	mg	25	5	3,3
Taurina	mg	40	8	5,4
L-carnitina	mg	8,1	1,6	1,1
Ferro	mg	6,0	1,2	0,8
Iodo	mcg	76	15	10
Cobre	mg	0,3	0,06	0,04
Zinco	mg	3,8	0,75	0,5
Manganês	mcg	29	6	4
Ca/ P		1,2		
Ácido Linoléico/Linolênico		7,7		