



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA-UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA-PPGSC
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

SAMILA NATHALIA BISPO DE ALMEIDA

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO EM
UM MUNICÍPIO DA BAHIA

FEIRA DE SANTANA-BA
2015



SAMILA NATHALIA BISPO DE ALMEIDA

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO EM
UM MUNICÍPIO DA BAHIA

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

LINHA DE PESQUISA: Planejamento, Gestão e Práticas de saúde.

ORIENTADORA: Prof. Dra. Thereza Christina Bahia Coelho.

FEIRA DE SANTANA-BA
2015

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteadó

A451a Almeida, Samila Nathalia Bispo de
Avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro em um município da Bahia / Samila Nathalia Bispo de Almeida. – Feira de Santana, 2015.
135 f. : il.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

1. Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) – Avaliação - Bahia. 2. Anemia ferropriva. I. Coelho, Thereza Christina Bahia, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA

Data da aprovação: 04/04/2014

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.
Feira de Santana, Aprovada em Abril de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Dr^a Thereza Christina Bahia Coelho
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Prof^a Dr^a Micheli Dantas Soares
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia –UFRB

Prof^a Dr^a Silvone Santa Barbara da Silva Santos
Universidade Estadual de Feira de Santana– UEFS

Feira de Santana
2014

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a implantação do PNSF em um município baiano no período de 2005 a 2012, através de uma pesquisa avaliativa. Para que se possa chegar o mais próximo da apreensão da realidade da realidade do objeto foi utilizada tanto a abordagem quantitativa baseada na tríade estrutura-processo-resultado a qual foi sistematizada por Donabedian (1980), quanto a qualitativa, fundamentada na avaliação por triangulação de métodos (MYNAYO, 2008). Os achados da pesquisa foram divididos em dois artigos: 1) O Sistema de Informação do Programa nacional de suplementação de ferro e 2) Avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro em um município da Bahia. É inegável a importância do PNSF como uma das estratégias voltadas para controle e redução da anemia por deficiência de ferro no país, visto que suas ações propostas de suplementação e educação alimentar e nutricional devem resolver a principal causa dessa deficiência que é a quantidade insuficiente de ferro na dieta para satisfazer as necessidades nutricionais individuais. O presente estudo traz informações que permitem ter um diagnóstico do PNSF, considerando-se a diversidade de fontes utilizadas para obtenção dos dados e conclusão dos achados. Após quase uma década de criação nota-se que o mesmo não consegue atingir seu objetivo geral que é o de suplementar todas as crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto. Devido aos problemas encontrados e discutidos na estrutura e no processo de algumas das suas ações. Sugere-se, ainda, que novas e continuas avaliações governamentais e não governamentais sejam realizadas, no sentido de compreender melhor os fatores que comprometem a implementação efetiva do programa, e que sobretudo ajude na reorganização e aprimoramento do programa para que finalmente atinja o seu objetivo.

Palavras-chave: avaliação de programa, sistema de informação, suplementação de ferro, anemia ferropriva

ABSTRACT

The Iron-Deficiency Anemia (FA) has high prevalence in Brazil being associated with low birth weight, growth retardation, cognitive impairment and lower resistance to infections in children, and increased perinatal mortality in pregnant women. In response to this problem the National Program of Iron Supplementation (NPIS) created tools to record, evaluate and monitoring regularly and permanently, the process of establishing and implementing the three levels of the National Health System management and their results, forming what is called Management Module, which is nothing more than its Information System (IS). This article aimed to perform a descriptive and critique analysis of this system performance using as research outline the generation and use of data at the municipal level. The retrospective design used as the primary data interviews with health professionals, managers and users of the program, and as a secondary material, SI PNSF data and reports from the General Commission of Food and Nutrition, the state and municipal management, among other documents. The quality and relevance of the information was analyzed through the categories: completeness, reliability, timeliness, access, correction of goals and consistency of the information with the goals of health politics. Despite the SI have easily accessible data, the results showed errors in setting national goals and program coverage, in addition to wrong data input by local coordinators. Accessibility was also affected, disallowing the use of data for decision making at the local, intermediate and national levels. Finally, there was serious planning problems arising, at least in part, the institutional culture that underpins health practices and maintains the information as secret or as political and bureaucratic power resource. Studies and interventions towards the clearing and settlement of these issues could contribute to the improvement of health information systems, and in particular the PNSF, so as to allow the control and reduction of iron deficiency anemia in children and pregnant Brazilian women.

Key words: information systems, program, iron supplementation, anemia, iron-deficiency

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. OBJETIVOS.....	9
3. A CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO.....	10
3.1 Aspectos sobre anemia e suplementação de ferro.....	10
3.2 Aspectos sobre o programa nacional de suplementação de ferro.....	12
3.3 Aspectos sobre avaliação.....	15
4. METODOLOGIA.....	20
4.1. Tipo de estudo.....	20
4.1.3 Abordagem quantitativa - Avaliação da Estrutura, Processo e Resultado.....	22
4.1.2 Abordagem qualitativa.....	24
4.2 Lócus do Estudo.....	25
4.3 Sujeitos do Estudo.....	25
4.4 Método de análise.....	26
4.5 Questões éticas	27
5. RESULTADO.....	28
5.1 Artigo 1.....	49
5.2 Artigo 2.....	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICES.....	98
ANEXOS.....	130

1. INTRODUÇÃO

A anemia por deficiência de ferro é considerada a carência nutricional de maior magnitude no mundo, com elevada prevalência em todos os segmentos sociais, acometendo principalmente o público materno-infantil, a saber: crianças menores de dois anos de idade, gestantes e puérperas. No Brasil, em virtude das altas prevalências e da estreita relação com o desenvolvimento das crianças, é considerado um grave problema de saúde pública (WHO, 2008; BRASIL, 2008).

Segundo publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que envolveu a compilação de dados de 93 países de 1993 a 2005, cerca de 1,6 bilhão de pessoas (24,8% da população mundial) é acometida pela anemia, sendo crianças em idade pré-escolar as mais afetadas (47,4%). As maiores proporções foram encontradas na África (47,5-67,6%) e o maior número de pessoas no sudeste da Ásia (315 milhões). Nessa publicação da OMS, o Brasil apresentou a anemia como um problema de saúde pública de intensidade moderada para gestantes e grave para pré-escolares (WHO, 2008).

De fato, estimativas calculadas em uma iniciativa do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mostraram prevalência de 40,8% de anemia na América Latina a partir de dados coletados após a década de 1990 (UNICEF, 1999).

A dosagem de hemoglobina entre crianças brasileiras menores de seis anos e mulheres em idade fértil não grávidas, em todas as regiões do país, mostrou uma prevalência de anemia em crianças de 20,9% e de 29,4% em mulheres, segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde/2006. Para crianças, observou-se que a Região Nordeste apresentava a maior prevalência (25,5%) e a Norte, a menor (10,4%), sendo as crianças com idade inferior a 24 meses (24,1%), as mais acometidas quando comparadas às crianças com idades entre 24 e 59 meses (19,5%). No caso das mulheres, e em especial de mulheres negras, também a região nordeste apresentou maior prevalência, quase 40% (BRASIL, 2008).

De acordo com a revisão sistemática de Ferraz (2011) estudos brasileiros regionais têm registrado um aumento na prevalência e na gravidade da anemia ferropriva nos últimos 30 anos, independentemente da região estudada ou do nível socioeconômico das amostras. Na década de 70, a prevalência dessa deficiência entre menores de 5 anos era, aproximadamente,

de 23%; na década de 80 chegava a 35% em amostra representativa da cidade de São Paulo. Atualmente, cerca de 45% a 50% das crianças brasileiras apresentam anemia por deficiência de ferro, que deve então ser classificada como problema de saúde pública grave. Quando consideramos a deficiência de ferro com ou sem anemia, esses números podem chegar a mais de 70%.

Devido à associação entre o ferro e a morbimortalidade materno-infantil, os diversos organismos internacionais estimulam programas de prevenção e controle desta deficiência. A OMS, desde 2001, preconiza três estratégias de intervenção: a fortificação de alimentos com ferro e ácido fólico, a suplementação universal de ferro e ácido fólico para grupos de maior vulnerabilidade e a educação e orientação nutricional, as quais foram ratificadas pelo Ministério da Saúde - MS (WHO, 2001; WHO, 2006; WHO, 2012).

Na verdade, já em 1999, o Brasil havia firmado o “Compromisso Social para a Redução da Anemia por Carência de Ferro no Brasil”, assinado por diversos setores signatários na cidade de Aracaju (BRASIL, 1999). E, no mesmo ano, a anemia por carência de ferro no Brasil foi priorizada pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN, com a instituição da diretriz: Prevenção e Controle dos distúrbios e doenças nutricionais (BRASIL, 2003).

Segundo avaliações estabelecidas desse compromisso, estimativas de prevalência desta anemia mostram que ela acarreta custo anual para a economia brasileira de US\$ 605 milhões em tratamento e perdas de produtividade e de dias de trabalho, e de US\$ dois bilhões em consequência dos baixos rendimentos escolares. Com um investimento anual de US\$ 0,06 por habitante para a execução de ações integradas de combate a esta deficiência pode-se minimizar substancialmente o problema. Tais ações incluem: 1) a promoção de alimentação saudável; 2) orientação do indivíduo para a diversificação da dieta de baixo custo; 3) distribuição de suplementos alimentares na rede de saúde; e 4) fortificação com micronutrientes de parte da produção brasileira das farinhas de milho e trigo (BRASIL, 1999).

Com base no compromisso firmado e na diretriz do PNAN, foi instituído pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 730, de 13 de maio de 2005 o Programa Nacional de Suplementação de Ferro – PNSF, tendo por objetivo prevenir e reduzir a Anemia Ferropriva - AF mediante a suplementação universal de crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a

partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto em todo o território nacional (BRASIL, 2005).

A prevenção, o tratamento e a redução da prevalência de anemia ferropriva ainda representa desafio para os gestores e profissionais de saúde, sendo que segundo a OMS (2001) essa deficiência é uma das entidades nosológicas de descrição mais antigas na medicina e, provavelmente, uma das mais difundidas na humanidade, tendo conotação de pandemia, devido sua alta prevalência e distribuição.

No Brasil a necessidade de se realizar avaliações em saúde está definida tanto na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080 em diversos capítulos, como na própria portaria 730/2005 de criação do PNSF considerando que avaliação deve ser realizada tanto no âmbito federal como pelos estados e municípios e ainda conveniar-se aos Centros Colaboradores e de Referência em Alimentação e Nutrição, bem como com instituições de ensino e pesquisa com conhecimento técnico. O Art. 9º da portaria 730/2005 especifica ainda que a avaliação de impacto do PNSF deve contemplar a análise de sua eficácia, eficiência, efetividade e seus efeitos a curto, médio e longo prazo (BRASIL, 1990; BRASIL, 2005).

A avaliação de políticas e programas é essencial em saúde pública, pois contribui para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e previne o desperdício de recursos com a implantação de programas ineficazes (VAUGHAN, 2004). Vieira-da-Silva (2005) discute que a avaliação deve ser incorporada como componente do processo de planejamento devido às novas responsabilidades municipais com a descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se como uma atividade capaz de subsidiar as tomadas de decisão. Ou seja, a avaliação pode responder às necessidades dos serviços de saúde a partir da utilização das informações geradas sejam aplicadas para a gestão das políticas, programas ou serviços.

Dessa forma, considera-se que o presente estudo apresenta relevância por se constituir em tema pouco pesquisado, uma vez que poucos estudos que avaliem o Programa Nacional de Suplementação de Ferro foram identificados, mesmo depois de passados quase uma década da sua instituição pela Portaria n.º 730, de 13 de maio de 2005, levando este trabalho a se nortear pela seguinte questão: Como as ações do Programa Nacional de Suplementação de Ferro têm sido desenvolvidas no âmbito municipal?

2. OBJETIVO

-Avaliar a implantação do PNSF em um município baiano no período de 2005 a 2012.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO

3.1 Aspectos sobre o ferro, anemia e suplementação de ferro

O ferro é um dos micronutrientes mais estudados e melhor descritos na literatura, desempenhando importantes funções no metabolismo humano, tais como transporte e armazenamento de oxigênio nas hemácias, reações de liberação de energia na cadeia de transporte de elétrons, conversão de ribose a desoxirribose, co-fator de algumas reações enzimáticas e inúmeras outras reações metabólicas essenciais (COOK et. al., 1992).

No desenvolvimento da eritropoiese (processo de formação das hemácias), o ferro, o ácido fólico e a vitamina B12 são componentes essenciais; assim a carência de um ou mais desses nutrientes pode ser responsável pelo quadro anêmico de origem nutricional (TADDEI, et. al, 2011).

A UNICEF estimou que dentre as causas de anemia a deficiência de ferro alcança aproximadamente 90% de todos os tipos de anemias no mundo (UNICEF, 1999). Seguindo essa mesma lógica, a OMS (2001) estima que 95% dos casos de anemia relaciona-se com a deficiência de ferro e completa que cerca de 50% desses casos de anemia acontecem em função da deficiência de ferro determinada pelo baixo consumo ou pela baixa ingestão do ferro dietético (WHO, 2012).

A anemia nutricional pode ser definida como: *“um estado em que a concentração de hemoglobina do sangue é anormalmente baixa em consequência da carência de um ou mais nutrientes essenciais, qualquer que seja a origem dessa carência”* – considerando sexo, faixa etária, estado fisiológico e altitude. Podendo ser determinada por diversos fatores: pela deficiência de ácido fólico, ferro, vitamina B12 (que são componentes essenciais da eritropoiese), inflamação crônica, infecções parasitárias e doenças hereditárias (OMS, 2001).

A AF que é causada pela deficiência aguda de ferro na sua fase mais avançada, caracteriza-se tanto pela concentração escassa de hemoglobina e redução do hematócrito, como também pela diminuição ou ausência das reservas de ferro, baixa concentração férrica no soro e menor saturação da transferrina (UNICEF, 1999; OMS, 2001).

Dentre os fatores etiológicos e predisponentes para o desenvolvimento da AF estão: o consumo alimentar; a assistência a saúde; o estado nutricional; a morbidade e outros fatores socioeconômicos, culturais e biológicos; (TADDEI et. al, 2011).

As principais consequências da deficiência de ferro são: comprometimento do sistema imune, com aumento da predisposição a infecções; aumento do risco de doenças e mortalidade perinatal para mães e recém-nascidos; aumento da mortalidade materna e infantil; redução da função cognitiva, do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com repercussões em outros ciclos vitais; diminuição da capacidade de aprendizagem em crianças escolares e menor produtividade em adultos (BRASIL, 2013).

Além das repercussões biológicas a anemia traz consequências sociais e econômicas. As econômicas estão relacionadas ao incremento de custos tanto do setor público quanto do privado. Por um lado, há o gasto despendido nas medidas de redução dos níveis de prevalência de anemia e, por outro, acontece à perda financeira tanto pelas consequências sociais do incremento da morbimortalidade materno-infantil como pela redução da produtividade do indivíduo anêmico (BRASIL, 2013).

A OMS (2001) sugere três estratégias para a prevenção de deficiência de ferro em populações de risco: fortificação de alimentos (excelente custo-benefício), educação nutricional (elevado custo e a mais efetiva em longo prazo) e suplementação medicamentosa (resultados obtidos de forma mais rápida).

A suplementação medicamentosa profilática com sais de ferro é uma estratégia amplamente adotada em diversos países cuja alta prevalência da AF é considerada um grave problema de saúde pública (TADDEI et. al., 2011). Sua utilização tem a vantagem de produzir rápidas alterações no estado nutricional de ferro e é uma estratégia que pode ser direcionada especificamente aos grupos populacionais com maior risco de desenvolver essa doença (SHIBUKAWA et. al., 2008).

Com objetivo de combate a essa carência, em 2005, no Brasil, o MS criou o PNSF como alternativa para o público materno-infantil. Suas ações baseiam-se em duas estratégias: a educação nutricional e a suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico (BRASIL, 2005)

3.2 Aspectos do Programa Nacional de Suplementação de Ferro

Mesmo dispondo-se, atualmente, de inúmeras informações relativas à etiologia e à prevalência da anemia, esta continua persistindo como um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo, atingindo principalmente os grupos mais vulneráveis à carência de ferro que são as crianças e as gestantes, em função do aumento das necessidades desse mineral, decorrente da rápida expansão de massa celular vermelha e pelo crescimento acentuado dos tecidos nessas fases da vida (BRASIL, 2007).

Desde a Declaração de Alma Ata (DAA) em 1978 e as demais que a seguem (OTTAWA, 1986; ADELAIDE, 1988; SUNDSVALL, 1991; JACARTA, 1997; MÉXICO, 2000 e BANGKOK, 2005) os governos signatários devem formular ações para a promoção da saúde:

Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis (ALMA ATA, 1978).

Por este motivo, o PNAN integra a Política Nacional de Saúde (PNS), inserindo-se, ao mesmo tempo, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), passando a compor um conjunto de políticas de governo voltadas à compreensão e ao seguimento do Direito Humano universal à Alimentação e Nutrição Adequada (DHAA) tendo como propósitos: a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos o que deve ser aplicado seguindo as suas diretrizes (BRASIL, 2003).

O PNSF insere-se nas estratégias voltadas para o controle e redução por deficiência de ferro no Brasil e atende à diretriz n ° 5 da PNAN com a finalidade da prevenção e controle das carências nutricionais.

Além disso, a suplementação de ferro está inserida na agenda programática da atenção primária com relação às ações de alimentação e nutrição e deve ser realizada rotineiramente nas unidades de atenção básica de saúde que conformam a rede do SUS em todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2005).

Desse modo, o PNSF tem como objetivo prevenir e reduzir a prevalência de anemia por deficiência de ferro em crianças de 6 a 18 meses, gestantes e mulheres no pós-parto em todo o país. A partir da suplementação medicamentosa de sulfato ferroso em dose profilática para todas as crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto (BRASIL, 2013)

Nos objetivos específicos do programa encontram-se as seguintes ações: distribuir doses semanais de sulfato ferroso para crianças de 6 a 18 meses; distribuir doses diárias de sulfato ferroso e ácido fólico para gestantes; distribuir doses diárias de sulfato ferroso para mulheres no pós-parto e no pós-aborto; desenvolver atividades de orientação nutricional para as famílias acompanhadas no programa, com vistas a fomentar o consumo de alimentos ricos em ferro e hábitos alimentares saudáveis; controlar as formas moderadas e graves da anemia ferropriva; e avaliar o impacto da suplementação de ferro (BRASIL, 2013).

Os suplementos de ferro devem ser distribuídos, gratuitamente, às unidades de saúde que conformam a rede do SUS em todos os municípios brasileiros, de acordo com o número de crianças e mulheres que atendam ao perfil de sujeitos da ação do programa (BRASIL, 2013).

Motta et. al (2010), com objetivo de verificar o impacto do PNSF e a presença de anemia gestacional e na infância realizou um estudo transversal com crianças de 1 a 36 meses de idade atendidas em um Hospital Público de Santa Maria, RS, além das mães responsáveis pelas crianças. A coleta dos dados foi realizada a partir da aplicação de questionário às mães, de hemogramas solicitados pelo médico, e de procedimento de rotina do hospital que, posteriormente, foi analisado para diagnosticar a anemia. O contato com as UBS e a existência do PNSF nas UBS ou ESF foram verificadas por telefone. Observou-se maior prevalência de 63,75% de anemia. Variáveis como a menor idade da criança, a ocorrência de anemia gestacional e a eficiência do PNSF nas Unidades de saúde, foram fatores que influenciaram a presença dessa carência. Além disso, o estudo observou uma baixa adesão e

existência do PNSF nas unidades públicas de saúde. Tais condições alertam para maior comprometimento dos órgãos responsáveis e de todos os envolvidos no PNSF, para que o acompanhamento desse grupo de risco seja realizado de forma mais efetiva e de fato haja maior contribuição na prevenção e controle de deficiências nutricionais, neste caso, a anemia.

Azeredo et. al. (2011) com objetivo de avaliar a implantação do PNSF no município de Viçosa/MG e seu impacto em lactentes, atendidos pelas ESF realizou um estudo populacional, com intervenção profilática por 6 meses, de abordagem quantitativa. Sobre a implantação observou-se que o sistema de distribuição nem sempre foi acessível ao grupo prioritário e houve ausência de capacitação e motivação da maioria dos Agentes Comunitários de Saúde; sobre o grupo prioritário notou-se ausência de divulgação para promoção do PNSF, além de sensibilização e educação somente de parte das mães. Quanto ao suplemento as crianças tiveram baixa adesão e a dosagem não foi efetiva na prevenção da anemia.

Os programas de suplementação esbarram em uma série de fatores relevantes comprometendo, assim, sua efetividade. São problemas de ordem política, administrativa, econômica, envolvendo o planejamento, a gestão, a organização, fatores materiais e humanos, que envolvem, em última análise, interesses, motivações e crenças. Ademais o sulfato ferroso, escolhido como suplemento pelo seu baixo custo e razoável biodisponibilidade, provoca efeitos colaterais indesejáveis como náuseas, cólicas abdominais, obstipação e/ou diarreia, e sabor metálico característico (como a maioria dos sais de ferro) o que faz com que a rejeição à sua ingestão seja frequente (SZARFAC, 2010).

Em estudo sobre a reflexão das estratégias de controle da anemia em gestantes no Brasil Machado et. al (2010) chega a classificar o PNSF como um instrumento, ou ação de combate à deficiência de ferro e não como um Programa de Saúde Pública. Pautando-se na justificativa de que o mesmo não prevê um sistema de monitoramento e avaliação permanente que permita acompanhar o impacto dessa estratégia.

3.3 Sobre a Avaliação de Programas

A avaliação dos programas públicos surge após a Segunda Guerra Mundial, como resultado do papel que o Estado começa a desempenhar nas áreas: da educação, do social, do emprego, da saúde, dentre outras. Os primeiros profissionais a desenvolver métodos para analisar as vantagens e os custos destes programas foram os economistas. Entretanto, suas abordagens eram insuficientes para serem aplicadas nas áreas sociais e na educação. A avaliação seguiu, então, uma perspectiva interdisciplinar e insistindo nos aspectos metodológicos (Contrandriopoulos et al., 1997).

Segundo Furtado (2001) a avaliação, como campo conceitual, ainda não está bem definida. Os conceitos da área são utilizados de forma diferente e novos conceitos são criados frequentemente os quais redundam numa imensa diversidade tecnológica.

Thoenig (2000) descreve o termo “avaliação” como um meio de aperfeiçoar a capacidade de aprender a conduzir mudanças positivas e definir resultados alcançáveis nos campos da eficiência e eficácia pública. Em geral, é caracterizada como uma atividade focada na produção e análise de informações relevantes e pertinentes a respeito da relação entre os atos públicos, seus resultados e impactos.

A avaliação, desse modo, pode ser considerada uma atividade reservada a pesquisar os resultados de um curso de ação cujo ciclo de vida se encerra, com a finalidade de fornecer elementos para o desenho de novas intervenções ou para o aprimoramento de políticas e programas em curso, fazendo parte da prestação de contas e da responsabilização dos agentes estatais (FARIA, 2005).

Para Ala-Harja e Helgason (2000), a avaliação é uma ferramenta que busca fornecer informações sobre programas e organizações que contribuam para o aperfeiçoamento do processo de decisão e prestação de contas das políticas e programas públicos, mas não existe consenso sobre a definição de avaliação, levando alguns especialistas a cogitarem a possibilidade da perda da sua significação por completo. Outros autores ainda trazem conceitos mais específicos, como o de avaliação de programas de saúde, cujas várias denominações dadas pela literatura podem ser observadas no Quadro 1.

Quadro 1. Definições de avaliação de programa

AUTOR/ANO	DEFINIÇÃO
Hatry, 1980.	A avaliação é conceituada como a tentativa de determinar os efeitos do programa durante certo período, além disso, preocupa-se com a extensão em que tais resultados foram de fato derivados do programa em questão”.
Chelimsky, 1985.	“É a aplicação de métodos que seguem o rigor científico os quais avaliam o projeto do programa, sua implementação e eficácia”.
(Doing Evaluations, A Practical Guide. Ministério da Fazenda da Austrália, 1994)	Avaliar o programa é analisar de forma sistemática, com três objetivos: primeiro, assistir os gerentes e outros agentes de decisão na determinação da propriedade, eficiência e eficácia de um programa e segundo determinar os casos que justifiquem a necessidade de novos programas ou a extensão de um programa existente e em terceiro lugar, decidir quanto à manutenção dos níveis correntes de investimento de recursos, seu aumento, redução ou suspensão.
Mayne, 1994.	Uma avaliação de programa é solicitada por uma organização com o propósito de determinar a eficiência de funcionamento de um programa e concluir por seu aperfeiçoamento ou suspensão.
(Evaluating EU Expenditure Programmes. A Guide. Comissão Européia, 1997).	As avaliações devem conter, normalmente, elementos analíticos, sistemáticos, confiáveis, específicos e customizados.

Fonte: Elaborado a partir de Ala-Harja e Helgason (2000).

A avaliação em saúde segue os mesmos princípios da avaliação na área de gestão, em geral. Para Minayo (2004), avaliar é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinada proposta ou programa, e a forma como esta proposta ou programa é implementada, comparando a realidade com um padrão almejado.

Contrandriopoulos et al. (2002) diz que avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com objetivo de apoiar a tomada de decisões. Refere ainda, que este julgamento pode ser resultado da aplicação de normas (avaliação normativa) ou elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa):

Avaliar consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes,

posicionarem-se e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (p. 30).

Arretche (1998) traz a concepção de que a avaliação envolve, necessariamente, um julgamento, ou seja, atribuir um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação, uma análise a partir de uma concepção de justiça (implícita ou explícita). A autora, diferentemente de Contandriopoulos, chama à atenção para a inexistência da possibilidade de qualquer modalidade de avaliação ou da análise de políticas ser apenas instrumental, neutra ou técnica, além de alertar para a possível opção valorativa dos diferentes atores e interesses, os quais não devem ser confundidos com os resultados de pesquisa. Para que isso não aconteça, é necessário adequar os instrumentos de análise.

Segundo Cruz e Reis (2011) existem ainda inúmeras abordagens de como avaliar, sendo necessário identificar qual se torna útil para uma reflexão norteadora que possa agregar valores a processos sociais. Apesar do não consenso sobre o que é avaliação, é visível que seu conceito vem evoluindo a partir da agregação de outras definições, além disso, há algumas características comuns entre os vários conceitos: o julgamento sobre ações; a constituição de análises sistemáticas de componentes importantes de políticas e programas; a finalidade é o aprimoramento do que se avalia, ou seja, a análise dos resultados servirá para conduzir mudanças. Todos concordam, também, que qualquer decisão de gestores, planejadores, ou profissionais de saúde, deve ser acompanhada de conhecimento prévio e sólido sobre as instituições, programas e políticas.

Portanto, para avaliar programas e políticas de saúde será preciso compreender as etapas ou momentos, desde a formação da agenda, até a formulação, implantação e implementação das ações (Paim, 2006) e pensar a avaliação já antes de cada processo.

Enquanto estudioso do planejamento, Testa (1995), na sua obra “Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: o caso da saúde”, refere-se às estratégias programáticas como meio de se alcançar a implantação de uma política através da realização de um programa. Define programa como sendo um ordenamento de recursos que tem um destino

específico, com objetivo prefixado e sob uma condução normativa. Desta forma, existe precisão a respeito do que se quer fazer, sendo mais difícil cometer erros no desvio dos objetivos organizacionais, quando se realiza um cálculo prévio sobre o financiamento das ações levando em consideração: recursos a serem utilizados; custos que vão atrair a eficácia e a eficiência das ações a se realizar. Deve-se ainda conhecer e o estudar o problema e ver se as metas e prazos foram avaliados. Os atores sociais dos programas são os mesmos que fazem parte de uma instituição, sendo que no programa existe maior especificidade criando um ambiente interno de solidariedade que pode se sobrepor às contradições assinaladas no âmbito institucional.

Dentre os autores de avaliação em saúde, um dos pioneiros foi Avedis Donabedian, o qual é referencialmente utilizado na avaliação da qualidade em atenção a saúde. Sua teoria sistematiza sua apropriação da qualidade em termos de serviços, ações e programas de saúde (DONABEDIAN, 1991) com essa sistematização, outras proposições de avaliação foram criadas, porém agregando a tríade original de Donabedian.

A tríade estrutura-processo-resultado é amplamente utilizada na avaliação de programas de saúde, pois segundo Pereira (1995), apesar da divisão em etapas, o modelo proposto permite flexibilidade, sendo usual a dificuldade em diferencia-las. O próprio Donabedian esclarece essa dificuldade ressaltando que a distinção entre as três categorias surgem mais frequentemente quando se utiliza o referencial em avaliações não aplicadas ao âmbito clínico, para o qual foi originalmente desenhado (DONABEDIAN, 1992).

Alguns autores propõem formas de avaliação o referencial do Donabedian, questionando a linha de correlação entre a estrutura, o processo e o resultado. Segundo Pereira (1995) a estrutura diz respeito a todos os atributos materiais e organizacionais relativamente estáveis aos espaços das ações em saúde, a saber: profissionais de saúde, instalações físicas, equipamentos, veículos, normas e procedimentos, recursos financeiros, etc. Ou seja, as ações de saúde devem ter um mínimo de estrutura, nos seus mais variados aspectos para seu efetivo desenvolvimento (DONABEDIAN, 1980). Entretanto, o inverso nem sempre é verdadeiro, a existência de determinada estrutura não indica, por si só, que processo e resultados esperados serão atingidos (MANT, 2001; PEREIRA, 1995).

Já a avaliação do processo, inclui tudo o que os profissionais de saúde fazem para os indivíduos, bem como a habilidade com que realizam as tarefas, ou seja, determina como o programa realmente funciona (DONABEDIAN, 1990). E a avaliação de resultado, como o próprio nome já revela, identifica qual o impacto da ação desenvolvida pelo serviço de saúde, sendo este apresentado através de indicadores de saúde (morbidade, mortalidade, cobertura, entre outros), e pelo grau de satisfação do usuário.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para avaliar o Programa Nacional de Suplementação de Ferro em um município da Bahia, este estudo recorreu a uma pesquisa avaliativa.

A pesquisa avaliativa é um procedimento que permite fazer julgamento de uma intervenção utilizando métodos científicos (CONTANDRIOPOULOS, et. al., 2002). Para o ajuste deste conceito será adicionado à ampliação do conceito realizada por Vieira-da-Silva (2005) a qual substitui a palavra “intervenção” por “prática social”, por entender que a avaliação toma por objeto desde as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas com o trabalho, nos seus diversos âmbitos, o que envolve as intervenções sociais planejadas. Sendo a avaliação em questão do tipo formativa ou de processo a qual intrinsecamente fornece informação para melhorar uma intervenção.

Para que se possa chegar o mais próximo da apreensão da realidade do objeto foi utilizada tanto a abordagem quantitativa baseada na tríade estrutura-processo-resultado a qual foi sistematizada por Donabedian (1980), quanto a qualitativa, fundamentada na avaliação por triangulação de métodos (MYNAYO, 2008). Pois, de acordo com Minayo e outros (2005), a avaliação, considerada enquanto integração entre diferentes sujeitos necessita de uma abordagem subjetiva.

Ressalta-se que na abordagem qualitativa existe a ideia de que a focalização do seu objeto é de natureza subjetiva, o investigador não é neutro e a possibilidade de generalização e replicação dos resultados é inexistente, isto é, não há verdades universais e absolutas (TRIVIÑOS, 1992; DEMO, 1996; BOSI, 2004; SANTOS, 2006b; MINAYO, 2008). Passeron (1995) justifica essa não replicabilidade devido à impossibilidade da repetição integral das ações e relações sociais travadas por sujeitos e grupos num determinado contexto, uma vez que o objeto é tomado com configurações singulares. Além disso, existe o aspecto singular ao caminho interpretativo do pesquisador: o contexto de observação, os pontos de vista e a vivência do observador o que interfere no estudo (MINAYO, 2008).

Entretanto, para Bronfman e Castro (2003) a generalização qualitativa é possível, entretanto é distinta da numérica. Suas formas, a saber: conceitual ou analítica que é a construção de conceitos aplicáveis a outros sujeitos e grupos, ou seja, a padronização dos conceitos para aplicação nas variadas pesquisas e a por tipificações é o sentido comum, tomado como evidente, expresso na linguagem e reiterado regularmente por pessoas que pertencem a certo grupo sociocultural, revela as lógicas culturais, a ordem estabelecida e vigente para o grupo como um todo. Turato (2005) e Denis e Champagne (1997) apóiam esta posição e caracterizam a generalização qualitativa como conceitual, sendo dada a partir dos novos conhecimentos e pressupostos revistos, podendo ser aplicados em outros contextos de vivências semelhantes.

É necessário ressaltar, também, que nenhuma avaliação é neutra ou inócua, não sendo um processo autolimitado; muito menos, desprovida de intencionalidade. Ela carrega em si um componente político muito forte, pois, a depender do que se está avaliando e de quem avalia, os resultados da avaliação podem ser interpretados e divulgados de diferentes maneiras (SANTOS, et. al., 2012).

4.1.1 Abordagem quantitativa - Avaliação da Estrutura, Processo e Resultado.

Nesta proposta, o estudo da estrutura contempla as características mais estáveis do programa: objetivos, recursos físicos, materiais e humanos, assim como sua organização, com critérios e normas correspondentes. Atendendo ao conceito de Donabedian (1980), que entende por estrutura as características relativamente estáveis dos provedores da atenção, os instrumentos e recursos que têm ao seu alcance, e os lugares físicos e organizacionais de que necessita para proporcionar a atenção. O autor estabelece uma correlação em que a estrutura influencia no processo que, por sua vez, influencia nos resultados.

A estrutura envolve desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. Dentro dessa conceituação, cabem tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis quanto a qualificação profissional, qualidade do equipamento, existência de manutenção predial e de equipamentos, entre outros.

Assim, compararam-se os recursos financeiros, físicos, materiais e humanos, assim como sua organização, com critérios e normas correspondentes. A especificação dos recursos mínimos necessários tem como base as recomendações contidas em documentos oficiais do Ministério da Saúde, de acordo com a tabela abaixo.

Tabela 1. Relação da portaria de criação do programa e dos documentos que conformam o PNSF

DOCUMENTOS	
Portaria 730/ maio de 2005	Instituir o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva, mediante a suplementação universal de crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana gestacional e mulheres até o 3º mês pós-parto, com observância do Manual Operacional definido pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição.
PORTARIA Nº 430, DE 29 DE SETEMBRO DE 2008	Aprova o plano de trabalho de apoio às ações de saúde do(a) Fundação Oswaldo Cruz, com a finalidade de aquisição, produção e distribuição de medicamentos para atender ao programa nacional de suplementação de ferro.
Manual Operacional, 2005	Este manual é parte integrante do Programa Nacional de Suplementação, cujo objetivo é orientar coordenadores estaduais e municipais, além dos demais profissionais de saúde, para a implementação dos procedimentos necessários à operacionalização do referido programa.
MANUAL DO USUÁRIO, 2006	Este manual é parte integrante do Programa Nacional de Suplementação, cujo objetivo é orientar coordenadores a gerenciar a página de acompanhamento do PNSF.
Mapas de acompanhamento	- Anexo I- Ficha de acompanhamento individual: tem como objetivo o registro

	da distribuição - Anexo II - MAPA DE ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS: Este mapa tem como objetivo acompanhar o fornecimento do suplemento de ferro para crianças, gestantes e mulheres até o 3º mês pós-parto e até o 3º mês pós-aborto, de acordo com o manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. - Anexo III- CONSOLIDADO MENSAL DO ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS: Consolidado mensal de acompanhamento: instrumento de apoio para consolidar as informações de todas as unidades de saúde e/ou PSF do município e enviá-las ao nível estadual e federal.
RELATÓRIOS DE GESTÃO FEDERAL 2003 a 2011	O objetivo deste documento é relatar as ações desenvolvidas pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, no período de 2003 a 2010. Estando entre elas as concernentes ao PNSF. Além disso, os relatórios do nível estadual e municipal também serão utilizados.
RELATÓRIOS DE GESTÃO MUNICIPAL 2006 a 2012	O objetivo deste documento é relatar as ações desenvolvidas pela Coordenação municipal.
PLANO DE SAÚDE MUNICIPAL	O objetivo deste documento é planejar as ações de saúde do município estudado.

A dimensão processo compreendeu a análise do conjunto das atividades e intervenções desenvolvidas como a seleção da clientela, a distribuição dos suplementos e o relacionamento das agências responsáveis, na esfera federal ou estadual, com as agências locais e com os beneficiários.

A dimensão resultado, por outro lado, foi contemplada por uma avaliação dos seguintes elementos: cobertura; focalização adequada; desigualdade; controle social; assim como outros resultados esperados, conforme anunciado na estrutura dos programas. A avaliação dos resultados principais foi baseada nos objetivos gerais indicados na formulação do programa e vinculados, necessariamente, à avaliação da estrutura e do processo, como fatores que interferem nos resultados.

No Quadro 1 (Apêndice H), adaptado da metodologia de Santos (2012), se encontram os indicadores de acordo com a esfera municipal de gestão e sua respectiva pergunta avaliativa, o parâmetro e sua pontuação, e a fonte de investigação, de acordo com a estrutura o processo e o resultado.

4.1.2 Abordagem qualitativa

Para a abordagem qualitativa, por proporcionarem maior aproximação do objeto estudado, foram escolhidos os seguintes instrumentos:

- 1) Observação sistemática do PNSF- foi realizada com o intuito de compreender os componentes de estrutura, processo e resultados referentes a organização do programa. Com o subsídio do roteiro orientador (Apêndice H) a partir de condições pré-estabelecidas. Sendo elaborado com base nos documentos oficiais que normatizam o programa, na literatura científica da área e nos relatórios oficiais.
- 2) Pesquisa documental retrospectiva- contemplou o levantamento e a análise de todos os registros originais, relatórios e documentos oficiais disponíveis (portarias, formulários e manuais) sobre o programa investigado desde sua criação até o ano de 2012 — com a finalidade de estudar o histórico e a evolução do PNSF. Os dados requeridos para descrever o programa, bem como para avaliar determinados aspectos das estruturas e dos processos, foram coletados nas instituições municipais. Foram coletados os dados disponíveis de primeira mão, que não haviam recebido qualquer tratamento analítico (documentos oficiais, fichas, de comprovantes) e de segunda mão, que de alguma forma já haviam sido analisados (relatórios, tabelas). A análise foi realizada seguindo a cronologia de publicação e nível hierárquico de governo, com a posterior construção de matrizes para identificação do que deve ser contemplado em cada dimensão do programa: da estrutura, do processo e do resultado.
- 3) Entrevistas - com o objetivo de coleta de dados primários foram entrevistados os informantes-chave dos três níveis de gestão do programa (gestores, coordenadores, profissionais e usuários) envolvidos com a execução e/ou administração do programa, com a ajuda de roteiros (Apêndice A, B, C, D, E, F e G) e de gravador (para posterior transcrição e análise detalhada), após a aceitação do informante. Os roteiros, assim como os parâmetros avaliativos foram elaborados com base nos documentos oficiais que normatizam o programa, na literatura científica da área e nos relatórios oficiais.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre julho a novembro de 2013.

4.2 LOCUS DO ESTUDO

O município de Feira de Santana, o campo de investigação desse estudo, dista 108 km da capital do estado, situa-se no Centro-Norte baiano e ocupa uma extensão territorial de 1 344 km, com oito distritos, além da sede: Jaíba, Maria Quitéria (São José), Humildes, Tiquarucu, Bonfim de Feira, Jaguará e Ipuacu (Governador João Durval Carneiro). O fato de situar-se em importante entroncamento rodoviário favorece um intenso fluxo migratório (IBGE, 2010).

A cidade apresenta um clima quente e úmido e possui uma população de 556.642 habitantes, com predominância do sexo feminino, correspondendo a 292.643 mulheres, contra 263. 999 homens. Apresenta densidade demográfica de 359,23 hab/km² (IBGE, 2010).

Feira de Santana encontrava-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal desde março de 2004. Disponha de 148 estabelecimentos do SUS destes, setenta e duas (72) Equipes de Saúde da Família, sendo que dezenove (19) equipes estão localizadas na zona rural e cinquenta e três (53) na zona urbana, com cobertura de 50% do total do município (IBGE, 2009).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo estão divididos em três grupos de estudo. O sujeito do grupo I era o coordenador municipal, em 2012. Os sujeitos do grupo II eram trabalhadores municipais que faziam atendimento e suplementação de ferro dos beneficiários. O grupo III era formado por beneficiários do programa (responsáveis pelas crianças, gestantes e mulheres até o 3º mês pós-parto).

Quadro 1. Indivíduos participantes da pesquisa.

	SMS	UBS I	UBS II	UBS III
Grupo I	1			
Grupo II		1	1	1
Grupo III		3	3	3
Total	1	4	4	4

4.4 METODO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos coletados foram analisados pelo programa Microsoft Excel, versão 2007. As entrevistas foram transcritas, sistematizadas e categorizadas em matrizes de análises, de acordo com o conteúdo, do mesmo modo que o material oriundo da análise documental.

A Matriz I (Apêndice H), adaptada de Santos (2010) organizou as dimensões relativas às condições de produção das atividades, articulando-as a seus indicadores que possuem premissas e buscam responder a certas perguntas avaliativas, conforme parâmetros pré-definidos a serem alcançadas por meio da informação contida nas fontes primárias e secundárias de dados quantitativos e qualitativos. As dimensões estudadas foram:

1. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DO GESTOR
2. CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
3. SUPLEMENTO
4. INFORMAÇÃO EM SAÚDE
5. IDENTIFICAÇÃO DAS FAMILIAS E FORNECIMENTO DO SUPLEMENTO
6. ATIVIDADES EDUCATIVAS E ORIENTAÇÃO
7. AÇÕES DE VIGILANCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (VAN)
8. CONSTRUÇÃO DE PARCERIAS E ALIANÇAS
9. CONTROLE SOCIAL
10. DESCENTRALIZAÇÃO DO PROGRAMA
11. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A partir da avaliação por triangulação de métodos obteve-se a integração objetiva e subjetiva do processo de avaliação, incluindo os atores do PNSF não apenas como objetos de análise, mas, principalmente como sujeitos de autoavaliação. Já que, segundo Schutz (1982), ela integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o processo.

4.5 QUESTÕES ÉTICAS

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (BRASIL, 1998).

O Projeto de Pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UEFS (CEP-UEFS), para a apreciação deste projeto pelo comitê. Seguindo a resolução 466/2012, do Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, com o objetivo de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa, e ao Estado.

Antes de aplicar os instrumentos da pesquisa, o entrevistador explicou os objetivos da pesquisa, bem como a garantia da confidencialidade dos dados. Através do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G), foi obtida a anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais de risco e o incômodo que essa possa acarretar.

5 RESULTADOS

ARTIGO 1 – O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

Samila Nathalia Bispo de Almeida

Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

A Anemia Ferropriva (AF) se mantém com alta prevalência, no Brasil, estando associada a baixo peso ao nascer, retardo do crescimento, déficit cognitivo e baixa resistência a infecções, em crianças, e incremento da mortalidade perinatal em gestantes. Como resposta a este problema Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) criou ferramentas para registrar, avaliar e monitorar de forma periódica e permanente, o processo de implantação e implementação nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde e seus resultados, conformando o que se chama Módulo de Gerenciamento do PNSF, que nada mais é do que o seu Sistema de Informação (SI). Este artigo objetivou realizar uma análise descritiva e crítica sobre o desempenho deste sistema tendo como recorte a geração e uso dos dados no âmbito municipal. O desenho do tipo retrospectivo utilizou como dados primários entrevistas com profissionais de saúde, gestores e usuários do programa, e como material secundário, dados do SI do PNSF e relatórios da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, da gestão estadual e municipal, dentre outros documentos. Na análise da qualidade e pertinência da informação foram utilizadas as categorias: completude, confiabilidade, atualidade, acesso, fidedignidade, correção das metas, e coerência da informação com as metas e políticas vigentes. Apesar do SI dispor de dados de fácil acesso, os resultados apontaram erros no estabelecimento das metas e coberturas nacionais do programa e alimentação dos dados pelas coordenações locais. A acessibilidade também foi prejudicada impedindo a utilização dos dados para tomada de decisão tanto no nível local, intermediário e nacional. Por fim, observou-se sérios problemas de planejamento decorrentes, pelo menos em parte, da cultura institucional que alicerça as práticas de saúde e mantém a informação como segredo ou recurso de poder político e burocrático. Estudos e intervenções no sentido do esclarecimento e resolução destas questões poderão contribuir para o aprimoramento dos sistemas de informação em saúde, e em particular, do PNSF, de maneira a permitir o controle e redução da anemia por deficiência de ferro nas crianças e gestantes brasileiras.

Palavras-chave: sistema de informação, programa, suplementação de ferro, anemia ferropriva

ABSTRACT

The Iron-Deficiency Anemia (FA) has high prevalence in Brazil being associated with low birth weight, growth retardation, cognitive impairment and lower resistance to infections in children, and increased perinatal mortality in pregnant women. In response to this problem the National Program of Iron Supplementation (NPIS) created tools to record, evaluate and monitoring regularly and permanently, the process of establishing and implementing the three levels of the National Health System management and their results, forming what is called Management Module, which is nothing more than its Information System (IS). This article aimed to perform a descriptive and critique analysis of this system performance using as research outline the generation and use of data at the municipal level. The retrospective design used as the primary data interviews with health professionals, managers and users of the program, and as a secondary material, SI PNSF data and reports from the General Commission of Food and Nutrition, the state and municipal management, among other documents. The quality and relevance of the information was analyzed through the categories: completeness, reliability, timeliness, access, correction of goals and consistency of the information with the goals of health politics. Despite the SI have easily accessible data, the results showed errors in setting national goals and program coverage, in addition to wrong data input by local coordinators. Accessibility was also affected, disallowing the use of data for decision making at the local, intermediate and national levels. Finally, there was serious planning problems arising, at least in part, the institutional culture that underpins health practices and maintains the information as secret or as political and bureaucratic power resource. Studies and interventions towards the clearing and settlement of these issues could contribute to the improvement of health information systems, and in particular the PNSF, so as to allow the control and reduction of iron deficiency anemia in children and pregnant Brazilian women.

Key words: information systems, program, iron supplementation, anemia, iron-deficiency

INTRODUÇÃO

A Anemia Ferropriva (AF) mantém alta prevalência no Brasil e é responsável por grandes malefícios, estando associada ao retardo do crescimento, ao déficit cognitivo e à baixa resistência a infecções, em crianças, e ao baixo peso ao nascer e incremento da mortalidade perinatal, nas gestantes (WHO, 2001; VIEIRA, 2010). No público materno-infantil, a AF vem ocupando um lugar importante, tanto nos estudos epidemiológicos, quanto na pauta governamental, no que se refere à formulação e implantação de políticas e programas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). As diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) são seguidas pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) com vistas à garantia de condições de saúde adequadas à população brasileira.

Como parte do PNAN, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), instituído por meio da Portaria n.º 730, de 13 de maio de 2005 do Ministério da Saúde (MS), tem por objetivo prevenir a AF mediante a suplementação universal de ferro em crianças de 6 a 18 meses de idade, e de ferro e ácido fólico em gestantes, a partir da 20ª semana, e mulheres até o 3º mês pós-parto, em todo o território nacional. Os suplementos devem ser oferecidos rotineiramente nas unidades básicas de saúde (UBS) que integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2005).

O PNSF como forma de acompanhar e monitorar os seus resultados criou ferramentas para registrar e avaliar, de forma periódica e permanente, seu processo de implantação e implementação nos três níveis de gestão do SUS, conformando o que se chama de Módulo de Gerenciamento do PNSF, ou seja, o sistema de informação (SI) do programa.

Munck (2001) define a informação como “qualquer elaboração privilegiada de ideias que auxilie na redução de incertezas”, entretanto, para isso afirma que a “boa informação, fidedigna, é imprescindível para o processo de tomada de decisões” (p. 23).

Desta forma, ainda que os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) tenham como uma das principais vantagens a ampla cobertura populacional, constituindo-se como importante fonte de dados secundários, recomenda-se que seja observada a qualidade dos dados registrados (BARROS, 2003; THEME, 2004; COSTA, 2009; LUQUETTI, 2009),

especialmente, no que diz respeito à cobertura dos eventos, à confiabilidade das informações e à completude dos dados (THEME, 2004; ALMEIDA, 2006; COSTA, 2009).

Apesar da implantação do PNSF ter ocorrido há quase 10 anos, este programa não foi submetido a nenhum processo de acompanhamento ou avaliação independente, de maneira a identificar as suas potencialidades e fragilidades. Oportunamente, um estudo avaliativo sobre o PNSF em um município realizado por Almeida (2014) identificou, dentre os limites do PNSF, problemas no sistema de informação que compõem o programa. Com isso, este artigo, tem por objetivo realizar uma análise crítica sobre o sistema de informação do PNSF com ênfase na produção e uso dos dados no âmbito municipal.

METODOLOGIA

Enquanto resultado de uma pesquisa mais ampla de avaliação do PNSF (a partir de dados qualitativos e quantitativos), baseada na tríade estrutura-processo-resultado, proposta por Donabedian (1992), este trabalho tem como recorte de análise um aspecto específico da dimensão de processo referente à coleta, organização e disponibilização das informações do referido programa.

Para a coleta de dados utilizou-se dados primários (entrevistas e observação) e secundários (pesquisa documental).

A partir da análise dos relatórios gerados pelo sistema do programa e pela coordenação municipal do programa foram construídos gráficos e tabelas com a evolução dos dados do ano de 2005 até o ano de 2012.

O Módulo de Gerenciamento do PNSF acompanha a cobertura dos beneficiários de maneira que os dados gerados podem ser dispostos em tabelas que se configuram como relatórios públicos do desempenho do programa. Os relatórios são disponibilizados a partir da informação coletada em três formulários de acompanhamento e os relatórios (públicos e restritos), assim definidos:

. Ficha de acompanhamento individual - objetiva o registro da distribuição dos suplementos para os três tipos de beneficiários, ou seja, ao ser suplementado, cada indivíduo recebe a ficha com o seu nome, a data da entrega, o tipo do suplemento disponibilizado e a sua classificação dentro do grupo dos beneficiários, se é criança, gestante ou mulheres até o 3º mês pós-parto e até o 3º mês pós-aborto (CGAN, 2005; CGAN, 2006);

. Mapa de acompanhamento do fornecimento do suplemento - objetiva acompanhar o fornecimento do suplemento de ferro aos beneficiários de cada local onde está sendo realizada a suplementação. Deve-se preencher esse mapa inicialmente fazendo a seleção do tipo de beneficiário e do tipo de produto de que se pretende efetuar o acompanhamento. Posteriormente, as colunas devem ser preenchidas, representando a vez que a pessoa está recebendo o suplemento, ou seja, deve registrar apenas o número de pessoas atendidas (CGAN, 2005; CGAN, 2006);

. Consolidado mensal do acompanhamento do fornecimento de suplementos - objetiva consolidar as informações de todas as unidades que realizam a suplementação do município e enviá-las ao nível estadual e federal (CGAN, 2005; CGAN, 2006);

. Relatórios - são gerados a partir das informações registradas nos formulários de acompanhamento, os quais são consolidados e inseridos mensalmente pelo coordenador municipal do programa, por meio do ambiente restrito da página eletrônica http://nutricao.saude.gov.br/cgpan/cgpan_index_login.php e enviadas ao nível estadual e federal de gestão. São três os tipos de relatórios públicos gerados pelo sistema: quantitativo total da população, quantitativo de suplementos distribuídos e quantitativo da população assistida, disponíveis na página eletrônica http://nutricao.saude.gov.br/cgpan/cgpan_index_login.php (CGAN, 2005; CGAN,2006).

Esse estudo trabalhou com dois tipos de relatórios gerados pelo sistema de informação do programa: um que mapeia o quantitativo total da população e outro que descreve o quantitativo da população assistida. Já a pesquisa documental teve como base os seguintes documentos:

- Relatórios Federais - de 2003 a 2011 (desde a formação da agenda e da formulação do programa nos anos de 2003 e 2004);
- Relatório Estadual - 2001;
- Relatórios municipais: 2006 a 2012;
- Portaria municipal de instituição do PNSF e manuais operacionais;
- Plano municipal de saúde de 2010 a 2013.

Assim, a partir dessa base de dados, foram construídos e comparados gráficos e tabelas com a evolução do quantitativo da população, das metas propostas e da cobertura alcançada para cada um dos três grupos de beneficiários do programa. Para a análise tomou-se como parâmetros e premissas as normas preconizadas pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 730, de 13 de maio de 2005, por manuais operacionais de conduta do programa, e cotejados com os relatórios de gestão.

As entrevistas foram realizadas em dezembro de 2013, individualmente, com: a coordenação do programa; os profissionais responsáveis pela operacionalização do programa nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); e seus beneficiários. A observação foi efetuada nos mesmos dias em que ocorriam as entrevistas, que eram dias em que se procediam as consultas de puericultura, gestantes e puérperas.

Por conseguinte, os documentos do programa (portarias, manuais, relatórios de gestão, relatórios do módulo de gerenciamento, ofícios) foram coletados a partir de pesquisa

documental *online* e aqueles referentes à gestão municipal foram obtidos através de solicitação à coordenação municipal do programa.

As entrevistas foram realizadas no mês de dezembro de 2013 na Secretaria Municipal de Saúde (coordenação) e em três UBS (profissionais e beneficiários), com duração entre meia e uma hora, perfazendo um total de 13 entrevistas, da seguinte forma:

Grupo A. 1 coordenador municipal;

Grupo B. 1 profissional da operacionalização do programa, por UBS, totalizando 3 profissionais de saúde;

Grupo C. 3 beneficiários do programa, por UBS, totalizando 9 usuários.

Quanto à análise do material qualitativo obtido por entrevista, os passos foram: 1) transcrição; 2) leitura apreensiva, objetivando-se entender o fenômeno sob investigação; 3) leitura crítica buscando identificar problemas e conflitos intertextuais;

A análise final cotejou os dados gerados por cada técnica de coleta, buscando interpretar os resultados sob o filtro das categorias que dão compreensibilidade à qualidade e pertinência da informação produzida pela gestão do programa: “completude”, “confiabilidade”, “atualidade”, “acesso”, “fidedignidade”, “correção das metas”, e “coerência da informação com as metas e com as políticas vigentes no SUS”.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, protocolo no 21895113.8.0000.0053, seguindo todas as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive a solicitação da autorização dos participantes da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Sistema de Informação do PNSF possui um Módulo de Gerenciamento que dispõe de um banco de dados de fácil acesso, devido à sua disponibilidade em meio eletrônico, podendo ser acessado através da internet tanto pelos profissionais da gestão (federal, estadual e municipal), como pelos profissionais de saúde que distribuem os suplementos nas UBS, ou por qualquer outro sujeito que se interesse pelo tema, já que é característico dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), no Brasil, a disponibilização de dados na internet, principalmente por obra do Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Facilidade esta, que nem todos os países dispõem (ROMERO, 2006; LIMA et. al.; 2009).

Entretanto essa condição de acessibilidade pode ser prejudicada, uma vez que essa base de dados não se encontrava disponível nas UBS onde os dados de Feira de Santana foram coletados, por não disporem de infraestrutura de informática, a saber: computador e internet. Ou seja, os dados gerados em cada unidade eram repassados através de formulários escritos para a coordenação municipal que ficava com a responsabilidade de consolidar, mensalmente, os dados de todas as UBS e enviá-los à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e ao Ministério da Saúde (MS), por meio da página eletrônica.

Almeida et. al. (2012) também encontraram essa mesma situação no Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, discutindo que o não acesso da base de dados pelas unidades de coleta, pode prejudicar a condição de acessibilidade, interferindo negativamente nas ações de planejamento e acompanhamento local do público alvo dessa intervenção.

Ademais, as informações disponíveis sobre o PNSF são divididas em públicas e restritas, significando que as informações públicas podem ser visualizadas por quaisquer pessoas que acessem a página e contém dados referentes a relatórios gerais, conceito, conduta de intervenção, beneficiários, cálculo do quantitativo de xarope, distribuição para cada município, dentre outras.

Já as informações restritas, que são de caráter gerencial, somente serão acessadas pelos gestores estaduais e municipais do PNSF que se cadastrarem no sistema, restringindo informações como produtos perdidos, com prazo de validade expirado, produtos quebrados,

reposição do produto para a família, quantitativo do produto utilizado para tratamento, dentre outros.

De fato, a Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União, no ano de 2011, constatou que inúmeros estados estavam com excesso e vencimento dos suplementos:

“Os gestores municipais de dez dos doze estados visitados (soma-se, neste ponto, o Distrito Federal e Goiás, que foi analisado durante o teste piloto) relataram, ainda, haver excesso e vencimento do medicamento sulfato ferroso, mas não havia notificação ao MS para suspensão da distribuição. O MS recebeu solicitação de suspensão de apenas 12 municípios e exclusão na participação do programa de cinco municípios (BRASIL, 2011, p.1)”.

Além disso, a restrição da informação contraria os princípios e diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (BRASIL, 2012), afetando, em especial, o princípio do acesso gratuito à informação em saúde, o qual não foi garantido. Também a diretriz de produção e disseminação de dados e informação em saúde de forma a atender, tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, não vem sendo promovida pelo PNSF.

Embora o sistema seja simples, permitindo que pessoas sem qualquer treinamento específico o manuseie, algumas falhas foram encontradas:

1. Não identificação dos indivíduos suplementados – a existência de um cadastro individual com as características da sua suplementação permitiria a mensuração e controle do quantitativo de suplemento por indivíduo;
2. Falta de informação sobre o período de acompanhamento pelo programa;
3. Não identificação das UBS de origem dos indivíduos suplementados;

A ausência destas informações distorce o retrato que o programa fornece da cobertura dos seus beneficiários. Limitação semelhante foi encontrada por pesquisa sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que criticou a impossibilidade de se digitar o nome das pessoas e os respectivos endereços, fato esse que facilitaria a melhor identificação das famílias e dos indivíduos dentro do programa (SILVA, 2005). Para sanar esse problema, o

autor sugeriu a inserção de um cadastro individual ou familiar permitindo que o *software* identificasse os indivíduos e suas características de suplementação, podendo ser unificado com o cadastro do cartão do SUS, além da adoção da tabela da Classificação Brasileira de Ocupações, como solução para a falta de ocupações codificáveis no SIAB.

Mudanças similares poderiam ser efetuadas no sistema responsável pelo monitoramento do PNSF. Aliás, o levantamento realizado por esse estudo demonstrou, ainda, a infidedignidade das informações encontradas nos relatórios do programa no que diz respeito ao quantitativo da população, meta e cobertura.

No relatório gerado pelo sistema de informação do PNSF na página da CGAN, encontram-se as seguintes estimativas: o total do público-alvo do programa existente no município em questão (no item quantitativo total da população) e o quantitativo do público-alvo que deve ser suplementado (no item quantitativo da população assistida), ou seja, a meta que o programa deve alcançar (Tabela 1).

TABELA 1 – Estimativas de público-alvo do PNSF, para o município de Feira de Santana, Bahia, e metas anuais, 2005-2012.

ANO	Total Crianças*	Meta	Total Gestantes**	Meta	Total Puérperas**	Meta
2005	6.009	6.009	2.097	2.097	2097	2.097
2006	6.009	6.009	2.097	2.097	2097	2.097
2007	6.009	6.009	2.097	2.097	2097	2.097
2008	6.302	6.302	2.729	2.729	2729	2.729
2009	6.302	6.302	2.729	2.729	2729	2.729
2010	4.201	4.201	1.410	1.410	1410	1.410
2011	8.823	8.823	3.821	3.821	3821	3.821
2012	8.823	8.823	3.821	3.821	3821	3.821

Fonte: Construída pelas autoras a partir de CGAN, 2013. * De acordo com IBGE, 2001. ** De acordo com SINASC, 2001.

Nota-se na Tabela 1 uma relação de igualdade entre o quantitativo total da população e a meta do programa, o que reflete a informação encontrada na análise documental (portaria de implantação, relatórios de gestão federal, manual operacional) de que o objetivo do programa é suplementar, universalmente, seu público-alvo.

Entretanto, a população utilizada para estimar o total do público alvo do programa, para os primeiros anos, foi subestimada, pois tinha mais de uma década, tendo sido coletada

do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada para o ano de 2001, no caso das crianças, e do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), também ano de 2001, para gestantes e puérperas. A defasagem populacional e, conseqüentemente, das metas ficam evidentes quando se observa a Tabela 2 que contém dados populacionais corretos para o mesmo município de Feira de Santana.

TABELA 2 - Estimativa da população residente de crianças até 2 anos no município de Feira de Santana.

ANO	<1ano	1 ano	2 anos	Total
2001	9.600	9.615	9.581	28.796
2005	10.346	10.331	10.310	30.987
2006	10.511	10.495	10.474	31.480
2007	9.847	9.877	9.939	29.663
2008	10.318	10.370	10.442	31.130
2009	10.147	10.227	10.317	30.691
2010	8.319	8.562	8.208	25.089
2011	8.159	8.179	8.241	24.579
2012	8.240	8.260	8.323	24.823

Fonte: Construída pelas autoras a partir de IBGE, 2001-2012.

Sendo assim, uma vez que a população alvo (Tabela 1) estava subdimensionada não se pode afirmar que o programa atingiu o objetivo de suplementar, universalmente, seus beneficiários. De acordo com Rios et. al. (2013), quando se verifica variáveis com preenchimento inadequado nos sistemas de informações, a qualidade e a pertinência das informações produzidas, com intuito de conhecer as condições de saúde da população, podem estar comprometidas.

Portanto, a qualidade da informação deve ser garantida já que é essencial para analisar objetivamente a situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação das ações de saúde (OPAS, 2002).

Também foi encontrado na análise documental, que a meta inicial de suplementar os beneficiários foi várias vezes mudada:

[...] para 40% de crianças e gestantes (CGAN, 2005);

Atingir a meta de cobertura de 10% da população, em 2005 (CGAN, 2006).

Em 2006, uma cobertura de 35% de crianças de 6 a 18 meses, gestantes e mulheres no pós-parto (CGAN, 2006);

Envio de suplementos para 100% da população dos municípios com até 20 mil habitantes e 30% daqueles municípios com mais de 20 mil habitantes (CGAN, 2007);

Reavaliar as metas de cobertura de crianças, gestantes e mulheres no pós-parto e não ultrapassaram de 30% (CGAN, 2010);

[...] envio de suplementos para atender uma cobertura de 100% dos beneficiários residentes nos municípios abaixo de 100.000 mil habitantes e para os municípios acima de 100.000 mil habitantes, será enviado para 60% da população (CGAN, 2010).

Ocorre que, com a implantação das ações programáticas, os problemas, limitações e desafios do PNSF surgiram, obrigando a gestão federal a frequentes mudanças de meta sem a consulta das necessidades dos municipais. O que se traduz na forma verticalizada que o MS procedeu e ainda procede nas suas ações (COELHO; PAIM, 2005). O cálculo das necessidades estaduais e municipais foi realizado, então, sem a devida permuta de informações sobre o andamento das atividades municipais do PNSF.

Além disso, os gestores estaduais, que têm a responsabilidade de verificar a adequação entre a demanda da população e a oferta do suplemento encaminhada pelo MS, também não participaram desse cálculo. De acordo com a portaria de implantação do programa, foi atribuído ao MS a definição da meta a ser alcançada pelos municípios, cabendo a estes apenas a responsabilidade de executar o programa por meio do recebimento e distribuição dos suplementos para os beneficiários. Ou seja, os municípios participaram somente do processo de implantação e parte da avaliação, sendo excluídos dos processos de formação de agenda, formulação do programa e da tomada de decisão.

Essa forma de implantação das ações programáticas reflete muito as práticas gerenciais do estado brasileiro, como um todo, e a permanência do modelo sanitaria, presente na verticalização dos programas e ações (PAIM, 2003). As políticas, desse modo, atravessam os serviços e as práticas de saúde atropelando muitas vezes as necessidades

específicas e reais da população assistida (ALVES; 2005), e isto se faz por meio da *“centralização de sua formulação, pela verticalização de sua implementação e por um caráter autoritário”* (MATTOS, 2003, p.49).

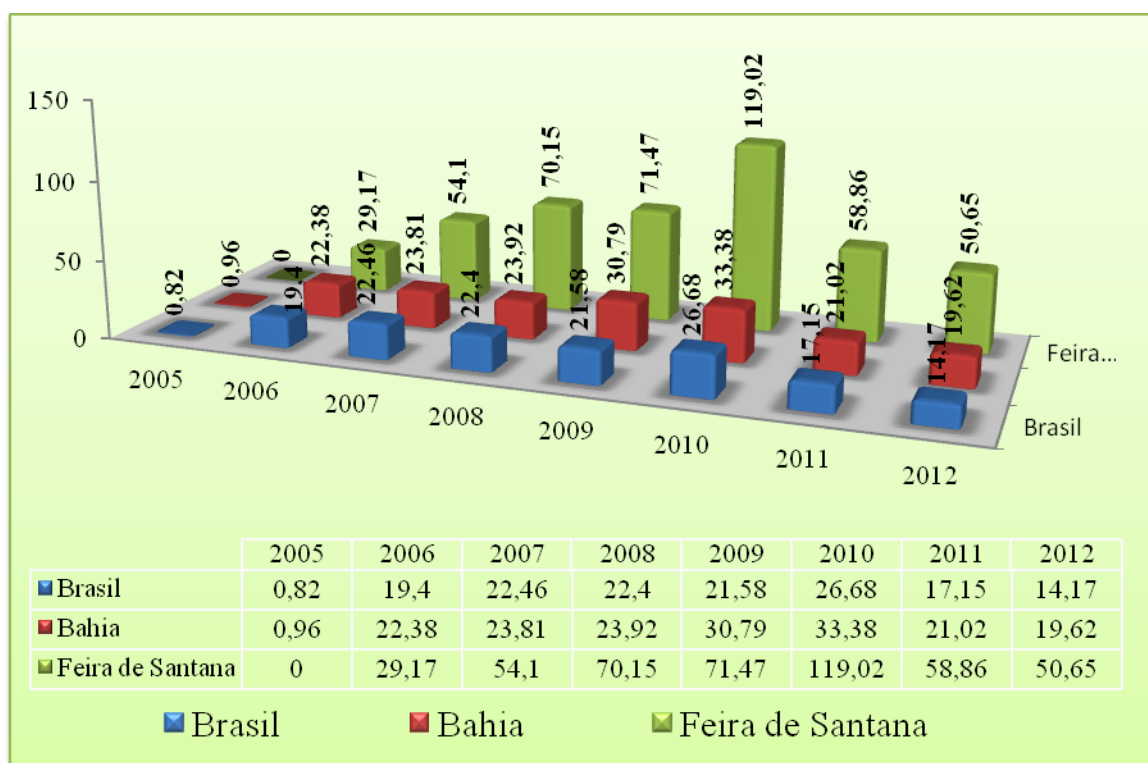
Safran (2001) refere como premissas básicas do sistema de informação em saúde a melhoria da qualidade, da eficiência e da eficácia do atendimento, possibilitando a realização de pesquisas, fornecimento de evidências e auxiliando o processo de ensino. Desse modo, a finalidade principal de um SIS seria a de gerenciar a informação que gestores e profissionais de saúde não apenas produzem, mas que precisam contar no desempenho cotidiano das suas atividades. O SIS deve ainda facilitar a comunicação, integrar a informação e contribuir para a tomada de decisão e coordenação das ações em todos os níveis.

A principal forma de monitoramento do PNSF é pela visualização do número de pessoas assistidas (por mês ou por ano, nos três níveis de gestão) através de tabelas produzidas no módulo operacional do programa, o qual conforma o sistema de informação do PNSF, ou seja, através da cobertura dos beneficiários, cuja meta foi instituída pela gestão federal.

No Gráfico 1 é representado a evolução da cobertura percentual de crianças de 6 a 18 meses, que foram assistidas pelo PNSF de 2005 a 2012 nos três níveis de gestão, de acordo com o quantitativo de crianças assistidas e da meta pré-estabelecida. Nota-se, como seria de se esperar, a inexpressiva cobertura do programa em 2005, ano de instituição do programa, quando os estados, municípios e coordenadores ainda estavam em processo de cadastramento.

No município em questão, a entrevista com a coordenação do programa, revelou que a distribuição dos suplementos no município teve início somente no segundo semestre de 2006, após capacitação para implantação pela gestão estadual, ocorrida em maio daquele ano, e encaminhamento do protocolo do programa elaborado pela coordenação municipal, em agosto. Em ofício direcionado às unidades básicas de saúde em julho de 2007, entretanto, a coordenação municipal ainda solicitava a implantação e distribuição dos suplementos em várias unidades, explicando, também o não alcance da meta em 2006 e 2007.

GRÁFICO 1 – Evolução da cobertura (%) de crianças de 6 a 18 meses assistidas pelo Programa Nacional de Suplementação de Ferro de 2005-2012 Brasil (BR)/ Bahia (BA) /Feira de Santana (FSA).



Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir de CGAN, 2013.

Em 2006, segundo relatório de gestão da CGAN (2006), 74,77% dos municípios já estavam cadastrados na *home page* de gerenciamento do programa e 52,86% já autenticados, ou seja, já dispunham de senhas de acesso para inserir os dados de acompanhamento do programa a nível local. Isto incluía a Bahia, onde a maioria dos municípios já estava cadastrada, dentre eles Feira de Santana, que iniciou o programa com uma cobertura de, aproximadamente, 29,17%. Cobertura superior, portanto, à federal (19,4%) e estadual (22,38%), para o mesmo anos. Estes dados, dentre outros, mostram que o município do estudo, mesmo diante de todas as fragilidades observadas, ainda conseguiu cobertura acima da média geral e que podem ser válidos para a maior parte dos municípios brasileiros, os resultados das análises feitas para este caso particular.

Com relação à continuidade e efetividade da suplementação de ferro, a conduta de intervenção do programa (que tem por finalidade prevenir a anemia ferropriva) definiu o

período de entrada e de saída dos beneficiários, ou seja, teoricamente, existe um período mínimo de suplementação a que o indivíduo deve ser submetido para que se alcance os estoques de micronutrientes em cada indivíduo que permitirão prevenir a anemia.

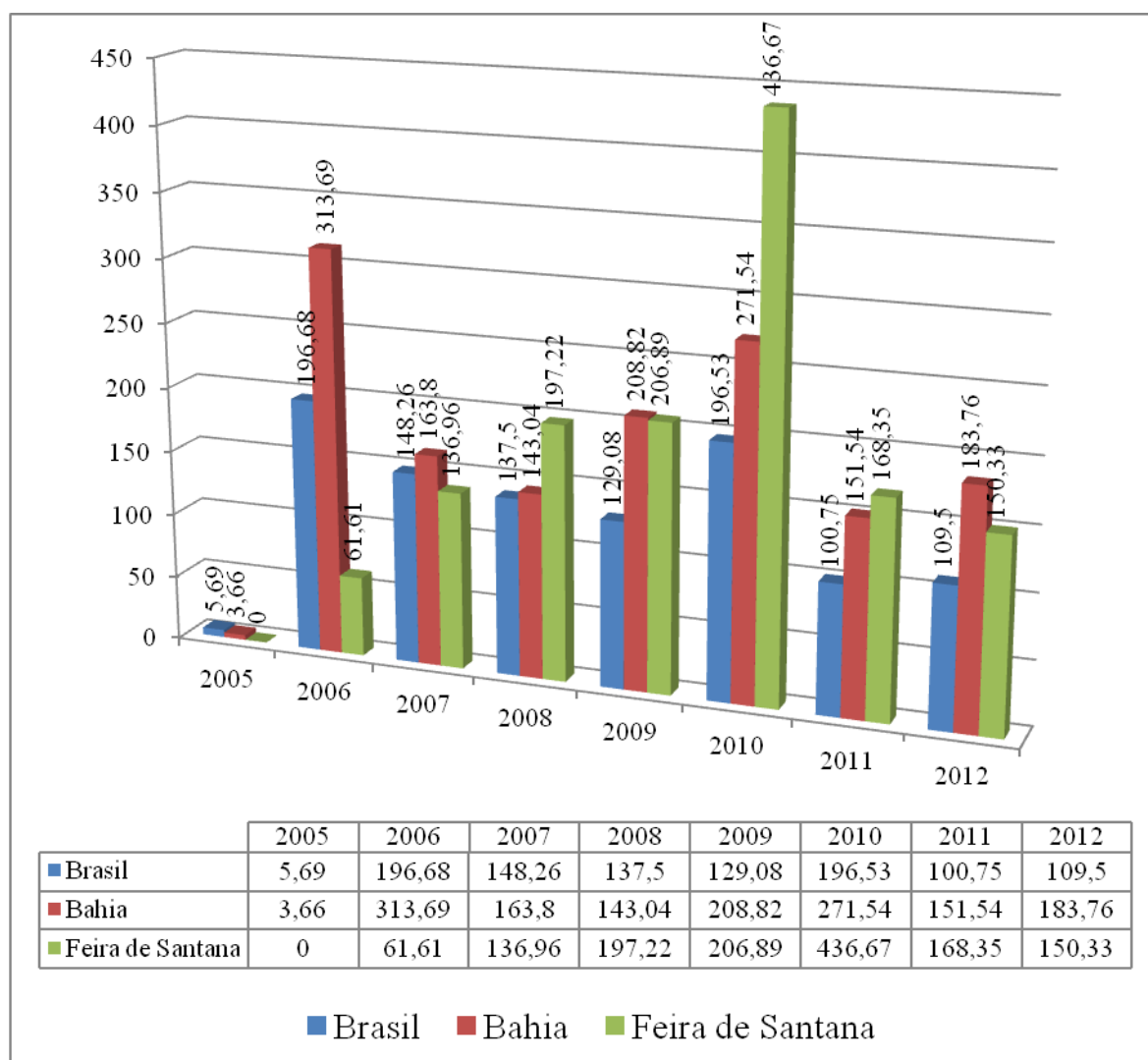
Por exemplo, como regra, as crianças devem ser suplementadas, ininterruptamente, dos 6 aos 18 meses (se a criança não estiver em aleitamento materno exclusivo, a suplementação poderá ser realizada dos 4 aos 18 meses de idade). Nos casos em que a suplementação seja iniciada tardiamente, orienta-se que a criança permaneça no programa pelo menos seis meses, até completar 18 meses. Sendo que a idade limite para a inclusão da criança no programa é 18 meses, devendo esta permanecer no mínimo seis meses (BRASIL, 2005a).

Entretanto, o dado da cobertura das crianças assistidas pelo programa não reflete essa periodicidade obrigatória, logo não se pode afirmar, com base na cobertura explicitada, que a anemia ferropriva foi, de fato, prevenida nesses indivíduos assistidos. Já que não existe um cadastro dos beneficiários que comprove a periodicidade da sua suplementação.

A cobertura de gestantes e puérperas, segundo relatório da gestão federal, estavam superestimados devido à alimentação incorreta dos dados na página *online* do programa. Isto ocorreu porque muitos coordenadores municipais, desde 2006, inseriram o quantitativo de comprimidos (trinta por mês de cada indivíduo suplementado) ao invés do quantitativo de pessoas suplementadas, o que impede uma análise fidedigna da cobertura desses dois públicos-alvos. Esse equívoco de interpretação tem ocorrido em, praticamente, quase todos os estados brasileiros (CGAN, 2008; CGAN, 2011; SESAB, 2011).

Esta superestimação pode ser observada claramente no Gráfico 2 onde, a totalidade da cobertura ultrapassa todas as metas na maioria dos anos, nas três esferas de gestão.

GRÁFICO 2 – Evolução da cobertura (%) de gestantes a partir da 20ª semana assistidas pelo Programa Nacional de Suplementação de Ferro de 2005-2012 (sulfato ferroso) Brasil (BR)/ Bahia (BA) /Feira de Santana (FSA)



Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir de CGAN, 2013.

Ao comparar os dados de cobertura dos relatórios públicos do programa no sistema de informação e do relatório de gestão municipal nota-se a diferença nos valores, apontando para a infidedignidade, e que pode ser atribuída a erro na digitação das informações do município para o sistema, ou a comportamento do próprio sistema, ou a incorreção do relatório de gestão municipal (Tabela 3).

TABELA 3 - Comparação da cobertura municipal do Relatório de Gestão Municipal (RGM) e do relatório online (RO) da página do programa para suplementação de sulfato ferroso, em %.

Beneficiários	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Crianças RGM	0	*	32	73,57	75	78,26	82,40	70,9
Crianças RO	0	29,17	54,10	70,15	71,46	119,02	58,86	50,65
Gestantes RGM**	0	*	32	73,57	75	78,26	82,40	70,9
Gestantes RO	0	61,61	136,96	197,22	206,89	436,67	168,36	150,33
Puérperas RGM	0	*	19	92,80	104	81,60	81,50	76,6
Puérperas RO	0	11,78	40,01	71,31	80,25	157,94	58,20	54,78

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir dos Relatórios Gestão federal e municipal de

2005-2012.

* Não consta no relatório municipal; consta somente o número de suplementos distribuídos para os beneficiários. ** Não consta no relatório de gestão municipal a cobertura da suplementação de ácido fólico.

Lima et al (2009) afirmam que “a apropriação das informações pelos gestores e pela sociedade organizada para subsidiar suas atividades deve considerar seus pontos fortes e suas limitações, resultados de avaliações regulares e sistemáticas dos dados disponíveis”. A premissa da avaliação sistemática justifica-se, para Strong (1997), pelo fato de que, em todas as etapas do ciclo de produção da informação, podem ocorrer problemas na qualidade da informação envolvendo produtores, gestores e usuários.

Costa (2009) ainda completa que, caso estas questões não forem levadas em consideração, o conhecimento gerado baseado nesses dados, pode não representar adequadamente a realidade estudada. Pois, apesar da vantagem que os países da América do Sul dispõem da coleta de dados a partir de *download* dos bancos de dados (ROMERO, 2007), esses dados também estão sujeitos a erros inerentes ao próprio sistema decorrentes de falha na execução da transferência (OLIVEIRA, 2009) e de procedimentos de limpeza do banco de dados realizadas pela Coordenação Nacional dos Programas e/ou pelo DATASUS, antes da sua disponibilização (GLAT, 2005).

Segundo os conceitos de sistema de informação em saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), os SIS devem ser utilizados para basear a tríade “informação-decisão-ação”. Porém, o acesso aos dados do PNSF através do módulo de gerenciamento, não resultou na utilização daquela informação no processo decisório, segundo relato dos profissionais entrevistados.

É possível que esse não cumprimento da finalidade precípua do sistema tenha se dado por um descrédito na validade dos dados gerados, ou por um entendimento de que a esta informação atende mais a necessidades outras de controle federal da política, por exemplo, ou ainda pela permanência de práticas gerenciais burocráticas que privilegiam normas, mais do que informações empíricas a serem usadas na análise de situações de saúde.

Seja como for, com a descentralização do programa, no segundo semestre do ano de 2013, o módulo de gerenciamento foi desativado. A CGAN, em nota, informou que os Estados e municípios deveriam monitorar o PNSF via: Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HORUS; Sistema de Informações da Atenção Básica - e-SUS Atenção Básica; e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. Os relatórios públicos, que antes estavam na página eletrônica da CGAN foram migrados para: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo= &cod=1824](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=1824).

Assim, ao se refletir sobre as práticas que são implantadas no sistema de informação do PNSF como orientadora do processo decisório, entende-se que estas vêm sendo organizadas de forma aleatória e com planejamento inadequado resultando na estruturação de um sistema que não atinge o objetivo de contribuir para a produção da informação necessária e oportuna. Por outro lado, a anemia ferropriva permanece como problema de saúde pública. Qual o impacto do PNSF para a solução deste problema é uma questão que seu sistema de acompanhamento, dificilmente, poderá responder.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

È inegável a importância do sistema de informação para análise objetiva do problema sanitário ou de uma intervenção existente, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para o planejamento, a programação e a retroalimentação das ações de saúde. Para isso, é condição essencial a garantia de uma informação que retrate a realidade. Os achados do presente estudo indicam fragilidades em relação ao sistema de informação do PNSF que impedem a utilização dos dados por ele gerados.

A qualidade dos dados é imprescindível desde a coleta até a análise e transmissão da informação, devendo ser garantida a completude e fidedignidade dos dados, ou seja, a informação deve retratar a situação o mais próximo possível da realidade, para que funcione como redutora das incertezas na execução de ações para a transformação desta realidade e enfrentamento dos problemas.

O módulo de acompanhamento do PNSF tem a vantagem de descentralizar a informação, pois qualquer um dos níveis de gestão tem acesso aos dados do programa na página eletrônica. Entretanto, foi identificado que no nível local a informação gerada não é utilizada para subsidiar o planejamento e as ações do programa, nem qualquer ação para a melhoria da qualidade dos dados foi realizada.

A importância da capacitação continua dos profissionais que atuam no PNSF nos três níveis de gestão é inegável, sinalizando para a necessidade de proposição e discussão das atividades de formação dos recursos humanos antes e durante a instituição de políticas e programa. É atribuição tanto do Ministério da Saúde, quanto das secretarias estaduais e municipais de saúde, a capacitação de recursos humanos inerentes ao controle e a prevenção das carências nutricionais, de acordo com as orientações especificadas na Portaria nº730/2005 e no manual de condutas gerais do programa. Também é atribuição dos três entes retratar fielmente a cobertura alcançada e fornecer informações que auxiliem a avaliação das ações propostas.

Esse estudo faz uma análise crítica das informações produzidas no âmbito municipal, relacionando-as com o contexto de produção nacional e estadual, de forma a construir um cenário do PNSF, mais especificamente, do seu sistema de informação, mas não considera que a saída para os problemas apontados seja a dissolução desse sistema, mas o seu

aperfeiçoamento. Assim, novas e continuas avaliações devem ser realizadas, no sentido de compreender melhor os fatores que comprometem a geração, publicização e utilização da informação.

Uma das possíveis vertentes da análise aponta para a cultura das instituições de saúde e seu modo de lidar com a informação enquanto segredo, recurso de poder que penitencia, mais do que auxilia (COELHO; PAIM, 2005). A persistência deste modelo de práticas em um mundo interligado por redes e onde as informações navegam de forma cada vez mais veloz e acessível é preocupante.

Estudos que possam apontar as limitações de políticas, programas e sistemas de informação e investigar suas causas, potencialidades e desafios devem ser estimulados para que se modifique a cultura da informação no país, e as práticas de (não) planejamento e gestão de forma a contribuir, dentre tantas outras coisas, para o controle e redução da anemia por deficiência de ferro. O Brasil merece crianças e gestantes adequadamente nutridas, mais inteligentes e mais saudáveis.

REFERENCIAS

ALMEIDA, S. N. B. **Avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro em um Município da Bahia**. 2014. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva)- Departamento de Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.

ALMEIDA, M. V. S.; AMORIM, M .H. C.; THULER, L. C. S.; ZANDONADE, E. Avaliação da Qualidade dos Dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero em Vitória – ES, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia** [online], Rio de Janeiro, v.3 n. 58, p. 321-337, jul./ago./set. 2012.

ALMEIDA, M. F.; ALENCAR, G. P.; NOVAES, H. D.; ORTIZ; L. P. Sistema de informação e mortalidade perinatal: conceito e condições de uso em estudos epidemiológicos. **Rev. bras. epidemiol**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 56-68. 2006.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005.

BARROS, S. G.; CHAVES; S. C. L. A utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 41-51, mar. 2003.

BRASIL. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatórios: Quantitativo total da população 2005-2012. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/ferro1.php>> Acesso em: 05 de março 2013.

_____. Relatórios: Quantitativo da população assistida 2005-2012. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/ferro1.php>> Acesso em: 05 de março de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui sobre Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a Anemia Ferropriva e dá outras providências. **Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005**. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 28p.

BRASIL. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: Brasília: Ministério da Saúde**, 2012. Disponível em:

<http://www.isc.ufba.br/arquivos/2012/Politica_Nacional_de_Informacao_e_Informatica_em_Saude.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2013.

BRASIL. Tribunal de Contas da União - TCU. Acórdão TCU 1459/2011. **Relatório de Auditoria**. Acórdão: VISTOS, relatados e discutidos estes autos de Auditoria Operacional, realizada com vistas a analisar a implantação e operacionalização da assistência farmacêutica básica pelos três níveis da federação, avaliando a eficiência na gestão dos recursos pelos entes estaduais e municipais e os controles realizados pelo Ministério da Saúde. ACÓRDÃO Nº 1459/2011 – TCU – Plenário. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – MS e Tribunal de Contas da União (Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo - SEPROG). Relator: Ministro José Jorge. Publicado no DOU nº 106, de 03 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.cosemsrs.org.br/imagens/portarias/por_v7l6.pdf>. Acesso em: 20 de outubro de 2013.

CGAN. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Relatório de Gestão – 2003. Brasília, DF, Fev., 2004. 59 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Relatório de Gestão – 2004. Brasília, DF, Jan., 2005. 57 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Ações Relatório de Gestão – 2005. Brasília, DF, Dez., 2005. 5 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Ações da Política Nacional de Alimentação e nutrição: Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, DF, Dez., 2006. 89 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Relatório de Gestão – 2007. Brasília, DF, Jan., 2008. 44 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Relatório de gestão – 2008. Brasília, DF, Dez., 2008. 54 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Relatório de gestão – 2009. Brasília, DF, Jan., 2010. 74 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Relatório de gestão 2007 – 2010. Brasília, DF, Jan., 2011. 107 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Relatório de gestão 2011. Brasília, DF, Jan., 2012. 45 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

COSTA, J. M. B.; FRIAS, P. G. Avaliação da completitude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 613-624, mar. 2009.

COELHO, T. C. B; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1373-1382, Set./Out. 2005.

Donabedian, A., Quality assurance. Structure, process and outcome. *Nurs Stand, Great Britain*, v. 7 (Suppl. 11), p. 4-5, dez. 1992.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - **Informações estatísticas**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popba.def>>. Acesso em: 20 de outubro de 2013.

GLATT, R. **Análise da qualidade da base de dados de AIDS do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN)** [Dissertação]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública: Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

LIMA, C. R. A.; SCHRAMM, J. M. A, COELI, C. M.; SILVA, M. E. M. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, out, 2009.

LUQUETTI, L. B.; LAGUARDIA, J. Confiabilidade dos dados de atendimento odontológico do Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial (SIGAB) em Unidade de Básica de Saúde do Município do Rio de Janeiro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 255-264, set. 2009.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003.

MUNCK, S. **Inovações na Formação Profissional para a Área de Registros e Informações em Saúde: Desenvolvimento e Avaliação do Ambiente Virtual de Aprendizagem “Soft-RIS”**. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação de Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde – NUTES/UFRJ, 2001.

OLIVEIRA, M. E. P.; SOARES, M. R. A. L.; COSTA, M. C. N.; MOTA, E. L. A. Avaliação da completitude dos registros de febre tifóide notificados no Sinan pela Bahia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 219-226, jul./set. 2009

OPAS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2002.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 673-684, mar, 2006.

RIOS, M. A; ANJOS, F. K.; MEIRA, S. S.; NERY, A. A.; CASOTTI, C. A. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro. v. 62, n. 2, p. 131-138, mar. 2013.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 673-684, dez. 2005.

SAFRAN, C.; PERREAULT, L. E. Management of Information in Integrated delivery networks. In: SHORTLIFFE, E. H.; PERREAULT, L. E. (editors). **Medical Informatics computer applications in health care and biomedicine**. USA: Springer; 2001.

SESAB. Governo do Estado da Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). **Relatório de gestão SESAB - 2010**. Bahia, Salvador, Fev. 2011. 249 p.

STRON.G, D.M; LEE, Y.W.; WANG, R.Y. 10 potholes in the road to information quality. **Computer**, Los Alamitos, v. 30, n. 8, p. 38-46, aug. 1997.

THEME, M. M.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B.; LEAL, M. C. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cad. Saúde Publica** Rio de Janeiro, v. 20, n. suppl, p. S83-S91, out, 2004.

VIEIRA, R. C. S.; FERREIRA, H. S. Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 3, p.433-444, maio/jun. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control: a guide programme managers**. Geneva: WHO, 2001.

ARTIGO 2- AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA

Samila Nathalia Bispo de Almeida

Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

A anemia por deficiência de ferro é considerada a carência nutricional de maior magnitude no mundo, com elevada prevalência em todos os segmentos sociais, acometendo, principalmente, crianças menores de dois anos de idade e gestantes. No Brasil, a persistência de taxas inaceitáveis forçou o governo a desenvolver políticas públicas específicas para combater este agravo. Este artigo objetivou avaliar a implantação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) em unidades da Estratégia Saúde da Família de um município da Bahia. O estudo foi realizado em três unidades de saúde que tinham o PNSF implantado (com entrevistas de profissionais – Grupo II e beneficiários – Grupo III) e na Secretaria de Saúde Municipal (com entrevistas a coordenação do programa – Grupo I e obtenção dos relatórios municipais). A análise documental utilizou portarias, relatórios de gestão (federal, estadual e municipal), relatórios públicos gerados pelo sistema de informação do programa (módulo de gerenciamento do programa), manuais de operacionalização, formulários, plano municipal de saúde (2010 a 2013), ofícios e condutas de intervenção. Os dados permitiram avaliar estrutura, processo e resultados do programa. Após quase uma década de criação, nota-se que o PNSF não conseguiu ainda atingir seu objetivo geral que é suplementar todas as crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto. Problemas na distribuição do suplemento e a não adesão da população-alvo, além da falta de capacitação dos profissionais e gestores envolvidos foram identificados. Sugere-se que novas e continuas avaliações sejam realizadas, no sentido de compreender melhor os fatores que têm comprometido a implementação do programa de modo a fundamentar a sua reorganização e aprimoramento.

Palavras-chave: avaliação de programa, suplementação de ferro, anemia ferropriva

ABSTRACT

Iron deficiency anemia is considered the nutritional deficiency of greater magnitude in the world, with high prevalence in all segments of society, primarily affecting children under two years of age and pregnant women. In Brazil, the persistence of unacceptable rates forced the government to develop specific policies to combat this wrong. This article aimed to evaluate the implementation of the National Program of Iron Supplementation (NPIS) on Family Health Strategy units of the State of Bahia. The study was conducted in three health units that had the NPIS implanted (interviews with professionals - Group II and beneficiaries - Group III) and the Municipal Department of Health (interviews with the coordination of program - Group I and obtaining the municipal reports). The documentary analysis used decrees, management reports (federal, state and municipal), public reports generated by the program information system (program management module), operation manuals, forms, municipal health plan (2010 to 2013), crafts and conducts of intervention. Data provided the structure, process and results evaluation. After nearly a decade of creation one note that the NPIS fails to achieve its overall goal is to further all children from 6 months to 18 months of age, pregnant women from the 20th week and women until the 3rd month postpartum . Problems on the supplement distribution and non-adhesion of the target population were identified, besides the lack of training of professionals and managers involved. One suggests that new and continuous assessments are carried out in order to better understand the factors who undertake the effective implementation of the program instead to promote its reorganization and improvement.

Key words: program evaluation, iron supplementation, anemia, iron-deficiency

INTRODUÇÃO

A anemia por deficiência de ferro é considerada a carência nutricional de maior magnitude no mundo, com elevada prevalência em todos os segmentos sociais, acometendo principalmente o público materno-infantil, a saber: crianças menores de dois anos de idade e gestantes. Estimativas realizadas na década de 90 calcularam uma prevalência de 40,8% de anemia na América Latina (UNICEF, 1999).

Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), envolvendo a compilação de dados de 93 países de 1993 a 2005, mostrou que 1,6 bilhão de pessoas (24,8% da população mundial) é acometido pela anemia, sendo as crianças em idade pré-escolar as mais afetadas (47,4%). As maiores proporções foram encontradas na África (47,5-67,6%) e o maior número de pessoas no sudeste da Ásia (315 milhões). Nessa publicação da OMS, o Brasil apresentou a anemia como um problema de saúde pública de intensidade moderada e grave para gestantes e pré-escolares, respectivamente (WHO, 2008).

No Brasil, a dosagem de hemoglobina efetuada pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)/2006 entre crianças menores de seis anos e mulheres em idade fértil não grávidas, em todas as regiões do país encontrou uma prevalência de anemia em crianças de 20,9% e de 29,4% em mulheres (BRASIL, 2008). Para crianças, observou-se que a Região Nordeste apresentava a maior prevalência (25,5%) e a Norte, a menor (10,4%). A pesquisa apontou maior prevalência de anemia em crianças com idade inferior a 24 meses (24,1%), quando comparadas às crianças com idades entre 24 e 59 meses (19,5%). No caso das mulheres, também, a região nordeste apresentou maior prevalência quase 40%, sendo que as mulheres negras as mais acometidas por esta condição clínica.

Sendo assim, mesmo diante da redução observada, permanece ainda a anemia em taxas inaceitáveis de ocorrência, ainda mais se for levada em conta sua estreita relação com o desenvolvimento infantil, sendo por isso considerada um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2009). Por causa da associação entre o ferro e a morbimortalidade materno-infantil, os diversos organismos internacionais estimulam programas de prevenção e controle desta deficiência. A OMS, desde 2001, preconiza três estratégias de intervenção: a fortificação de alimentos com ferro e ácido fólico, a suplementação universal de ferro e ácido fólico para grupos de maior vulnerabilidade e a educação e orientação nutricional (WHO, 2001; WHO, 2006; WHO, 2012).

Em consonância com esta política internacional, um Compromisso Social para a Redução da Anemia por Carência de Ferro no Brasil foi assumido e formalizado por diversos setores na cidade de Aracaju, em 1996 (BRASIL, 1996). Além disso, a anemia por carência de ferro no Brasil foi priorizada entre as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN, com a instituição da diretriz: Prevenção e Controle dos distúrbios e doenças nutricionais, ambos no ano de 1999 (BRASIL, 2003).

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), portanto, se insere dentro de uma política mais ampla, o PNAN, a partir da Portaria n.º 730, de 13 de maio de 2005, editada pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo prevenir a Anemia Ferropriva (AF) mediante a suplementação universal de crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto em todo o território nacional (BRASIL, 2005).

Dentro do texto desta portaria, o art. 9º especifica que a avaliação de impacto do PNSF deveria contemplar a análise de sua eficácia, eficiência, efetividade e seus efeitos a curto, médio e longo prazo (BRASIL, 1990; BRASIL, 2005). No Brasil, a necessidade de se realizar avaliações em saúde está definida tanto na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080, quanto em outros instrumentos normativos que vêm ordenando o desempenho do SUS ao longo das últimas duas décadas. As avaliações dos programas e das políticas que os orientam devem ser realizadas tanto pelo nível federal como pelos estados e municípios, buscando apoiar-se, no caso específico do PNAN-PNSF, no conhecimento dos Centros Colaboradores e de Referência em Alimentação e Nutrição, bem como em instituições de ensino e pesquisa.

A avaliação de políticas e programas é essencial em saúde pública, pois contribui para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e previne o desperdício de recursos com a implantação de programas ineficazes (VAUGHAN, 2004). As novas responsabilidades municipais com a gestão do sistema de saúde requerem a incorporação da avaliação como componente do processo de planejamento e como elemento auxiliar nas iniciativas voltadas para a mudança do modelo de atenção.

Hartz (1999) reafirma tal importância dizendo que, à medida que a atenção à saúde exige respostas às necessidades de populações específicas com maior vulnerabilidade ou alto risco, a avaliação de programas baseada em princípios epidemiológicos, torna-se indispensável. Dada a importância da anemia como problema de saúde pública e a existência de uma política específica para tratar deste agravo em grupos populacionais vulneráveis,

como gestantes e crianças, como tem se dado a implantação do PNSF no território brasileiro e quais as dificuldades encontradas no âmbito local?

Para tentar responder a esta questão este artigo teve por objetivo avaliar a implantação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro em unidades da Estratégia Saúde da Família de um município da Bahia.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado na rede básica de saúde de um município da Bahia, Brasil, com população de, aproximadamente, 600 mil habitantes, que se encontrava, na época da coleta de dados, na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Foram avaliadas três unidades de saúde da família do município que tinham o PNSF implantado. A escolha das unidades se deu em parceria com a coordenação do programa tendo como critério mínimo o alcance das metas e cumprimento do calendário de entrega dos dados. Os dados foram colhidos no ano de 2013, após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob protocolo nº 21895113.8.0000.0053, seguindo todas as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos.

Realizaram-se entrevistas com profissionais ligados ao programa, compondo três grupos de sujeitos do estudo: Grupo I – Gestão (o coordenador do programa); Grupo II – Profissionais de Saúde (três trabalhadores os quais participam do atendimento e da suplementação aos beneficiários, um de cada unidade básica de saúde investigada) e Grupo III – Beneficiários (os responsáveis pelas crianças, as gestantes e as mulheres até o 3º mês pós-parto; totalizando nove, ou seja, três por unidade). A observação foi realizada nos locais onde ocorrem as ações do programa: secretaria de saúde e nas unidades básicas de saúde do município.

Da análise documental fizeram parte: portarias, relatórios de gestão (federal, estadual e municipal), relatórios públicos gerados pelo sistema de informação do programa (módulo de gerenciamento do programa), manuais de operacionalização do programa, formulários, plano municipal de saúde (2010 a 2013), ofícios e conduta de intervenção municipal para o programa.

Não houve recusa dos profissionais à participação na pesquisa. As entrevistas foram gravadas e realizadas mediante o uso de um roteiro com perguntas abertas e fechadas, sendo solicitada a autorização dos participantes da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a construção dos instrumentos de coleta de dados (entrevista e observação) e também da análise tomou-se por base as condutas gerais do programa, normatizadas pelo MS, nas quais são preconizadas normas para operacionalização do programa. Os dados obtidos

foram comparados às normas preconizadas pelo MS, pela Portaria n.º 730, de 13 de maio de 2005, manuais operacionais de conduta do programa, módulo de gerenciamento do sistema, relatórios de gestão e literatura da área.

Construiu-se uma matriz pertinente à estrutura, aos processos e aos resultados do PNSF, utilizando-se as seguintes dimensões: competências e habilidades do gestor municipal; habilidades e capacitação dos profissionais de saúde; informação em saúde; suplemento; identificação das famílias e fornecimento dos suplementos; atividades educativas e orientações; ações de vigilância alimentar e nutricional; construção de parcerias e alianças; controle social; descentralização do programa; e avaliação do programa e seus respectivos indicadores de acordo com o Quadro 1.

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

A implantação e implementação do PNSF no âmbito local apresentou problemas quanto à estrutura do PNSF concentrados, principalmente, na capacitação dos profissionais de gestão e da atenção básica e no quantitativo de suplementos para alcance universal dos beneficiários. Ou seja, as habilidades requeridas se encontravam concentradas na educação formal, que era adequada ao perfil prévio proposto pelo programa. Não houve um investimento efetuado, nem pelo nível central, nem estadual, nem municipal, para a aquisição de informações específicas para a implementação das ações previstas, necessitando que os profissionais utilizassem no seu cotidiano dos recursos que já possuíam anteriormente, ou que improvisassem novas aquisições. Quanto ao quantitativo dos suplementos, observou-se além do atraso ou/ interrupção da sua distribuição ao município devido problemas operacionais na produção e transporte, que era subestimado.

No processo do PNSF foram encontradas vários problemas: não utilização das informações produzidas para o monitoramento e avaliação do PNSF; utilização de somente duas estratégias de captação dos beneficiários; não conhecimento da maioria dos profissionais sobre o processo de descentralização do programa; não utilização das informações para o monitoramento e avaliação; e baixa frequência das atividades de educação em saúde voltadas para as ações do programa. O não cumprimento adequado desses indicadores, também comprometem os resultados com a geração de limitações e dificuldades do programa

Como resultados do PNSF, foram encontradas baixa cobertura e baixa adesão das crianças com o não alcance das metas propostas, e dados de gestantes e puérperas não pertinentes para análise, devido à sua infidedignidade.

Os dados obtidos possibilitaram a realização de um diagnóstico estrutural e processual do PNSF. Após a realização das análises (das frequências das respostas das entrevistas, das informações dos documentos, da lista de verificação da observação participante) os resultados foram organizados em quadros onde estão descritas as características encontradas no programa e qual seria o padrão adequado (Quadro 1, 2, 3). Os aspectos mais detalhados da avaliação serão descritos e discutidos a seguir

QUADRO 1 – Dimensões e Indicadores para a Avaliação do PNSF.

DIMENSÕES	INDICADORES	PARÂMETRO	ACHADOS DA AVALIAÇÃO
COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DO GESTOR	Escolaridade	Superior	SIM
	Área de formação	Nutrição (já responsável pelas ações de alimentação e nutrição do município)	SIM
	Capacitação inicial e permanente	Ao assumir o cargo de gestão. Técnico devidamente capacitado na área de gestão em programas de A e N. Permanente para acompanhamento das mudanças e melhoria do programa.	NÃO. Única capacitação realizada pela gestão estadual no início da implementação do programa.
	Experiência	Experiência em gestão de programas de A e N	SIM
CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Cadastro	Coordenador devidamente cadastrado na página do programa.	SIM
	Escolaridade	Curso Técnico a Superior.	SIM
	Capacitação inicial e permanente	Inicial ao assumir a implementação do programa. Permanente para acompanhamento das mudanças e melhoria do programa. Temas: Sensibilização sobre a importância do PNSF; em VISA;	NÃO. Os atuais profissionais que operacionalizam o programa não participaram de nenhuma capacitação.
	Material Informativo do programa	O MS deve enviar os materiais de divulgação do programa: calendário, folders, cartazes e cartazes.	NÃO. Materiais não se encontram disponíveis.
	Quantidade	A quantidade de suplementos deve ser necessária para alcançar a meta e possíveis perdas.	NÃO. Geralmente os suplementos terminam no final do ano e a meta não foi alcançada.
	Armazenamento e qualidade do suplemento	Dentro do prazo de validade, sem estar próximo do vencimento, embalagem intacta, local fresco, sem umidade, arejado e livre de exposição solar.	SIM.
	Utilização do suplemento	Deve ser utilizado somente para a finalidade do programa que é a suplementação preventiva.	NÃO. Alguns profissionais utilizam para tratamento da anemia, com a devida adequação da dose.
	Envio do suplemento pela esfera federal	Deve ser enviado antes de terminar o estoque.	NÃO. Geralmente os suplementos terminam no final do ano antes do alcance da meta.
	Remanejamento do suplemento	Caso o município tenha excesso de suplemento ou quando o lote estiver com prazo de validade a expirar deve-se enviar essa informação para a coordenação estadual do programa.	Não foi evidenciada pela observação ou pelo relatório nenhuma ação de remanejamento. Quando o estoque está excedendo foi relatado pelos profissionais que ocorre a busca ativa dos beneficiários.

QUADRO 1 – Dimensões e Indicadores para a Avaliação do PNSF.

DIMENSÕES	INDICADORES	PARÂMETRO	ACHADOS DA AVALIAÇÃO
INFORMAÇÃO EM SAÚDE	Envio dos dados	Os dados devem ser enviados mensalmente até o dia 10 do mês subsequente a suplementação.	SIM
	Acesso as informações do programa	As informações do programa devem ser repassadas principalmente nas capacitações permanente realizadas pela coordenação federal, estadual ou municipal.	NÃO. As capacitações do programa são inexistentes.
	Qualidade da informação	Os dados devem ser preenchidos e digitados corretamente.	NÃO. Os dados da cobertura municipal constante no módulo operacional não conferem com os relatórios de gestão.
	Divulgação e Utilização das informações	Os dados da suplementação devem ser divulgados e utilizados para o monitoramento, avaliação da cobertura e tomada de decisão.	NÃO. Mesmo na autoavaliação sendo demonstrados os limites do programa pelos profissionais nenhuma ação de correção foi evidenciada.
IDENTIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS E FORNECIMENTO DO SUPLEMENTO	Identificação	A população deve ser identificada e acompanhada de acordo com as seguintes estratégias: demanda espontânea, busca ativa, campanhas de vacinação maternidade e indicação de parceiros que atuam na prevenção e controle dos distúrbios nutricionais.	Das quatro estratégias previstas somente duas são utilizadas.
	Acompanhamento	Agendamento de retorno deve ser da seguinte forma: 1) Crianças a cada 3 meses um frasco de 60ml; 2) Gestantes a cada mês ou de acordo com o calendário do pré natal; 3) Puérperas a cada mês 30 comprimidos de sulfato ferroso.	SIM.
	Adesão dos beneficiários	As famílias devem ser sensibilizadas quanto á importância da suplementação, bem como a utilização do produto, se forma que sua adesão seja efetiva, garantindo a continuidade do programa e o impacto positivo na diminuição do risco da deficiência de ferro e de anemia entre crianças e gestantes.	O processo de sensibilização dos usuários ainda é insuficiente o que reflete no abandono do programa e no não alcance das metas.
	Adesão dos profissionais	Os profissionais de saúde devem implementar os procedimentos necessários à operacionalização do referido programa. Sendo imprescindível a capacitação inicial e continua com intuito de sensibilizar os profissionais sobre a importância do programa e capacitar todos que estejam envolvidos com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e do pré-natal, de forma a estimular e monitorar a utilização correta dos suplementos.	A adesão maior é dos profissionais da enfermagem. Faltando maior comprometimento e adesão dos demais profissionais de saúde.

QUADRO 1 – Dimensões e Indicadores para a Avaliação do PNSF.

DIMENSÕES	INDICADORES	PARÂMETRO	ACHADOS DA AVALIAÇÃO
ATIVIDADES EDUCATIVAS E ORIENTAÇÃO	Atividades de EAN e orientações ao público alvo.	Os beneficiários do programa além do recebimento do suplemento devem ser orientados sobre alimentação e nutrição, com ênfase na promoção de hábitos alimentares saudáveis e alimentos ricos em ferro.	As ações não são frequentes, não tem um padrão nem periodicidade.
AÇÕES DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (VAN)	Monitoramento dos beneficiários do PNSF	O município deve acompanhar os beneficiários do programa através das ações de Van de acordo com as normas estabelecidas em legislação própria.	SIM
CONSTRUÇÃO DE PARCERIAS E ALIANÇAS	Parcerias e ações realizadas	Recomenda-se parcerias com instituições que atuem na prevenção e controle dos distúrbios nutricionais em nível local.	NÃO
CONTROLE SOCIAL	Atuação do Conselho Municipal ou Locais de Saúde nas ações do PNSF.	O controle social das ações de saúde confere maior legitimidade atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.	NÃO
DESCENTRALIZAÇÃO DO PROGRAMA	Conhecimento pelos profissionais do processo de descentralização do programa	As mudanças devem ser informadas a todos os profissionais que participam da operacionalizam do programa.	Somente a coordenação tinha esse conhecimento.
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	Avaliação do desempenho programa	Os três níveis de gestão deve avaliar o desempenho do PNSF através do acompanhamento e monitoramento da situação do nível de implantação e operacionalização, com intuito de tomada de decisão.	NÃO.
	Facilidades e dificuldades do programa elencada pelos profissionais de saúde	Os profissionais devem estar aptos a detectar as facilidades e dificuldades do programa	SIM

Fonte: Elaborado pelas autoras.

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DO PNSF

Os espaços de operacionalização do programa na esfera municipal eram, basicamente, dois: Secretaria Municipal de Saúde - SMS (gestão e coordenação do PNSF) e UBS (distribuição dos suplementos aos beneficiários do PNSF).

No perfil de escolaridade e formação profissional dos recursos humanos entrevistados, verificou-se que todos possuíam nível superior completo (em nutrição, o coordenador do programa e em enfermagem, os demais profissionais), com pós-graduação nas áreas de saúde pública (três profissionais com especialização na estratégia de saúde da família) e obstetrícia (um profissional).

O responsável pela gestão municipal do PNSF era um profissional que se encontrava inserido no setor de nutrição da SMS e era responsável também pelas ações de alimentação, sendo nutricionista de profissão. Apesar de não possuir capacitação na área de gestão de programas, nem ter sido capacitado para exercer a coordenação do programa, acumulava experiências, pois trabalhava na área de alimentação e nutrição desde o ano de 2006 e o seu trabalho de conclusão do curso de especialização foi sobre avaliação do programa nacional de vitamina A.

O coordenador também se encontrava devidamente cadastrado no módulo de gerenciamento do programa com todos os dados necessários para inserir as informações mensais de cobertura e, além disso, acompanhar e consultar esses dados de acordo com sua inserção.

Segundo a coordenação municipal, ocorreu uma capacitação do programa no início da sua instituição, no ano de 2006, pela Diretoria Regional de Saúde (DIRES), onde o município encontrava-se inserido, ou seja, a capacitação inicial foi somente para aqueles profissionais que estavam trabalhando no município naquele momento específico no ano de 2006:

A capacitação ocorreu em 24 de maio de 2006 na secretaria de saúde do município com as enfermeiras, sendo a mesma capacitação que participei. A última foi em 24 de maio de 2006. Atualmente desenvolvo apenas ações de orientações do programa na secretaria, atendendo as necessidades individuais dos profissionais. Porque não teve mudança no programa então não teve mais capacitação. Não tendo o registro dos participantes (lista de presença), somente o ofício e o protocolo que foi entregue as enfermeiras. Sendo os profissionais sensibilizados a partir de orientação, mantendo as informações para

todas as enfermeiras nossas quando elas procuram a gente (Entrevista Coordenador/Grupo I).

Nota-se que a capacitação contínua do programa era inexistente, resumindo-se apenas a orientações individuais, as quais só eram feitas sob demanda dos profissionais das USF:

[...] Atualmente vem desenvolvendo apenas ações de orientações do programa na secretaria por profissional atendendo as necessidades individuais dos profissionais. Porque não teve mudança no programa então não teve mais capacitação (Entrevista Coordenador/Grupo I).

Trabalho aqui há cinco anos e nunca teve nenhuma capacitação. Os conhecimentos que tenho sobre o programa vieram da faculdade, das aulas, dos estágios e de leituras. (Entrevista Profissional/Grupo II).

Com a instituição do SUS as atribuições de formação e educação continuada dos recursos humanos passam a ser de responsabilidade deste sistema, ratificando o artigo 200 da Constituição Federal (CF) de 1988. Para isso, o MS em 2004, através da portaria 198, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para formação e desenvolvimento dos seus profissionais e, em 2007, cria o Programa de Educação Permanente.

A análise do relatório da gestão municipal e do plano municipal de saúde demonstra a inexistência de capacitações relacionadas ao PNSF, tanto da realização quanto da previsão. Mesmo a SMS tendo o setor de Coordenação de Capacitação Permanente, foram encontradas capacitações referentes a inúmeras outras ações, programas e instituições, exceto para o PNSF: Humaniza SUS, Programa de Saúde Prisional, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Pastoral da AIDS, Meningite, Vigilância de Óbitos, Auditoria, Conselho Municipal de Saúde, Infecção Hospitalar, Rede Sentinela.

Ademais, a portaria e os manuais do PNSF preveem a capacitação dos profissionais que realizam a operacionalização do programa, inclusive como condição necessária para implantação do programa no município, cabendo à gestão estadual a capacitação do grupo I e a gestão municipal a do grupo II, podendo contar também com o apoio dos centros colaboradores:

[...] Capacitação dos coordenadores municipais para a operacionalização do programa de acordo com as orientações descritas no Manual Operacional definido pela área técnica da política de alimentação e nutrição, apoiando a capacitação de recursos humanos para fortalecer as atividades educativas de orientação alimentar e nutricional, com ênfase na promoção da alimentação saudável (Art.5º Inc. VI BRASIL, 2005).

[...] A capacitação dos profissionais de saúde para a operacionalização do programa, de acordo com as orientações descritas no Manual Operacional definido pela área técnica da política de alimentação e nutrição (Art.6º Inc. X BRASIL, 2005).

Os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição prestarão apoio técnico ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais de Saúde no desenvolvimento das ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, inclusive na capacitação de recursos humanos, no acompanhamento e na avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (Art.8º BRASIL, 2005).

A caracterização dos recursos do programa identificou no nível central de gestão do programa, a SMS, os seguintes elementos humanos e materiais: uma coordenadora, sala do setor de nutrição, mesa, cadeiras, computadores, internet, impressora, mapas e documentos do programa impressos. E nas UBS: profissional para identificação dos beneficiários e distribuição do suplemento (enfermeira) e entrega do suplemento na farmácia da unidade básica (técnica de enfermagem), mapas impressos, suplementos (sulfato ferroso comprimido e xarope, ácido fólico), salas (da enfermagem e da farmácia).

Entretanto, os profissionais relataram não ter tido acesso aos materiais informativos (para execução divulgação e orientação do programa: cartazes, calendários e manuais), logo não se dispunham destes nas unidades. Sendo que no próprio manual um dos materiais - que é o calendário do programa para a marcação do dia da semana que deve ser dado o suplemento a criança - é tido como suporte na adesão, pois facilita a lembrança da administração dos suplementos.

Os problemas na suplementação identificados por esse estudo se iniciavam com a produção dos insumos vitais para a execução do programa em todo o plano nacional, devido à baixa capacidade da Farmanguinhos para atender ao quantitativo de suplementação universal dos beneficiários do PNSF, como objetiva o programa. Além disso, os dados utilizados para a estimativa do quantitativo dos suplementos a serem

enviados ao município em questão (estrutura organizacional) também se encontrava subestimados.

No relatório gerado pelo sistema de informação do PNSF na página da CGAN, encontram-se as seguintes estimativas: o total do público-alvo do programa existente no município em questão (no item quantitativo total da população) e o quantitativo do público-alvo que deve ser suplementado (no item quantitativo da população assistida), ou seja, a meta que o programa deve alcançar (Tabela 1).

TABELA 1 - Estimativa do total do público-alvo do programa existente no município e da meta de indivíduos a ser alcançada por ano.

ANO	Total Crianças*	Meta	Total Gestantes**	Meta	Total Puérperas**	Meta
2005	6.009	6.009	2.097	2.097	2097	2.097
2006	6.009	6.009	2.097	2.097	2097	2.097
2007	6.009	6.009	2.097	2.097	2097	2.097
2008	6.302	6.302	2.729	2.729	2729	2.729
2009	6.302	6.302	2.729	2.729	2729	2.729
2010	4.201	4.201	1.410	1.410	1410	1.410
2011	8.823	8.823	3.821	3.821	3821	3.821
2012	8.823	8.823	3.821	3.821	3821	3.821

Fonte: Construída pelas autoras a partir de CGAN, 2013. * De acordo com IBGE, 2001. ** De acordo com SINASC, 2001.

Cabe ressaltar que o público alvo também faz parte da estrutura, pois é objeto das práticas de suplementação propostas pelo programa e se constituía de crianças a partir de 4 meses (quando não estão mais em aleitamento materno exclusivo) ou de 6 meses até 2 anos de idade, mais as gestantes e puérperas.

Os dados iniciais do quantitativo da população foram estimados de forma equivocado, não retratando a realidade (Tabela 1 e 2). Pois, a fonte que foi utilizada para estimar o quantitativo total do público alvo do programa (Tabela 1) tem mais de uma década, por ter sido extraída do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o ano de 2001 e para gestantes e puérperas do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), também, para o ano de 2001. Mesmo existindo fontes mais atuais na mesma base de dados (Tabela 2), a fonte de 2001 foi utilizada para basear a meta (Tabela 1).

TABELA 2 - Estimativa da população residente de crianças até 2 anos no município de Feira de Santana.

ANO	<1ano	1 ano	2 anos	Total
2001	9.600	9.615	9.581	28.796
2005	10.346	10.331	10.310	30.987
2006	10.511	10.495	10.474	31.480
2007	9.847	9.877	9.939	29.663
2008	10.318	10.370	10.442	31.130
2009	10.147	10.227	10.317	30.691
2010	8.319	8.562	8.208	25.089
2011	8.159	8.179	8.241	24.579
2012	8.240	8.260	8.323	24.823

Fonte: Construída pelas autoras a partir de IBGE, 2001-2012.

Segundo a portaria de implantação e o manual operacional do programa é de responsabilidade do MS a aquisição e o encaminhamento do suplemento de ferro e ácido fólico diretamente aos municípios (a sua central de medicamentos\almoxarifado) em lotes, com a logística definida junto à Assistência Farmacêutica do MS, até 3 ou 4 vezes por ano. O quantitativo enviado será seguindo os critérios do IBGE para o número de crianças de até 24 meses, de acordo com o último censo e do SINASC para o número de gestantes e puérperas.

A Farmanguinhos é o instituto vinculado ao MS e produz vários tipos de medicamentos diferentes, voltados às necessidades do SUS. Desde a implantação do programa, os recursos financeiros são repassados anualmente, tanto para a produção dos suplementos de ferro, como para os de ácido fólico do PNSF. Entretanto, de acordo com os relatórios da gestão federal, desde 2006 ocorrem problemas operacionais, como atraso na produção dos suplementos ou contratempos de contrato com transportadoras, que culminam na interrupção total (durante dois meses) ou parcial dos suplementos nacionalmente.

Na Figura 2 é demonstrado a execução das portarias nº 195/2004 e nº 104/2005 as quais foram repassadas a Farmanguinhos, cuja finalidade foi a aquisição dos suplementos necessários para atingir a meta de cobertura de 10% da população no ano de 2005. Já para 2006 os recursos foram repassados pela portaria nº 327/2006 para atingir uma cobertura de 35% de crianças de crianças de 6 a 18 meses, gestantes e puérperas (programação passada em fevereiro para o laboratório).

Suplementos	Ano	2005		2006		
	Quantitativo solicitado	Quantitativo distribuído		Quantitativo solicitado	Quantitativo distribuído	
		Nº	%		Nº	%
Frascos de xarope de sulfato ferroso	5.879.734	4.902.565	83,38	8.820.300	0	0
Comprimidos de sulfato ferroso	115.705.800	90.853.000	78,52	251.800.500	0	0
Comprimidos de ácido fólico	115.705.800	95.403.000	82,45	251.800.500	0	0

FIGURA 2 - Execução do planejamento do quantitativo de suplementos distribuídos pela Farmanguinhos, para o PNSF de todo o Brasil, nos anos de 2005 a novembro/2006.
Fonte: Relatório da CGAN, 2006.

Nota-se que a totalidade do quantitativo estipulado para 2005 não foi alcançada para nenhum dos suplementos e em 2006, até o mês de novembro, a demanda do ano anterior ainda não tinha sido cumprida, executando apenas em torno de 80% do solicitado. Consequentemente vários municípios tiveram que interromper o programa, mesmo sendo realizadas cinco reuniões com representantes da CGAN, MS e Farmanguinhos na tentativa de encontrar uma solução satisfatória para os problemas de produção e distribuição dos suplementos.

Devido os problemas anteriores, no ano de 2007 ocorreu a interrupção total da entrega dos suplementos para todo o Brasil durante dois meses. Até dezembro houve a distribuição de xarope de sulfato ferroso para todos os estados, porém quanto aos comprimidos de sulfato ferroso e ácido fólico, foram apenas para a região Nordeste e para Distrito Federal, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul (CGAN, 2008). Nos relatórios dos demais anos é demonstrado a limitação da capacidade de produção dos suplementos pela Farmanguinhos:

Reuniões com Farmanguinhos e departamento de assistência farmacêutica do MS sobre a distribuição dos insumos referentes a Portaria 539/2007 [...] (Relatório de Gestão CGAN 2009).”

Problema operacional devido atraso na entrega no 2º semestre de 2010 (Relatório de Gestão CGAN, 2010).

Revisão de pauta de distribuição da Portaria 430/2008, cuja execução encontrava-se em aproximadamente 50%, para abastecimento dos municípios em 2012 (Relatório de Gestão CGAN, 2011).

[...] distribuição dos insumos do programa, durante o ano de 2011, os estados do Acre, Amapá, Paraná, Santa Catarina, Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Roraima, Goiás, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Tocantins, Mato Grosso, Alagoas, Paraíba, Bahia, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe os quais receberam uma entrega dos suplementos, sendo possível o atendimento de 20% das crianças e 15% das gestantes (Relatório de Gestão CGAN, 2011).

Devido aos problemas na aquisição do suplemento demonstrados a CGAN e Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos - CGAFME celebraram um acordo sobre a necessidade de descentralização dos recursos financeiros para aquisição dos suplementos do PNSF para a farmácia básica dos municípios, com o intuito de ampliar o seu acesso e promoção do uso racional do sulfato ferroso na prevenção e controle da anemia (CGAN, 2011).

Desta forma, desde agosto de 2013, a aquisição dos suplementos do PNSF foi descentralizada, a partir da publicação da Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013, que define as normas de financiamento e de execução do componente básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

Logo o município passa a ser responsável pela compra, armazenamento e distribuição dos suplementos para os beneficiários, mudando o processo. Além disso, o sistema de informação que era utilizado para monitoramento do PNSF foi desativado, passando para o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HORUS essa responsabilidade.

Os suplementos enviados pela farmácia central municipal as UBS com objetivo de distribuição aos beneficiários eram armazenados nas salas livres de umidade, em local arejado e livre da exposição solar, estando dentro do prazo de validade, de acordo com o ambiente físico de armazenamento observado e declarado pelos profissionais de saúde:

O armazenamento é em armário próprio na farmácia, armário próprio para soluções e xarope então o sulfato ferroso fica nesse armário [...] (Entrevista Profissional/Grupo II).

[...] Recebemos na unidade e armazenamos os suplementos junto com os outros medicamentos em prateleiras em uma sala específica para medicamentos [...] (Entrevista Profissional/Grupo II).

No balanço final notam-se duas problemáticas imprescindíveis para a implementação e implantação do PNSF no que concerne à estrutura: recursos humanos e recursos materiais. Na

primeira, os profissionais que operacionalizam o PNSF carecem de capacitação inicial, continua e permanente. Na segunda, os materiais informativos estavam indisponíveis e somente no início o coordenador do programa teve acesso e realizou sua distribuição, sendo desconhecidos dos demais profissionais. Além disso, existiam vários problemas com o principal insumo do programa que é o suplemento: dados subestimados do quantitativo de suplemento a ser enviados aos municípios compra e envio do suplemento pelo MS aos municípios aquém da meta, interrupção frequente deste envio, utilização dos suplementos para outro fim que não a suplementação preventiva.

Os recursos humanos e materiais são fatores necessários para aplicação das ações do programa e conseqüentemente para a produção dos resultados esperados, entretanto nota-se que sem a devida estrutura operacional os processos e resultados foram comprometidos gerando outros limites e dificuldades, descritos e discutidos a seguir.

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DO PNSF

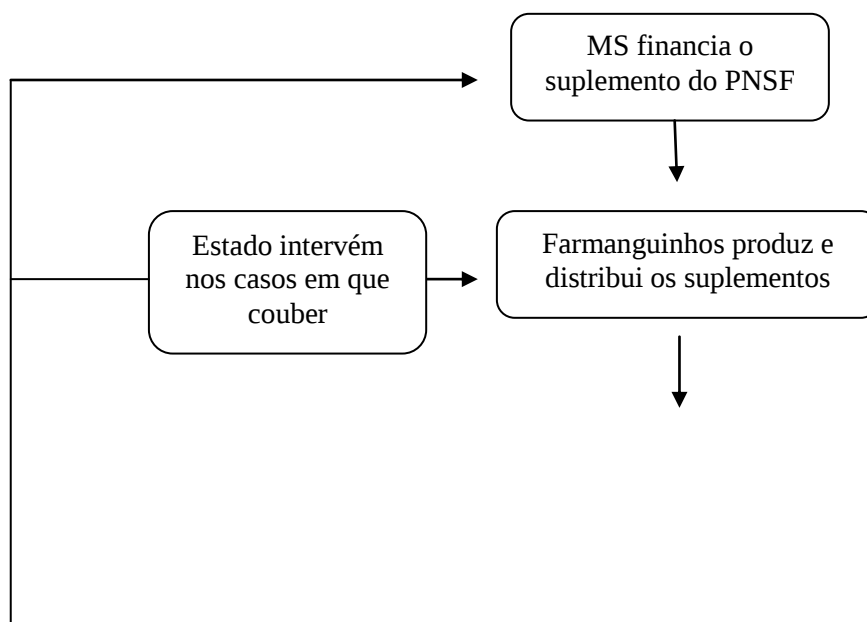
O fluxo da distribuição do suplemento desde o âmbito federal até o municipal se dava por meio de ações de financiamento, produção dos insumos (ferro), transporte, distribuição e armazenamento no nível local, com posterior oferta aos beneficiários mediante processo de cuidado. A Figura 1 esquematiza o fluxo do suplemento da gestão federal até a sua distribuição ao beneficiário.

Após a chegada ao município os suplementos devem ser distribuídos as UBS para serem entregues pelos profissionais de saúde aos beneficiários. O que se confirma no relato da coordenação e dos profissionais de saúde, ao serem indagados sobre o processo de recebimento, armazenamento e distribuição:

A solicitação é pela assistência farmacêutica de acordo com as necessidades da unidade (Coordenador do Programa/Grupo I).”

Fazemos os pedidos da farmácia quinzenalmente. Recebemos na unidade e armazenamos os suplementos junto com os outros medicamentos em prateleiras em uma sala específica para medicamentos [...] (Entrevista Profissional/Grupo II).

A gente faz a solicitação através dos mapas de medicamentos, os mapas de pedidos, baseado na nossa quantidade que já tem e na quantidade que necessita pela demanda que a gente imagina que vai ter necessidade no mês. E a quantidade que eles mandam pra gente vamos fechamento no mapa. Faz o pedido através da assistência farmacêutica da secretaria de saúde [...] (Entrevista Profissional/Grupo II).



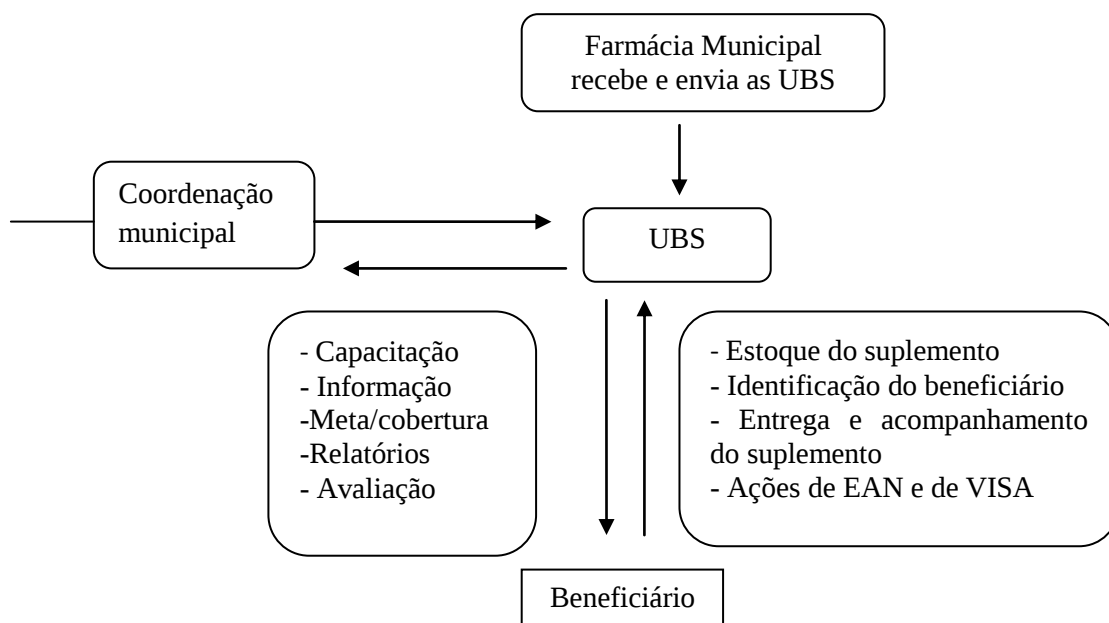


FIGURA 1 – Fluxograma de distribuição dos suplementos de sulfato ferroso e ácido fólico, da gestão federal até o beneficiário.

Fonte: Informações obtidas da análise documental e da coleta de dados junto a SMS e unidades básicas de saúde, 2013.

Nos casos do estoque dos suplementos estarem excedendo as necessidades do município, ou quando o lote estiver com prazo de validade a expirar a coordenação estadual do programa deve remanejar o produto a municípios vizinhos, devendo acontecer também esse remanejamento sempre que necessário entre as UBS a fim de evitar o vencimento, o desperdício e a consequente falta desses suplementos.

Durante a coleta de dados não foi observado nenhum destes processos de remanejamento, nem de excesso ou desperdício, apenas a falta, o que pode ser devido à coleta ter acontecido no último mês do ano. Os profissionais ao serem indagados sobre tal fato referiram que, quando estes suplementos excediam as necessidades do município ou quando o lote estivesse com prazo de validade a expirar, ocorria intensificação das ações de suplementação através da busca ativa de beneficiários que ainda não haviam sido suplementados. E quando acontecia de terminar o suplemento na farmácia básica recorriam à improvisação:

Intensificar as ações de suplementação. Quem não tomou fazer essa busca ativa (Coordenador do Programa/Grupo I).

Quando termina faz o pedido. Isso não é uma coisa tão normal de acontecer não, de acabar antes de cumprir a meta. Mas no final do ano acaba medicação, é momento de balanço e licitações na compra de medicamentos. Nesse momento eu só tenho sulfato ferroso solução não tenho xarope e foi pedido, não veio porque está em momento de compra. Então, quando está nesse momento a gente vai tentando substituir, faz o cálculo e substitui o gotas pelo xarope (Entrevista Profissional/Grupo II).

No ano de 2011 a Assistência Farmacêutica do MS passou por uma Auditoria Operacional Tribunal de Contas da União (TCU) ficando constato que inúmeros estados estavam com excesso e vencimento dos suplementos, ou seja, ao mesmo tempo em que o MS não consegue enviar o quantitativo de suplementos suficientes para cumprir as metas devido aos problemas na produção e transporte, ainda ocorre o desperdício. Também consta no relatório do TCU a recomendação para evitar tal desperdício:

[...] Os gestores municipais de 10 dos 12 estados visitados (soma-se, neste ponto, o Distrito Federal e Goiás, que foi analisado durante o teste piloto) relataram, ainda, haver excesso e vencimento do medicamento sulfato ferroso, mas não havia notificação ao MS para suspensão da distribuição. O MS recebeu solicitação de suspensão de apenas 12 municípios e exclusão na participação do programa de cinco municípios (TCU, 2011).

[...] faça avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e identifique as causas para o excesso e vencimento de sulfato ferroso em estoque nos municípios, com vistas a evitar o desperdício apontado pelas equipes de auditoria (TCU, 2011).

Apesar da suplementação do programa ter a finalidade de prevenção, ele era usado para outro fim, ou seja, alguns profissionais utilizam o suplemento de xarope de sulfato ferroso voltado para as práticas curativas, subvertendo as ações do programa as quais tem foco na suplementação com dose para a prevenção. Sendo que uma das causas para essa prática pode ser devido à falta do suplemento para tratar a anemia, pois também foi relatado que quando não tem o suplemento para prevenção da anemia improvisa-se com o suplemento para tratamento fazendo a adequação da dose:

“A médica utiliza para tratar anemia eu só uso como prevenção (Entrevista Profissional/Grupo II).”

“Sim para tratamento de anemia, mas nesse caso com a prescrição médica. A prescrição de enfermagem entra só com a prevenção (Entrevista Profissional/Grupo II).”

A forma como era construída o fluxo das informações do PNSF, a identificação dos beneficiários, as atividades educativas e de orientação dos beneficiários, as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VISA), a construção de parcerias e alianças, o controle social, a descentralização do programa e a existência de avaliação do PNSF no município foram os elementos avaliados no processo de implementação local do PSNF.

O envio dos dados pela coordenação municipal à gestão federal ocorria mensalmente através do módulo de gerenciamento do programa até o décimo dia de cada mês. Sendo que o envio dos dados do programa das UBS junto à coordenação também era mensalmente, com a entrega dos mapas do programa fechado, todavia elas não são utilizadas para monitoramento, avaliação e processo decisório pelas unidades:

Até dia 10 de cada mês recebo os mapas. Encaminho as metas por ofício para unidades, quando a meta não foi cumprida. E todo ano manda os relatórios anuais de nutrição e dentro do relatório tem as metas de ferro acontece. (Entrevista Coordenador/Grupo I).

Do suplemento de ferro temos pouco monitoramento, as paredes de situação que temos não incluímos a suplementação. Porque é um dado que o consolidado do SIAB não disponibiliza (Entrevista Profissional/Grupo II).

Já com relação ao acesso às informações e mudanças do programa eram provenientes de mais de uma fonte, tanto da acadêmica como da profissional (por meio do setor de nutrição, especificamente pela coordenação do programa):

Da DIRES que faz a divulgação das informações (Entrevista Coordenador/Grupo I).

Da faculdade, dos estágios e de leituras (Entrevista Profissional/Grupo II).

Através do setor de nutrição da secretaria municipal de saúde. Porque eu tenho contato pelo menos mensalmente com esse setor, pois entrego os dados de nutrição pessoalmente. Ai a nutricionista desse setor já passa todas as orientações pra gente, como esse mês ela já passou que haverão mudanças na suplementação de sulfato ferroso (Entrevista Profissional/Grupo II).

Ao comparar os dados de cobertura dos relatórios públicos do programa e do relatório de gestão municipal do ano de 2006-2012 nota-se a diferença nos valores, o que pode ser devido ao erro na digitação das informações do município para o sistema, apontando para a infidedignidade ou do sistema ou do relatório (Tabela 4).

Ademais, relatório de gestão federal os dados dos beneficiários que usam a suplementação de comprimido, ou seja, gestantes e puérperas, encontram-se superestimados devido à alimentação incorreta dos dados na página online do programa (Tabela 3).

Segundo dados da CGAN, alguns coordenadores municipais, desde 2006, inseriram o quantitativo de comprimidos (trinta por mês de cada indivíduo suplementado) ao invés do quantitativo de pessoas suplementadas o que impede uma análise fidedigna em relação aos dados de gestantes e mulheres no pós-parto. Esse equívoco de interpretação tem ocorrido em praticamente quase todos os estados brasileiros (CGAN, 2008; CGAN, 2011; SESAB, 2011).

Aliado a isso, os dados gerados da suplementação não são divulgados nem utilizados para o monitoramento e avaliação da cobertura, ou seja, a atividade fim do sistema de informação que é a de ser utilizado para basear a tríade “informação-decisão-ação” não vem sendo aplicada para o programa em questão:

“Do suplemento de ferro não lembro se estamos fazendo. Mas, o da vitamina sempre fazemos. Lembro-me de fazer o ferro no início (Entrevista Profissional/ Grupo I).”

Do suplemento de ferro temos pouco monitoramento, as paredes de situação você não vê nada sobre o programa. Porque não é um dado que o consolidado do SIAB dá. Só quando acontece a falta do suplemento é que procuramos saber (Entrevista Profissional/Grupo II).

Outro aspecto investigado junto aos responsáveis pela implementação do programa foi a identificação das famílias e do fornecimento do suplemento os quais ocorrem nas consultas e visitas domiciliares, sendo utilizadas somente essas duas estratégias, dentre um total de quatro preconizadas pelo programa (campanhas de vacinação maternidade e indicação de parceiros que atuam na prevenção e controle dos distúrbios nutricionais) e outras que podem ser criadas pela equipe. Isso pode acarretar o não cumprimento de 100% por cento da cobertura, devido ao número reduzido de estratégias de captação dos beneficiários:

A identificação das famílias acontece através das consultas da demanda agendada, pacientes que vem em grupo mesmo: pré-natal, pluericultura e no planejamento familiar a gente consegue identificar as puérperas. Na VD já faz a prescrição da puérpera (Entrevista Profissional/Grupo II).

Na estratégia para identificação da população que será rotineiramente atendida e acompanhada pelo programa, foi demonstrado que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm papel fundamental:

Os ACS passam a existência de gestantes e puérperas na área, eles também ajudam na marcação das consultas porque são demanda agendada, então as pacientes devem estar com a consulta marcada, encaminhando aqui para a unidade. Então a partir dos agendamentos dos grupos (gestante, crianças e puérperas) a gente percebe a necessidade e prescreve o sulfato ferroso (Entrevista Profissional/Grupo II).

O monitoramento da utilização correta do suplemento também acontece nas consultas de retorno com um mês, assim como o estímulo dos beneficiários para a utilização do suplemento. O monitoramento era feito pela data prevista de retorno regulada pela dose padrão do sulfato ferroso no momento da consulta de retorno, ou seja, utilizava-se o modelo tradicional de consulta clínica por demanda, o que ressalta ainda mais o papel dos ACS no papel de elemento ativo de identificação de necessidades:

Eu faço o monitoramento na consulta de retorno que é de um mês, pergunto se o suplemento acabou se não acabou dentro de um mês (que foi o quantitativo de suplemento que dei até a próxima consulta)

é porque não tomou certo. Também esclareço a importância da suplementação e da AF. Quando acontece alguma intercorrência (por exemplo, o indivíduo não tomou, o ACS me avisa) ou confirmo na próxima consulta com um mês (Entrevista Profissional/Grupo II).

No momento de consulta por mim. E pelo ACS é realizado durante as visitas em casa que eles procuram saber se esta tomando o sulfato ferroso, a forma como esta tomando, se esta tomando correto como foi passado e no momento da consulta antes de prescrever eu pergunto como é que ela tá fazendo, como é que a mãe tá fazendo por exemplo. E esse monitoramento a gente tem também pela data em que eu passei o suplemento eu sei a data que deve terminar, por exemplo, aquele frasco se for tomado da forma correta vai durar 3 meses porque era semanal antes, agora vai mudar pra diária vai ficar um pouco diferente porque cada criança vai ter sua dose individualizada. Mas quando era dose padrão de 5ml 1x por semana a gente conseguia monitorar pela data se eu passei o primeiro frasco p hoje dia 18 de dezembro esse frasco tem q durar ate 18 de março, se ele demorar mais tempo ou menos tempo ele esta sendo utilizado da forma incorreta. Então a gente vai tentando regular nas consultas mesmo (Entrevista Profissional/Grupo II).

Na possibilidade do beneficiário não estar portando o cartão de acompanhamento do programa (cartão da gestante e caderneta da criança) no dia da consulta, caso tenha perdido as informações eram passadas para um cartão novo, pois as informações estão no prontuário do paciente:

“Como tenho as informações em prontuários passo para um cartão novo (Entrevista Profissional/Grupo II).”

A gente segue da mesma forma, não interfere, da pra ter o controle pelo prontuário da família. Porque tudo que tem no cartão tem também no meu prontuário. Então caso ele perca eu tenho as informações no prontuário da pra ter o controle (Entrevista Profissional/Grupo II).

O PNSF é baseado em duas ações a de suplementação e a de educação alimentar nutricional, pois é considerado que as orientações nutricionais são fundamentais para reverter

o quadro da deficiência de ferro, ou seja, não basta fornecer somente o suplemento para as crianças e mulheres, ele deve ser associado às ações educativas sobre uma alimentação saudável, com ênfase no consumo de alimentos regionais e ricos em ferro como, por exemplo, carne vermelha, vísceras, folhas verde-escuras, entre outros alimentos (BRASIL, 2005; CGAN, 2006; CGAN, 2013).

Durante a coleta de dados não foi presenciada nenhuma ação de educação em saúde e os usuários, também, afirmaram nunca ter participado. Entretanto, os profissionais destacaram essas ações na sala de espera e com a participação da equipe da UBS e do Núcleo de Apoio da Família (NASF). Desta forma, torna-se necessário a realização de um cronograma dessas atividades específicas para os beneficiários as quais podem ser realizadas no momento da entrega do suplemento, tornando essas ações mais frequentes e permanentes.

A atuação do Núcleo de apoio a Saúde família no programa está pautada no papel do profissional Nutricionista, principalmente com as atividades de educação nutricional (a qual aparece em todas as falas), além da realização de atividade de suplementação, acompanhamento das metas e atendimento nas interconsultas. Estando inseridas nas ações de promoção da alimentação saudável no espaço coletivo cujo tema engloba a prevenção e acompanhamento de doenças e agravos relacionados com a alimentação e nutrição, como é o caso da AF:

Esta no eixo programático do NASF o qual é distribuído anualmente. A nutrição distribui para todos os profissionais de nutrição e dentro do eixo consta o monitoramento das metas do ferro e da vitamina A, sessão educativa sobre como AF e vitamina A (com lista de presença entregue a coordenação de nutrição após realização da atividade) e entrega de *folders* educativos sobre a anemia (Entrevista Coordenador/Grupo I)

Nas salas de espera. A gente faz na própria unidade no momento que tem o público específico de gestantes, crianças e puérperas. É feito pela equipe, ACS e equipe interna. Já foi feito sobre: o uso do sulfato ferroso, anemia falciforme, necessidade de suplementação de ferro e os grupos que devem ser utilizados e a forma também de utilizar. Geralmente de 2 em 2 meses porque a gente tenta variar os temas (Entrevista Profissional/Grupo II).

“Geralmente nas salas de espera pelo NASF (Entrevista Profissional/Grupo II).”

Sim em palestras para a população eles trabalham com a temática da deficiência de ferro, alimentação, anemia ferropriva. A nutricionista nas consultas, nas interconsultas na verdade quando ela participa das consultas comigo e com o médico. Ou na consulta individual e vê a necessidade de suplementação de ferro ela também faz a prescrição (Entrevista Profissional/Grupo II).

Os beneficiários do programa devem ser acompanhados através das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) de acordo com as normas estabelecidas em legislação própria, tendo os municípios e estados suas obrigações. De acordo com os documentos são condições necessárias para a implantação do PNSF em ambos o estímulo, o auxílio e o monitoramento da implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional nos municípios, de acordo com as normas estabelecidas em legislação própria (BRASIL, 2005).

Foi descrito nas entrevistas que essas ações acontecem nas consultas de puericultura (crianças), pré-natal (gestantes) e planejamento familiar (puérperas) e/ou associada as ações do NASF seguindo a sua agenda programática da atenção primária com relação as ações de alimentação e nutrição, estando incluídas a realização da VAN com vistas ao monitoramento do estado alimentar e nutricional da população atendida no território com identificação de risco nutricional precoce e pronto atendimento:

Sim acompanho nas consultas e também fazemos ações do SISVAN junto com o NASF (Entrevista Profissional/Grupo II)”

A gente identifica durante as consultas as pessoas, crianças ou gestantes que estão no baixo peso, com desnutrição, com peso abaixo do percentil normal e essas pessoas são encaminhadas para a Nutricionista do NASF que faz o atendimento da própria unidade. E essa criança ou essa gestante começa a ser atendido rotineiramente né, mensalmente pela Nutricionista. Então são pessoas que continuam sendo acompanhadas pela Nutricionista, não são encaminhadas só uma vez a cada seis meses não. Elas são acompanhadas mensalmente (Entrevista Profissional/Grupo II).

Atualmente, a VAN no Brasil é organizada pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), configurando-se em uma ação da atenção básica à saúde a qual

objetiva sistematizar o monitoramento do estado nutricional, descrevendo as tendências de saúde e nutrição e situações de insegurança nutricional, em nível individual ou coletivo, formando indicadores para avaliação de políticas públicas do SUS, visando à melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2011).

Inclusive o SISVAN está incluído dentre os sistema que devem ser alimentados para que o Piso da Atenção Básica - PAB (montante de recursos federais destinados ao financiamento das ações básicas de saúde) seja liberado aos municípios. Ou seja, caso não haja alimentação regular haverá suspensão dos recursos do PAB, considerando alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano (MS, 2004).

Ainda, o SISVAN apóia as ações de promoção da saúde, visando aumentar a qualidade da assistência através da avaliação do estado nutricional de indivíduos para obter o diagnóstico precoce dos possíveis desvios nutricionais, evitando as consequências decorrentes desses agravos à saúde. Por isso, torna-se um importante instrumento para o monitoramento, oferecendo aos profissionais da área e aos gestores do SUS ferramentas para a tomada de decisão.

Nesse sentido, o SISVAN deve ser valorizado com vistas ao aperfeiçoamento da assistência, da promoção á saúde e do programa em questão já que a AF tem relação direta com o estado nutricional do indivíduo, principalmente no público materno infantil, pois ambos têm causas sociais e alimentares.

O programa prevê a formação de alianças e parcerias com outras instituições que atuem na prevenção e no controle dos distúrbios nutricionais em nível local com o intuito de identificar e acompanhar as famílias de maior risco do município e avaliação do impacto e resultados da ação, toda via o município em questão não firmou nenhuma parceria com qualquer instituição. Também, no que concerne ao controle social do Conselho Municipal e de Auditorias não foi relatada nenhuma ação.

Apesar da divulgação do processo de descentralização do PNSF, tanto no IX Encontro Nacional da Rede de Alimentação e Nutrição no SUS em Brasília realizado pela CGAN em novembro de 2011 quanto no relatório de gestão da CGAN no ano de 2011 e da divulgação da Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013, somente a coordenação municipal do PNSF tinha conhecimento sobre esse processo de descentralização, informação desconhecida pelos demais profissionais de saúde:

Eu tive em Brasília em 2011 no Encontro Nacional da Rede de Alimentação e Nutrição do SUS em novembro de 2011 já se falava sobre a revisão do programa. e em 2013 é que foi batido o martelo com a nova portaria (Entrevista Profissional/Grupo I).

[...] Acordo entre CGAN e Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos - CGAFME da necessidade de descentralização dos recursos financeiros para aquisição dos suplementos do Programa Nacional de Suplementação de Ferro pela farmácia básica dos municípios, com vistas a ampliar o seu acesso e promoção do uso racional do sulfato ferroso na prevenção e controle da anemia (Relatório de Gestão 2011).

A coordenação do programa fez uma crítica da descentralização com base na comparação da operacionalização atual do próprio programa e do programa nacional de vitamina A, alegando que o controle do quantitativo dos suplementos não era eficaz, já que os suplementos ficavam estocados na farmácia central e eram distribuídos por esse setor e não pelo setor de nutrição, ao contrário da vitamina A:

Tanto que a gente (profissionais do setor de nutrição da secretaria municipal de saúde) disse: - se separar agora que o programa acaba de vez! Na realidade o programa sempre foi capenga, a gente usa esse termo porque não existia um controle muito eficaz. Já a vitamina A a gente consegui segurar, a gente trouxe pra cá (sala do setor de nutrição) e quando não tava com gente era perdido no espaço umas perdas que ninguém controlava, então o programa hoje de vitamina A ta controlado porque tá com a gente, a gente tem eficácia que deu 50 cápsulas para o posto e que o posto administrou 10 e que tem um saldo de 40 isso a gente consegue fazer porque ta seguro. O ferro não. Então a gente diz que o ferro ta solto porque a gente não pega o ferro, por isso que acho muito irregular. Então em 2011 já se falava disso (descentralização) (Entrevista Profissional/Grupo I).

Além disso, discutiu sobre as mudanças na dosagem, na posologia, e no monitoramento do programa com a implantação da descentralização do programa:

Simplesmente a gente não vai ter mais o monitoramento do programa a gente não vai ter nada, os mapas que a gente recebe, tanto que eu estou avisando as enfermeiras que estão conversando comigo. Eu já to avisando que vai haver uma mudança na dosagem do ferro, na posologia eu já to avisando a elas que o monitoramento não será mais com a gente, para monitoramento vai ser através do e-SUS e do Hórus (Entrevista Profissional/Grupo I).

Essa tentativa de descentralização configura-se somente como uma descontração de atividades, pois, para haver o processo de descentralização é sabido que além da transferência de serviços, é também necessário a transferência de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a esfera estadual e/ou municipal.

Na dimensão avaliação em saúde as lacunas apontadas pela autoavaliação dos profissionais de saúde ligadas ao PNSF foram a o a falta de valorização do programa, de divulgação, de interesse e de capacitação dos profissionais:

Regular. Falta valorização do programa, divulgação, interesse dos profissionais, explicação da importância para os beneficiários. Você sabe que a gente acaba no esquecimento. Você preste atenção que quando a gente toma um remédio, toma um dia, toma no outro, depois de um mês a gente esquece (Entrevista Profissional/Grupo I).

Como falei falta capacitação pelo setor de nutrição para nós. Porque tem muita gente por ai que não se importa com o programa ou realiza a suplementação errada eu uso os conhecimentos da faculdade (Entrevista Profissional/Grupo II).

Eu acho que o setor de Nutrição, que é quem faz esse acompanhamento pra gente, que passa as informações, quem realmente deixa a gente embasada pra fazer a suplementação de ferro. Eu acho que eles fazem um trabalho bom, apesar de ter poucos treinamentos que junte todas as equipes, eles fazem um trabalho bom individualmente. A cada mês realmente a Nutricionista do setor da secretaria de saúde ela não recebe os dados somente. Cada pessoa que entrega os dados, ela senta com essa pessoa e vem pegando todos os mapas se tiver algum erro no mapa ela já identifica naquele momento. Ela já cobra as coisas naquele momento. Ela já dá as orientações necessárias, naquele momento também. Então eu acho que é um setor que não deixa a gente descoberto, é o setor de Nutrição (Entrevista Profissional/Grupo II).

A autoavaliação realizada pelos profissionais ratificou e reforçou que os principais problemas do PNSF estiveram centrados na aquisição e envio do suplemento pelo MS, capacitação e sensibilização profissional. Em si, esta autoavaliação pode ser considerada como ponto positivo, no sentido de que os profissionais foram capazes de identificar os nós

do programa, embora esta avaliação informal não gerasse nenhum movimento de intervenção e resolução dos problemas. O que pode estar significando que avaliações institucionais, formais devam ser implantadas para que se gerem mudanças de aperfeiçoamento das ações do programa.

No balanço final foram encontradas várias problemáticas imperiosas para a implementação e implantação do PNSF no que concerne ao processo: a não utilização das informações produzidas para o monitoramento e avaliação do PNSF; utilização de somente duas estratégias de captação dos beneficiários; não conhecimento da maioria dos profissionais sobre o processo de descentralização do programa; não utilização das informações para o monitoramento e avaliação; baixa frequência das atividades de educação em saúde voltadas para as ações do programa. O não cumprimento adequado desses indicadores também comprometeram os resultados com a geração de outros limites e dificuldades do programa.

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PNSF

As principais dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde e pela coordenação do programa foram, primeiro, de ordem estrutural (falta do suplemento) e de processo (problemas operacionais e falta de capacitação), já discutidas. Os maus resultados reportados foram as reações adversas originárias da administração do suplemento que dificultaram, por sua vez, na adesão dos beneficiários. As facilidades apontadas foram o acesso universal e gratuito, a adesão da equipe à suplementação, o apoio do setor de nutrição e a ênfase do programa na prevenção:

A dificuldade é a própria adesão da comunidade, a família no caso: a mãe o pai. Eu como mãe mesmo é complicado é meio difícil aderir. Ponto positivo é o combate à deficiência de ferro. Isso é maravilhoso, uma coisa gratuita, distribuída em todas as unidades básicas de saúde todo mundo tem acesso ao programa isso é muito bom (Entrevista Profissional/Grupo I).

Dificuldades a questão da falta, quando falta na assistência farmacêutica o xarope. A questão das reações adversas do sulfato ferroso que dificulta um pouco também a adesão dos usuários. E os pontos positivos: na importa adesão da equipe que vê a importância da suplementação de ferro e ajuda na busca pelas pessoas do grupo específico, no agendamento de consultas e na orientação individual. Então a equipe se empenha realmente nisso. O apoio que o setor de nutrição da pra gente Entrevista Profissional/Grupo II).

As facilidades é que o programa tem o objetivo de prevenir a doença e ainda o suplemento é distribuído de graça. E as dificuldades são em relação ao aperfeiçoamento. Trabalho aqui a 5 anos e nunca teve nenhuma capacitação sobre o programa Entrevista Profissional/Grupo II).

Além disso, também é relatada pelas secretarias estaduais de saúde a baixa adesão dos pediatras ao programa por divergência quanto à dosagem e à frequência da suplementação (CGAN, 2011) e é apontada, em estudo sobre o PNSF, a falta do apoio dos médicos como ponto negativo (AZEREDO et. al., 2011).

Com relação à opinião dos profissionais de saúde quanto à adesão dos beneficiários e suas respectivas dificuldades foram classificadas de regular a ótima, não seguindo um padrão de classificação:

Regular, pois a dificuldade do suplemento é que as crianças não gostam do sulfato ferroso. Os médicos já passam outros medicamentos que contém o sulfato ferroso e a dosagem e posologia diferente, ou seja, de forma diferente do sulfato ferroso (Entrevista Coordenador/Grupo I).

Aqui não temos problemas, pois a população é bem, como posso dizer, eles seguem as orientações que nós profissionais de saúde recomendamos. Eu considero ótima, poucos relatam que pararam de tomar por causar diarreia (Entrevista Profissional/Grupo II).

Gestantes, ótima. Puérperas, regular. Crianças, boa. Não acho ótimo porque as mães não dão o suplemento para as crianças pela questão de manchar os dentes, elas falam que vão manchar os dentes, falam que está dando diarreia. Muitas vezes dá aquela diarreia no primeiro momento, a gente orienta que é pra continuar dando que vai ter adaptação, mas algumas preferem não continuar por isso. Muitas vezes elas preferem as vitaminas que são compradas às dadas no posto porque elas acham que mancham o dente ou dá diarreia (Entrevista Profissional/Grupo II).

Os motivos da não adesão dos beneficiários também são encontradas nos relatórios de gestão federal e em estudo sobre o programa, especificamente para o público alvo de crianças. Estando entre eles a não aceitação do xarope pelo sabor (CGAN, 2011; AZEREDO, 2011), falta de acompanhamento e de orientação do serviço de saúde, os efeitos adversos da suplementação, o esquecimento, a falta de tempo para buscar o suplemento e as inadequações nas orientações dadas pelos profissionais (AZEREDO, 2011). Sendo confirmado nas falas dos usuários:

Às vezes esqueço da consulta marcada ou até de dar o xarope porque é uma vez na semana. Se fosse todo dia (Entrevista Beneficiário).

Eu venho todo mês na consulta com a enfermeira. Criança não gosta de tomar remédio nenhum. É nossa obrigação como mãe dá mesmo assim (Entrevista Beneficiário).

[...] Ele deu uma diarreia mais depois passou (Entrevista Beneficiário).

[...]A médica passou uma vitamina ai parei de dar a outra (a suplementação do PNSF) (Entrevista Beneficiário).

Com relação às gestantes e puérperas, nas entrevistas não houve relato de problemas com a aceitação do suplemento, o que pode ser devido à apresentação no formato de comprimido e a posologia diária, diminuindo o esquecimento.

Os problemas de adesão podem ter contribuído para as baixas coberturas observadas e sua tendência de queda. Na Tabela 3, é representada a evolução da cobertura percentual de crianças de 6 a 18 meses, que foram assistidas pelo PNSF de 2005 a 2012 no nível de gestão municipal, de acordo com o quantitativo de crianças assistidas e da meta pré-estabelecida (Tabela 1).

TABELA 3 - Comparação da cobertura municipal do Relatório de Gestão Municipal (RGM) e do relatório online da página do programa para suplementação de sulfato ferroso.

Beneficiários	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Crianças RGM	0	*	32%	73,57%	75%	78,26%	82,40%	70,9%
Crianças Rel. online	0	29,17%	54,10%	70,15%	71,46%	119,02%	58,86%	50,65%
Gestantes RGM**	0	*	32%	73,57%	75%	78,26%	82,40%	70,9%
Gestantes Rel. online	0	61,61%	136,96%	197,22%	206,89%	436,67%	168,36%	150,33%
Puérperas RGM	0	*	19%	92,80%	104%	81,60%	81,50%	76,6%
Puérperas Rel. online	0	11,78%	40,01%	71,31%	80,25%	157,94%	58,20%	54,78%

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir dos Relatórios Municipal de Gestão, 2005-2012.

* Não consta no relatório municipal; consta somente o número de suplementos distribuídos para os beneficiários. ** Não consta no relatório de gestão municipal a cobertura da suplementação de ácido fólico.

Levando em consideração os dados dos relatórios públicos do programa da cobertura de crianças no período de 2005 a 2012 no município observa-se um crescimento até o ano de 2010, entretanto nos anos seguintes, 2011 e 2012 ocorre diminuição da cobertura,

respectivamente, 58,86% e 50,65%, ou seja, decrescendo praticamente à metade do índice de 2010.

Esta diferença pode ser atribuída às limitações estruturais e de processo encontrada nesta avaliação, a saber: ao subfinanciamento do programa pelo MS (Figura 2 e 3), falta de capacitação dos profissionais, falta dos materiais informativos, limitação na capacidade de produção dos suplementos pela Farmanguinhos, baixa frequência das atividades de educação alimentar e nutricional, utilização de somente duas das quatro estratégias de captação dos beneficiários previstas pelo programa.

Como relatado, os dados da cobertura dos demais beneficiários, ou seja, gestantes e puérperas não são fidedignos para se realizar uma análise, devido alimentação incorreta dos dados na página online do programa.

A má qualidade dos dados, resultado de processos de orientação, alimentação e tratamento dos dados ineficientes, pode ter como uma das causas da falta de capacitação dos profissionais envolvidos na manipulação dos dados desde o preenchimento do mapa nas UBS até a compilação dos dados no módulo de gerenciamento do programa. Essa ocorrência na Bahia e em Feira de Santana pode ser atribuída à falta de preparação dos profissionais para a implantação do programa devido à capacitação inicial de responsabilidade do MS não ter ocorrido em todos os estados (sendo enviados somente materiais educativos e de divulgação do programa para os profissionais de nível superior e para os Agentes Comunitários de Saúde – ACS), inclusive, no da Bahia. E no município uma única capacitação foi realizada no ano de 2006, relatada pela coordenação e pelos documentos (FSA, 2007; CGAN, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

È inegável a importação do PNSF como uma das estratégias voltadas para controle e redução da anemia por deficiência de ferro no país, visto que suas ações propostas de suplementação e educação alimentar e nutricional devem resolver a principal causa dessa deficiência que é a quantidade insuficiente de ferro na dieta para satisfazer as necessidades nutricionais individuais.

Para que o programa tenha resolutividade e alcance seus objetivos, alguns aspectos são imprescindíveis, sendo o mais importante atender a demanda dos beneficiários, com acesso ao suplemento de qualidade no momento oportuno e de maneira contínua e coerente. Entretanto, o principal do problema do programa é a produção, o transporte e o desperdício configurando-se no desabastecimento dos suplementos.

Ademais, os beneficiários devem receber todas as informações pertinentes a posologia e as orientações acerca de uma alimentação saudável e sobre a importância do consumo de alimentos ricos em ferro, incluindo informações sobre alimentos facilitadores ou dificultadores da absorção do ferro, com vistas à prevenção da anemia por deficiência de ferro.

O presente estudo traz informações que permitem ter um diagnóstico do PNSF, considerando-se a diversidade de fontes utilizadas para obtenção dos dados e conclusão dos achados. Após quase uma década de criação nota-se que o mesmo não consegue atingir seu objetivo geral que é o de suplementar todas as crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto. Devido aos problemas encontrados e discutidos na estrutura e no processo de algumas das suas ações.

No entanto, em meio a inúmeras necessidades e demandas, a estruturação do PNSF e o combate a AF parece não ser uma prioridade nas ações de saúde (especificamente nas ações de nutrição), sendo negligenciada mesmo se sabendo da sua magnitude, consequências na prática clínica e do seu impacto socioeconômico. Talvez possa ser devido à falta de capacitação e sensibilização dos gestores e profissionais sobre a importância tanto da AF como do PNSF, realidade constatada pelas condições estruturais dos recursos humanos.

Os desafios para a estruturação e implementação do PNSF efetivo na esfera municipal, começa pela conscientização dos gestores da importância da estruturação, através de investimentos nos recursos materiais e humanos. Dessa maneira a suplementação pode se tornar viável, racional e eficiente atendendo assim a demanda existente.

Diante das constatações proporcionadas por esta avaliação algumas sugestões de intervenção podem ser feitas no sentido de realizar melhorias no PNSF e de modificar a realidade.

Em relação ao problema dos insumos primeiro deve-se identificar o quantitativo do público alvo a ser atendido e definir as metas em conjunto com o município e principalmente de acordo com as estimativas populacionais atuais existentes, realizando a aquisição com base nas necessidades locais evitando o desperdício dos suplementos em uns municípios e ao mesmo tempo a falta em outros.

Além disso, faz-se necessário adequar o financiamento do programa e planejar seus gastos de maneira que os suplementos enviados sejam necessários para cumprir a demanda. Ou seja, deve-se efetivamente melhorar o processo de planejamento da compra e transporte dos suplementos, de maneira a aperfeiçoar as aquisições, minimizando as perdas e redistribuindo de acordo com a necessidade, através das atividades de educação permanente.

A falta de capacitação dos profissionais envolvidos pode ser resolvida com o delineamento de investimentos educacionais em vários momentos do processo: inicial, quando os profissionais estiverem se inserindo no programa; e contínua, sempre que aconteça alguma mudança, para solucionar os problemas e/ou sempre que haja necessidade. Ou seja, a equipe deve ser sensibilizada no sentido de contribuir para o aperfeiçoamento do programa e alcance da cobertura.

Para a prevenção e o combate da anemia é necessário não somente suplementar, mas também possibilitar que esse indivíduo adquira o conhecimento sobre alimentação saudável, sendo a Educação Alimentar e Nutricional a estratégia sugerida, por ser de baixo custo e dependente da sensibilização e conhecimento dos profissionais de saúde. Resultando na prevenção e promoção de saúde, neste caso em específico da AF (diminuindo a sua ocorrência e recorrência), ao incentivar o consumo de alimentos ricos em ferro e disseminar as estratégias dietéticas que aumente a sua biodisponibilidade e a diminuição dos fatores que a prejudicam.

Sugere-se, ainda, que novas e continuas avaliações governamentais e não governamentais sejam realizadas, no sentido de compreender melhor os fatores quem comprometem a implementação efetiva do programa, e que sobretudo ajude na reorganização e aprimoramento do programa para que finalmente atinja o seu objetivo.

REFERÊNCIAS

AZEREDO, C. M.; COTTA, R. R. M. Implantação e impacto do Programa Nacional de Suplementação de Ferro no município de Viçosa – MG. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.10, p. 4011-4022, abr, 2011.

BRASIL. Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005. Institui sobre Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a Anemia Ferropriva e dá outras providências. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro: condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Compromisso social para a redução da anemia por carência de ferro no brasil. Aracaju, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO 2.a edição revista Brasília – DF 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO 2.a edição revista Brasília – DF 2011.

BRASIL. Portaria nº 1555, de 30 de JULHO de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatórios: Quantitativo

total da população. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/ferro1.php>> Acesso em: 05 de março de 2013.

_____. Relatórios: Quantitativo da população assistida. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/ferro1.php>> Acesso em: 05 de março de 2013.

Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório de Gestão – 2003. Brasília, DF, Fev., 2004. 59 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php> Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Relatório de Gestão – 2004. Brasília, DF, Jan., 2005. 57 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Ações Relatório de Gestão – 2005. Brasília, DF, Dez., 2005. 5 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Ações da Política Nacional de Alimentação e nutrição: Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, DF, Dez., 2006. 89 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Relatório de Gestão – 2007. Brasília, DF, Jan., 2008. 44 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Relatório de gestão – 2008. Brasília, DF, Dez., 2008. 54 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Relatório de gestão – 2009. Brasília, DF, Jan., 2010. 74 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Relatório de gestão 2007 – 2010. Brasília, DF, Jan., 2011. 107 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

_____. Relatório de gestão 2011. Brasília, DF, Jan., 2012. 45 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_relatorio.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Informações estatísticas. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popba.def>>. Acesso em: 20 de outubro de 2013.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciência e Saúde Coletiva, Salvador, v.4, n.2, p. 341-353.1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde / [Andressa Araújo Fagundes et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SESAB. Governo do Estado da Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Relatório de gestão SESAB - 2010. Bahia, Salvador, Fev. 2011. 249 p.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). Acórdão TCU 1459/2011. Disponível em: <<http://contas.tcu.gov.br/portaltextual/ServletTcuProxy>>. Acesso em: 20 de outubro de 2013.

UNICEF/WHO. Prevention and control of iron deficiency anaemia in women and children. Geneva: UNICEF/WHO; 1999.

VAUGHAN, R. Evaluation and public health. Am J Publ Health, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control: a guide programme managers. Geneva, 2001.

_____. FOOD AND AGRICULTURAL ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). Guidelines on food fortification with micronutrients. Geneva: WHO, 2006.

_____. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database anaemia. Geneva: WHO, 2008.

_____. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: WHO, 2012.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No município estudado o PNSF não tem alcançado a suplementação universal do seu público-alvo o que compromete o alcance do seu objetivo de reduzir e prevenir a anemia ferropriva em crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana gestacional e mulheres até o 3º mês pós-parto. Além do mais, as ações de prevenção de anemia através da Educação Alimentar e Nutricional, as quais devem estar integradas a suplementação, não é rotina nas UBS's.

Em relação ao alcance da meta proposta pelo MS ao município somente para o público-alvo das crianças pode ser analisada, sendo que a meta no município para esse beneficiário só foi alcançada em um dos anos estudados. Com relação a gestantes e mulheres no pós-parto, as coberturas não puderam trazer conclusões fidedignas visto que os dados do quantitativo de gestantes assistidas também não o são devido à inadequada consolidação das informações enviadas à coordenação estadual e nacional do programa, de acordo com o relatório da CGPAN.

Para o alcance dos resultados esperados pelo programa nos anos seguintes, torna-se necessário a prevenção e/ou resolução dos possíveis problemas de fabricação e distribuição dos suplementos, a tempo de não impedir a disponibilidade dos suplementos ao público-alvo; resolver a questão do subfinanciamento do programa com aumento das verbas; treinamento e conscientização dos profissionais envolvidos em toda a operacionalização da distribuição federal até o alcance do suplemento aos indivíduos e da inserção dos dados quantitativo dos suplementos fornecidos para aos indivíduos assistidas.

REFERÊNCIAS

- ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. Revista do Serviço Público. Brasília: Fundação Escola Nacional de Administração Pública, Ano 51, n. 4, p. 5-60, out-dez, 2000.
- ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: Rico EM (org) et ali. Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate. São Paulo, Cortez, 1998. p. 29-39.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) e Saúde da Criança e da Mulher - 2006. Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Compromisso social para a redução da anemia por carência de ferro no Brasil. Aracaju, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2.a edição revista Brasília – DF 2003.
- BRASIL. Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005. Institui sobre Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a Anemia Ferropriva e dá outras providências. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2005.
- Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
- _____. The seven pillars of quality. Archives of Pathology & Laboratory Medicine. 1990.
- _____. The price of quality and the perplexities of care. HMO Pract, 1991.
- _____. Quality assurance. Structure, process and outcome. Nurs Stand, 1992.
- CASTRO, R. C. F. Comunicação Científica na Área de Saúde Pública: Perspectivas para a tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento. 2003. Tese (Doutorado)– Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- COOK J.D., BAYNES R.D., SKIKNE B.S. Iron deficiency and the measurement of iron status. Nutr Res Rev 1992;5: 189-202.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. F.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em

saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-48

CONTANDRIOPOULOS AP; CHAMPAGNE F; DENIS JL; PINEAULT R. Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Método. In: Hartz, Z. M. A. (org). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2002. Cap. 2, p 29-45.

CRUZ, M. M.; REIS, A. C. Monitoramento e Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). In: GODIM, R.; GRABOIS, V.; Mendes, W (Orgs). Qualificação Gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, 2011, 415-426, 2ª. ed.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. A política da avaliação de políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005.

FERRAZ, S. T. Anemia Ferropriva na Infância: uma Revisão para Profissionais da Atenção Básica. Rev. APS. Juiz de Fora, v. 14, p. 101-110, 2011.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2001.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciência e Saúde Coletiva, Salvador, v.4, n.2, p. 341-353.1999

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social. Petrópolis: Vozes, 2004.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento & Gestão em Saúde; balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública. São Paulo, número especial, p. 73-78, 2006.

PEREIRA, M. G. Qualidade dos Serviços de Saúde. In: Epidemiologia Teoria e Prática. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1995.

SANTOS, S. B. S. Avaliação da capacidade de Gestão descentralizada da Vigilância Epidemiológica no estado da Bahia.Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SHIBUKAWA, A. F.; SILVA, E. M.; ICHIKI, W. A.; STRUFALDI, M. W. L.; PUCCINI, R. F. Prophylaxis for iron deficiency anemia using ferrous sulfate among infants followed up at a primary healthcare unit in the municipality of Embu-SP (2003/2004). São Paulo, n.126, p. 96-101, ago, 2008.

SZARFARC, S. C. Políticas públicas para o controle da anemia ferropriva. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. [online]. 2010, Rio de Janeiro, v.32, suppl.2, p. 02-08, jun, 2010.

TESTA, Mário. Pensamento estratégico. In: Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo: HUCITEC, 1995. p.15-48.

THOENIG, JEAN-CLAUDE. A avaliação como conhecimento utilizável para reformas de gestão pública. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 51, n. 2, p. 54-70, abr./jun. 2000.

VAUGHAN, R. Evaluation and public health. Am J Publ Health; v, 94, n. 3, 2004, p. 360. 2004.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z. M. A. & VIEIRA DA SILVA, L. M. (Orgs.). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro/Salvador: Editora Fiocruz/Edufba, pp. 15 – 39, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Anemias nutricionales. Ginebra: OMS, 1968. (Série de Informes Técnicos, 405).

_____. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control: a guide programme managers. Geneva: WHO, 2001.

_____.; FOOD AND AGRICULTURAL ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). Guidelines on food fortification with micronutrients. Geneva: WHO, 2006.

_____. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia. Geneva: WHO, 2008.

_____. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva, WHO, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semi-estruturada para o coordenador municipal do PNSF



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
TÍTULO DO PROJETO: **Avaliação da implantação do Programa Nacional de Suplementação de ferro (PNSF)**

CODIGO DO ENTREVISTADO:

DATA:

Duração:

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: () F () M
3. Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () divorciado () outra _____
4. Filhos: _____
5. Habitação: () Própria () Alugada () Cedida () Outros () Saneamento básico () Calçamento () Luz () H2O encanada ()
6. Escolaridade: () analfabeto () Alfabetizado () 1º grau comp () 2º grau comp () 3º grau comp () pós graduação () Mestrado () Doutorado
7. Renda: () < salário mínimo () 1 salário mínimo () 2 a 4 salários mínimos () 4 a 6 salário mínimo () 7 a 9 salário mínimo () 10 a 12 salário mínimo
8. Meio de transporte que mais utiliza () carro () ônibus () moto () bicicleta () à pé () outro
9. Vínculos de trabalho _____
() Servidor () CLT () Cooperado () outros _____

A - COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DO COORDENADOR DO PNSF

10. Qual sua formação acadêmica?
11. Qual sua experiência profissional? Já ocupou algum cargo de coordenação/gestão antes?

12. Você já participou de alguma capacitação sobre o PNSF? Em caso positivo quando e qual instituição realizou? Existe algum registro (certificado de participação)? Quais os temas?
13. Você poderia falar sobre o seu processo de inserção na coordenação municipal do PNSF (houve capacitação específica para a coordenação, a quanto tempo)?
14. Você tem o cadastro, com a senha de acesso, na página do programa (www.saude.gov.br/nutricao). Como ocorreu esse processo?

B - CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

15. Quais os profissionais que participam da distribuição e acompanhamento da suplementação para o público-alvo? Os profissionais que participam da distribuição e acompanhamento das famílias beneficiárias já participaram de alguma capacitação sobre o PNSF? Em caso positivo quando (último que foi realizado, periodicidade), qual instituição realizou e o seu conteúdo (Se os profissionais não passaram por capacitação pule para a pergunta 17)?
16. De que forma os profissionais foram sensibilizados (temas e assuntos discutidos)? Existe algum registro (certificado, lista de presença)?

C - SUPLEMENTAÇÃO

17. Quando foi implantado o PNSF em Feira de Santana?
18. Onde funciona e quais os recursos disponíveis (sala, mesa, computadores, acesso à internet, telefone, armazenamento, pessoal-salário)?
19. Existe algum planejamento da operacionalização do programa em nível municipal (ex.: plano de ação de implantação)?
20. Como ocorre o processo de aquisição do suplemento: anterior e atual (compra, transporte, recebimento, estoque, local de distribuição aos usuários)?
21. O que ocorre quando os estoques estiverem excedendo as necessidades do município ou quando o lote estiver com prazo de validade a expirar?
22. O que acontece quando o estoque acaba, está com prazo de validade a expirar ou vencido? Ocorre o controle de estoque? De que forma?
23. Onde ocorre a guarda e a distribuição dos suplementos para o público-alvo? Como ocorre o fluxo de distribuição do suplemento? Quais profissionais estão envolvidos?

24. Como você considera a adesão dos beneficiários ao programa (ótima, boa, regular ou ruim)? Quais as dificuldades na adesão?
25. O NASF realiza alguma atividade em relação a suplementação de ferro?

D - INFORMAÇÃO EM SAÚDE

26. De que forma você tem acesso às informações e mudanças do programa?
27. Quando são inseridas as informações mensais no módulo de gerenciamento do programa? Ocorre divulgação? As informações são utilizadas para monitoramento, avaliação e processo decisório? Em caso positivo em que periodicidade e de que forma?
28. Como acontece o envio das informações sobre a operacionalização do programa (quem, como, quando, periodicidade)?

E - IDENTIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS E FORNECIMENTO DO SUPLEMENTO

29. Como ocorre a identificação das famílias e o fornecimento do suplemento para o público-alvo do programa (tipos de estratégia para a identificação da população que será atendida e rotineiramente acompanhada; quantidades de famílias identificadas por mês, periodicidade de acordo com o público-alvo)?
30. As famílias são sensibilizadas quanto à importância da suplementação e sobre sua utilização? Como ocorre esse processo?
31. Ocorre o monitoramento das famílias assistidas pelo programa? Em caso positivo como é realizado?
32. Acontece estímulo e o acompanhamento da utilização correta do suplemento pelas famílias? Em caso positivo como é realizado?

F - ATIVIDADES EDUCATIVAS E ORIENTAÇÃO

33. Ocorrem atividades educativas (materiais educativos ou informativos)? Em caso positivo de forma ocorre (quem, onde, quando, periodicidade, conteúdo)?
34. Os beneficiários são esclarecidos sobre os efeitos adversos da suplementação?

G - AÇÕES DE VIGILANCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (VAN)

35. Ocorre algum estímulo, auxílio ou monitoramento da implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional pela gestão estadual. Em caso positivo: Qual a periodicidade e de forma acontece? Existe algum registro?

H- - CO-GESTÃO, PARCERIAS E ALIANÇAS

36. A gestão estadual do programa já estimulou ou apoiou a implantação, a implementação e a avaliação de impacto do Programa. Em caso positivo de quem forma?

37. A gestão estadual fez ou faz a divulgação das normas operacionais do Programa e a supervisão dos municípios quanto à sua implantação e operacionalização;

38. A gestão estadual já realizou alguma capacitação com relação ao PNSF? Em caso positivo: Qual a periodicidade e de forma acontece? Existe algum registro?

39. A secretaria municipal estabelece alguma parceria com outras instituições que atuem na prevenção e controle dos distúrbios nutricionais em nível local para a identificação e o acompanhamento das famílias de maior risco do município? Quais as ações dessas parcerias?

I - CONTROLE SOCIAL

40. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) acompanham alguma ação do PNSF?

J - DESCENTRALIZAÇÃO DO PROGRAMA

41. Você conhece o processo de descentralização do PNSF? Em caso positivo cite 3 informações que se inserem nesse processo (o que mudou)? (Se sim vá para questão 44)

42. Com a descentralização do programa o que mudou no seu trabalho no que se refere ao PNSF?

43. Como ficou sabendo desta descentralização? Houve algum aperfeiçoamento?

K - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

44. Acontece a avaliação do desempenho do programa? Em caso positivo como?

45. Como você avalia as atividades do PNSF realizadas pelos profissionais de saúde do município?
46. De acordo com sua prática e experiência profissional quais seriam os limites, as potencialidades e as dificuldades do programa?
47. Tem mais alguma informação sobre o PNSF que você considere útil para nossa pesquisa?

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista semi-estruturada para os profissionais de saúde municipais



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
TÍTULO DO PROJETO: **Avaliação da implantação do Programa Nacional de Suplementação de ferro (PNSF)**

CÓDIGO DO ENTREVISTADO:

DATA:

Duração:

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: () F () M
3. Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () divorciado () outra _____
4. Filhos: _____
5. Habitação: () Própria () Alugada () Cedida () Outros () Saneamento básico () Calçamento () Luz () H2O encanada ()
6. Escolaridade: () analfabeto () Alfabetizado () 1º grau comp () 2º grau comp () 3º grau comp () pós graduação () Mestrado () Doutorado
7. Renda: () < salário mínimo () 1 salário mínimo () 2 a 4 salários mínimos () 4 a 6 salário mínimo () 7 a 9 salário mínimo () 10 a 12 salário mínimo
8. Meio de transporte que mais utiliza () carro () ônibus () moto () bicicleta () à pé () outro
9. Vínculos de trabalho _____
() Servidor () CLT () Cooperado () outros _____

CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

10. Qual sua formação acadêmica?

11. Qual sua experiência profissional?
12. Você já participou de alguma capacitação sobre o PNSF? Em caso positivo quando e qual instituição realizou? Existe algum registro?

SUPLEMENTAÇÃO

13. Como acontece o recebimento, o armazenamento e a distribuição do suplemento de ferro nesta UBS?
14. O suplemento é utilizado para quais usuários?
15. O suplemento é utilizado para outro fim que não a suplementação preventiva?
16. Como ocorre a identificação das famílias e o fornecimento do suplemento para o público-alvo do programa?
17. Acontece dos suplementos terminarem antes de cumprida a meta?
18. Como você considera a adesão dos beneficiários ao programa (ruim, regular, boa, ótima)?
19. O NASF realiza alguma atividade em relação a suplementação de ferro?

INFORMAÇÃO EM SAÚDE

20. De que forma você tem acesso às informações e mudanças do programa?
21. Você já teve acesso aos materiais informativos do programa? Quais?
22. Como acontece o envio das informações do programa para a coordenação municipal?
23. As informações são utilizadas para monitoramento, avaliação e processo decisório no PSF?

IDENTIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS E FORNECIMENTO DO SUPLEMENTO

24. Qual a estratégia para a identificação da população que será atendida e rotineiramente acompanhada pelo programa?
25. Ocorre o monitoramento da utilização correta do suplemento e estímulo das famílias assistidas pelo programa? Em caso positivo como é realizado?
26. O que acontece com o acompanhamento caso a gestante não tenha o Cartão da gestante e a criança não tenha a Caderneta de Saúde da Criança?

27. Como é feito o agendamento de retorno para a distribuição dos suplementos por cada público-alvo em específico (crianças, gestantes, puérperas)?

ATIVIDADES EDUCATIVAS E ORIENTAÇÃO

28. Ocorrem atividades educativas voltadas para a deficiência de ferro e Anemia Ferropriva?
Em caso positivo de forma ocorre (quem, onde, quando, periodicidade, conteúdo)?
29. As famílias são sensibilizadas quanto à importância da suplementação e sobre sua utilização? Como ocorre esse processo?
30. Os beneficiários são esclarecidos sobre os efeitos adversos da suplementação? Em caso positivo de que forma?

AÇÕES DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

31. Ocorre ações Vigilância Alimentar e Nutricional neste PSF? Em caso positivo: Qual a periodicidade e de forma acontece, quem realiza? Existe algum registro?

DESCENTRALIZAÇÃO DO PROGRAMA

32. Você conhece o processo de descentralização do PNSF? Em caso positivo cite 3 informações que se inserem nesse processo (o que mudou)? (Se sim vá para questão 44)
33. Com a descentralização do programa o que mudou no seu trabalho no que se refere ao PNSF?
34. Como ficou sabendo desta descentralização? Houve algum aperfeiçoamento?

AValiação DO PROGRAMA

35. Acontece a avaliação do desempenho do Programa neste PSF?
36. Como você avalia as atividades do PNSF realizadas pelos profissionais de saúde do município?
37. De acordo com sua prática e experiência profissional quais seriam as dificuldades e as facilidades do PNSF?
38. Tem mais alguma informação sobre o PNSF que você considere útil para nossa pesquisa?

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista semi-estruturada para o responsável pela criança



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
TÍTULO DO PROJETO: **Avaliação da implantação do Programa Nacional de Suplementação de ferro (PNSF)**

ENTREVISTA: RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA

CÓDIGO DO ENTREVISTADO:

DATA:

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: () F () M
3. Qual seu grau de parentesco com a criança (mãe, pai, avó (ô) tio (a))?
4. Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () divorciado () outra _____
5. Filhos: _____
6. Habitação: () Própria () Alugada () Cedida () Outros () Saneamento básico () Calçamento () Luz () H2O encanada ()
7. Escolaridade: () analfabeto () Alfabetizado () 1º grau comp () 2º grau comp () 3º grau comp () pós graduação () Mestrado () Doutorado
8. Renda: () < salário mínimo () 1 salário mínimo () 2 a 4 salários mínimos () 4 a 6 salário mínimo () 7 a 9 salário mínimo () 10 a 12 salário mínimo
9. Meio de transporte que mais utiliza () carro () ônibus () moto () bicicleta () à pé () outro

SUPLEMENTAÇÃO

10. Em que idade foi iniciada a suplementação da criança?

OBS: Solicitar a caderneta da criança ou a ficha de acompanhamento individual para observar o registro da distribuição do suplemento, o início da suplementação e o agendamento de retorno.

11. Teve alguma dificuldade em conseguir o suplemento?
12. Como você dar o suplemento a criança (quantidade e a frequência)?
13. Ocorre o agendamento e o retorno para a distribuição do suplemento?
14. Você já parou de dar o suplemento à criança? Em caso positivo por qual motivo?

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

15. Como ocorreu a entrada da criança no programa (por demanda espontânea nas unidades de saúde – através de consultas com profissionais de saúde; por busca ativa; em campanhas de vacinação, em maternidades).

ATIVIDADES EDUCATIVAS E ORIENTAÇÕES

16. A partir da entrada da criança no programa quais orientações foram dadas sobre a suplementação?
17. Nas visitas do Agente de Saúde ocorre o acompanhamento da utilização do suplemento na sua casa? Quais informações são passadas?
18. Você já participou de alguma atividade de educação nutricional e/ou orientação nutricional sobre a deficiência de ferro/anemia ferropriva?

AValiação

19. Como você considera sua adesão a suplementação do PNSF?
20. O que você acha da suplementação de ferro?

APÊNDICE D – Roteiro da entrevista semi-estruturada para a Gestante



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
TÍTULO DO PROJETO: **Avaliação da implantação do Programa Nacional de Suplementação de ferro (PNSF)**

ENTREVISTA: GESTANTES

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: () F () M
3. Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () divorciado () outra _____
4. Filhos: _____
5. Habitação: () Própria () Alugada () Cedida () Outros () Saneamento básico () Calçamento () Luz () H2O encanada ()
6. Escolaridade: () analfabeto () Alfabetizado () 1º grau comp () 2º grau comp () 3º grau comp () pós graduação () Mestrado () Doutorado
7. Renda: () < salário mínimo () 1 salário mínimo () 2 a 4 salários mínimos () 4 a 6 salário mínimo () 7 a 9 salário mínimo () 10 a 12 salário mínimo
8. Meio de transporte que mais utiliza () carro () ônibus () moto () bicicleta () à pé () outro

SUPLEMENTAÇÃO

9. Em que mês da gravidez foi iniciada a suplementação?

OBS: Solicitar o cartão da gestante ou a ficha de acompanhamento individual para observar o registro da distribuição do suplemento, o início da suplementação e o agendamento de retorno.

10. Teve alguma dificuldade em conseguir o suplemento?
11. Como você toma o suplemento (quantidade e a frequência)?
12. Ocorre o agendamento e o retorno para a distribuição do suplemento?
13. Você já deixou de tomar o suplemento alguma vez? Em caso positivo por qual motivo?

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

14. Como ocorreu a sua entrada no programa (por demanda espontânea nas unidades de saúde – através de consultas com profissionais de saúde; por busca ativa; em campanhas de vacinação, em maternidades).

ATIVIDADES EDUCATIVAS E ORIENTAÇÃO

15. A partir da sua entrada no programa quais orientações foram dadas sobre a suplementação?
16. Nas visitas do Agente de Saúde ocorre o acompanhamento da utilização do suplemento na sua casa? Quais informações são passadas?
17. Você já participou de alguma atividade de educação nutricional e/ou orientação nutricional sobre a deficiência de ferro/anemia ferropriva?

AVALIAÇÃO

18. Como você considera sua adesão a suplementação do PNSF?
19. O que você acha da suplementação de ferro?

APÊNDICE E – Roteiro da entrevista semi-estruturada para as mulheres no 3º mês pós-parto.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
TÍTULO DO PROJETO: **Avaliação da implantação do Programa Nacional de Suplementação de ferro (PNSF)**

ENTREVISTA: MULHERES NO 3º MÊS POS-PARTO

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: () F () M
3. Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () divorciado () outra _____
4. Filhos: _____
5. Habitação: () Própria () Alugada () Cedida () Outros () Saneamento básico () Calçamento () Luz () H2O encanada ()
6. Escolaridade: () analfabeto () Alfabetizado () 1º grau comp () 2º grau comp () 3º grau comp () pós graduação () Mestrado () Doutorado
7. Renda: () < salário mínimo () 1 salário mínimo () 2 a 4 salários mínimos () 4 a 6 salário mínimo () 7 a 9 salário mínimo () 10 a 12 salário mínimo
8. Meio de transporte que mais utiliza () carro () ônibus () moto () bicicleta () à pé () outro

SUPLEMENTAÇÃO

9. Em qual mês após a gravidez foi iniciada a suplementação?

OBS: Solicitar o cartão da gestante ou a ficha de acompanhamento individual para observar o registro da distribuição do suplemento, o início da suplementação e o agendamento de retorno.

10. Teve alguma dificuldade em conseguir o suplemento?

11. Como você toma o suplemento (quantidade e a frequência)?
12. Ocorre o agendamento e o retorno para a distribuição do suplemento (como e quando)?
13. Você já parou de tomar o suplemento alguma vez? Em caso positivo por qual motivo?

IDENTIFICAÇÃO DAS FAMILIAS

14. Como ocorreu sua entrada no programa (por demanda espontânea nas unidades de saúde – através de consultas com profissionais de saúde; por busca ativa; em campanhas de vacinação, em maternidades).

ATIVIDADES EDUCATIVAS E ORIENTAÇÕES

15. A partir da sua entrada no programa quais orientações foram dadas sobre a suplementação?
16. Nas visitas do Agente de Saúde ocorre o acompanhamento da utilização do suplemento na sua casa? Quais informações são passadas?
17. Você já participou de alguma atividade de educação nutricional e/ou orientação nutricional sobre a deficiência de ferro/anemia ferropriva?

AValiação

18. Como você considera sua adesão a suplementação do PNSF?
19. O que você acha da suplementação de ferro?

APÊNDICE F – Roteiro da observação sistemática.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
TÍTULO DO PROJETO: **Avaliação da implantação do Programa Nacional de Suplementação de ferro (PNSF)**

Roteiro da observação sistemática do PNSF – NÍVEL MUNICIPAL- coordenador do PNSF

PERGUNTAS	SIM	NÃO
1 O suplemento enviado é suficiente?	()	()
2 O suplemento é enviado diretamente à central de medicamentos/almojarifado do município?	()	()
3 O suplemento é enviado em lotes, de forma a não comprometer a capacidade de armazenamento local?		
4 Após chegarem à central de medicamentos/almojarifado, os produtos são distribuídos às unidades de saúde ?	()	()
5. O MS criou e disponibilizou a senha de acesso para o Coordenador?	()	()
6. O coordenador local é cadastrado na página do programa?	()	()
7. O coordenador participou de alguma capacitação sobre o programa?	()	()
8. Os demais profissionais de saúde participaram de alguma capacitação sobre o programa?	()	()
9. A capacitação acontece de forma continua?	()	()
10. A capacitação acontece de forma pontual?	()	()
11. As ações educativas e de orientação alimentar e nutricional, com ênfase na promoção de hábitos alimentares saudáveis e alimentos ricos em ferro são realizadas?	()	()
12. Os dados de acompanhamento do programa são consolidados e enviados mensalmente, aos níveis estaduais e federal de gestão do SUS, por meio da página eletrônica?	()	()
13. Ocorre o controle do estoque de produtos disponíveis no município?	()	()
14. Quando o estoque excede as necessidades ou quando o lote esta com	()	()

prazo de validade a expirar o município a esfera estadual é acionada?		
15. O município acompanha o desempenho e impacto do programa em nível municipal?	()	()
16. Ocorre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança?	()	()
17. Ocorre o acompanhamento das gestantes no pré-natal?	()	()
18. O município estabelece parcerias com outras instituições que atuem na prevenção e controle dos distúrbios nutricionais em nível local para a identificação e acompanhamento das famílias de maior risco do município e avaliação de impacto?	()	()
19. Ocorre a integração da coordenação local do programa com as outras áreas técnicas da Secretaria de Saúde (Saúde da Criança, Saúde da Mulher e PACS/PSF)?	()	()
20. O município tem alguma estratégia para identificação da população que será atendida e rotineiramente acompanhada pelo programa?	()	()
21. Ocorre a estratégia de identificação pela demanda espontânea nas unidades de saúde?	()	()
22. Ocorre a estratégia de identificação por busca ativa (Agentes Comunitários de Saúde, Equipe Saúde da Família, outros)?	()	()
23. Ocorre a estratégia de identificação em maternidade?	()	()
24. Ocorre a estratégia de identificação por meio da indicação de parceiros que atuam na prevenção e controle dos distúrbios nutricionais em nível local como, por exemplo, os líderes da Pastoral da Criança, dentre outras?	()	()
25. Caso a criança não tenha a Caderneta de Saúde da Criança com espaços específicos para registro da distribuição dos suplementos, o registro da referida distribuição acontece na Ficha de Acompanhamento Individual do programa?	()	()
26. Caso a gestante não tenha o Cartão da Gestante com espaços específicos para registro da distribuição dos suplementos, o registro da referida distribuição acontece na Ficha de Acompanhamento Individual do programa?	()	()
27. O retorno para a distribuição dos suplementos é agendado para as crianças a cada 3 meses?	()	()

28. O retorno para a distribuição dos suplementos é agendado para as gestantes a cada mês?	()	()
30. O retorno para a distribuição dos suplementos é agendado para as gestantes a cada pré-natal?	()	()
31. O retorno para a distribuição dos suplementos é agendado para as mulheres até o 3º mês pós-parto a cada mês?	()	()
32. Os Agentes Comunitários de Saúde acompanham a utilização do suplemento nos domicílios?	()	()
33. Os Agentes Comunitários de Saúde reforçam a informação do programa, sanando alguma dúvida?	()	()
34. As famílias são sensibilizadas quanto à importância da suplementação?	()	()
35. As famílias são sensibilizadas quanto à utilização do produto (dosagem, periodicidade, tempo de permanência e conservação)?	()	()
36. A adesão à suplementação é efetiva?	()	()
37. Os responsáveis são esclarecidos sobre os efeitos adversos da suplementação?	()	()
38. Os formulários de acompanhamento estão disponíveis em todos os locais onde estejam sendo realizadas as suplementações?	()	()
39. Os formulários estão sob responsabilidade do fornecedor dos produtos?	()	()
40. AO final de cada mês as informações do mapa de acompanhamento do fornecimento de suplementos são compilados no consolidado mensal?	()	()
41. As informações mensais são inseridas no módulo de gerenciamento do programa até o dia 10 do mês subsequente?	()	()
42. Os beneficiários recebem o calendário do programa para a marcação do dia da semana sugerida para a suplementação?	()	()
43. O suplemento é prescrito para outro fim q não a prevenção?	()	()
44. O suplemento é utilizado para outros usuários que não o público alvo do programa?	()	()



APÊNDICE G – Termo de consentimento livre e esclarecido
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do Projeto: Avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) em um município da Bahia.

Pesquisadores: Dra Thereza Christina Bahia Coelho e Mestranda Samila Nathalia Bispo de Almeida.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de Dissertação de Mestrado. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e qual sua finalidade. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Departamento de Saúde – Núcleo de Epidemiologia e Núcleo de Saúde Coletiva, KM 03, BR 116, Campus Universitário, 6º Módulo, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3224-8320/8116, para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações.

Esta pesquisa objetiva avaliar a implementação e o desenvolvimento do PNSF no município de Feira de Santana, Bahia. Os resultados obtidos com essa pesquisa poderá permitir aos gestores e profissionais de saúde a elaboração de melhorias no processo de tomada de decisão, da alocação de recursos, melhor operacionalização e implantação do programa, e respaldar futuras propostas de adequação e planejamento do PNSF. Além disso, os profissionais de saúde e gestores terão como benefício a oportunidade de refletir quanto ao processo de implantação do PNSF. E os beneficiários do programa poderão ser beneficiados com a melhoria da implantação e operacionalização do programa no geral.

Todas as pessoas em atividade na unidade selecionada serão convidadas a participarem desta pesquisa.

A sua participação é voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo, se desejar. Para participar, você responderá a uma entrevista. Através da entrevista serão abordados aspectos relacionados a sua participação e vivência no PNSF.

Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta da entrevista lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Se você sentir algum desconforto (mal estar) relacionado ao objeto de pesquisa, a equipe fará encaminhamento às unidades de serviço especializadas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos seus participantes e à comunidade geral e científica. Os dados serão armazenados pelo núcleo de pesquisa NUSC (UEFS) no prazo máximo de 5 anos. A divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.

_____, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do Participante

Prof^a Thereza Christina Bahia Coelho

Mestranda Samila Bispo de Almeida

APÊNDICE H – Matriz de avaliação com dimensões e indicadores do PNSF

DIMENSÕES E SEUS INDICADORES	PERGUNTA AVALIATIVA	PARÂMETRO	FONTE
COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DO GESTOR - atendimento pelos gestores dos requisitos para exercício da função gerencial em alimentação e nutrição: - Escolaridade -Existência de formação na área de alimentação e nutrição. -Existência de capacitação na área de gestão em programas de alimentação e nutrição. -Experiência anterior em atividades de gestão em programas de alimentação e nutrição. -Existência de capacitação ao assumir o cargo de gestão. -Existência de educação continuada. - Cadastro na página do programa	1) Escolaridade 1) Qual a área de formação do gestor?O gestor tem formação na área de Nutrição e Alimentação? 2)O gestor do PNSF possui capacitação na área de gestão em programas de alimentação e nutrição? 3)O gestor do programa possui experiência em atividades de gestão em programas de alimentação e nutrição? 4) Ao assumir o cargo de gestão o profissional foi submetido a alguma capacitação? 5) O processo de educação do profissional em relação a esse programa em específico é permanente ou pontual? 6) O coordenador é cadastrado na página do programa?	1) O coordenador deve ter nível superior 1) Área de formação em nutrição 2) Certificação do curso 3) Experiência mínima de 1 ano 4) Deve haver capacitação ao assumir 5) Capacitação continua 6) O coordenador deve ser cadastrado no programa	Entrevista gestor

INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	PARÂMETRO	FONTE
CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE Capacitações por ano Profissionais capacitados	1)O município capacita os profissionais de saúde? 2) Ocorre a sensibilização dos profissionais sobre a importância do programa? 2) Ocorre a capacitação de todos os profissionais que estejam envolvidos com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de forma a estimular e monitorar a utilização correta dos suplementos? 3) Ocorre a capacitação de todos os profissionais que estejam envolvidos com o acompanhamento do pré-natal de forma a estimular e monitorar a utilização correta dos suplementos?	O município deve capacitar os profissionais de saúde para a operacionalização do programa, de acordo com as orientações descritas no Manual Operacional.	Gestor, Profissionais de saúde, Observação, documentos.
INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	PARÂMETRO	FONTE
SUPLEMENTO (de acordo com o público alvo e o tipo de produto)	1) Qual a quantidade de suplementos: recebido, distribuídos, perdidos, prazo de validade expirado, quebrados, repostos, utilizados para outro fim? 2) Qual a periodicidade de solicitação e recebimento do suplemento? 2) Os suplementos que são recebidos atendem os critérios de qualidade?	Quantidade suficiente para atender a meta e as possíveis perdas Distribuição compatível com a meta ->morosidade, quantidade insuficiente, sem dificuldades	Gestão Municipal, sistema

4) ARMAZENAMENTO GERAL E LOCAL (UBS) DO SUPLEMENTO	3) O suplemento é enviado antes de terminar o estoque? 4) Como e onde o suplemento é armazenado (geral e local) 5) Quais as dificuldades para aquisição do suplemento (prof e usuários)	Qualidade: dentro do prazo de validade; sem estar próximo do vencimento; embalagem intacta O suplemento deve ser enviado antes de terminar o estoque 4) deve ser armazenado em local: fresco, sem humidade, arejado, livre da exposição solar.	
INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	PARÂMETRO	FONTE
IDENTIFICAÇÃO DAS FAMILIAS E FORNECIMENTO DO SUPLEMENTO Identificação das famílias mensalmente. Nº de famílias identificadas por mês.	1) Como ocorre a identificação das famílias? 1.1 Quais dificuldades em captar o publico alvo? Atrapalha de q forma? As dificuldades são solucionadas	A população que será atendida e rotineiramente acompanhada devem ser identificadas e acompanha das de acordo com as seguintes estratégias: • Por demanda espontânea nas unidades de saúde (identificação durante as consultas regulares do crescimento e desenvolvimento infantil e do pré-natal); 1 • Por busca ativa (Agentes Comunitários de Saúde, Equipe Saúde da Família, etc.); 2 • Em campanhas de vacinação; 1 • Em maternidades; 1	Profissionais de saúde. Observação, documentos

Passos para a identificação e o acompanhamento das famílias.	2) Os passos a ser percorrido para identificação e acompanhamento das famílias são seguidos? 3) Quantas famílias são identificadas por mês?	• Por meio da indicação de parceiros que atuam na prevenção e controle dos distúrbios nutricionais em nível local como, por exemplo, os líderes da Pastoral da Criança, dentre outras. 1 Os municípios devem seguir os passos a ser percorridos para identificação e acompanhamento das famílias: 1. Identificar as crianças, as gestantes e as mulheres até o 3º mês pós-parto; 2. Fornecer os suplementos e passar as orientações pertinentes ao responsável pela criança, as gestantes e as mulheres até o 3º mês pós-parto; 3. Registrar a informação da distribuição do suplemento para crianças e gestantes nos espaços específicos da Caderneta de Saúde da Criança ANEXO IV) e do Cartão da Gestante ANEXO V) e agendar o retorno. 4. Para as mulheres até o 3º mês pós-parto, deve-se registrar a informação da distribuição do suplemento na ficha de	
---	---	---	--

		acompanhamento individual do programa (ANEXO I).	
Agendamento de retorno para a distribuição do suplemento.	1) Como é realizado o agendamento de retorno?	Agendar o retorno para a distribuição dos suplementos da seguinte forma: 1) Para crianças – a cada 3 meses (um frasco de xarope de 60ml); 2) Para gestantes – a cada mês (30 comprimidos de sulfato ferroso e 30 comprimidos de ácido fólico) ou de acordo com o calendário do pré-natal; 3) Para as mulheres até o 3º mês pós-parto – a cada mês (30 comprimidos de sulfato ferroso).	Profissionais de saúde. Observação, documentos
INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	PARÂMETRO	FONTE
ATIVIDADES EDUCATIVAS E ORIENTAÇÃO - Ações educativas realizadas	1) Ocorre ações educativas de orientação alimentar e nutricional focando: promoção de hábitos alimentares saudáveis e alimentos ricos em ferro?	Os beneficiários do programa além do recebimento do suplemento devem ser orientados sobre alimentação e nutrição, com ênfase na promoção de hábitos alimentares saudáveis e alimentos ricos em ferro.	Profissionais de saúde. Observação, documentos

- Orientações às famílias	1) Quais são as orientações que devem ser transmitidas as famílias?	Orientações que deverão ser transmitidas às famílias: - Sensibilizar quanto à importância da suplementação, bem como sobre a utilização do produto (dosagem, periodicidade, tempo de permanência e conservação) - Incentivar o consumo de alimentos regionais e ricos em ferro como, por exemplo, carne vermelha, vísceras, folhas verde-escuras, entre outros alimentos. - Incentivar o consumo de alimentos ricos em vitamina C como acerola, caju, goiaba, limão e outras frutas cítricas, pois favorece a absorção do ferro contido nos alimentos de origem vegetal. - Orientar quanto ao consumo de leite e derivados (iogurte, coalhada, sobremesas com leite), mate, chá preto e café os quais devem ser evitados junto às refeições principais (almoço e jantar), pois interferem negativamente na absorção do ferro dos alimentos. Além das orientações relativas aos alimentos ricos em ferro e formas - Estimular a manutenção do aleitamento materno exclusivo até	Profissionais de saúde. Observação, documentos
----------------------------------	--	---	---

		os seis meses e do aleitamento complementar até os dois anos.	
-Orientações aos responsáveis pelas crianças	1)Quais são as orientações que devem ser transmitidas aos responsáveis pelas criança?	Orientações que deverão ser transmitidas aos responsáveis pelas crianças: • Orientá-los a administrar o suplemento no mesmo dia e hora em todas as semanas, entre as refeições (mínimo de 30 minutos antes da refeição), de preferência com suco e nunca com leite; • Para facilitar a lembrança da administração dos suplementos para as crianças, cada família deverá receber o calendário do programa com a marcação do dia da semana sugerido para a suplementação; • Caso o responsável n lembre de dar o xarope para a criança no dia definido, administrar o suplemento logo que lembrar, contanto que garanta a suplementação uma vez por semana; • A administração de sulfato ferroso pode causar alguns efeitos adversos, como por exemplo: fezes escuras e diarreia. É importante, no entanto, que os responsáveis saibam que esses efeitos são	

		esperados e que a suplementação não deve ser interrompida caso eles aconteçam. Como a dosagem adotada no programa é a semanal, esse efeito será minimizado.	
- Orientações as gestantes e mulheres até 3º mês pós-parto	2) Os passos a ser percorrido para identificação e acompanhamento das famílias são seguidos? 3) Quantas famílias são identificadas por mês?	Às gestantes e mulheres até o 3º mês pós-parto: • Orientá-las a tomar o suplemento no mesmo horário todos os dias, entre as refeições (mínimo de 30 minutos antes da refeição), de preferência com suco e nunca com leite; • Caso haja esquecimento de suplementar na hora de costume, tomar o suplemento logo em seguida e manter a mesma rotina habitual; • O uso do sulfato ferroso na gravidez muitas vezes é associado aos enjoos e às náuseas na gestante, podendo gerar resistência da gestante em continuar a suplementação, portanto é fundamental que a gestante seja orientada quanto à importância da suplementação de forma ininterrupta até o final da gestação; • Em casos de intolerância, orientar	

		a gestante a tomar um comprimido de 60mg de ferro elementar pelo menos duas vezes por semana.	
AÇÕES DE VIGILANCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (VAN) - Famílias monitoradas pela VAN	1) O município monitora as famílias assistidas pelo PNSF por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)?	O município deve estar acompanhado as famílias assistidas pelo programa através da Vigilância Alimentar e Nutricional de acordo com as normas estabelecidas em legislação própria.	Gestor municipal
- CONSTRUÇÃO DE PARCERIAS E ALIANÇAS Parcerias e alianças firmadas/mantidas por ano	1)Quais parcerias institucionais construídas pela gestão municipal para o desenvolvimento das ações do PNSF? 2)As instituições atuam na prevenção e controle dos distúrbios nutricionais? 3) Quais as ações desenvolvidas pelas parcerias?	Recomenda-se parcerias com instituições que atuem na prevenção e controle dos distúrbios nutricionais em nível local para a identificação e o acompanhamento das famílias de maior risco do município. Universidades, Secretária de Assistência Social, Creches,	Gestor municipal, relatórios, documentos

		escolas, hospitais, outros.	
- CONTROLE SOCIAL Atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS)	1) As reuniões do CMS existem pautas concernentes ao PNSF? 2) Os conselheiros acompanham alguma ação (planos, projetos, atividades, implementação, operacionalização, avaliação) relacionada ao PNSF?	1) CMS com pauta sobre o PNSF 2) Conselheiros acompanham as ações do PNSF	Gestor Municipal, Conselheiro, documentos
INFORMAÇÃO EM SAÚDE - Envio da informação - Periodicidade da alimentação do dado - Qualidade dos dados – ficha - Qualidade do dado - digitação -Divulgação dos dados e informações - Informações para o monitoramento e a avaliação - Informações para o processo decisório 8) Materiais de divulgação do programa	1) A informação é enviada? 2) Qual a periodicidade de preenchimento do sistema? 3) As fichas são preenchidas corretamente? 4) Os dados são digitados corretamente? 5) Os dados e informações são divulgados? 6) As informações são utilizadas para o monitoramento e a avaliação. 7) As informações são utilizadas para o processo decisório? 8) Profissional conhece algum tipo de material informativo do programa? Quais? - Como vc considera (adequado, parcialmente adequado ou inadequado) para informar a família e os profissionais???	- Atualizada - Mensalmente - Qualidade no preenchimento das fichas de acompanhamento - Qualidade da digitação dos dados - Divulgação (relatórios, informes) - Utilização para o monitoramento e a avaliação - Utilização para processo decisório	Conselheiros, documentos O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais

	- Completo ou incompleto?? confuso		de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
- Informar para o remanejamento do estoque	1) Qual a atitude do município quando tem excesso de suplemento ou o lote estiver com prazo de validade a espirar?	Caso um município tenha excesso de suplemento ou quando o lote estiver com prazo de validade a	Coordenador municipal

		expirar deve-se enviar essa informação a Coordenação Estadual do Programa	
DESCENTRALIZAÇÃO DO PROGRAMA - Conhecimento dos profissionais sobre o processo de descentralização do programa.	1) Você conhece o processo de descentralização do PNSF? Em caso positivo cite 3 informações que se inserem nesse processo (o que mudou)?	As mudanças devem ser informadas a todos os profissionais que participam da operacionalizam do programa.	Entrevista
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA -Quantitativo das avaliações/ano - Periodicidade da avaliação -Utilização da avaliação para o processo decisório - Facilidades e dificuldades do programa	1) Qual a quantidade de avaliações por ano? 2) Qual a periodicidade dessas avaliações? 3) O resultado da avaliação é utilizado para o processo decisório?	1) Pelo menos 2 por ano 2) Monitoramento mensal e uma avaliação a cada semestre. 3) A utilização deve ser utilizada para o processo decisório,	Gestor Municipal, documentos

Fonte: Adaptada; Santos, 2010.

ANEXOS

ANEXO I – FICHA DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL



Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde
Programa Nacional de Suplementação de Ferro

FICHA DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL

SAÚDE DE FERRO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO		
Ficha de Acompanhamento Individual		
☐ Criança	☐ Gestante	☐ Mulher até o 3º mês pós-parto (até o 3º mês pós-aborto)
Nome: _____		
Data: _____ ☐ Xarope ☐ Comprimido de sulfato ferroso ☐ Comprimido de ácido fólico	Data: _____ ☐ Xarope ☐ Comprimido de sulfato ferroso ☐ Comprimido de ácido fólico	Data: _____ ☐ Xarope ☐ Comprimido de sulfato ferroso ☐ Comprimido de ácido fólico
Data: _____ ☐ Xarope ☐ Comprimido de sulfato ferroso ☐ Comprimido de ácido fólico	Data: _____ ☐ Xarope ☐ Comprimido de sulfato ferroso ☐ Comprimido de ácido fólico	Data: _____ ☐ Xarope ☐ Comprimido de sulfato ferroso ☐ Comprimido de ácido fólico
Data: _____ ☐ Xarope ☐ Comprimido de sulfato ferroso ☐ Comprimido de ácido fólico	Data: _____ ☐ Xarope ☐ Comprimido de sulfato ferroso ☐ Comprimido de ácido fólico	Data: _____ ☐ Xarope ☐ Comprimido de sulfato ferroso ☐ Comprimido de ácido fólico

ANEXO II - MAPA DE ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS



Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde
Programa Nacional de Suplementação de Ferro

Mês de Referência: _____
Unidade de Saúde: _____
Responsável: _____

MAPA DE ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS

Tipos de Beneficiário:

() Crianças de 4 a 24 meses

() Gestantes a partir da 20ª semana

() Mulheres até o 3º mês pós-parto (e até 3º mês pós-aborto)

Produto distribuído:

() Xarope de sulfato ferroso

() Comprimido de sulfato ferroso

() Comprimido de ácido fólico

	Controle de perdas			
	Perdidos por vencimento de validade	Perdidos por extravio	Perdidos por algum tipo de deterioração	Outro motivo
Frascos de sulfato ferroso				
Comprimidos de sulfato ferroso				
Comprimidos de ácido fólico				

1ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

2ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

3ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

4ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

5ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

ANEXO III- CONSOLIDADO MENSAL DO ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS



Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde
Programa Nacional de Suplementação de Ferro

CONSOLIDADO MENSAL DO ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS

Mês de Referência: _____
Município/UF: _____
Responsável: _____

1) Crianças de 4 a 24 meses:

Quantitativos de entrega					
Tipo de Suplemento	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega	4ª Entrega	5ª Entrega
Xarope de sulfato ferroso					

2) Gestantes a partir de 20ª semana:

Quantitativos de entrega					
Tipo de Suplemento	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega	4ª Entrega	5ª Entrega
Xarope de sulfato ferroso					
Comprimidos de sulfato ferroso					
Comprimidos de ácido fólico					

3) Mulheres até a 3ª mês pós-parto (e até a 3ª mês pós-aborto)

Quantitativos de entrega			
Tipo de suplemento	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega
Xarope de sulfato ferroso			
Comprimidos de sulfato ferroso			

Controle de perdas				
	Perdidos por vencimento de validade	Perdidos por extravio	Perdidos por algum tipo de danificação	Outro motivo
Tipos de suplementos				
Xarope de sulfato ferroso				
Comprimidos de sulfato ferroso				
Comprimidos de ácido fólico				

Notas:

1. Este formulário servirá como instrumento de apoio para consolidar as informações de todas as unidades de saúde e do PSF do município e enviá-las ao nível estadual e federal.
2. Para a obtenção dos quantitativos de entregas e produtos perdidos, devem-se consolidar todos os registros dos mapas de acompanhamento do fornecimento de suplementos.
3. No controle de perdas deverão ser registrados os quantitativos dos produtos perdidos por vencimento de validade, por extravio, por algum tipo de danificação ou por outro motivo.

Obs.: A reposição dos suplementos quebrados pelas pessoas não deve ser registrada com uma nova entrega. Nesta situação, entregue a quantidade do suplemento perdido para o responsável ou pessoa participante do PNSFe registre este quantitativo de suplementos repostos no item "perdidos por algum tipo de danificação" do Controle de Perdas.

ANEXO IV- CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA- REGISTRO DA SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

REGISTROS DA SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E VITAMINA A

Ferro

Anote no quadro abaixo a data em que a criança recebeu o ferro e a assinatura de quem ofereceu.

Ferro (6 a 18 meses)	Data da Entrega	1	Data da Entrega	2	Data da Entrega	3
	Assinatura		Assinatura		Assinatura	
	Data da Entrega	4	Data da Entrega	5	Data da Entrega	6
	Assinatura		Assinatura		Assinatura	

Vitamina A

Anote no quadro abaixo a data em que a criança recebeu a megadose de vitamina A e a assinatura de quem ofereceu.

Vitamina A (6 a 59 meses)	Data da Entrega	1	Data da Entrega	2	Data da Entrega	3
	Assinatura		Assinatura		Assinatura	
	Data da Entrega	4	Data da Entrega	5	Data da Entrega	6
	Assinatura		Assinatura		Assinatura	
	Data da Entrega	7	Data da Entrega	8	Data da Entrega	9
	Assinatura		Assinatura		Assinatura	

* São consideradas áreas endêmicas: Nordeste e Minas Gerais (região norte do estado, do Vale

ANEXO V- CARTÃO DA GESTANTE – REGISTRO DA SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/condução
ABO-RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina 1					
Anti-HIV					
HBsAg					
Toxoplasmose					
Combs. indireto					
Outros					
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico – registrar semana de gestação					
Sulfato ferroso					
Ácido fólico					
Ultra-sonografia					
Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido